UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER – NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Le 12 Mai 2021

Par
Sandira CHELLEN

Evaluation des déterminants d'un recours spontané aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale.

Directeur de thèse : Professeur GARCIA Marc

JURY : Président : Professeur AMOUYAL Michel
1er assesseur : Professeur CLARET Pierre-Géraud
2ème assesseur : Professeur GARCIA Marc
4ème membre du jury : Docteur GAIZI Saad

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER – NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'état Mention D.E.S. de Médecine Générale
Présentée et soutenue publiquement
Le 12 Mai 2021

Par
Sandira CHELLEN

Evaluation des déterminants d'un recours spontané aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale.

Directeur de thèse : Professeur GARCIA Marc

JURY : Président : Professeur AMOUYAL Michel
1er assesseur : Professeur CLARET Pierre-Géraud
2ème assesseur : Professeur GARCIA Marc
4ème membre du jury : Docteur GAIZI Saad

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021
PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

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

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

Professeurs Émérites

ARTUS Jean-Claude

BLANC François

BONAFE Alain

BOULENGER Jean-Philippe

BOURREL Gérard

BRINGER Jacques

CLAUSTRES Mireille

DAURES Jean-Pierre

DAUZAT Michel

DAVY Jean Marc

DEDET Jean-Pierre

ELEDJAM Jean-Jacques

GROLLAUX RAOUX Robert

GUERRIER Bernard

GUILLOT Bernard

JONQUET Olivier

LANDAIS Paul

LARREY Dominique

LE QUELLEC Alain

MARES Pierre

MAUDELONDE Thierry

MAURY Michèle

MESSNER Patrick

MILLAT Bertrand

MONNIER Louis

MOURAD Georges

PREFAUT Christian

PUJOL Rémy

RIBSTEIN Jean

SCHVED Jean-François

SULTAN Charles

TOUCHON Jacques

UZIEL Alain

VOISIN Michel

ZANCA Michel

Docteurs Émérites

PRAT Dominique

PUJOL Joseph

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre – Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Éric – Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick – Parasitologie et mycologie

BEREGI Jean-Paul – Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BOULOT Pierre – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAPDEVILA Xavier – Anesthésiologie-réanimation

COMBE Bernard – Rhumatologie

COSTES Valérie – Anatomie et cytologie pathologiques

COTTALORDA Jérôme – Chirurgie infantile

COUBES Philippe – Neurochirurgie

COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie

CRAMPETTE Louis – Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul – Biochimie et biologie moléculaire

CYTEVAL Catherine – Radiologie et imagerie médicale

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel – Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Éric – Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie

DE WAZIERES Benoît – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques – Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues – Neurochirurgie

ELIAOU Jean François – Immunologie

FABRE Jean Michel – Chirurgie générale

FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

HAMAMAH Samir – Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HERISSON Christian – Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir – Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne – gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier – Réanimation ; médecine d'urgence

JORGENSEN Christian – Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier – Biophysique et médecine nucléaire

LABAUGE Pierre – Neurologie

LEFRANT Jean-Yves – Anesthésiologie-réanimation

LEHMANN Sylvain – Biochimie et biologie moléculaire

LUMBROSO Serge – Biochimie et biologie moléculaire

MERCIER Jacques – Physiologie

MEUNIER Laurent – Dermato-vénérologie

MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie

MORIN Denis – Pédiatrie

PAGEAUX Georges – Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PUJOL Pascal – Biologie cellulaire

QUERE Isabelle – Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)

RENARD Éric – Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

REYNES Jacques – Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIPART Jacques – Anesthésiologie-réanimation

SOTTO Albert – Maladies infectieuses ; maladies tropicales

SCHVED Jean François – Hématologie ; Transfusion

TAOUREL Patrice – Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle – Génétique

VANDE PERRE Philippe – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc – Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia – Hématologie ; transfusion

ASSENAT Éric – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

AVIGNON Antoine – Nutrition

AZRIA David – Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria – Pédopsychiatrie ; addictologie

BLANC Pierre – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric – Chirurgie digestive

BOURDIN Arnaud – Pneumologie ; addictologie

CAMBONIE Gilles – Pédiatrie

CAMU William – Neurologie

CANOVAS François – Anatomie

CAPTIER Guillaume – Anatomie

CARTRON Guillaume – -Hématologie ; transfusion

CAYLA Guillaume – Cardiologie

CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation

CORBEAU Pierre – Immunologie

COULET Bertrand – Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DADURE Christophe – Anesthésiologie-réanimation

DAUVILLIERS Yves – Physiologie

DE TAYRAC Renaud – Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DE VOS John – Cytologie et histologie

DEMARIA Roland – Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DROUPY Stéphane – Urologie

DUCROS Anne – Neurologie

DUPEYRON Arnaud – Médecine physique et réadaptation

FESLER Pierre – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie

GENEVIEVE David – Génétique

GUILLAUME Sébastien – Psychiatrie d'adultes ; addictologie

GUIU Boris – Radiologie et imagerie médicale

HAYOT Maurice – Physiologie

HOUEDE Nadine – Cancérologie ; radiothérapie

KLOUCHE Kada – Réanimation ; médecine d'urgence

KOENIG Michel – Génétique moléculaire

KOUYOUMDJIAN Pascal – Chirurgie orthopédique et traumatologique

LAFFONT Isabelle – Médecine physique et de réadaptation

LAVABRE-BERTRAND Thierry – Cytologie et histologie

LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière

LEMOING Vincent – Maladies infectieuses ; maladies tropicales

LECLERCQ Florence – Cardiologie

MARIANO-GOULART Denis – Biophysique et médecine nucléaire

MATECKI Stéfan – Physiologie

MORANNE Olivier – Néphrologie

MOREL Jacques – Rhumatologie

NAVARRO Francis – Chirurgie générale

NOCCA David – Chirurgie viscérale et digestive

PASQUIE Jean-Luc – Cardiologie

PERNEY Pascal – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

PRUDHOMME Michel – Anatomie

PUJOL Jean Louis – Pneumologie ; addictologie

PURPER-OUAKIL Diane – Pédopsychiatrie ; addictologie

ROGER Pascal – Anatomie et cytologie pathologiques

TRAN Tu-Anh – Pédiatrie

VERNHET Hélène – Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline – Cancérologie ; radiothérapie

CANAUD Ludovic – Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire

CAPDEVIELLE Delphine – Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud – Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel – Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent – Radiologie et imagerie médicale

DAIEN Vincent – Ophtalmologie

DORANDEU Anne – Médecine légale

FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie

FUCHS Florent – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey – Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile – Rhumatologie

GODREUIL Sylvain – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILPAIN Philippe – Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

IMMEDIATO DAIEN Claire – Rhumatologie

JACOT William – Cancérologie ; Radiothérapie

JEZIORSKI Éric – Pédiatrie

JUNG Boris – Réanimation ; médecine d'urgence

KALFA Nicolas – Chirurgie infantile

LACHAUD Laurence – Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin – Oto-rhino-laryngologie

LE QUINTREC Moglie - Néphrologie

LETOUZEY Vincent – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LONJON Nicolas - Neurologie

LOPEZ CASTROMAN Jorge – Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric – Rhumatologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas – Radiologie et imagerie médicale

MILLET Ingrid – Radiologie et imagerie médicale

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

NAGOT Nicolas – Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Émilie – Psychiatrie d'adultes ; addictologie

NOCCA David – Chirurgie digestive

PANARO Fabrizio – Chirurgie générale

PARIS Françoise – Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

PELLESTOR Franck – Histologie, embryologie et cytogénétique

PASQUIE Jean-Luc – Cardiologie

PEREZ MARTIN Antonia – Physiologie

POUDEROUX Philippe – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

RIGAU Valérie – Anatomie et cytologie pathologiques

RIVIER François – Pédiatrie

ROSSI Jean François – Hématologie ; transfusion

ROUBILLE François – Cardiologie

SEBBANE Mustapha – Anesthésiologie-réanimation

SIRVENT Nicolas – Pédiatrie

SOLASSOL Jérôme – Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane – Nutrition

THOUVENOT Éric – Neurologie

THURET Rodolphe – Urologie

TUAILLON Édouard – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

VENAIL Frédéric – Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max – Ophtalmologie

VINCENT Denis – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry – Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne – Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

1re classe :

COLINGE Jacques – Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila – Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent – Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - Médecine générale

1re classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine

BESSIS Didier – Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

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

QUANTIN Xavier – Pneumologie

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

VIEL Éric – Soins palliatifs et traitement de la douleur

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe – Échelon Exceptionnel

RICHARD Bruno – Médecine palliative

SEGONDY Michel – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOUX Stéphanie – Biochimie et biologie moléculaire

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère – Génétique

CARRIERE Christian – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale – Épidémiologie, économie de la santé et prévention

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

MCU-PH de 1re classe

BERTRAND Martin – Anatomie

BOUDOUSQ Vincent – Biophysique et médecine nucléaire

BRET Caroline – Hématologie biologique

BROUILLET Sophie – Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

COSSEE Mireille – Génétique Moléculaire

LAVIGNE Géraldine – Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail

MARTRILLE Laurent – Médecine légale et droit de la santé

MATHIEU Olivier – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin – Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine – Biologie cellulaire

RAVEL Christophe – Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris – Physiologie

STERKERS Yvon – Parasitologie et mycologie

YACHOUH Jacques – Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2éme classe

BERGOUGNOUX Anne – Génétique

CHIRIAC Anca – Immunologie

DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation

DU THANH Aurélie – Dermato-vénéréologie

FITENI Frédéric – Cancérologie ; radiothérapie

GOUZI Farès – Physiologie

HERRERO Astrid – Chirurgie générale

HUBERLANT Stéphanie – Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale

KUSTER Nils – Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain – Maladies infectieuses, Maladies tropicales

PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie

ROUBILLE Camille – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

MCU-MG de 1ère classe

COSTA David

OUDE-ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Éric – Sciences biologiques fondamentales et cliniques

CHAZAL Nathalie – Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine – Neurosciences

BERNEX Florence – Physiologie

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

DELABY Constance – Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence – Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent – Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HERBET Guillaume – Neurosciences

LADRET Véronique – Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINE 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 Émilie – Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie – Histologie

RAYNAUD Fabrice

TAULAN Magali – Biologie Cellulaire

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick

AKKARI Mohammed

ALRIC Jérôme

AMEDRO Pascal

AMOUROUX Cyril

ANTOINE Valéry

ARQUIZAN Caroline

ATTALIN Vincent

AYRIGNAC Xavier

BADR Maliha

BAIS Céline

BARBAR Saber Davide

BASSET Didier

BATIFOL Dominique

BATTISTELLA Pascal

BAUCHET Luc

BENEZECH Jean Pierre

BENNYS Karim

BERNARD Nathalie

BERTRCHANSKY Ivan

BIBOULET Philippe

DENIS Hélène

DEVILLE de PERIERE Gilles

DE LA TRIBONNIERE Xavier

DJANIKIAN Flora

DONNADIEU-RIGOLE Hélène

BIRON-ANDREANI Christine

BLANC Brigitte

BLANCHARD Sylvie

BLANCHET Catherine

BLATIERE Véronique

BOBBIA Xavier

BOGE Gudrun

BOURRAIN Jean Luc

BOUYABRINE Hassan

BRINGER-DEUTSCH Sophie

BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie

BRISOT Dominique

BRONER Jonathan

CADE Stéphane

LAZERGES Cyril

LE GUILLOU Cédric

LEGLISE Marie Suzanne

CAIMMI Davide Paolo

CARR Julie

CARTIER César

CASPER Thierry

MARGUERITE Emmanuel

MARTIN Lucille

MATTATIA Laurent

MEROUEH Fadi

MEYER Pierre

CASSINOTTO Christophe

CATHALA Philippe

CAZABAN Michel

CHARBIT Jonathan

CHEVALLIER Thierry

CHEVALLIER-MICHAUD Josyane

COLIN Olivier

CONSEIL Mathieu

CORBEAU Catherine

COROIAN Flavia-Oana

COURDRAY Sarah

CRANSAC Frédéric

CUNTZ Danielle

DARDALHON Brigitte

DAVID Aurore

DE BOUTRAY Marie

RAPIDO Francesca

RIBRAULT Alice

RICHAUD-MOREL Brigitte

RIDOLFO Jérôme

RIPART Sylvie

RONGIERES Michel

ROULET Agnès

RUBENOVITCH Josh

SANTONI Fannie DEBIEN Blaise

DELPONT Marion

SASSO Milène

FAIDHERBE Jacques
FATTON Brigitte
FAUCHERRE Vincent
FILLERON Anne
FITENI Frédéric
FOURNIER Philippe
GAILLARD Nicolas
GALMICHE Sophie
GENY Christian
GERONIMI Laetitia
GINIES Patrick
GRECO Frédéric
GUEDJ Anne Marie
GUYON Gaël
HENRY Vincent
JAMMET Patrick
JEDRYKA François
JREIGE Riad
KINNE Mélanie
LABARIAS Coralie
LACAMBRE Mathieu
LANG Philippe
MILESI Christophe
MORAU Estelle
MOSER Camille
MOUSTY Eve
MOUTERDE Gaël
PANSARD Nicole
PERNIN Vincent
PERRIGAULT Pierre François
PEYRON Pierre-Antoine
PICARD Éric
PICOT Marie Christine
PIERONI Laurence
POQUET Hélène
PUJOL Sarah-Lise
PUPIER Florence
QUANTIN Xavier
RAFFARD Laurence
SCHULDINER Sophie
SEGURET Fabienne
SENESSE Pierre
SKALLI El Mehdi
SOLA Christelle
SOULLIER Camille
STOEBNER DELBARRE Anne
TEOT Luc
THIRION Marina
VACHIERY-LAHAYE Florence
VERNES Eric
VINCENT Laure
WAGNER Laurent
ZERKOWSKI Laetitia

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BARATEAU Lucie – Physiologie
BASTIDE Sophie – Épidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis – Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire – Biostatistiques ; informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

LATTUCA Benoit – Cardiologie

MARIA Alexandre – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

MIOT Stéphanie – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

SARRABAY Guillaume – Génétique

SOUCHE François-Régis – Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

« Le succès n'est pas final.
L'échec n'est pas fatal.
C'est le courage de continuer qui compte. »
Winston Churchill

A l'ensemble des membres de mon jury,
Soyez assurés de mes sincères remerciements pour votre participation à cette soutenance.

- Au Professeur Michel AMOUYAL, qui me fait l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse.
- Au Professeur Pierre Géraud CLARET, qui a eu la gentillesse d'accepter de siéger à mon jury et juger ce travail.
- Au Professeur Marc GARCIA, qui a accepté de diriger cette thèse. Je vous remercie particulièrement pour votre accompagnement et votre engagement dans l'élaboration de ce travail.
- Au Docteur Saad GAIZI, qui m'a accueilli au sein de son service des urgences au CH d'Alès pendant plus d'un an et qui me fait le plaisir de siéger à mon jury. Sois assuré de ma reconnaissance pour cette opportunité que tu m'as offerte.

Aux équipes des Urgences du CHU de Nîmes et à celles de la DRCI et du BESPIM pour leur aide et le temps accordé pour la réalisation de cette étude.

A tous mes maitres de stage,
Je vous remercie de m'avoir fait bénéficier de votre savoir tout au long de ces études. J'espère pouvoir faire honneur à vos enseignements dans ma pratique future.
Mes remerciements particuliers au Docteur Cédric LE GUILLOU pour sa bienveillance à mon égard et pour son aide dans mon parcours professionnel.

A ma famille :

A mon père,
A toi qui n'es plus là pour voir cet aboutissement mais sans qui rien n'aurait été possible. Mes pensées te sont destinées en ce jour de soutenance de ma thèse.

A ma mère,
Ces mots ne suffiront pas à décrire tout l'amour et toute la reconnaissance que je te porte. Ton courage, ta force, ta persévérance, tes valeurs, ton soutien infaillible sont autant d'exemples et de qualités qui m'ont forgé et m'ont permis d'en arriver là. J'ai de la chance d'être ta fille. J'espère pouvoir te rendre fière.

A ma grand-mère,
Pour tous ces bons moments de complicité passés ensemble qui sont des souvenirs que je chéris.

A mon grand-père,
Pour ton aide et ton accompagnement au début de mes études.

A Smaïn,
Une de mes plus belles rencontres. Ta présence pendant ces études aura été précieuse pour moi et aussi enrichissante que divertissante. Je te remercie pour ton amitié, ton soutien, ton écoute, ton épaule, toutes ces pauses café et on n'oublie pas : « *Failure isn't an option* ».

A Christophe et ses enfants Morgane et Robin,
Pour votre accueil dans votre famille à mon arrivée à Montpellier et votre considération tout au long de mon internat.

A mes amis,

Je vous remercie pour tous les fous rires, les soirées, les longues discussions, les conseils, qui ont rendu ces années d'étude plus agréables. Je vous attends bientôt à La Réunion !

- Ceux de Paris (Heeresh, Damien, Georges) pour toutes ces soirées mémorables.
- Ceux de Lille (Maxime, Vicky, Harry, Anthony, Soraya) avec qui j'ai partagé ces années de stage et de révisions difficiles.
- Ceux de Montpellier (Pierre, Camille, Yoav, Tiffanie, Nilou, Amir, Tamim, Tiphaine et tous les autres) qui auront fait de ce passage sudiste le meilleur moment de mes études.
- A Mina, mon coup de cœur de cet internat. Ta sincérité et ta gentillesse auront beaucoup compté pour moi durant ces 3 années.

A tous mes co-internes, de Perpignan à Nîmes

Pour la bonne ambiance et l'entraide que vous m'avez apportées tout au long de mes stages (avec un clin d'œil particulier aux filles de la Tour C).

SOMMAIRE

Remerciements…… 18
Abréviations…… 22
Introduction…… 23
Matériel et méthode…… 25
Design de l'étude…… 25
Recueil de données…… 25
Objectifs et critères d'évaluation…… 26
Analyse statistique…… 26
Résultats…… 27
Caractéristiques des patients…… 27
Motivations de la consultation…… 29
Attentes et niveaux de satisfaction…… 30
Discussion…… 34
Points forts de l'étude…… 34
Limites de l'étude…… 34
Justification des critères d'inclusion…… 36
Principaux résultats …… 37
Pistes de réflexion …… 40
Conclusion…… 43
Annexe…… 45
Bibliographie…… 59
Serment…… 63
Résumé. ..…… 64

ABREVIATIONS

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel
APL : Accessibilité Potentielle Localisée
ARS : Agence Régionale de Santé
BESPIM : Laboratoire de Biostatistique, Epidémiologie clinique, Santé Publique Innovation et Méthodologie
CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences
CPAM : Caisse primaire d'Assurance Maladie
CPP : Comité de Protection des Personnes
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRRA : Centre de Réception et de Régulation es Appels
DMP : Dossier Médical Partagé
DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRM : Dossier de Régulation Médicale
HDV : Haute Densité Virale
IAO : Infirmière d'accueil et d'Orientation
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
MG : Médecin Généraliste
MMG : Maison Médicale de Garde
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MT : Médecin Traitant
PEC : Prise en Charge
SAM : Structure d'Accueil Médical
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAU : Service d'Accueil des Urgences
WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitionners

INTRODUCTION

Selon la définition de la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitionners) : *« La médecine générale / médecine de famille est le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé. » « C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. »* (1)

Depuis plusieurs années, ce rôle de premier recours du médecin généraliste dans le parcours de soins du patient tend à glisser vers le secteur de la médecine d'urgence.

En effet, la fréquentation des services d'urgences hospitalières est en constante croissance depuis 20 ans. Cette croissance est de 3,5% par an depuis 1996. (2)

Une enquête de le DREES de 2002 estimait à environ 70% le pourcentage de patients se présentant spontanément aux urgences sans avis médical préalable. Selon une autre enquête de la même source, plus de 80% de ces patients présentait un état clinique peu grave : CCMU 1 ou 2 (Annexe 1.2), pouvant relever d'une prise en charge en médecine générale (3,4).

Le manque de médecins généralistes, de disponibilité pour des rendez-vous non programmés, de structures libérales dédiées au premiers recours sont souvent incriminés aussi bien par la population que par les sphères politiques (5).

Un rapport de la Cour de Comptes de 2019 confirmait ce constat (6). Elle affirmait qu'une médecine de ville mieux organisée notamment pour des soins non programmés permettrait d'accueillir au moins 20% des patients de passage aux urgences.

Malgré une baisse de la densité de médecins généralistes rapportée dans une étude de l'ARS Occitanie, le département du Gard garde une densité de généralistes supérieure à la moyenne nationale avec environ 95 médecins généralistes / 100 000 habitants pour une moyenne nationale à 90,4 généralistes / 100 000 habitants. (7)

La DREES et l'IRSES ont développé un indicateur d'accessibilité aux soins : APL (Accessibilité Potentielle Localisée). Il tient compte de plusieurs paramètres et s'exprime en nombre de consultation / an / habitant (8). Il est satisfaisant au-dessus de 4 et on peut parler de déserts médicaux en dessous de 2,5. La zone intermédiaire est qualifiée de problématique.

Toujours selon l'ARS, la répartition de ces médecins serait partiellement inégale dans le département du Gard avec une APL calculée à 4,7, donc satisfaisante à Nîmes mais autour de

3,8 en moyenne dans le Gard avec une couronne péri-urbaine autour de Nîmes où l'APL est problématique (9,10).

Partant de ces constatations, nous nous sommes posé la question de savoir quelles sont les raisons qui amènent les patients à consulter de façon spontanée dans les services d'urgence pour des motifs pouvant relever de la médecine générale.
Pour répondre à cette question, nous nous sommes fixés comme objectif principal de décrire les déterminants de leur consultation au SAU. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer leur ressenti concernant l'offre actuelle de médecine générale chez leur médecin traitant et de les corréler aux différentes raisons de consultation avancées.

MATERIEL ET METHODE

Design de l'étude

Cette étude baptisée SAUGARD est une étude observationnelle descriptive prospective monocentrique menée dans le service des urgences du CHU de Nîmes. Elle a été réalisée sur 4 semaines du 15 février 2021 au 14 mars 2021 après obtention de l'avis favorable d'un CPP (N° ID-RCB : 2020-A03363-36) (Annexe 4) et information à l'ANSM.

Son déroulement a été coordonné et assuré par un médecin investigateur extérieur au service des urgences.

Les patients inclus étaient ceux de plus de 18 ans, se présentant spontanément aux urgences, par leurs propres moyens, du lundi au vendredi, de 8h30 à 18h30 (horaires moyens d'ouverture des cabinets de médecine générale) (11,12), pour un motif de consultation somatique avec une classification CIMU 5 ou 4 (Annexe 1.1) après entretien avec l'infirmière IAO.

Les critères de non-inclusion comprenaient les patients sous sauvegarde de justice, sous curatelle ou tutelle, l'impossibilité d'informer le patient ou d'obtenir son consentement, une mauvaise compréhension de la langue française orale ou écrite ainsi que les plaintes d'ordre traumatologique, psychiatrique et les expertises.

Les critères d'exclusion étaient une classification CCMU 3, 4 ou 5 (Annexe 1.2), une hospitalisation ou une surveillance prolongée du patient à la fin de la prise en charge aigüe, rendant leur passage aux urgences justifié.

Recueil de données

Une lettre d'information et de non-opposition (Annexe 2) a été donnée à l'ensemble des patients concernés par l'étude. Après recueil de leur consentement oral, un questionnaire anonyme et original leur a été remis (Annexe 3). Le patient a été identifié par un numéro d'identification unique à sept caractères (C□□P□□□), dont la première lettre du nom, la première lettre du prénom, et l'année de naissance.

Le questionnaire s'articule en trois parties avec une première partie sur les caractéristiques du patient, ses symptômes et son ressenti de sa pathologie, une seconde concernant les raisons de sa venue aux urgences et une troisième afin d'évaluer sa satisfaction du fonctionnement du

cabinet de son médecin généraliste. La liste des motivations de la consultation a été établie à partir de différentes études afin d'être la plus exhaustive possible (3,13–16).
Le questionnaire était récupéré par le médecin investigateur ou le médecin urgentiste qui remplissait l'encadré final à l'issu de la prise en charge du patient.

Objectifs et critères d'évaluation

L'objectif principal de l'étude était de décrire les déterminants pour lesquels les patients consultent aux urgences pour des motifs pouvant relever d'une prise en charge par un médecin généraliste de ville. Pour cela, le critère d'évaluation principal était l'estimation du pourcentage de patients n'ayant pas de médecin traitant, ayant un médecin absent ou ne réussissant pas à obtenir un rendez-vous dans un délai qu'ils jugent raisonnable avec représentation des autres raisons selon leur fréquence.
Le premier objectif secondaire était l'évaluation des attentes, ressentis et niveau de satisfaction des patients concernant l'offre de médecine générale et en particulier l'accès aux soins primaires chez leur médecin traitant. Le second était d'établir des corrélations entre les motivations de la consultation aux urgences avancées par le patient et ses ressentis.

Analyse statistique

Les données ont été reportées sur le logiciel sécurisé REDCap et leur analyse a été faite à partir du logiciel BiostaTGV.
Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart-type si normalité et par médiane et quartiles le cas échéant. Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et pourcentages de chaque modalité.
Les comparaisons de pourcentages ont été effectuées par un test du Chi2 ou un test exact de Fischer si le Chi2 n'était pas applicable.
Les comparaisons de variables quantitatives ont été effectuées par un test de Student ou de Wilcoxon si la normalité n'était pas vérifiée.
Une différence était considérée comme statistiquement significative lorsque le degré de signification du test (p) était inférieur ou égal à 0,05.

RESULTATS

Caractéristiques des patients

Sur la période d'étude du 15 février au 14 mars 2021, 321 patients ont été inclus et 13 ont été exclus (2 gardés en surveillance au sein des urgences et 11 hospitalisés dont 5 classés CCMU3). Les patients ont répondu à l'ensemble des questions à l'exception de celle portant sur l'évaluation de leur satisfaction au sujet du fonctionnement du cabinet de leur médecin généraliste pour laquelle nous avons eu 301 réponses et celle concernant la recommandation de leur médecin traitant avec 304 réponses.
Les caractéristiques des 308 patients analysés sont présentés dans le Tableau 1.

La médiane d'âge était à 35 ans [27 - 50]. La répartition selon le sexe était représentative de la population générale avec 51,9% de femmes et 48,1% d'hommes (17). Les catégories socio professionnelles les plus représentées étaient les personnes sans activité professionnelle à 33,8% et les employés à 27,6%. La médiane d'évolution des symptômes au moment de la consultation aux urgences était de 5 jours [2 – 15]. Sur une échelle de 0 à 10, la majorité des patients ont estimé le niveau de gravité de leur état entre 5 et 7 (45,5%) et leur niveau de douleur entre 5 et 7 (42,9%).
88,3% des sujets avaient un médecin traitant déclaré et 32,1% ont essayé de le contacter ou contacter un autre généraliste avant de se présenter aux urgences. 40,9% des patients avaient déjà consulté un médecin pour le problème motivant leur venue au SAU.

Tableau 1

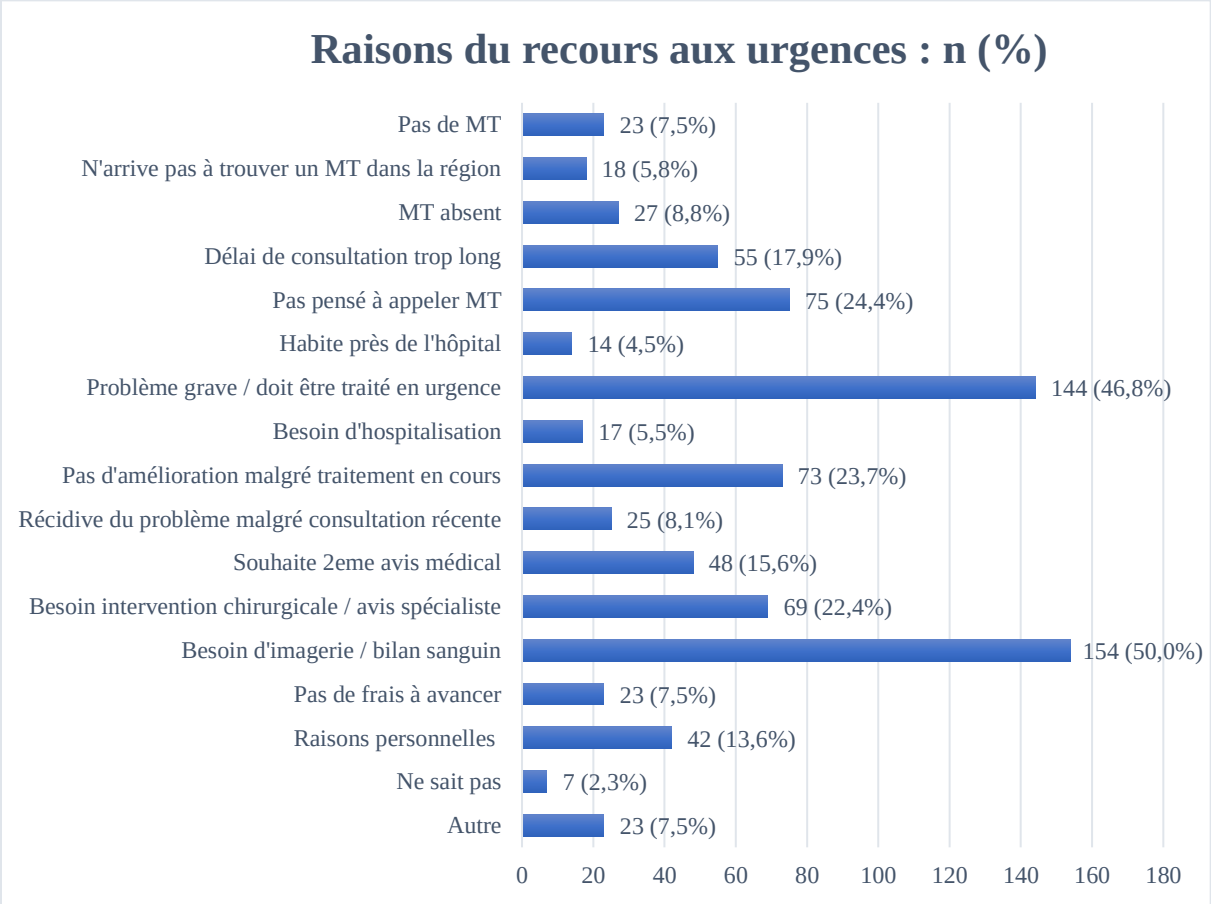
Description et caractéristiques des sujets (n total = 308)		
Variables	Effectif n (%)	Médiane - Ecart interquartile
Age		35 ans - [27 - 50]
Sexe		
Homme	148 (48,1%)	
Femme	160 (51,9%)	
Situation familiale		
Célibataire	115 (37,3%)	
Concubinage	101 (32,8%)	
Marié	56 (18,2%)	
Divorcé	23 (7,5%)	
Veuf	13 (4,2%)	
Profession		
Agriculteur	4 (1,3%)	
Artisan, chef d'entreprise	13 (4,2%)	
Profession intellectuel supérieure	7 (2,3%)	
Profession intermédiaire	48 (15,6%)	
Employé	85 (27,6%)	
Ouvrier	19 (6,2%)	
Retraité	28 (9,1%)	
Sans activité professionnelle	104 (33,8%)	
Durée des symptômes		5 jours - [2 - 15]
Estimation gravité (EVA*)		
[0-4]	76 (24,6%)	
[5 -7]	140 (45,5%)	
[8 -10]	92 (29,9%)	
Estimation douleur (EVA*)		
[0-4]	96 (31,1%)	
[5 -7]	132 (42,9%)	
[8 -10]	80 (26,0%)	
Avoir médecin traitant		
Oui	272 (88,3%)	
Non	36 (11,7%)	
Avoir essayé d'appeler MT**		
Oui	99 (32,1%)	
Non	209 (67,9%)	
Avoir consulté MT*		
Oui	126 (40,9%)	
Non	182 (59,1%)	

* Echelle Visuelle Analogique
** Médecin Traitant

Motivations de la consultation

A la question concernant les raisons pour lesquelles les patients sont venus consulter au SAU, le choix de plusieurs réponses était possible. Les pourcentages de patients pour chaque déterminant de la consultation aux urgences sont représentés sur le graphique 1.

Graphique 1



104 patients soit 34,8% des sujets ont exprimé une difficulté d'accès à une consultation de médecine générale en ville pour leur problème de santé.

Concernant ces raisons relatives à une carence dans l'accès aux soins primaires en ville, 7,5% des patients interrogés n'avaient pas de médecin traitant, 5,8% exprimaient des difficultés à trouver un médecin traitant dans leur région qui acceptait de nouveaux patients, 8,8% avaient leur médecin généraliste absent et non remplacé le jour de leur venue et 17,9% des patients pouvaient être reçu au cabinet de leur médecin mais dans des délais qu'ils jugeaient trop longs. Pour ces derniers, le délai moyen pour obtenir un rendez-vous de consultation était de 4,2 jours (σ = 3,3).

Parmi les raisons les plus avancées, 50,0% des patients sont venus afin de bénéficier d'un examen d'imagerie ou d'un bilan sanguin et 46,8% pensaient que leur état était grave ou nécessitait une prise en charge urgente. 23,7% des sujets avaient déjà consulté un médecin pour leur problème et étaient sous traitement. L'absence d'amélioration de leur état avait motivé leur passage au SAU. 22,4% pensaient avoir besoin d'une intervention chirurgicale ou de l'avis d'un spécialiste.

Parmi la population de sujets venus avec l'intention de bénéficier d'examens complémentaires, 38,3% en ont réellement bénéficié et 66,9% ont estimé que leur prise en charge n'était pas possible par un généraliste.
Les analyses ont montré une absence de corrélation entre ce besoin ressenti d'examens complémentaires et la possibilité ou non exprimée d'une prise en charge par un médecin généraliste de ville avec $p = 0,16$.

Le besoin ressenti de l'avis d'un spécialiste était lui significativement corrélé à l'impossibilité exprimée d'une prise en charge par un médecin généraliste avec un $p < 0,01$.
85,5% des patients qui souhaitaient voir un spécialiste pensaient ne pas pouvoir être pris en charge par un généraliste et 8,7% de ceux pensant que leurs soins étaient possibles par un généraliste ont manifesté une venue au SAU pour avoir l'avis d'un spécialiste.

52,8% des patients qui pensaient que leur état était grave ou nécessitait des soins urgents ont été classé CCMU2 et ont donc bénéficié d'au moins un examen complémentaire.
Ces deux variables sont d'ailleurs significativement liées avec $p < 0,01$.

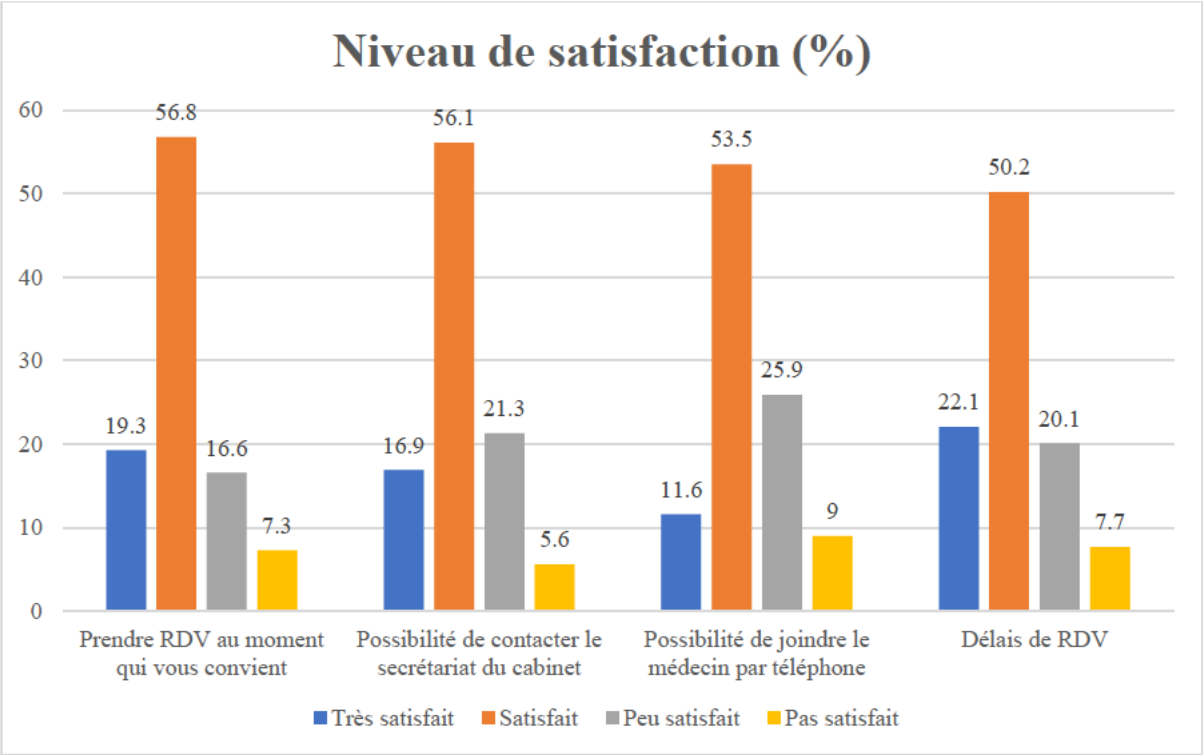
Attentes et niveau de satisfaction

Cette étude a également évalué les attentes des patients ainsi que leur satisfaction concernant la logistique du cabinet de leur médecin généraliste. Ces résultats figurent dans le tableau 2 et sur le graphique 2.

Tableau 2

Attentes et ressenti du patient concernant leur MG*	
Variables	**Effectif n (%)**
Délai de RDV max acceptable**	
le jour même	57 (18,5%)
le lendemain	106 (34,4%)
2 jours	75 (24,4%)
3 jours	54 (17,5%)
1 semaine	16 (5,2%)
Importance contact téléphonique avec MG	
Oui	245 (79,5%)
Non	63 (20,5%)
Dernière consultation chez MG	
<1 semaine	100 (32,5%)
< 1 mois	73 (23,7%)
< 3 mois	43 (14,0%)
< 6 mois	32 (10,4%)
< 1 an	24 (7,8%)
> 1 an	36 (11,7%)
Dernière consultation aux urgences	
<1 semaine	29 (9,4%)
< 1 mois	23 (7,5%)
< 3 mois	28 (9,1%)
< 6 mois	26 (8,4%)
< 1 an	36 (11,7%)
> 1 an	166 (53,9%)
PEC* possible par un généraliste**	
Oui	115 (37,3%)
Non	193 (62,7%)
Recommande son MG	
Oui	249 (81,9%)
Non	55 (18,1%)
* Médecin Généraliste	
** Rendez-vous maximal	
*** Prise en charge	

Graphique 2



Parmi les sujets interrogés, 34,4% ont estimé que le délai maximal correct pour obtenir un rendez-vous chez un médecin généraliste en cas de problème de santé aigu est de 1 jour. Pour 24,4% il est de 2 jours au maximum.

Ils jugent à 79,5% qu'il est important de pouvoir avoir un contact téléphonique direct avec leur médecin traitant au cours de la journée en cas de besoin.

32,5% avaient consulté un médecin généraliste moins d'une semaine avant leur consultation aux urgences, 23,7% moins d'un mois avant. Pour 53,9% des sujets, leur dernier passage dans un service d'urgence remontait à plus d'un an.

Ils étaient 62,7% à penser qu'un médecin généraliste n'aurait pas pu prendre en charge le problème de santé pour lequel ils se sont présentés au SAU mais 81,9% à recommander leur médecin traitant.

Les résultats ont mis en évidence une absence de corrélation entre l'impossibilité de prise en charge par un généraliste et la recommandation du médecin traitant avec $p = 0,36$. 80,1% des patients qui pensaient que leurs soins ne relevaient pas de la médecine générale recommandaient tout de même leur médecin traitant.

Plus de 65% des sujets étaient satisfaits voire très satisfaits de l'organisation du cabinet de leur médecin généraliste. 72,3% étaient satisfaits ou très satisfaits du délai pour obtenir un rendez-vous, 76,1% de la possibilité de prendre rendez-vous à des horaires qui leur conviennent, 73,0% de la possibilité de contacter le secrétariat du cabinet et 65,1% de la possibilité de joindre le médecin par téléphone.

DISCUSSION

Points forts de l'étude

L'étude « SAUGARD » présente plusieurs points forts.
Le premier porte sur son originalité concernant les critères d'inclusion et le questionnaire patient. On retrouve dans la littérature des études similaires dans d'autres régions portant sur les recours non appropriés aux urgences. Aucune n'a été réalisée uniquement aux horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale pour des plaintes exclusivement somatiques. Elles n'ont pas non plus corrélé les raisons de la consultation au ressenti des sujets sur l'offre de médecine générale dans leur région.

Le CHU de Nîmes s'est porté promoteur de l'étude. Elle a été réalisée avec la collaboration de la DRCI (Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation) et du BESPIM (Laboratoire de Biostatistique, Epidémiologie clinique, Santé Publique Innovation et Méthodologie).
Le questionnaire a été testé sur un échantillon de 10 patients afin de s'assurer de l'intelligibilité des questions et propositions de réponse. L'étude a ensuite été soumise à l'avis d'un CPP et après avis favorable, déclarée à l'ANSM et sur ClinicalTrials.gov.

L'étude ne nécessitait pas de nombre minimum de sujets. Avec plus de 300 patients inclus, notre étude permettait des résultats avec un niveau de confiance de près de 95% avec une marge d'erreur de 5%.

Limites de l'étude

L'étude a été réalisée sur 4 semaines du 15 février au 14 mars 2021 dans un contexte sanitaire particulier, pendant la pandémie de Covid-19. Un couvre-feu national était instauré de 18h à 6h sur cette période. Cependant, les déplacements dérogatoires pour motifs médicaux étaient autorisés pendant ces horaires.
Cette épidémie a modifié les habitudes de la population dans leur mode de consommation des soins. Sur l'année 2019, les urgences du CHU de Nîmes ont comptabilisé 109 430 passages avec 8 780 passages en février 2019 et 8 961 passages en mars 2019. L'année 2020 a

comptabilisée 89 872 passages avec 9 041 passages en février 2020 et 6 277 passages en mars 2020. En 2021 il y a eu 6 734 passages en février et 7 959 passages en mars. Cette variation dans la fréquentation des urgences s'explique à la fois par la période de confinement total national avec une chute du nombre de passages du 17 mars au 10 mai 2020 et dans les suites, par une crainte persistante de fréquenter les hôpitaux considérés comme lieu de contamination par le coronavirus.
Il en résulte un recours croissant au CRRA (Centre de Réception et de Régulation des Appels) du SAMU 30 avec 32 202 appels en mars 2021 dont 15 908 DRM (Dossiers de Régulation Médicale) contre 25 052 appels en mars 2019 avec 13 552 DRM. Les patients probablement habitués à recourir aux urgences pour des soins primaires préfèrent appeler le 15 afin d'éviter un passage inutile à l'hôpital. Du fait de la difficulté d'estimer l'état du patient ainsi que sa gravité par téléphone (18), plusieurs patients étaient adressés au SAU pour des plaintes pouvant être prise en charge en médecine de ville. Ces patients n'étaient donc pas inclus dans l'étude. Ces changements récents d'habitudes peuvent expliquer la différence entre le nombre moyen de patients inclus : 16 / jour et celui minimum attendu de 25 / jour (19).

Toujours dans ce contexte épidémique, plusieurs patients se sont présentés spontanément, dans un état clinique stable et peu grave mais avec des symptômes pouvant être évocateur d'une infection au Covid-19. Ces sujets étaient orientés dans le secteur HDV (Haute Densité Virale) des urgences, secteur isolé. Ils présentaient les critères qui auraient permis leur inclusion et analyse dans l'étude. Toutefois, afin d'éviter toute circulation physique de personne ou de document entre ce secteur et le reste du service des urgences, ces patients n'ont pas été interrogés.

Parmi les limites à ajouter, la période d'étude comprenait 2 semaines de vacances scolaires qui sont des périodes privilégiées de congés des médecins et des patients (12). Cela a pu majorer le nombre de consultations aux urgences pour absence du médecin traitant et pour délais de rendez-vous trop longs ainsi que les recours au SAU de patients en vacances dans la région.

Justification des critères d'inclusion

L'étude SAUGARD avait pour objectif de décrire les raisons pour lesquelles de plus en plus de patients se présentent spontanément aux urgences pour des motifs de consultation somatiques pouvant relever d'une prise en charge en médecine générale.
Concernant le choix de ne pas inclure les motifs de consultation relevant de la traumatologie, il s'agit d'un parti pris. Certes de nombreuses pathologies traumatologiques aigues peuvent relever d'une prise en charge en médecine générale.
Plusieurs études relativement récentes ont montré que les motifs de consultation traumatologiques représentent plus de la moitié des recours spontanés aux Urgences (entre 57 et 58%) (16,20). Dans ces mêmes études, les patients justifient, pour 36 à 37% d'entre eux, leur venue aux urgences par le souhait de bénéficier rapidement d'examens complémentaires à type d'imagerie (16,20). Ils souhaitent éliminer une fracture.
Cette raison de recours ayant été souvent mise en évidence lors des recours aux urgences pour motif traumatologique (3,4), il a été décidé pour ce travail de recherche d'envisager le sujet sous un autre angle et de ne pas inclure les patients se présentant pour ce motif de consultation. Par extension les patients se présentant pour des plaies aigues dans un contexte traumatique n'ont pas été inclus.

Concernant les patients se présentant pour une expertise, qu'il s'agisse de réquisitions judiciaires ou de consultations spontanées dans un contexte d'agression par exemple, il a été décidé pour des raisons éthiques de ne pas les inclure.

Enfin concernant les problématiques psychiatriques, il a été conclu dans une circulaire de la Direction Générale de Santé que : *« L'urgence en psychiatrie est une demande dont la réponse ne peut être différée : il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique. »*. (21,22)
De ce fait, toute consultation spontanée aux urgences pour une plainte d'ordre psychiatrique et pour laquelle le patient demande à voir un psychiatre (même si sa plainte aurait pu être prise en charge par un médecin généraliste) est justifiée. De plus, du fait de la souffrance psychique

et de l'urgence ressentie par le patient au moment de sa consultation aux urgences, il a là encore été décidé pour des raisons éthiques de ne pas inclure ces patients.

Principaux résultats

L'étude a inclus environ 12% de l'ensemble des patients adultes se présentant aux urgences entre 8h30 et 18h30 du lundi au vendredi. La population étudiée était plutôt jeune avec une médiane à 35 ans et 75% des patients qui avaient moins de 50 ans. Ils étaient 75% à avoir des symptômes évoluant depuis plus de 2 jours avec une médiane à 5 jours. Ils étaient 75,4% à estimer la gravité de leur état à 5/10 ou plus. Cette gravité ressentie était une des raisons de la consultation aux urgences pour 46,8% des sujets interrogés. Cela semble supposer un lien entre la durée de la gêne et le sentiment de gravité et d'urgence de prise en charge qu'elle génère. Ce constat est rapporté dans d'autres études (23,24) mais n'a pas été mis en évidence de façon significative dans l'étude SAUGARD avec $p = 0,18$.
L'étude n'a pas non plus mis en évidence de rapport significatif entre le niveau de douleur exprimé par le patient et une venue au SAU pour une prise en charge urgente avec $p = 0,67$.
L'urgence ressentie pourrait donc signifier un désir d'avoir un diagnostic et une prise en charge rapide chez un patient inquiet ou impatient.
Cette inquiétude se retrouve chez 37,0% des sujets qui avaient une suspicion diagnostic discordante et quasiment toujours plus grave que le diagnostic final retenu. 24,4% avaient une suspicion diagnostic concordante et 38,6% étaient sans avis diagnostic sur leur pathologie.
Près de 80% des sujets interrogés ont exprimés l'importance de pouvoir avoir un contact téléphonique avec leur médecin généraliste à tout moment de la journée. Un avis médical oral est parfois suffisant pour les rassurer ou organiser une prise en charge adaptée à la situation.

La première raison de consultation avancée par les patients interrogés est le besoin d'examens complémentaires, même si les motifs de consultation traumatologiques n'étaient pas inclus. 50% des patients ont exprimé ce besoin. Ce chiffre varie entre 35% et 75% dans d'autres études (3,15,16). Il révèle là encore une inquiétude du patient sur son état de santé et une volonté de bénéficier d'une consultation complète avec des examens paracliniques dans le même temps afin d'avoir un diagnostic rapide sans multiplier le nombre de rendez-vous. Cette notion de « *quête d'immédiateté* » et la « *difficulté des patients à gérer leur propre angoisse* » sont retrouvées dans un rapport d'information du Sénat de 2017 (25). Parmi ces 50% de sujets,

61,7% n'ont pas nécessité d'imagerie ni de bilan sanguin, allant dans le sens d'une inquiétude injustifiée ou d'une exigence grandissante du patient.

Concernant l'offre de médecine générale, 34,8% des patients ont exprimé une difficulté d'accès aux soins primaires en ville avec soit une absence de médecin traitant, des difficultés à trouver un médecin traitant qui prend de nouveaux patient, un médecin absent non remplacé ou un délai de consultation trop long. L'absence immédiate de réponse en ville au moment où le patient décide de consulter pour un problème de santé aigüe représente donc une part non négligeable des consultations spontanées aux urgences (26). Même si ses symptômes évoluent depuis plusieurs jours, les patients semblent exiger un diagnostic et des soins rapides lorsqu'ils en ressentent le besoin. Les urgences deviennent donc une réponse à des besoins de soins non programmés non satisfaits en ville malgré l'existence de structures de soins ambulatoires plus adaptées (15).
En effet, à Nîmes il existe entre autres, depuis plusieurs années une Structure d'Accueil Médical (SAM) située à moins de 5 kilomètres du CHU et ouverte de 9h à 19h pour des consultations sans rendez-vous. Elle constitue une alternative à la consultation aux urgences mais semble méconnue des sujets se présentant au SAU du CHU.

Toujours concernant l'offre de médecine générale, l'étude met en évidence un sentiment de satisfaction majoritaire des patients vis-à-vis de leur médecin traitant, de ses compétences et du fonctionnement de son cabinet. 81,9% des sujets recommandait leur médecin généraliste. Parmi les remarques de ceux qui ne le recommandait pas, on retrouvait une prise en charge insuffisante avec peu d'examens complémentaires prescrits ou des comportements type désintéressement du médecin qui ne permettait pas une relation médecin-malade optimale.
Le recours spontané aux urgences ne vise pas à pallier un manque de compétences des généralistes mais à apporter en une consultation des moyens humains et techniques supplémentaires pour une prise en charge complète plus rapide.
D'ailleurs, pour 53,9% des sujets, leur dernière consultation aux urgences remontait à plus d'un an et pour 56,2%, la dernière consultation chez leur médecin traitant remontait à moins d'un mois. Le profil d'« habitué » des urgences n'est pas majoritaire chez les patients interrogés. Peu d'études ont étudié le profil des usagers des urgences et leur fréquence de consultation aux urgences mais nos résultats sont similaires à ceux d'une étude de 2016 qui montrait que 56% des patients inclus qui se présentaient spontanément au SAU de Saint Nazaire n'avaient pas consulté aux urgences depuis plus d'un an (20).

L'exigence des patients se retrouve à la fois sur les délais de prise en charge mais également sur la nature des soins. En plus des demandes d'examens complémentaires afin d'explorer de façon approfondie leurs symptômes, les patients sont également en demande d'avis spécialisés. 22,4% des patients étaient venus avec cette intention mais 58% d'entre eux étaient classés CCMU1 et n'en ont pas nécessité en urgence. Cela semble refléter une mauvaise connaissance de l'étendu du champ d'action et de soins du généraliste. Toute plainte somatique ne nécessite pas l'avis d'un spécialiste d'organe.

D'ailleurs, 24,4% des patients n'ont même pas pensé à appeler leur généraliste avant de consulter aux urgences et 62,7% pensent que leur prise en charge ne relevait pas de la médecine générale. Des chiffres similaires se retrouvent dans d'autres études (20,27,28).

Ce sentiment des patients n'est pas corrélé à leur confiance en leur médecin traitant (p = 0,36) mais pourrait être lié aux habitudes de leur médecin traitant qui les adresse facilement aux urgences ou à des spécialistes (29). Ce sentiment pourrait aussi signifier que le besoin ressenti d'examen complémentaire implique que leurs soins nécessitent plus qu'une seule consultation chez le médecin généraliste. En ce sens, leur prise en charge ne relève pas strictement de la médecine générale pour ces patients. Ils recourent donc directement aux urgences sans prendre l'avis de leur généraliste afin de réduire leur délai de prise en charge.

L'étude montre également que 40,9% des patients avaient consulté récemment leur généraliste avant de se présenter aux urgences. L'absence d'amélioration de leur état suite à la consultation ou, dans une moindre mesure, la récidive du problème, motivait leur passage. Il s'agissait d'ailleurs du 4eme motif de consultation le plus cité. En cas d'absence d'effet rapide et efficace du traitement, 50,0% des sujets en cours de traitement déclarent consulter au SAU pour avoir un 2ème avis médical et 52% pour avoir des examens complémentaires.

La confiance dans les compétences de leur médecin traitant ne semble pas faire défaut puisque 77,8% des patients en cours de soins recommandent leur médecin généraliste. Là encore, ce serait la disponibilité des soins et d'un plateau technique dans un même service qui semble être l'élément déterminant expliquant la venue au SAU.

Ce profil de consultations multiples pour une même plainte et cette consommation de soins est confirmé dans une étude de la DREES de 2020. Les usagers des urgences comptabilisent 27% de plus de consultations chez le généraliste que les patients non passés par les urgences. D'ailleurs, en moyenne 22% des patients qui se sont présentés aux urgences avec un retour à domicile dans les suites de la consultation ont consulté leur généraliste la semaine suivant leur passage. (24)

A noter que dans notre échantillon de sujets, le pourcentage de patients appartenant aux catégories socio professionnelles (CSP) des employés et des sans activité professionnelles était significativement plus élevé que dans la population générale nîmoise. A l'inverse, le pourcentage des professions intellectuelles supérieures et des retraités était significativement moins représentées que dans la population (30).
Selon une étude de l'Observatoire des inégalités, les CSP des employés, des ouvriers et des sans activité font partie des moins diplômées (31). On peut supposer qu'un travail de communication et d'information de ces sujets serait à envisager afin de leur apporter une meilleure connaissance de notre système de soins et des structures appropriées pour leur prise en charge.

Pistes de réflexion

En 2017, le nombre de passages annuels dans les services d'urgence français était estimé à plus de 21 millions. Une enquête de la DREES sur les recours non programmés en médecine générale estimait que *« les recours urgents ou non programmés constituent 12% de l'activité totale des médecins généralistes libéraux* » soit 35 millions de consultations par an et 46 % des généralistes réservent dans leur emploi du temps des créneaux réservés à l'urgence (32). Toutefois, l'accès aux soins primaires dans des structures appropriées continue de rester un enjeux national dans le domaine de la santé et a fait l'objet d'une ébauche de plan d'action présenté par le Premier Ministre Edouard Philippe le 13 octobre 2017 (5).

Même si l'offre actuelle de médecine générale est globalement ressentie comme satisfaisante par la population étudiée, des aménagements pourraient être envisagés pour les demandes de consultations pour des soins non programmés ressentis comme urgents dans le bassin nîmois. Tout patient qui en ressent le besoin devrait pouvoir avoir un avis médical rapide.

Les structures ambulatoires existantes telles que le SAM, les MMG ou SOS médecins représentent une alternative. Elles permettent aux patients de consulter sans rendez-vous et de répondre à leurs inquiétudes concernant leur santé. Cependant, elles n'offrent pas la même globalité de prise en charge qu'un médecin traitant et n'ont pas vocation à assurer un suivi médical. De plus, la multiplication de ce type de structures présente le risque d'encourager une approche consumériste non coordonnée et non régulée des soins, en occultant l'éducation des

patients sur l'intérêt de suivre le parcours de soins pour un bon fonctionnement de notre système de santé (33)
Les solutions pourraient se trouver ailleurs.

La création de MSP dans l'agglomération nîmoise est intéressante. On en compte une vingtaine dans le Gard dont 8 sur Nîmes et ses alentours (34). Pour être agréées, les MSP s'engagent *« pour recevoir chaque jour ouvré les patients ayant besoin de soins non programmés, par la disponibilité des différents professionnels de santé de la structure pour une régulation des demandes (physique ou téléphonique), par la possibilité de consultations dans la journée (plages horaires dédiées pour chaque professionnel, journées dédiées ou plages horaires assurées à tour de rôle par chacun des médecins de la structure, etc.)»* (35).
Dans l'Accord national de juillet 2015, la CPAM fixe des obligations similaires concernant les soins non programmés aux centres de santé conventionnés (36). Il existe un centre de santé remplissant ces critères dans la ville de Nîmes.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) peuvent constituer une autre alternative pour pallier les difficultés de consultation pour des urgences ressenties. Ce concept n'existe que depuis 2016. Plusieurs projets sont en cours sur Nîmes et sa couronne. Elles ont pour principale mission d'organiser au mieux le parcours de soins des patients en « *facilitant l'accès à un médecin traitant* » et en « *améliorant la prise en charge des soins non programmés en ville en permettant aux patients d'obtenir un rendez-vous dans les 24 heures* » après appel au secrétariat (37). Cette organisation avec des médecins généralistes, spécialistes, laboratoires d'analyses biologiques, centre de radiologie, en partenariat avec le CHU, permettrait de répondre aux besoins des patients avec une meilleure coordination de soins et une prise en charge adaptée et globale sans passer par un service d'urgence.

Les initiatives de mutualisation des ressources médicales au sein des territoires constituent une des pistes à privilégier selon un rapport sur le premier accès aux soins remis à la Ministre des Solidarités et de la Santé en mai 2018 (38).
Un ensemble de médecins volontaires proposerait des plages pour des consultations non programmées. Celles-ci seraient régulées par le centre 15, par une centrale avec un numéro unique ou par des plateformes informatiques comme le site santé.fr.
Sur cette base de réflexion, une expérimentation de réadressage des patients à l'accueil des urgences du CHU de Nîmes est en cours de protocolisation. L'objectif est de mettre à

disposition de l'IAO les offres de plages de consultation non programmées sur le territoire afin qu'elle puisse orienter les patients vers des structures plus adéquates pour la prise en charge de leur pathologie.

Il s'agira également par la suite de travailler sur des campagnes d'information et une promotion de ces parcours de soins adaptés et adéquats, indispensables à une bonne prise en charge, auprès de la population.
Avec le concours du DMP (Dossier Médical Partagé) ces alternatives et ce nouveau maillage territorial permettrait de combler les carences de l'offre de soins de médecine générale et de répondre aux besoins des patients mis en évidence dans l'étude SAUGARD.

CONCLUSION

Toute demande dans le domaine de la santé doit être entendue.

En 2017, la médecine d'urgence est devenue un diplôme d'étude spécialisé. Malgré son rôle dans la prise en charge des soins primaires, cette discipline n'a pas vocation à se substituer à la médecine générale. Cependant, depuis plusieurs années les urgences connaissent une affluence croissante avec de plus en plus de recours spontanés et inappropriés.
L'offre de soins en médecine générale est souvent incriminée.

Ce travail de recherche réalisé au CHU de Nîmes a permis de mettre en évidence le besoin rapide d'examens complémentaires ainsi que la gravité et l'urgence ressenties comme principaux déterminants pouvant expliquer cette tendance. Ce sont donc les inquiétudes et exigences des patients qui sont au premier plan des raisons de leur consultation.
En 2020, le Conseil national de l'ordre des médecins comptabilisait 86102 médecins généralistes sur le territoire français (39). Avec environ 5000 consultations par an par médecin généraliste, la discipline comptabilise plus de 430 millions de consultation par an (40). Selon nos calculs, environ 4 millions des consultations, soit moins de 1% des consultations annuelles de médecine générale, échappent aux généralistes suite à une carence dans leur offre de soins.
Ce pourcentage minime a tout de même des répercussions financières.

Les patients sont majoritairement satisfaits voire très satisfaits de l'organisation logistique de la médecine générale dans le cabinet de leur médecin traitant même s'il existe effectivement des manquements dans l'offre de soins ambulatoire.
Des progrès sont à envisager dans ce domaine, notamment pour des situations de soins non programmés nécessitant des examens complémentaires.

Ces progrès pourraient résider dans une collaboration accrue entre les hôpitaux et la médecine de ville.
L'organisation des soins primaires est en marche avec la création de MSP et CPTS sur l'ensemble du territoire national. Ces structures, avec le développement de soins coordonnés en lien avec les services hospitaliers, s'engagent à prendre en charge des demandes de soins non programmés dans les 24 heures.

Il s’agirait également d’améliorer la communication via des campagnes d’informations sur l’existence, les rôles et missions de ces structures utiles au bon fonctionnement du système de soins français aussi bien pour des enjeux personnels de santé que pour des enjeux nationaux financiers.

Annexe 1.1

Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU) :

Niveau CIMU	Situation	Risque	Ressource	Action	Délais	Secteur
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	≥ 5	Support d'une ou des fonctions vitales	Infirmière < 1 min Médecin < 1 min	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	SAUV
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	≥ 3	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	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	Pas d'acte diagnostique et/ ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

Annexe 1.2

Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) :

Niveau CCMU	Descriptif
1	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.
2	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.
3	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver, sans mise en jeu du pronostic vital.
4	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.
5	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

Annexe 2

LETTRE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION DESTINEE AU PATIENT

Promoteur de l'étude :

CHU de Nîmes
Place du Professeur Debré
30029 Nîmes Cedex 09

Etude « SAUGARD »

Évaluation des déterminants d'un recours spontané aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale.

Version1.1 du 22/01/2021
Numéro ID-RCB : 2020-A03363-36

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous propose de participer à une recherche dans le cadre d'une mission d'intérêt public dont le CHU de Nîmes est le promoteur. Il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à votre médecin.

Votre participation est entièrement volontaire.

En l'absence d'un avis contraire de votre part après la lecture de cette lettre d'information, nous considèrerons que vous acceptez de participer à cette étude.

Si vous ne désirez pas prendre part à cette recherche, vous continuerez à bénéficier de la meilleure prise en charge médicale possible, conformément aux connaissances actuelles.

PRESENTATION DE LA RECHERCHE

Un article récent du Quotidien du Médecin estime que la fréquentation annuelle des Services d'Urgences en France est en constante augmentation depuis 20 ans.

Afin d'améliorer nos pratiques et notre offre de soins sur le territoire, nous souhaitons, à travers un questionnaire anonyme, avoir un retour de votre part concernant les raisons de votre venue aux Urgences ainsi que votre niveau de satisfaction et vos attentes concernant de fonctionnement du cabinet de votre médecin traitant.

L'objectif de cette étude est de déterminer le pourcentage de patients consultant aux Urgences par difficulté d'avoir un médecin traitant ou un rendez-vous rapide dans la région.

DEROULEMENT DE LA RECHERCHE

Lors de votre passage aux Urgences, il vous sera proposé de participer à l'étude « SAUGARD » qui se déroulera sur 1 mois au CHU de Nîmes uniquement.

Après information sur les modalités de l'étude, si vous n'avez pas exprimé d'opposition au recueil de données vous concernant, un questionnaire vous sera remis.

Ce questionnaire est entièrement anonyme.

Il vous sera demandé de le remplir et de le remettre au médecin urgentiste à la fin de votre prise en charge.

A noter que vos réponses n'auront aucune incidence sur la nature et la qualité de votre prise en charge.

ACTES SPECIFIQUES A LA RECHERCHE QUI NE FAIT/FONT PAS PARTIE DE LA PRISE EN CHARGE HABITUELLE

Le recueil de données concernant votre parcours de soin, votre pathologie et votre satisfaction concernant le fonctionnement du cabinet de votre médecin traitant ne font pas partie de la prise en charge habituelle.

Toutefois, vos réponses n'auront aucune incidence sur votre prise en charge : vous bénéficierez d'une réponse adaptée à votre demande et d'une qualité de soin habituelle et maximale

POPULATION DE LA RECHERCHE

L'étude s'adresse aux patients ne présentant pas de critère de gravité, qui consultent de leur propre initiative dans le service des Urgences du CHU de Nîmes.

Les patients mineurs, hors d'état d'exprimer leur consentement, sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ne sont pas concernés par l'étude.

CONTRAINTES, RISQUES PREVISIBLES & OBLIGATIONS

La participation à l'étude « SAUGARD » ne présente pas de contrainte ou risque prévisible et ne vous astreint à aucune obligation.

BENEFICES ATTENDUS

Votre participation permettra de mettre en relief vos besoins en termes de santé et d'accès à un médecin généraliste et ainsi tenter adapter l'offre de soins dans la région afin de répondre à vos demandes.

INDEMNISATION

Cette étude ne donne lieu à aucune indemnité.

QUELS SONT VOS DROITS ?

Votre médecin doit vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette recherche. Si vous souhaitez vous en retirer à quelque moment que ce soit, et quel que soit le motif, vous continuerez à bénéficier du suivi médical et cela n'affectera en rien votre surveillance future.

Dans le cadre de la recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard des objectifs qui vous ont été présentés. Le responsable du traitement des données est le CHU de Nîmes. Le médecin de l'étude et autres personnels de l'étude recueilleront des informations à votre sujet, sur votre santé, sur votre participation dans l'étude, et le cas échéant, sur vos habitudes de vie. Ces informations, appelées « Informations personnelles », sont consignées sur les formulaires, appelés cahiers d'observations, fournis par le promoteur. Seules les informations strictement nécessaires au traitement et à la finalité de la recherche seront recueillies et ces données seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche ou, en cas d'absence de publication, jusqu'à la signature du rapport final de la recherche. Elles font ensuite l'objet d'un archivage papier ou informatique pour une durée de 15 ans à compter de la date de fin d'étude conformément à la réglementation en vigueur. Afin d'assurer la confidentialité de vos informations personnelles, ni votre nom ni aucune autre information qui permettrait de vous identifier directement ne seront saisis sur le cahier d'observation ou dans tout autre dossier ou échantillon que le médecin de l'étude fournira au promoteur ou aux représentants autorisés du promoteur. Vous serez uniquement identifié(e) par un code et vos initiales. Le code est utilisé pour que le médecin de l'étude puisse vous identifier si nécessaire.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles) et au règlement général sur la protection des données (règlement UE 2016/679), vous disposez des droits suivants sur les données que nous collectons dans le cadre de cette étude :

- le droit de demander des informations sur le traitement de vos données.
- le droit de demander la rectification des données qui vous concernent si celles-ci sont inexactes ou incomplètes. Pendant que nous examinons votre demande, vous avez le droit de limiter le traitement de vos données,
- le droit de demander à ce que vos données vous soient transférées à vous ou à quelqu'un d'autre dans un format couramment utilisé,
- le droit de vous opposer au traitement de vos données à caractère personnel, à tout moment, sans avoir à justifier votre décision.

Aucune autre donnée ne sera ensuite collectée après manifestation de refus de participation à l'essai.

- Si vous manifestez votre refus de participation à l'essai, vous pouvez demander l'effacement de vos données déjà collectées s'il n'existe aucune autre exigence légale qui requière leur utilisation. Veuillez noter cependant que vos données qui auront été déjà traitées seront conservées pour ne pas rendre impossible ou compromettre la réalisation des objectifs de la recherche (Articles 17.3.c & 17.3.d. du RGPD).

Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Les autorités compétentes et le promoteur ou ses représentants autorisés pourront également avoir besoin d'accéder à vos archives médicales et à votre dossier de l'étude, afin de vérifier les données recueillies dans le cadre de l'étude.

Si vous avez d'autres questions au sujet du recueil, de l'utilisation de vos informations personnelles ou des droits associés à ces informations, veuillez contacter le Délégué à la Protection des données du CHU de Nîmes (dpd@chu-nimes.fr) ou le médecin de l'étude.

Conformément à la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine :
- cette recherche a obtenu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes et a été déclarée auprès de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM),
- les personnes ayant subi un préjudice après participation à une recherche peuvent faire valoir leurs droits auprès des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux,
- lorsque cette recherche sera terminée, vous serez tenus informés personnellement des résultats globaux par votre médecin dès que ceux-ci seront disponibles, si vous le souhaitez. Après avoir lu cette lettre d'information, n'hésitez pas à poser au médecin toutes les questions que vous désirez. En l'absence d'un avis contraire de votre part, nous considèrerons que vous acceptez de participer à cette étude. Votre refus ne modifiera en rien la relation avec votre médecin ni les soins qui vous seront prodigués.

Nous vous remercions pour votre attention.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à les poser au médecin.

Nom et coordonnées de l'investigateur principal/coordinateur

Sandira CHELLEN / Dr Xavier BOBBIA

Service d'Accueil des Urgences

CHU de Nîmes

Tél : 04.66.68.33.44

Soyez assuré(e) que votre participation nous est extrêmement précieuse. Nous vous remercions par avance, Madame, Monsieur, de l'aide que vous apportez ainsi à la recherche médicale.

Annexe 3

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE NIMES

Groupe Hospitalo-Universitaire Carémeau

Place du Professeur Robert Debré – 30029 Nîmes Cedex 9

Etude pilote monocentrique, prospective, observationnelle

ETUDE « SAUGARD »

Évaluation des déterminants d'un recours spontané aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale.

CAHIER D'OBSERVATION – Version 1.0 du 30/11/2020

Date inclusion : I__ I__I jour I__I __I mois 2021

N° d'inclusion : C|__|__|P|__|__|__|

1ère lettre du nom : |__| 1ère lettre du prénom : |__| Année de naissance : |_|_|_|_|

CRITERES D'INCLUSION :

	Oui	Non
Adulte ≥ 18 ans	☐	☐
Venue spontanée aux urgences (non adressé par médecin) entre 8h30 et 18h30	☐	☐
Motif de consultation somatique	☐	☐
CIMU 4 ou 5	☐	☐

CRITERES DE NON-INCLUSION :

	Oui	Non
Patient sous sauvegarde de justice, sous curatelle ou tutelle	☐	☐
Impossibilité d'informer le patient ou obtenir son consentement	☐	☐
Motif de consultation traumatologique / psychiatrique / expertise	☐	☐

CRITERES D'EXCLUSION :

	Oui	Non
CCMU 3, 4 ou 5 à la fin de la prise en charge	☐	☐
Hospitalisation ou patient gardé sous surveillance aux urgences	☐	☐

QUESTIONNAIRE ADMINISTRE AU PATIENT

Age *(en années)* : ……..

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Quel est votre profession ?……

Quelle est votre situation familiale ? *(Marié, célibataire, concubinage...)*
……

Nombre d'enfants ? ……

Quelle est la raison de votre venue aux Urgences ?
……
……

Depuis combien de temps évoluent vos symptômes ? *(Heures, Jours, Semaines)* ……

Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous la gravité de votre situation ?
(0 correspond à une absence de gravité et 10 une situation extrêmement grave)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous votre douleur physique ?
(0 correspond à une absence de douleur et 10 une douleur très intense)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Que pensez-vous avoir comme maladie ?
……
……

A) CONCERNANT VOTRE VENUE AUX URGENCES

Avez-vous un médecin traitant ? ☐ Oui ☐ Non

Etes-vous aux Urgences sur conseil de votre médecin traitant ?
☐ Oui ☐ Non
(Si oui, merci de passer directement à la rubrique B)

Etes-vous aux Urgences sur conseil d'un autre médecin ? (Spécialiste, SAMU, SOS médecin...)
☐ Oui ☐ Non
(Si oui, merci de passer directement à la rubrique B)

Avez-vous essayé de contacter votre médecin traitant avant de venir aux Urgences ?
☐ Oui ☐ Non

Avez-vous consulté votre médecin traitant ou un autre médecin <u>récemment</u> concernant votre problème ?
☐ Oui ☐ Non

Quelles sont les principales raisons qui vous ont conduit à consulter aux Urgences ce jour ?
(Plusieurs réponses possibles)

☐ Je n'ai pas de médecin traitant
☐ Je n'arrive pas à trouver un médecin traitant qui prend de nouveaux patients dans ma région
☐ Mon médecin traitant est absent (et il n'a pas de remplaçant)
☐ Le délai de consultation pour avoir un RDV avec mon médecin traitant ou un médecin généraliste était trop long (**Quel était ce délai ?** …….)
☐ Je n'ai pas pensé à appeler un médecin généraliste
☐ J'habite près de l'hôpital
☐ Je pense que mon problème est grave et/ou doit être traitée en urgence
☐ Je pense que ma situation nécessite une hospitalisation
☐ Je suis en cours de traitement (pour mon problème actuel) mais mon état ne s'améliore pas ou s'aggrave
☐ J'ai récemment consulté mon médecin traitant pour le même problème et aujourd'hui le problème récidive
☐ J'ai déjà consulté mon médecin traitant mais je souhaite avoir un 2ème avis médical
☐ Je pense que mon état nécessite une intervention chirurgicale ou l'avis d'un spécialiste
☐ Je pense que mon état nécessite un examen d'imagerie (Radio, scanner, échographie...) ou une prise de sang
☐ Les soins sont gratuits aux urgences, il n'y a pas de frais à avancer
☐ Je viens pour raisons personnelles / j'ai besoin que le problème soit réglé rapidement
☐ Je ne sais pas pourquoi je suis venu aux urgences
☐ Autre
……
……

B) CONCERNANT VOTRE MEDECIN TRAITANT

EN MOYENNE, quel est le délai maximal que vous jugez acceptable pour avoir un RDV chez un médecin généraliste lorsque vous présentez un problème de santé aigu ?
☐ <12h (le jour même) ☐ 24h (le lendemain) ☐ 48h (2 jours) ☐ 72h (3 jours) ☐ 1 semaine

Trouvez-vous important de pouvoir avoir un contact téléphonique direct avec votre médecin généraliste à tout moment de la journée ?
☐ Oui ☐ Non

PARLONS DU CABINET MEDICAL DE VOTRE MEDECIN GENERALISTE :
En vous basant sur les 12 derniers mois, quel est votre niveau de satisfaction concernant :

- La possibilité de prendre un RDV au moment qui vous convient ?

☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas satisfait du tout

- La possibilité de contacter le cabinet (secrétaire) par téléphone ?

☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas satisfait du tout

- La possibilité de joindre le médecin par téléphone ?

☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas satisfait du tout

- Les délais pour obtenir un RDV ?

☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Pas satisfait du tout

Quand avez-vous consulté votre médecin généraliste pour la dernière fois ?
☐ < 1 semaine ☐ < 1 mois ☐ < 3 mois ☐ < 6 mois ☐ < 1 an ☐ > 1an

Quand avez-vous consulté aux urgences pour la dernière fois ?
☐ < 1 semaine ☐ < 1 mois ☐ < 3 mois ☐ < 6 mois ☐ < 1 an ☐ > 1an

Pensez-vous qu'un médecin généraliste aurait pu prendre en charge votre problème actuel ?
☐ Oui ☐ Non

Recommanderiez-vous votre médecin généraliste ?
☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des remarques ?
……
……
……

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

ENCADRE RESERVE AU MEDECIN URGENTISTE (A remplir à la réception du questionnaire) :

Selon la classification CCMU, dans quelle catégorie classez-vous le patient à sa sortie ?
¤ CCMU 1 ¤ CCMU 2 ¤ CCMU 3 ¤ CCMU 4 ¤ CCMU 5

Dans quel secteur le patient a-t-il été pris en charge ?
¤ Circuit court ¤ Médico chirurgical

Quel est le diagnostic final retenu pour ce patient ?
.....

La consultation aux urgences de ce patient a débouché sur :
¤ Un retour au domicile ¤ Une hospitalisation ¤ Un maintien à l'UMCH / en ZAH pour surveillance

Annexe 4 : **COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD MÉDITERRANÉE I**

Président
Professeur Stéphane RANQUE

AVIS

Collège technique

Personnes qualifiées en recherche

Yves JAMMES

Aurélie MORAND (Pédiatre) Stéphane RANQUE (méthodologiste)

Agnès BOYER CHAMARD

Marc GAINIER

Thierry BEGE

Jean GAUDART (méthodologiste)Karim BENDIANE

Médecins généralistes

Jean Charles REYNIER

Jérémy KHOUANI

Pharmaciens hospitaliers

Nicole ROATTINO

Charléric BORNET

Infirmières

Dominique CHANAUD

Collège social

Personnes qualifiées en éthique

Christine ASSAÏANTE

Célia CHISCHPORTICH

Psychologues

Pierre DE ALCALA

Christian BOCCARDI

Travailleurs sociaux

Lucie CAMILLI

Juristes

Jean-Pierre BINON

Coraline SIMEONE

Mélissa DRIOUCHE

Représentants d'associations et usagers

Perrine HERQUEL

Odile DALMONT

Le Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée I, agréé par arrêté ministériel en date du 1er juin 2018, constitué selon l'arrêté du Préfet de la Région Provence Alpes Côte d'Azur en date du 12 août 2020,

En application du code de la santé publique et de la réglementation en vigueur relative aux recherches mentionnée au 3° de l'article L.1121-1 du Code de la santé Publique

Ayant été saisi par un courrier du CHU de Nîmes, promoteur d'un dossier de recherche intitulée :

« ÉVALUATION DES DETERMINANTS D'UN RECOURS SPONTANE AUX URGENCES POUR DES MOTIFS RELEVANT DE LA MEDECINE GENERALE. ETUDE « SAUGARD »

Identifiée sous le numéro ID RCB 2020-A03363-36 et dont l'investigateur (coordinateur) est Mme le Dr Sandira CHELLEN

Ayant, après vérification de la conformité réglementaire, enregistré ce dossier le **22 décembre 2020** sous la référence interne **21 08**

Lors de sa séance plénière du 13 janvier 2021 au cours de laquelle
Mesdames : C. ASSAIANTE, A. BOYER-CHAMMARD, O. DALMONT, P.HERQUEL, N. ROATTINO,C. SIMEONE
Messieurs : P. DE ALCALA, T. BEGE, K. BENDIANE, J-P BINON, S. RANQUE, J. KHOUANI

Après avoir entendu le rapporteur du collège technique, le rapporteur du collège social et l'avisdu méthodologiste ont délibéré

Le Comité a demandé des précisions et des modifications mineures à réception desquelles ildélivrera un avis favorable.

Le Comité ayant reçu le 22 janvier 2021 les réponses et les documents conformes à ses attenteset ayant examiné le dossier de recherche ainsi constitué

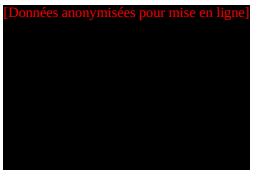
- Courrier de saisine du 21 décembre 2020
- Formulaire de demande d'avis daté du 21 décembre 2020
- Lettre de réponses aux demandes du Comité datée du 22 janvier 2021
- Document additionnel daté du 21 décembre 2020
- Protocole SAUGARD version 1.1 du 22 janvier 2021
- Lettre d'information destinée au patient SAUGARD Version 1.1 du 22 janvier 2021
- Liste des variables nécessaires qui seront colligées dans l'eCRF
- Déclaration de conformité à la méthodologie de référence MR003 daté du 28 septembre 2016
- Résumé version 1 du 21 décembre 2020

Hôpital Sainte Marguerite
270 Bd Sainte-Marguerite 13274 MARSEILLE
Tél. : 04.91.74.42.56 – Fax : 04.91.74.42.25 – E-mail : cppsudmed1@gmail.com
Site Internet : http://www.cppsudmediterranee1.fr

- Adéquation des moyens humains, matériels et techniques au projet de recherche et de leur compatibilité avec les impératifs de sécurité des personnes qui s'y prêtent datée du 21 décembre 2020
- Liste des investigateurs version 1 du 21 décembre 2020 et CVs afférents

a émis un **AVIS FAVORABLE**

à la mise en œuvre de cette recherche considérant que les conditions de validité de la recherche, notamment celles définies dans l'article L. 1123-7 du code de la santé publique, étaient réunies.



Professeur Stéphane RANQUE

BIBLIOGRAPHIE

1. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002 ;52.

2. Bayle-Iniguez A. 21 millions de passages aux urgences, hausse quasi permanente depuis 20 ans. Le Quotidien du médecin 2018 [cité 23 nov 2019].
Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/21-millions-de-passages-aux-urgences-hausse-quasi-permanente-depuis-20-ans

3. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences. DREES 2003 ; 215 [cité 20 nov 2019].
Disponible sur: http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13117/2/er215.pdf

4. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. DREES 2003 ; 212 [cité 19 nov 2019].
Disponible sur: https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13114/2/er212.pdf

5. Vie Publique. Déclaration de M. Edouard Philippe, Premier ministre, sur les principaux axes du « Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires » destiné à faire reculer les « déserts médicaux », à Châlus le 13 octobre 2017. [cité 12 avr 2021].
Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/discours/203946-declaration-de-m-edouard-philippe-premier-ministre-sur-les-principaux

6. Cours des comptes. Les urgences-hospitalieres : des services toujours trop sollicités. [cité 24 mars 2021].
Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf

7. ARS Occitanie. Diagnostic régional - Projet régional de santé 2017 [Internet]. [cité 23 nov 2019].
Disponible sur: https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/DIAGNOSTIC_REGIONAL_PRS_20170427.pdf

8. DREES. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL). [cité 24 mars 2021].
Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/lindicateur-daccessibilite-potentielle-localisee-apl

9. ARS Occitanie. Profil sante - Contrat local de santé – Nîmes. [cité 24 mars 2021].
Disponible sur: https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2019-02/30_N%C3%AEmes_VF_0.pdf

10. Lacour V. Y-a-t-il assez de médecins près de chez vous ? Le point département par département [cité 24 mars 2021].
Disponible sur: https://www.midilibre.fr/2018/10/11/y-a-t-il-assez-de-medecins-pres-de-chez-vous-le-point-departement-par-departement,4728462.php

11. Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes. DREES 2012 ; 797 [cité 20 mars 2021].
Disponible sur: http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/12524/1/er797.pdf

12. Micheau J, Molière E. L'emploi du temps des médecins libéraux. Dossiers Solidarité et Santé. 2010 ; 15. [cité 20 mars 2021].
Disponible sur: http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13387/1/article201015.pdf

13. EL Hafdi S. Le ressenti des patients sur la consultation de médecine générale. Thèse de médecine : Université de Picardie Jules Verne, 2016. [cité 23 nov 2019].
Disponible sur: https://pdfs.semanticscholar.org/82f9/42416a5b59768d13f5e22a4fe653fa49748c.pdf

14. Le Roux S. Les patients CCMU1 consultent-ils au service des urgences du CHU de Nïmes suite à des difficultés d'accès aux soins primaires ? Thèse de médecine : Université de Montpellier I, 2013.

15. Meunier L. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. Thèse de médecine : Université Paris VII, 2009 [cité 25 nov 2019].
Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3327_MEUNIER_Laure_these.pdf

16. Dewaele M. Causes de recours spontané à un service d'urgences, enquête auprès de patients d'une maison de santé. Thèse de médecine : Université Lille 2, 2014.

17. INSEE. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2020, France − Bilan démographique 2019. [cité 25 mars 2021].
Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926

18. Lefrançois C. Les difficultés actuelles engendrées par la régulation : quel ressenti pour les médecins libéraux régulateurs au Samu de Rouen. Thèse de médecine : Université de Rouen, 2019

19. Aifoute A-S. Etude des flux des patients aux urgences de Nîmes. Thèse de médecine : Université de Montpellier I, 1999.

20. Moreau C. Analyse des déterminants du recours spontané aux urgences du CH de Saint Nazaire : enquête prospective sur une semaine et rétrospective sur un an. Thèse de médecine : Université de Nantes, 2016.

21. Circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques. APHP DAJDP. [cité 19 janv 2021].
Disponible sur: http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-39-92-dh-pedgs-3-c-du-30-juillet-1992-relative-a-la-prise-en-charge-des-urgences-psychiatriques.

22. Quillerou B, Bouchard J-P. Les urgences psychiatriques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 oct 2018 ;176(8):831-6.

23. A. Prugnard, J. Menares, F. Passy et al. Motifs de recours aux urgences : résultats préliminaires d'une enquête. Réanimation Urgences. 1 mai 1999;8(2):140-84.

24. Ricroch L, Seimandi T. 9 patients sur 10 qui se rendent aux urgences consultent aussi leur médecin de ville. DREES 2020 ; 1157. [cité 23 mars 2021].
Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/9-patients-sur-10-qui-se-rendent-aux-urgences-consultent-aussi

25. Cohen L, Génisson C, Savary RP. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. Sénat, Commission des Affaires Sociale 2017 ; 685. [cité 12 avr 2021].
Disponible sur: https://www.senat.fr/notice-rapport/2016/r16-685-notice.html

26. Lafay V, Kone-Paut I, Tonolli I, Bel C, Truze P. Profil de l'"usager abusif" du sau. Réanimation Urgences. 1 mars 1998;7(2, Part 1):143.

27. Gaisne-Joly M, Vardon D, Rouzier S, De Mas Latrie T. Recours spontané aux urgences. Thèse de médecine : Université d'Angers, 2012.

28. Rouzier S, Vardon D, Joly M, De Mas Latrie T, Boyeau-Desmarres C, Six P, et al. Analyse des déterminants du recours et des caractéristiques sociodémographiques des patients se présentant spontanément aux urgences sans avis médical préalable. Ann Fr Médecine Urgence. 1 mai 2014;4(3):143-52.

29. Meglinky J. Evaluation de la non-pertinence de recours aux services d'urgence en médecine générale. Thèse de médecine : Université de Montpellier, 2018.

30. INSEE. Dossier complet − Commune de Nîmes (30189) | [cité 22 avr 2021].
Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-30189

31. Observatoire des inégalités. Le niveau de diplôme des catégories sociales. 2016. [cité 22 avr 2021].
Disponible sur: https://www.inegalites.fr/Le-niveau-de-diplome-des-categories-sociales?id_theme=20

32. Gouyon L. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats. DREES 2006; 471.
33. Ameli.fr. Médecin traitant et parcours de soins coordonnés. [cité 22 avr 2021].
Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes

34. Toutes les Maisons de santé pluriprofessionnelles du Gard (30). [cité 22 avr 2021].
Disponible sur: https://www.maisons-et-poles-de-sante.com/maison-de-sante-pluriprofessionnelle/occitanie/gard/

35. Ameli.fr. Contrat type aci. [cité 12 avr 2021].
Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400351/document/annexe_3_contrat_type_aci.pdf

36. Ameli.fr. Accord national destiné à organiser les rapports entre les Centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie [cité 12 avr 2021].

Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/580507/document/accord_centres_de_sante_version_consolidee_avec_avenant_2_assurance_maladie.pdf

37. Ameli.fr. Communautés professionnelles territoriales de santé : décryptage de l'accord signé [cité 10 avr 2021].
Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-laccord-signe

38. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins : Organiser les soins non programmés dans les territoires. 2018 [cité 10 avr 2021].
Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf

39. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 2020. [cité 23 avr 2021].
Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf

40. Le généraliste.fr. Les généralistes réalisent en moyenne 22 consultations par jour. 2019. [cité 23 avr 2021].
Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/archives/les-generalistes-realisent-en-moyenne-22-consultations-par-jour

SERMENT D'HIPPOCRATE

« 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.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque. »

.

RESUME

Introduction : Depuis plusieurs années, le nombre de passages aux urgences est en constante croissance. Une partie de ces recours sont non urgents et relèveraient d'une prise en charge ambulatoire. L'insuffisance de l'offre de médecine générale est souvent pointée du doigt pour expliquer ces consultations inappropriées. Cette étude cherche à déterminer les raisons qui amènent ces patients à consulter aux urgences et à évaluer leur satisfaction de l'offre de médecine générale chez leur médecin traitant.

Méthode : Enquête descriptive prospective par questionnaire menée aux urgences du CHU de Nîmes pendant 4 semaines. Inclusion des patients majeurs se présentant spontanément au service d'accueil des urgences pour des motifs de consultation somatiques aux horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale.

Résultats : 308 patients ont été analysés. Les principales raisons du recours aux urgences sont le besoin exprimé d'examen complémentaire (50,0%) ou d'avis spécialisé (22,4%), la gravité ou urgence ressentie (46,8%) et l'absence d'amélioration de leur état suite à une première consultation chez leur généraliste (23,7%). 34,8% des patients ont exprimés des difficultés d'accès aux soins primaires. Plus de 65% des patients sont satisfaits de la disponibilité de leur médecin traitant et 81,9 % le recommandent.

Conclusion : Les inquiétudes et exigences des patients concernant leur santé expliquent la majorité des recours inappropriés aux urgences. Même si l'offre de médecine générale est ressentie comme satisfaisante, elle reste perfectible notamment pour des soins non programmés.

Mots-clés : Recours spontané - Urgences - Non-pertinence - Médecine générale- Soins non programmés

Introduction : For several years, the number of emergency room visits has been constantly increasing. Some of these visits are non-emergency and should be treated on an outpatient basis. The inadequacy of the supply of general medicine is often blamed for these inappropriate consultations. This study seeks to determine the reasons that lead these patients to consult the emergency room and to evaluate their satisfaction with the general medicine services offered by their GP.

Methods : Prospective descriptive survey by questionnaire conducted in the emergency department of the Nîmes University Hospital during 4 weeks. Inclusion of adult patients presenting spontaneously to the emergency department for somatic consultations during the opening hours of the general practice.

Results : 308 patients were analyzed. The main reasons for seeking emergency care were the need for further examination (50.0%) or specialist advice (22.4%), the perceived seriousness or urgency of the condition (46.8%), and the lack of improvement in the patient's condition following a first consultation with their general practitioner (23.7%). 34.8% of patients expressed difficulties in accessing primary care. More than 65% of patients were satisfied with the availability of their GP and 81.9% recommended him/her.

Conclusion : Patients' concerns and demands regarding their health explain the majority of inappropriate recourse to emergency departments. Even if the supply of general medicine is felt to be satisfactory, there is still room for improvement, particularly for unscheduled care.