



HAL
open science

Devenir et orientation des patients adressés par un médecin généraliste au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Martigues (13)

Maurane Petry

► **To cite this version:**

Maurane Petry. Devenir et orientation des patients adressés par un médecin généraliste au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Martigues (13). Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04761829

HAL Id: dumas-04761829

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04761829v1>

Submitted on 31 Oct 2024

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

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



**Devenir et orientation des patients adressés par un médecin généraliste au
Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Martigues (13)**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 30 Octobre 2024

Par Madame Maurane PETRY

Née le 21 juin 1996 à Kourou (GUYANE)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Président

Monsieur le Professeur KAPLANSKI Gilles

Assesseur

Madame le Docteur MOUQUET Marie

Directeur

Madame le Docteur DRIGUES Camille

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC	:	Pr. Gabrielle SARLON
➤ Développement DPC	:	Pr. Frédéric CASTINETTI Pr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PASS - LAS	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Pr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Patrick DESSI
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Lily BLANC-PACCHIONI

ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

Directeur : Pr. Bruno FOTI

Directeurs adjoints : Pr. Michel RUQUET
: Pr. Anne RASKIN

Chargés de mission

- Formation initiale : Pr. Michel RUQUET
- Recherche : Pr. Anne RASKIN
- Formation continue : Pr. Frédéric BUKIET
- Relations internationales : Pr. Hervé TASSERY
- Internat et diplômes d'études spécialisées : Pr. Virginie MONNET-CORTI
- Affaires générales : Dr. Alain TOSELLO

ÉCOLE DE MAIEUTIQUE

Directrice : Madame Carole ZAKARIAN

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : Pr. Laurent BENSOUSSAN

Directrice Adjointe : Pr. Valérie AGHABABIAN

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : Pr. Sébastien COLSON

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEJOU Jacques
	ALBANESE Jacques		DELPERO Jean-Robert
	ALDIGHIERI René		DESSEIN Alain
	ALESSANDRINI Pierre		DELARQUE Alain
	ALLIEZ Bernard		DENIS Danièle
	AMBROSI Pierre		DESSI Patrick
	AQUARON Robert		DEVIN Robert
	ARGEME Maxime		DEVRED Philippe
	ASSADOURIAN Robert		DJIANE Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		DONNET Vincent
	AUTILLO-TOUATI Amapola		DUCASSOU Jacques
	AZORIN Jean-Michel		DUFOUR Michel
	BAILLE Daniel		DUMON Henri
	BAILLE Yves		DURAND Jean-Marc
	BARROT Jacques		ENJALBERT Alain
	BARROT André		ERARD Jacques
	BERARD Pierre		FAUGERE Gérard
	BERGOIN Maurice		FAVRE Roger
	BERLAND Yvon		FIECHI Marius
	BERNARD Dominique		FARNARIER Georges
	BERNARD Jean-Louis		FIGARELLA Jacques
	BERNARD Pierre-Marie		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERTRAND Edmond		FONTES Michel
	BISSET Jean-Pierre		FOUREL Jean
	BLANC Bernard		FRANCES Yves
	BLANC Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BOLLINI Gérard		FUENTES Pierre
	BONGRAND Pierre		GABRIEL Bernard
	BONNEAU Henri		GALINIER Louis
	BONNET Jean-Louis		GALLAIS Hervé
	BONNOIT Jean		GAMERRE Marc
	BORY Michel		GARCIN Michel
	BOTTA Alain		GARNIER Jean-Marc
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GAUTHIER André
	BOUBLI Léon		GERARD Raymond
	BOURGEADE Augustin		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOUVENOT Gilles		GIUDICELLI Sébastien
	BOUYALA Jean-Marie		GOUDARD Alain
	BREMOND Georges		GOUIN François
	BRICOT René		GRILLO Jean-Marie
	BRUNET Christian		GRIMAUD Jean-Charles
	BUREAU Henri		GRISOLI François
	CAMBOULIVES Jean		GROB Jean-Jacques
	CARTOUZOU Guy		GROULIER Pierre
	CAU Pierre		GUYS Jean-Michel
	CHABOT Jean-Michel		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	CHAMLIAN Albert		HARLE Jean-Robert
	CHARPIN Denis		HASSOUN Jacques
	CHARREL Michel		HEIM Marc
	CHAUVEL Patrick		HOUEL Jean
	CHOUX Maurice		HUGUET Jean-François
	CIANFARANI François		JAQUET Philippe
	CLAVERIE Jean-Michel		JAMMES Yves
	CLEMENT Robert		JOUVE Paulette
	COMBALBERT André		JUHAN Claude
	CONTE-DEVOLX Bernard		JUIN Pierre
	CORRIOL Jacques		KAPHAN Gérard
	COULANGE Christian		KASBARIAN Michel
	CURVALE Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CRAVELLO Ludovic		LACHARD Jean
	DALMAS Henri		LAFFARGUE Pierre
	DE MICO Philippe		LAUGIER René

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	LE TREUT Yves	MM	RAOULT Didier
	LEGRE Régis		REBOUL Maurice
	LECHEVALLIER Eric		RICHAUD Christian
	LEVY Samuel		RIDINGS Bernard
	LOUCHET Edmond		ROCHAT Hervé
	LOUIS René		ROHNER Jean-Jacques
	LUCIANI Jean-Marie		ROUDIER Jean
	MAGALON Guy		ROUX Hubert
	MAGNAN Jacques		ROUX Michel
	MALLAN- MANCINI Josette		RUFO Marcel
	MALMEJAC Claude		SAHEL José
	MARANINCHI Dominique		SALAMON Georges
	MARIANI Paul		SALDUCCI Jacques
	MARTIN Claude		SALVADORI André
	MARTINI Louis		SAMBUC Roland
	MATTEI Jean François		SAN MARCO Jean-Louis
	MERCIER Claude		SANKALE Marc
	MICHEL Jean		SARACCO Jacques
	MICHOTEY Georges		SARLES Jacques
	MIRANDA François		SARLES - PHILIP Nicole
	MONFORT Gérard		SASTRE Bernard
	MONGES André		SCHIANO Alain
	MONGIN Maurice		SEBAHOUN Gérard
	MOULIN Guy		SEITZ Jean-François
	MUNDLER Olivier		SERMENT Gérard
	NAZARIAN Serge		SIMEONI Horace
	NICOLI René		SIMON Jean
	NOIRCLERC Michel		SOULAYROL René
	OLIVE Daniel		TAMALET Jacques
	OLMER Michel		TARANGER-CHARPIN Colette
	OREHEK Jean		THIRION Xavier
	ORTHLIEB Jean-Daniel		THOMASSIN Jean-Marc
	PANUEL Michel		TRIGLIA Jean-Michel
	PAPY Jean-Jacques		UNAL Daniel
	PAULIN Raymond		VAGUE Philippe
	PELOUX Yves		VAGUE/JUHAN Irène
	PENAUD Antony		VANUXEM Paul
	PIANA Lucien		VERVLOET Daniel
	PICAUD Robert		VIALETTES Bernard
	PIGNOL Fernand		WEILLER Pierre-Jean
	POGGI Louis		ZATTARA Henri
	POITOUT Dominique		
	PONCET Michel		
	POUGET Jean		
	PRIVAT Yvan		
	QUILICHINI Francis		
	RANQUE Jacques		
	RANQUE Philippe		

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023
M. le Professeur	DEJOU Jacques	31/08/2023
M. le Professeur	HUE Olivier	31/08/2023

2023

M. le Professeur	AMBROSI Pierre	31/08/2026
M. le Professeur	OLIVE Daniel	31/08/2026
M. le Professeur	ROUDIER Jean	31/08/2026
Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2024
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2024
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2024
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2024
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2024
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2024
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2024

EMERITAT

2024

Mme le Professeur	DENIS Danièle	31/08/2027
M. le Professeur	DESSI Patrick	31/08/2027
M. le Professeur	AMBROSI Pierre	31/08/2026
M. le Professeur	OLIVE Daniel	31/08/2026
M. le Professeur	ROUDIER Jean	31/08/2026
Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2025
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2025
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2025
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2025

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUYOT-CECCALDI Laurent
AMABILE Philippe	COUDERC Anne-Laure	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	HABIB Gilbert
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
ASTOUL Philippe	CUNY Thomas	HOUVENAEGHEL Gilles
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HRAIECH Sami
AUDOIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	JACQUIER Alexis
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	JOURDE-CHICHE Noémie
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JOUVE Jean-Luc
AZULAY Jean-Philippe	DAUMAS Aurélie	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DAVID Thierry	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'ERCOLE Claude	<i>KERBAUL François (détachement)</i>
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DEHARO Jean-Claude	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DELAPORTE Emmanuel	LAGIER David
BARTOLI Michel	DEVILLIER Raynier	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BAT Flora	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBOURG Grégory	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUBUS Jean-Christophe	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFFAUD Florence	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DUFOUR Henry	LE GALL Michel
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	ESCLASSAN Rémi	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FABRE Alexandre	LOOSVELD Marie
BIRNBAUM David	FAKHRY Nicolas	MACE Loïc
BLAISE Didier	FAURE Alice	MAGNAN Pierre-Edouard
BLANC Julie	FELICIAN Olivier	MANCINI Julien
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence	MEGE Jean-Louis
BLONDEL Benjamin	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BOISSIER Romain	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FOTI Bruno	MEYER/DUTOUR Anne
BONELLO Laurent	FOURNIER Pierre-Edouard	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOULATE David	FRANCESCHI Frédéric	MICHEL Fabrice
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Gérard
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Justin
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHELET Pierre
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MILH Mathieu
BRUDER Nicolas	<i>GARCIA Stéphane (disponibilité)</i>	MILLION Matthieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MOAL Valérie
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MONNET-CORTI Virginie
BUKIET Frédéric	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie	MOUTARDIER Vincent
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick	NAUDIN Jean
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLLAS Richard
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch	NGUYEN Karine
CERMOLACCE Michel	GIOVANNI Antoine	OLLIVIER Matthieu
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	OUAFIK L'Houcine
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	PADOVANI Laetitia
CHANEZ Pascal	GONZALEZ Jean- Michel	PAGANELLI Franck
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRAILLON Thomas	PAPAZIAN Laurent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	PAROLA Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	PELLETIER Jean
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric	PERRIN Jeanne
CHOSSEGROS Cyrille	GUIEU Régis	PESENTI Sébastien

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PETIT Philippe	RUQUET Michel	TROPIANO Patrick
PHAM Thao	SALAS Sébastien	<i>TSIMARATOS Michel (détachement)</i>
PHILIP-ALLIEZ Camille	SARLON-BARTOLI Gabrielle	TURRINI Olivier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VALERO René
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VELLY Lionel
POINSO François	SIELEZNEFF Igor	VEY Norbert
RADULESCO Thomas	SIMON Nicolas	VIDAL Vincent
RANQUE Stéphane	STEIN Andréas	VIENS Patrice
RASKIN Anne	SUISSA Laurent	VILLA Antoine
REGIS Jean	TABOURET Emeline	VILLANI Patrick
REYNAUD/GAUBERT Martine	TAIEB David	VITON Jean-Michel
REYNAUD Rachel	TARDIEU Corinne	VITTON Véronique
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TARDIVO Delphine	<i>VIEHWEGER Heide Elke (détachement)</i>
<i>RICHERI Raphaëlle (disponibilité)</i>	TASSERY Hervé	<i>VIVIER Eric (disponibilité)</i>
ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCH Antoine	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCHWERGER Richard	TOMASINI Pascale	
ROLL Patrice	TOSELLO Barthélémy	
ROSSI Dominique	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ABOUT Imad
ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah (<i>disponibilité</i>)	GAUBERT Jacques	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GAUDRY Marine	NOIRRIT-ESCLASSAN Emmanuelle
ANTEZACK Angéline	GELSI/BOYER Véronique	NOUGAIREDE Antoine
APPAY Romain	GIRAUD Thomas	PAULMYER/LACROIX Odile
ARCANI Robin	GIRAUDEAU Anne	PEDINI Pascal
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	PIZZO Francesca
BALLESTER Benoit	GOROKHOVA Svetlana	POMMEL Ludovic
BARON Sophie	GOURIET Frédérique	PRECKEL Bernard-Eric
BEGE Thierry	GRIMALDI Stéphan	PROST Solène
BELLONI Didier	GUERIN Carole	RE Jean-Philippe
BENYAMINE Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	RESSEGUIER Noémie
BLANCHET Isabelle	GUIBVARC'H Maud	ROBERT Philippe
BOBOT Mickael	GUIVARCH Jokthan	ROBERT Thomas
BOHAR Jacques	HABERT Paul	ROCHE-POGGI Philippe
BONINI Francesca	HAK Jean-François	ROCHIGNEUX Philippe
BOUCRAUT Joseph	HAUTIER Aurélie	ROMANET Pauline
BOULAMERY Audrey	HEIM Xavier	SABATIER Renaud (<i>disponibilité</i>)
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	SARI-MINODIER Irène (<i>détachement</i>)
BOUSSEN Salah Michel (<i>détachement</i>)	JACQUOT Bruno	SAULTIER Paul
BUFFAT Christophe	JALOUX Charlotte	SAVEANU Alexandru
CAMILLERI Serge	JARROT Pierre-André	SILVESTRI Frédéric
CAMOIN Ariane	KASPI-PEZZOLI Elise	STELLMANN Jan-Patrick
CAMPANA Fabrice	KORCHIA Théo	STEPHAN Grégory
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	SUCHON Pierre
CASAZZA Estelle	LABIT-BOUVIER Corinne	TOSELLO Alain
CASSAGNE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	TROUDE Lucas
CATHERINE Jean-Hugues	LAGARDE Stanislas	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHOPINET Sophie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VELY Frédéric
CHRETIEN Anne-Sophie	LAMBERT Isabelle	VENTON Geoffroy
COZE Carole	LAN Romain	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAURENT Michel	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEHARO Pierre	LORENZO Diane	
DELLIAUX Stéphane	LUCIANI Léa	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DUCONSEIL Pauline	MALISSEN Nausicaa	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André (<i>disponibilité</i>)	
ELDIN Carole	MEGE Diane	
FOLETTI Jean- Marc	MENSE Chloé	
FRANKEL Diane	MENU Estelle	
FROMNOT Julien	MORAND-HUGUET Aurélie	
GARCIAZ Sylvain	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
GASTALDI Marguerite	NETTER Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	LAVERNY Oskar	THOLLON Lionel
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	ZAKARIAN Carole
DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie	
DESNUES Benoit	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis
FIERLING Thomas
DE LAPEYRIERE Camille
FORTE Jenny
GUERCIA Olivier
GUILLOT Laure
MIGLIARDI Jonathan
MITILIAN Eva
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphane

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

PARDOUX Eric
SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH) disponibilité
XERRI Luc (PU-PH)

APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH) disponibilité

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LAGIER David (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH) détachement

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
DUBOURG Grégory (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH) disponibilité
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité
BARON Sophie (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
LUCIANI Léa (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 et Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)
 LAVERNY Oskar (MCF)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

PROST Solène (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 TABOURET Emeline (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

ROCHIGNEUX Philippe (MCU-PH)
 SABATIER Renaud (MCU-PH) disponibilité

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 BIRNBAUM David (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 CHOPINET Sophie (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT-CECCALDI Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

BOULATE David (PU-PH)
 COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
 CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
 JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

LORENZO Diane (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GOROKHOVA Svetlana (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BLANC Julie (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (PU-PH)

NETTER Antoine (MCU-PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 DEVILLIER Raynier (PU PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 LOOSVELD Marie (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

GARCIAZ Sylvain (MCU-PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 PEDINI Pascal (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)
 VENTON (MCU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH) *disponibilité*

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 HEIM Xavier (MCU-PH)
 JARROT Pierre-André (MCU PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
 KERBAUL François (PU-PH) *détachement*
 MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)
 VILLA Antoine (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH) *détachement*

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 COUDERC Anne-Laure (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH) *Retraite 1/12/2024*
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
DE LAPEYRIERE Camille (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUERCIA Olivier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUILLOT Laure (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MIGLIARDI Jonathan (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)
DARMON Patrice (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Julie (PU-PH)
Direction Administrative - RH

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphane (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)
ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
GAILLON Thomas (PU PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)
SUISSA Laurent (PU-PH)

GRIMALDI Stéphane (MCU-PH)
MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

BAT Flora (PU-PH)
DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

NICOLLAS Richard (PU-PH)
RADULESCO Thomas (PU-PH)

BLIN Olivier (PU-PH) disponibilité
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

PHILOSOPHIE 17

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MENU Estelle (MCU-PH)

PARDOUX Eric (ATER)

PEDIATRIE 5401

PHYSIOLOGIE 4402

ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TOSELLO Barthélémy (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH) détachement

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

COZE Carole (MCU-PH)
MORAND-HUGUET Aurélie (MCU-PH)
SAULTIER Paul (MCU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)
LAMBERT Isabelle (MCU-PH)
PIZZO Francesca (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

CERMOLACCE Michel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
RICHIERI Raphaëlle (PU-PH) disponibilité
KORCHIA Théo (MCU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
TOMASINI Pascale (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RHUMATOLOGIE 5001

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

HABERT Paul (MCU PH)
HAK Jean-François (MCU PH)
STELLMAN Jean-Benoît (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

ARCANI Robin (MCU-PH)

MAJ 01.09.2024

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 HRAIECH Sami (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 BOISSIER Romain (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David

ZAKARIAN Carole (MCF)

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)
 AMANIA Audrey (LRU)
 SCHWINGROUBERT Jocelyn (LRU)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

LE GALL Michel (PU-PH)
 PHILIP-ALLIEZ Camille (PU-PH)
 TARDIEU Corinne (PU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCU-PH)
 BOHAR Jacques (MCU-PH)
 CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)
 NOIRRIT-ESCLASSAN Emmanuelle (MCU-PH)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)
 ANTEZACK Angéline (MCU-PH)
 BELLONI Didier (MCU-PH)
 CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)
 ROCHE-POGGI Philippe (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 TARDIVO Delphine (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 65

ABOUT Imad (PR)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

BUKIET Frédéric (PU-PH)
 ESCLASSAN Rémi (PU-PH)
 RASKIN Administrative - RH

RUQUET Michel (PU-PH)
TASSERY Hervé (PU-PH)
TERRER Elodie (PU-PH)

BALLESTER Benoît (MCU-PH)
CASAZZA Estelle (MCU-PH)
GIRAUD Thomas (MCU-PH)
GIRAUDEAU Anne (MCU-PH)
GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
JACQUOT Bruno (MCU-PH)
LAURENT Michel (MCU-PH)
MENSE Chloé (MCU-PH)
POMMEL Ludovic (MCU-PH)
PRECKEL Bernard-Eric (MCU-PH)
RE Jean-Philippe (MCU-PH)
SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)
STEPHAN Grégory (MCU-PH)
TOSELLO Alain (MCU-PH)

Remerciements

Au Professeur GERBEAUX Patrick, pour me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Au membre du jury, le Professeur KAPLANSKI Gilles, d'avoir accepté de siéger au sein de mon jury de thèse, c'est un honneur pour moi. Merci de l'intérêt porté à mon travail.

Au membre du jury, le Docteur DRIGUES Camille, pour avoir accepté de faire partie de mon jury, je t'en suis sincèrement reconnaissante.

A ma directrice de thèse, le Docteur MOUQUET Marie, pour ton soutien, ton aide sans limite et ta disponibilité. Merci infiniment de m'avoir guidée tout au long de ce travail et d'y avoir consacré tant de temps. Tu es un exemple pour moi, tant sur le plan professionnel qu'humain. Tu as su me rassurer à chaque fois qu'il le fallait et au-delà du statut de directrice de ma thèse, tu es devenue ma véritable amie ! Et alleeeez l'OM.

Je remercie les médecins et les équipes soignantes rencontrés tout au long de l'internat, pour avoir participé à ma formation, pour leurs critiques ou leurs conseils, toujours bénéfiques.

Merci d'abord à la team urgences de Martchiiigues, vous êtes une famille. Merci aux AS, aux IDE, aux chefs... je ne garde que de bons souvenirs de toutes mes gardes et j'ai toujours eu hâte de venir travailler avec vous. Merci de transformer des moments de travail parfois difficiles en moments agréables. Je suis tellement impatiente de venir travailler avec vous au quotidien. Merci aux chefs de Martigues et notamment aux docteurs Bénédicte Haser, Adeline Payen et Camille Drigues pour tous les conseils et les bons moments passés ensemble. Enfin, merci au docteur André MAZILLE pour son soutien dans mon projet professionnel et pour avoir accepté que mon travail se déroule dans son service.

Merci à la team 6 nord de Martigues. Les IDE, vous étiez une équipe en or. Je ne vous oublie pas ! Merci aussi au docteur Marie Hocquart, pour tout ce que tu m'as transmis pendant ces 6 mois. Merci aussi pour tous les bons moments en dehors de l'hôpital, tu es devenue mon amie. A très vite pour un tournoi de contrée !!

Merci à la team gynéco de Martigues, ça n'a duré que 3 mois mais je me suis régalée. A toutes les chefs de gynéco, vous étiez une super équipe et c'était un plaisir de travailler avec vous. Merci aux sages femmes, merci à ma coco. Merci aux meilleures docteurs juniors, Claudia et Manon M, pour tout ce que vous m'avez appris et expliqué, et pour tous les moments à rigoler. Alvin et Carla, au-delà du statut de co-internes et de partenaires de siestes devant Roland Garros, vous êtes devenus des amis sur qui je peux compter.

Merci enfin à la team 6B de l'Hôpital Nord. Ce stage en gériatrie a été un véritable coup de cœur et j'ai adoré travailler avec vous. Aux supers IDE, aux AS, vous faites un travail en or et toujours avec le sourire, ne changez pas. J'ai hâte de venir travailler avec vous prochainement. Aux co-internes ravagés, Djaffar, Le Dji, Sosso et Dr Toute nue, on avait une super team et vous

me manquez les fous ! Au docteur Fanny Bernard, merci pour tout ce que tu m'as appris, tu es un exemple pour moi et j'ai hâte de travailler avec toi. Merci aussi à ma tatie Koubi, sans toi je n'aurais pas ce projet professionnel qui me tient tant à cœur maintenant, tu es la petite étoile qu'il me fallait au bon moment. Je te dois tout et je te remercie sincèrement, ça a été un bonheur de travailler sous tes conseils.

A mes amis...

D'abord à ma Josie, pour tous ces moments hors du commun partagés ensemble. Depuis notre rencontre en fin de P2, à commencer par nos soirées endiablées, les semaines d'intégration puis nos révisions pendant l'externat, ton soutien a toujours été merveilleux. A toutes les soirées passées au son plutôt qu'à la BU. A tous nos voyages, ces 7 étés passés dans les landes ensemble avec tellement de souvenirs, les ronds-points traversés pour aller plus vite, la voiture embourbée sur la plage à 4h du mat, les soirées boobooz, les cours de surf, les bières/contrées... Cette amitié n'est pas près de s'arrêter ma Josse ! Je suis fière de ce qu'on devient, de comment on évolue et j'ai hâte de voir la suite ! Je t'aime.

Merci à ma vida loca, je t'ai rencontrée au pire moment de ces études, et je t'ai tout de suite admirée. A tous nos souvenirs à master, nos pauses qu'on passait à rire, nos heures de révisions ensemble, nos journées contrées... Notre amitié est rythmée par les fous rires mais tu as aussi toujours su être présente et à l'écoute, merci pour ton honnêteté digne d'une fidèle amie. Saches que tu pourras toujours compter sur moi. Merci aussi à ma grugne, que j'ai rencontrée au même moment, t'es exceptionnelle et tu pourras toujours compter sur moi aussi. Tu m'as éclatée à Copenhague. Merci enfin à mon Rems qui vient compléter cette team master exceptionnelle, t'es parti de la plus belle ville du monde mais à chaque fois que je te revois c'est un régal.

Merci à ma Teyssiere, t'es une personne incroyable, toujours rayonnante, positive, et disponible. Tu as toujours été d'un soutien immense, je te remercie pour tous les moments de rires passés ensemble mais aussi les moments d'écoutes et de conseils qui sont tout autant importants à mes yeux. Merci pour toutes tes pool party grandioses, hâte de la prochaine. Merci d'avoir fait l'effort de venir à la randonnée calanques où je t'ai semée. A tous les moments incroyables qu'on a passés et qu'on passera encore ensemble. Tu es l'amie que tout le monde rêverait d'avoir !

Petit mot aussi pour mon Hugz, tu es mon ami le plus récent, mais tu viens parfaitement compléter notre team trop féminine ! Toujours positif, tu incarnes le chill et la good vibe et j'ai hâte de te découvrir encore plus et de partager d'autres soirées techno avec toi.

Merci à ma Luce d'amour et à ma Claire, vous me manquez, mais je ne vous oublie pas. J'ai tellement de souvenirs incroyables avec vous, j'ai hâte d'en créer pleins d'autres. Vous êtes dans mon cœur les copines et vous pouvez toujours compter sur moi, malgré la distance.

Enfin, immense merci à ma merveilleuse darling, la meilleure, mon amie dès la naissance. Tellement de souvenirs incroyables avec toi depuis 28 ans... Je suis obligée de citer la grand-mère de Sid à Nouméa ou de me remémorer notre voyage au Mexique hors du commun où on a réussi à survivre à toutes les épreuves !! Tu es une personne vraie, qui ne juge jamais, remplie de joie, d'optimisme et de simplicité. Je mesure la chance que j'ai d'être ton amie et je veux

que tu saches que tu pourras toujours compter sur moi. Merci aussi à notre Lauuura nationale qui nous tort de rire à chaque fois, la meilleure italienne !!

A ma famille...

A mes frères. Lucas, mon grand frère, depuis de nombreuses années on a une relation si précieuse et malgré la distance, c'est toujours un bonheur de te retrouver. Merci de me faire rire comme tu le fais. Enzo, mon petit frère pour toujours, je suis tellement fière de toi et de la personne brillante que tu deviens. Qu'est-ce que tu me fais rire aussi, merci d'être toujours positif et heureux. Je vous aime.

A ma grande sœur Marine, merci d'être la personne que tu es, vraie, honnête, spontanée, bosseuse et investie, profondément gentille, vivante et toujours à 200 à l'heure, merci pour notre complicité et tous les bons moments partagés ensemble, je t'aime et je suis sincèrement fière de toi. Merci aussi à mon mimi, le meilleur des beauuuufs. Le plus grand merci il est pour vous deux, de m'avoir offert ma merveille, mon boubouyou, il y a bientôt 2 ans, c'est la plus belle chose qui me soit arrivée de devenir sa tata et sa marraine. J'ai hâte de rencontrer la deuxième princesse bientôt...

A mes parents d'amour, c'est à vous que je dois tout. Merci pour votre soutien inconditionnel depuis toujours, et encore plus durant ces 10 années d'étude... Merci pour l'éducation que vous m'avez donnée, merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir toujours poussée à aller chercher le meilleur de moi-même, cette réussite je vous la dois en grande partie... Je suis consciente de la chance énorme que j'ai et je vous en serai éternellement reconnaissante. Merci à tous les deux de m'avoir supportée à la maison ces six derniers mois, bientôt la fin !!! J'espère qu'aujourd'hui, vous êtes fiers de moi.

Merci à mes grands-parents que j'aime par-dessus tout, vous avez toujours été d'un soutien unique. Je n'ai que des souvenirs exceptionnels avec vous, et je vous en remercie. Vous êtes dans mon cœur, je vous aime et continuerai à prendre soin de vous le mieux possible.

Enfin, merci à ma Tatika, à mon parrain et à ma tata lolo, pour votre soutien et tous les moments incroyables passés ensembles, je vous aime.

A toi...

Je remercie le destin de t'avoir mise sur ma route. J'aimerais simplement te remercier de tout le bonheur que tu m'apportes au quotidien depuis que nous nous sommes rencontrées. Ta bienveillance, ta générosité, tes attentions à mon égard, sont chaque jours la plus belle preuve d'amour que tu puisses me faire et je t'en remercie. Jamais de conflit ou de tension inutile, entre nous il n'y a que du soutien et de l'amour profond. Sache qu'avec toi je me sens moi-même et je n'ai jamais été aussi épanouie. J'ai tellement hâte de réaliser tous nos projets ensemble, le bonheur ne fait que commencer. Ne change pas et surtout, n'oublie jamais à quel point je t'aime.

Enfin, merci à tous ceux que je n'ai pas cités mais qui ont une place dans mon cœur.

Thèse : « Devenir et orientation des patients adressés par un médecin généraliste au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Martigues (13). »

I. INTRODUCTION	3
II. MATERIELS ET METHODES	5
A. Type d'étude.....	5
B. Lieu et période	5
C. Population étudiée	6
1. Critères d'inclusion	6
2. Critères d'exclusion.....	6
D. Mode de recueil des données	6
E. Taille de l'échantillon étudié.....	7
F. Données analysées	7
G. Analyse statistique.....	14
1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon étudié	14
2. Analyse statistique du critère de jugement principal	15
3. Analyse statistique du critère de jugement secondaire.....	15
III. RESULTATS.....	16
A. Diagramme de flux	16
B. Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon étudié.....	17
C. Critère de jugement principal.....	19
D. Critère de jugement secondaire	24
IV. DISCUSSION.....	47
A. Résultats principaux et hypothèses.....	47
1. Généralités.....	47
a) Sexe	47
b) Âge, antécédents et FDRCV	47
c) Provenance et mode d'arrivée	48
d) Motifs de recours.....	48
2. Objectif principal.....	49
a) Examens complémentaires et avis spécialisés	50
b) Niveau de gravité	51
c) Prise en charge aux urgences.....	52

3.	Objectif secondaire.....	53
a)	Âge et sexe	54
b)	Provenance	54
c)	Motifs de recours.....	55
d)	Examens complémentaires et avis spécialisés	55
e)	Niveau de gravité et priorisation	56
B.	Forces et faiblesses.....	60
1.	Forces	60
2.	Limites.....	60
C.	Perspectives.....	62
1.	Etudes futures.....	62
2.	Améliorer la communication ville/hôpital	62
a)	Courrier	62
b)	Téléphone	63
c)	Dossier Médical Partagé (DMP)	63
d)	Hospitalisations programmées	64
e)	Protocoliser l'anémie.....	65
3.	Améliorer l'accès aux examens complémentaires et aux avis spécialisés en ville ..	65
a)	Bilans biologiques	65
b)	Examens d'imagerie	66
c)	Avis spécialisés.....	67
4.	Le Service d'Accès aux Soins (SAS).....	67
5.	Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)	70
6.	Améliorer la prise en charge des personnes âgées	70
V.	CONCLUSION	74
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	75
VII.	ANNEXES	81
VIII.	ABREVIATIONS.....	90
IX.	RESUME	92
X.	ABSTRACT.....	93

I. INTRODUCTION

Le système de soins non programmés est complexe. Il est articulé entre le monde libéral, représenté par le médecin généraliste et les permanences de soins, et le monde hospitalier représenté par le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) et les services d'urgences (1).

L'objectif commun de ces acteurs est de faire bénéficier au patient de « la bonne réponse, au bon endroit, au bon moment » (2).

Le médecin généraliste est au centre de la coordination des soins et joue un rôle de pivot dans l'organisation et la mise en œuvre du parcours de soins des patients (3).

Cependant, malgré un nombre de médecins qui n'a jamais été aussi élevé (4), l'activité des généralistes libéraux a chuté de 11% en 10 ans (5).

Depuis 2012, les effectifs de médecins en activité de moins de 70 ans sont globalement stables, la baisse du nombre de généralistes étant compensée par la hausse du nombre de spécialistes (6). Au sein d'une population déclinante de généralistes, les médecins sont de plus en plus nombreux à choisir d'autres opportunités d'exercice : médecine de second recours en service hospitalier ou en clinique (urgences, gériatrie, médecine polyvalente, etc.), médecine générale en remplacement exclusif ou encore médecine générale salariée en centre de santé (7). Ceci entraîne une réduction de l'offre médicale de premier recours.

En opposition à cette réduction, la demande de soins de la population française grandit continuellement, sous l'effet entre-autre de la croissance démographique et du vieillissement de la population (8). Ce décalage entre l'offre et la demande de soins se traduit dans les territoires par des zones sous dotées en médecins généralistes et à un engorgement des services de premiers recours (9).

Parallèlement, en France, le nombre de consultations annuelles dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) a régulièrement progressé depuis 2016 (annexe 1), avant de s'effondrer en 2020 en lien direct avec la pandémie de la COVID-19, puis de remonter nettement en 2021 et 2022 (10). De plus en plus de patients y consultent pour des motifs relevant de la médecine générale libérale (11).

D'ailleurs, la baisse de fréquentation des urgences au moment de la COVID-19 a souvent été interprétée, notamment par des médecins, comme la preuve que la mission de ces services était habituellement dévoyée par les usagers – cette assertion s'inscrivant dans un discours porté par des urgentistes depuis une vingtaine d'années (11).

Selon J. Peneff en 2000, dans une étude intitulée : « les malades des urgences », les patients tendent peu à peu à abandonner le médecin de famille et préfèrent s'adresser à un centre médical ouvert en permanence. Ils adoptent davantage une médecine rapide, à des horaires qui correspondent à leur mode de vie et cherchent à rencontrer un soignant et non plus forcément « leur » médecin (12). Cela se confirme notamment face à des rendez-vous de consultation urgents, où les délais avec leur médecin traitant n'offrent pas toujours une réponse assez rapide (13).

En conséquence, l'insuffisance de l'offre de soins dans le secteur libéral et l'augmentation du recours aux soins contribuent à l'engorgement des SAU également.

C'est pourquoi, dans cette étude, nous avons choisi de nous intéresser aux patients adressés aux urgences par un courrier médical d'un médecin généraliste, sans pour autant qu'il ne s'agisse du médecin traitant. Nous avons voulu étudier le devenir, à savoir la prise en charge, des patients adressés aux urgences par le monde libéral et les différentes orientations post-urgences de ces patients.

Pour représenter cela à plus petite échelle, nous nous intéresserons au service des urgences du Centre Hospitalier (CH) de Martigues (13 500).

II. MATERIELS ET METHODES

A. Type d'étude

Nous avons mené une étude quantitative, descriptive, rétrospective et monocentrique.

À la suite de la réalisation du questionnaire sur la Recherche Impliquant la Personne Humaine (RIPH) et sur le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) proposé par la faculté de Médecine de Marseille, l'avis d'un comité d'éthique n'a pas été jugé nécessaire au vu des caractéristiques de ce travail de thèse.

B. Lieu et période

L'étude s'est déroulée au sein du SAU adultes du CH de Martigues.

Martigues est une ville située dans le département des Bouches-du-Rhône, en région Provence Alpes Côte d'Azur. Elle est positionnée entre l'étang de Berre et la mer Méditerranée. Ses villes limitrophes sont Saint Mitre les Remparts, Port de Bouc, Châteauneuf les Martigues, Sausset les Pins, Fos sur Mer et Istres. Elle est située à environ 40 kilomètres de Marseille et compte 48 568 habitants en 2021, d'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) (14).

L'Hôpital de Martigues draine un secteur de 10 communes, pour un total d'environ 230 000 habitants. Il est entouré de sites industriels classés SEVESO (Martigues, la Mède, Fos sur Mer...). Il fait également partie du Groupement Hospitalier de Territoires (GHT) du 13. Le service d'accueil des urgences du CH de Martigues a enregistré 50920 passages sur l'année 2023.

Le recueil des données de l'étude a eu lieu du 27 décembre 2023 au 28 mars 2024.

C. Population étudiée

1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus les patients âgés de plus de 16 ans qui avaient été adressés aux urgences par un médecin généraliste avec un courrier d'adressage. Les hommes et femmes ont été inclus, pour toute pathologie, à toute heure de consultation, 24 heures/24 et 7 jours/7.

Les patients relevant de la pédiatrie (< 16 ans) et de la gynécologie n'ont pas été inclus dans cette étude. En effet, le SAU de Martigues dispose d'une filière spécifique à la pédiatrie ainsi que d'une filière dédiée aux urgences gynécologiques et obstétricales.

2. Critères d'exclusion

Ont été exclus de cette étude les patients :

- Sans preuve d'adressage (pas de courrier), qu'ils aient eu ou non un contact médical préalable. Un appel préalable ne suffisait pas à intégrer notre étude, il fallait nécessairement être adressé avec un courrier,
- Partis avant d'avoir vu un médecin,
- Adressés par un autre spécialiste et non pas un médecin généraliste.

D. Mode de recueil des données

A compter du 27 décembre 2023, les Infirmières Organisatrices de l'Accueil (IOA) des urgences ont été informées de la réalisation de l'étude. Après information et accord du patient, elles ont été missionnées de photocopier le courrier médical des patients et de coller l'étiquette d'identification du patient sur la photocopie. Tous les courriers étaient ensuite déposés dans une bannette et son contenu était régulièrement récupéré pour être analysé.

Le logiciel Terminal des Urgences (TU) est un outil informatisé de gestion des services d'urgences (15). Aux urgences du CH de Martigues, c'est sur le TU que les équipes paramédicales et médicales inscrivent toutes les informations du dossier patient concernant leur prise en charge.

Molis Channel est un logiciel d'information sécurisée pour les laboratoires (16). Il permet de consulter les résultats d'analyses biologiques des patients admis aux urgences.

Enfin, à l'hôpital de Martigues, le Dossier Patient Informatisé (DPI) est rendu possible grâce au logiciel CROSSWAY (Mc Prod) : c'est sur ce logiciel que sont postées les synthèses des consultations, des hospitalisations et des comptes rendus d'imagerie. Dans les différents services d'hospitalisation, c'est également sur ce logiciel que toutes les prescriptions sont réalisées. Nous n'avons pas eu besoin d'utiliser ce logiciel car en ce qui concerne le service des urgences, les prescriptions sont encore faites sur papier, et les informations et compte rendus d'imageries sont rapportés sur le TU.

Nous avons donc pu ensuite étudier les dossiers des patients concernés de manière rétrospective en nous connectant sur le TU et sur Molis Channel, après accord du chef de service le Docteur MAZILLE André.

E. Taille de l'échantillon étudié

Parmi les 141 patients identifiés par les IOA entre le 27 décembre 2023 et le 28 mars 2024, nous avons obtenu un échantillon de 118 patients. Nous avons non inclus 10 enfants. Nous avons exclu 12 patients : 9 patients partis avant d'avoir eu un avis médical et 3 patients dont l'identification par l'IOA était erronée. En effet, en recueillant les données des dossiers patients informatisés sur le TU, 2 patients étaient adressés par des médecins d'autres spécialités ou par une autre structure hospitalière, 1 patiente était adressée pour un motif gynécologique et a été prise en charge dans la filière dédiée.

F. Données analysées

Les données ont été recueillies à partir des logiciels TU et Molis Channel pour ce qui concernait les données laboratoires.

Les données suivantes ont été recueillies et analysées sur l'ensemble du groupe dans un premier temps :

- Le sexe

Le sexe pouvait être homme ou femme.

- L'âge

Des tranches d'âges précises ont été choisies : 16-25 ans, 26-50 ans, 51-75 ans, > 75ans.

Nous avons choisi ces seuils d'âge pour les raisons suivantes :

D'abord, atteindre 25 ans signifie généralement entrer officiellement dans l'âge adulte, d'après le site UMOVIE et l'OMS (17) (18).

Le seuil de 50 ans a été choisi car il est souvent considéré comme une étape clé de la vie, l'âge où l'on a acquis une grande expérience et où l'on commence à se questionner sur son futur vieillissement et sa retraite (19). C'est également l'âge où l'on commence les principaux dépistages en santé (20).

Enfin, le seuil de 75 ans a été choisi car il représente des défis avec des difficultés potentielles telles que des problèmes de santé, d'isolement social, de dépendance, de perte d'autonomie et de fragilité (21). C'est également l'âge d'entrée en hospitalisation dans le service de gériatrie au sein du CH de Martigues (22).

- La provenance

Le patient pouvait être adressé par son Médecin Traitant (MT) ou son remplaçant ou par un médecin généraliste issu d'une permanence médicale ou Maison Médicale de Garde (MMG)

- Le mode d'arrivée

L'arrivée du patient aux urgences pouvait se faire par ses moyens personnels, par Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes (VSAV) ou par ambulance.

- Les antécédents (ATCD)

Pour cette donnée, nous avons séparé les patients en deux groupes : ceux qui n'avaient aucun ATCD et ceux qui avaient au moins un ATCD.

- Les Facteurs De Risques Cardio-Vasculaires (FDRCV)

De même que précédemment, pour cette catégorie, les patients ont été séparé en deux groupes : ceux qui n'avaient aucun FDRCV et ceux qui avaient au moins 1 FDRCV.

Ont été considérés comme FDRCV : le tabagisme, l'HyperTension Artérielle (HTA), le diabète et les dyslipidémies en se fiant aux définitions de la Société Française de Cardiologie (23). Ont été ajoutés dans cette catégorie les antécédents de maladie vasculaire : Syndrome Coronarien Aigu (SCA), Accident Vasculaire Cérébral (AVC), Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs (AOMI), Accident Ischémique Transitoire (AIT), ainsi que les antécédents d'insuffisance cardiaque. Ces pathologies ont été ajoutées en référence au score de CHA₂DS₂-VASc (24) car elles sont toutes des maladies causées entre autres par les facteurs de risques cardiovasculaires.

- ATCD de passage hospitalier dans les 6 mois précédents

Pour cette donnée, nous ne tenions pas compte de l'hôpital où a été effectué le passage.

- Les motifs de recours

Des grandes catégories de motifs d'adresses ont été définies en s'inspirant du thésaurus des motifs de recours en structure d'urgence : cardio-vasculaire, gastro-entérologie, génito-urinaire, neurologie, Oto-Rhino-Laryngologie (ORL), dermatologie, endocrinologie, respiratoire, traumatologie, général et divers. Cette dernière catégorie comprend des motifs de recours non liés à une plainte physique du patient (par exemple les anomalies d'un bilan biologique réalisé en ville, les problèmes sociaux) ou des symptômes non classés ailleurs (par exemple la fièvre inexpliquée) (25).

- Les examens paracliniques réalisés aux urgences

Nous avons choisi d'étudier ces examens paracliniques : bilan biologique, test PCR triplex (COVID 19, grippe A et B, Virus Respiratoire Syncytial (VRS)), gazométrie artérielle, hémocultures, électrocardiogramme (ECG), imagerie (radiographie, échographie, scanner, Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)).

- Le score de Glasgow

Nous avons séparé les patients en 3 catégories pour cette donnée : score strictement supérieur à 12, score compris entre 8 et 12 ou score strictement inférieur à 8.

Ce score, calculé par l'addition de 3 notes obtenues lors de l'évaluation de l'ouverture des yeux, de la réponse motrice et de la réponse verbale, est utilisé dans de très nombreux pays pour apprécier la gravité des traumatisés crâniens : traumatismes légers (score strictement supérieur à 12), traumatismes de gravité intermédiaire (scores de 9 à 12) et traumatismes sévères (score compris entre 3 et 8) (26).

- La fréquence cardiaque (FC)

Nous avons relevé les patients qui à leur arrivée avaient une FC strictement inférieure à 60 battements par minute (BPM) ou une FC strictement supérieure à 100 bpm.

En effet, on parle en général de bradycardie en présence d'un rythme cardiaque inférieur à 60 bpm et de tachycardie pour un rythme supérieur à 100 bpm. Chez la plupart des personnes en bonne santé, le rythme cardiaque normal se situe entre 60 et 100 bpm (27).

- Pression artérielle systolique (PAS)

Ici, nous avons relevé les patients ayant une PAS strictement inférieure à 100 mmHg ou strictement supérieure à 160 mmHg.

D'après la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on parle d'hypotension artérielle lorsque la valeur systolique est inférieure à 100 mmHg. On parle d'HTA lorsque la valeur systolique est supérieure à 140 mmHg, d'hypertension artérielle modérée lorsqu'elle est supérieure à 160 mmHg et d'HTA sévère lorsqu'elle est supérieure à 180 mmHg (28).

- Température

Nous avons relevé les patients ayant une température strictement supérieure à 38°C ou strictement inférieure à 35°C.

L'hypothermie est définie par une température corporelle inférieure à 35°C (29).

L'hyperthermie est définie par une température corporelle supérieure à 38°C (30).

- Saturation en oxygène (SaO₂)

Nous avons identifié les patients ayant une SaO₂ strictement inférieure à 90%.

L'hypoxie se définit par un taux de saturation en oxygène inférieur à 90% (31).

- Glycémie

Nous avons relevé les patients ayant une glycémie strictement supérieure à 2.5 g/L ou strictement inférieure à 0.7 g/L.

L'hyperglycémie sévère se définit par un taux de glycémie supérieur à 2.5 g/L (32).

L'hypoglycémie se définit par un taux de glycémie inférieur à 0.7 g/L (33).

- Thérapies d'urgence

Dans cette catégorie, ont été intégrées les données suivantes : transfusion de Concentrés de Globules Rouges (CGR), remplissage, médicaments d'urgence, antibiothérapie intraveineuse (IV), protocole urgence, cathéter intra-osseux (KT IO).

Concernant le remplissage, ont été inclus les patients ayant bénéficié d'un remplissage vasculaire avec un soluté de remplissage : sérum salé isotonique ou hypertonique, ringer lactate, isofundine.

Concernant les médicaments d'urgence, ont été inclus les patients ayant bénéficié des médicaments contenus dans le chariot d'urgence à savoir : adrénaline, amiodarone, atropine, clonazépam, étomidate, flumazénil, furosémide, isoprénaline, magnésium sulfate 15%, méthylprednisolone, midazolam, naloxone, salbutamol, trinitrine spray, lidocaïne, éphédrine, loxapine, glucose 30% (34).

Enfin, concernant les protocoles d'urgence, il s'agit des différents protocoles mis à disposition des médecins aux urgences de Martigues : acidocétose chez le diabétique, décompensation cétosique, décompensation hyperosmolaire, hématomèse, hyperémèse cannabinoïde, hypercalcémie, hypocalcémie, hyperkaliémie, hypokaliémie, hypernatrémie, hyponatrémie, hypoglycémie sous antidiabétiques oraux, insuline sous cutanée, intoxication au paracétamol, méléna, pancréatite aiguë, AVC, rectorragie, sevrage alcoolisation, et protocoles diminution d'une HTA par loxen ou eupressyl. Ces protocoles sont disponibles sur le TU directement.

- Thérapeutiques respiratoires

Dans cette catégorie, nous avons intégré les données suivantes : oxygénothérapie (O₂), Ventilation Non Invasive (VNI), oxygénothérapie à haut débit de type Optiflow, aérosols, Intubation Orotrachéale (IOT).

Dans notre étude, nous n'avons pas distingué les différents moyens d'administration d'oxygénothérapie ni le débit que les patients ont reçu. A partir du moment où un patient a reçu au moins 1 L/min d'oxygène, il était comptabilisé.

Pour rappel il existe 3 moyens d'oxygénothérapie selon le débit souhaité (35) :

- Les lunettes nasales, pour un débit de 1 à 6 L/min
- Le masque simple, pour un débit entre 4 et 8 L/min
- Le masque à réserve (dit à « haute concentration »), pour un débit entre 10 et 15 L/min.

- Prise en charge traumatologique

Les données suivantes ont été intégrées : suture d'une plaie, immobilisation par un plâtre, réduction d'une fracture ou d'une luxation.

- La salle d'installation

Les patients étaient installés en box de consultation ou en Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV, aussi appelée salle de déchocage).

Ce choix peut être établi dès leur arrivée, par l'IOA, en fonction du niveau de gravité du patient.

Mais un patient initialement en box peut également être transféré à n'importe quel instant en SAUV après décision du médecin, s'il y a apparition de signes de gravité ou d'une dégradation de son état. L'admission dans une SAUV concerne donc tous les patients en situation de détresse vitale existante ou potentielle (36).

- Avis spécialisé donné aux urgences

L'urgentiste a la possibilité de demander des avis spécialisés à toute heure de la journée, en fonction du tableau de garde et d'astreinte mis en place chaque semaine. L'avis se fait par téléphone mais si le spécialiste est sur place à l'hôpital, il vient évaluer le patient.

- Orientation post-urgences

A leur sortie des urgences, les patients pouvaient être hospitalisés, transférés dans un autre hôpital ou retourner à domicile (retour à domicile, RAD).

L'hospitalisation pouvait se faire en service de médecine conventionnelle, de chirurgie, de réanimation, de Soins Intensifs Cardiologiques (SIC) ou à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD).

- Consultation Post-Urgences (CPU) spécialisée

Au sein du SAU de Martigues, l'urgentiste a la possibilité de prévoir une CPU pour le patient concernant les spécialités suivantes : orthopédie, ORL, chirurgie viscérale et pneumologie. Pour le reste des spécialités, la prise de rendez-vous est à la charge du patient, donc non analysée dans notre étude.

- Niveaux de gravité

Les niveaux de gravité vont de 1 à 5.

L'objectif est de déterminer dès l'arrivée du patient un degré de gravité afin d'assurer une prise en charge médicale dans un délai approprié. C'est-à-dire : évaluer le patient dès son arrivée, déterminer le niveau de priorité, diriger le patient vers le secteur de soin approprié, réévaluer les patients en attente de prise en charge.

Aux urgences de Martigues, le niveau de gravité est déterminé automatiquement par l'IOA dès lors qu'elle saisit le motif de recours du patient et ses paramètres vitaux sur le logiciel TU. Un délai de prise en charge (PEC) et un code couleur sont attribués à chaque niveau de gravité :

- Gravité 1 – Rouge : détresse vitale majeure, PEC sans délais
- Gravité 2 – Orange : PEC < 20 min
- Gravité 3 – Jaune : PEC < 60 min
- Gravité 3* – Jaune* : PEC < 60min et une action à mener en 20min
- Gravité 4 – Bleu : PEC < 120 min
- Gravité 4* – Bleu* : PEC < 120 min et une action à mener en 20 min
- Gravité 5 – Vert : PEC < 240 min

L'IOA a la possibilité pour les niveaux de gravité 3 et 4 d'ajouter une « étoile » si le recours nécessite un soin spécifique dans les 20 min (37).

Il est intéressant de noter qu'il existe d'autres grilles de triage concernant la gravité, notamment la grille French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage (FRENCH), disponible à l'accueil pour aider l'IOA à définir la gravité du patient. Cette grille a été créée par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) (38). Chaque typologie de recours, classée par fonctions d'organe puis par motifs, a un tri par défaut, auquel peuvent être appliqués des modificateurs. La gravité va du plus grave (tri 1) au moins grave (tri 5). En cas de doute entre plusieurs valeurs, le plus grave prévaut.

La grille FRENCH est disponible dans la partie annexe (annexe 2).

- Priorisation

Soit le patient était priorisé à son arrivée, soit il ne l'était pas.

La priorisation dépend du niveau de gravité retrouvé. Etaient priorisés les patients de niveau de gravité 1, 2, 3* et 4*.

De plus, au SAU de Martigues, si un ECG est réalisé dès l'accueil par l'IOA, il sera immédiatement vérifié par un médecin urgentiste qui jugera, en fonction de son analyse du tracé, s'il faut prioriser ou non le patient, et dans quelle salle l'installer.

G. Analyse statistique

1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon étudié

Les données qualitatives sont présentées avec leurs effectifs et leurs pourcentages rapportés à la population totale ou au groupe qui les concerne.

Les variables quantitatives sont quant à elles représentées avec leur moyenne et écart-type dans le cas d'une distribution normale, ou de leur médiane et quartiles 1 et 3 dans le cas contraire. La normalité de la distribution de ces variables est vérifiée grâce au test statistique de Shapiro-Wilk.

La comparaison de ces variables entre plusieurs groupes formés (ici deux) a été effectuée avec des tests du Chi-2 ou de Fisher exact selon les effectifs disponibles pour les variables qualitatives, et des tests de Wilcoxon pour les variables quantitatives.

Les analyses ont été effectuées par un statisticien, grâce au logiciel SAS.

2. Analyse statistique du critère de jugement principal

L'objectif principal de l'étude était d'analyser le devenir, la prise en charge des patients adressés par un médecin généraliste au sein du SAU du CH de Martigues.

Nous avons donc analysé pour l'ensemble des patients l'intégralité des données précédemment décrites. Il s'agissait presque systématiquement d'une analyse de pourcentages sauf pour la donnée « âge » où une analyse de moyenne, médiane, écart type a été réalisée.

3. Analyse statistique du critère de jugement secondaire

Nous avons choisi un critère de jugement secondaire : analyser l'orientation post-urgences des patients en réalisant une analyse comparative des sous-groupes « patients hospitalisés » versus « patients retournés à domicile ».

Nous avons donc séparé les patients en 2 groupes :

- Patients hospitalisés, en distinguant l'hospitalisation en service de médecine conventionnelle, en service de chirurgie, de SIC, en réanimation, en UHCD et les transferts inter-hospitaliers
- Patients retournés à domicile (RAD)

Pour chacun de ces deux groupes, nous avons étudiés les données suivantes :

- Sexe
- Âge
- Provenance
- Motifs de recours
- Bilan biologique
- Imagerie
- Avis spécialisé
- Niveau de gravité
- Priorisation
- Antécédents
- Antécédent de passage à l'hôpital inférieur à 6 mois
- FDRCV

Nous avons comparé des pourcentages, sauf pour la donnée « âge » où nous avons comparé des moyennes, médianes et écarts types.

III. RESULTATS

A. Diagramme de flux

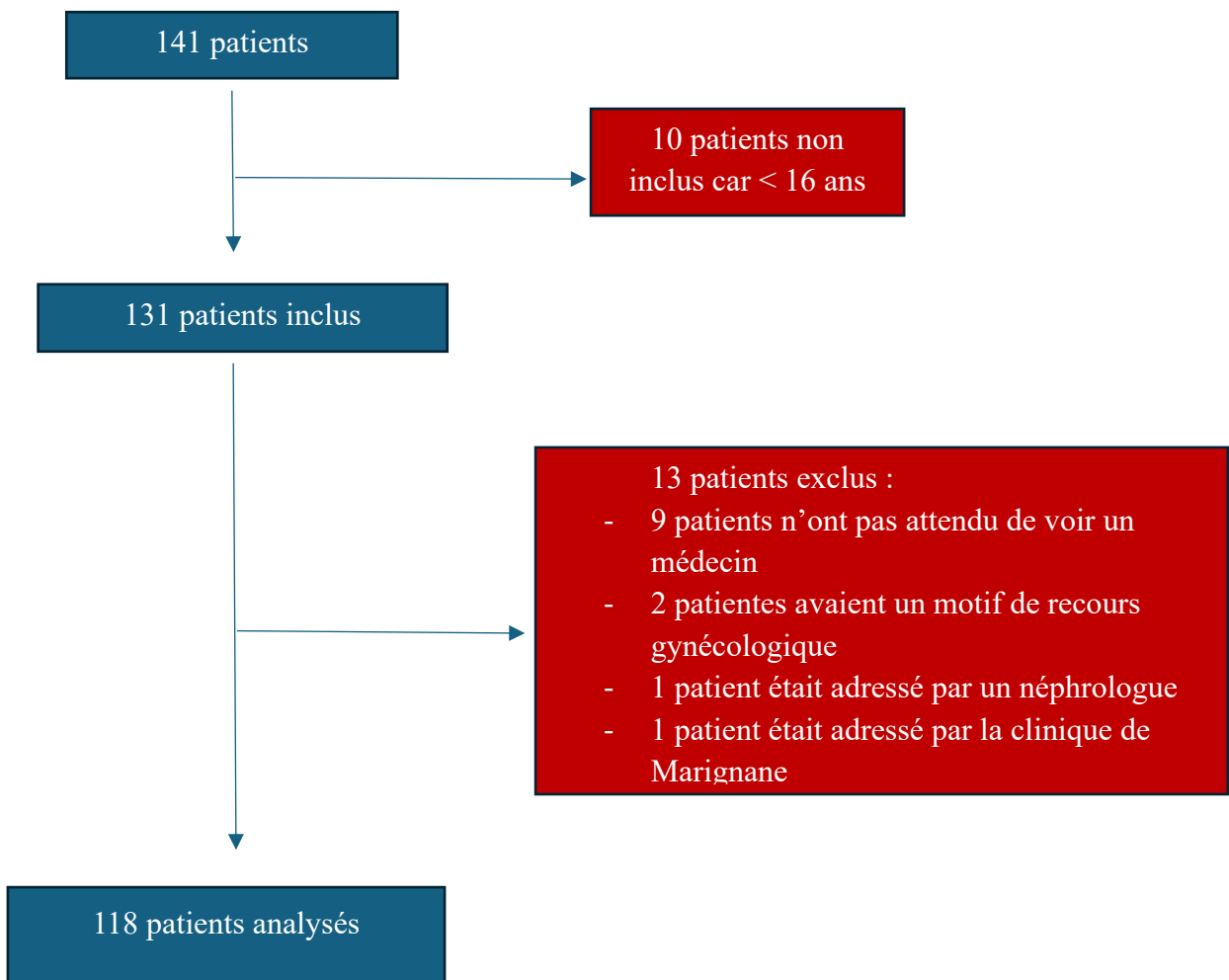


Figure 1 : diagramme de flux

B. Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon étudié

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population

Variable	Effectif (%)
Sexe (%)	
- Femmes	66 (55.93%)
- Hommes	52 (44.07%)
Âge (ans) :	
- Âge moyen	55.1 ans
- Âge médian	56.5 ans
- Ecart type	20.3 ans
Âge (%)	
- 16 – 25 ans	11 (9.32%)
- 26 – 50 ans	40 (33.9%)
- 51 – 75 ans	44 (37.29%)
- > 75 ans	23 (19.49%)
Provenance	
- MT / remplaçant	66 (55.93%)
- MMG	52 (44.07%)
Mode d'arrivée	
- Véhicule personnel	101 (85.59%)
- VSAV	9 (7.63%)
- Ambulance	8 (6.78%)
Motif de recours	
- Gastro-entérologie	26 (22.03%)
- Respiratoire	24 (20.34%)
- Cardiologie	21 (17.8%)
- Général et divers	16 (13.56%)
- Génito-urinaire	10 (8.47%)
- Traumatologie	9 (7.63%)
- Neurologie	6 (5.08%)
- ORL	3 (2.54%)
- Endocrinologie	2 (1.69%)
- Dermatologie	1 (0.85%)
Antécédents	
- ≥ 1	93 (78.81%)
- 0	25 (21.19%)
Passage à l'hôpital < 6 mois	
- Oui	31 (26.27%)
- Non	87 (73.73%)
FDRCV	
- ≥ 1	69 (58.47%)
- 0	49 (41.53%)

Au total, 118 patients répondaient aux critères de notre étude et ont été analysés.

Concernant le sexe et l'âge :

66 patients (55.93%) étaient des femmes et 52 patients (44.07%) étaient des hommes.

La moyenne d'âge était de 55.1 ans et l'âge médian de 56.5 ans avec un écart type de 20.3 ans.

La tranche d'âge majoritaire était la tranche 51 – 75 ans avec 44 patients (37.29%), suivie de la tranche 26 – 50 ans avec 40 patients (33.9%), puis de la tranche > 75 ans avec 23 patients (19.49%) et enfin de la tranche 16 – 25 ans avec 11 patients (9.32%).

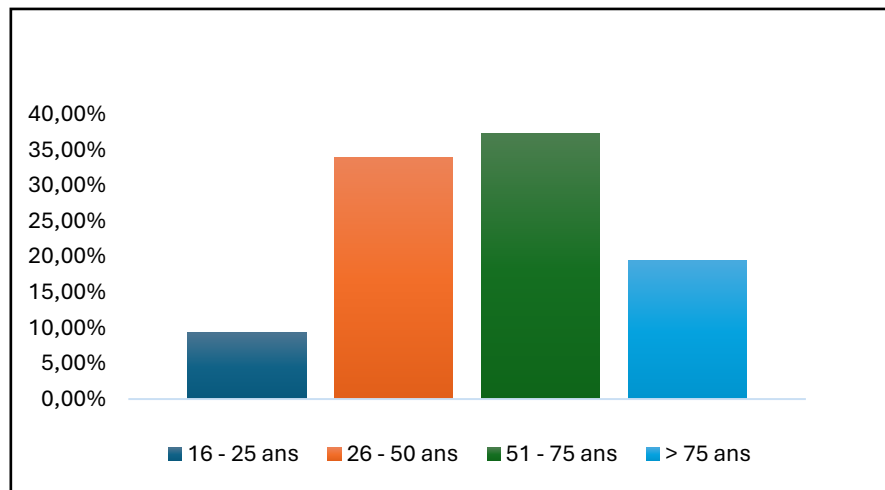


Figure 2 : pourcentages de patients selon les catégories d'âge

Concernant la provenance et le mode de transport :

66 patients (55.93%) étaient adressés par leur médecin traitant ou son remplaçant et 52 patients (44.07%) étaient adressés par un médecin généraliste issu d'une MMG ou permanence médicale.

101 patients (85.59%) avaient un mode de transport personnel, 9 patients (7.63%) ont été adressés via un VSAV et 8 patients (6.78%) via une ambulance.

Concernant les motifs d'adressage aux urgences :

4 se sont détachés par leur fréquence plus élevée : 26 patients (22.03%) étaient adressés pour un motif gastro-entérologique, 24 patients (20.34%) pour un motif respiratoire, 21 patients (17.8%) pour de la cardiologie et 16 patients (13.56%) pour un motif général et divers. Ensuite, 10 patients (8.47%) concernaient un motif génito-urinaire, 9 patients (7.63%) un motif traumatologique, 6 patients (5.08%) un motif neurologique, 3 patients (2.54%) un motif ORL, 2 patients (1.69%) un motif endocrinologique et 1 patient (0.85%) un motif dermatologique.

Concernant les antécédents, les antécédents de passage à l'hôpital dans les 6 derniers mois et les FRDCV :

93 patients (78.81%) avaient au moins un antécédent, 25 patients (21.19%) n'en avaient aucun.

31 patients (26.27%) étaient passés à l'hôpital dans les 6 mois précédent leur adressage aux urgences.

69 patients (58.47%) avaient au moins un FDRCV.

C. Critère de jugement principal

L'objectif principal de l'étude était d'analyser la prise en charge des patients adressés par un médecin généraliste au sein du SAU du CH de Martigues.

Nous voulions en savoir plus concernant le groupe des patients adressés par un médecin généraliste, un groupe qui avait donc déjà eu un avis médical en préhospitalier. Pourquoi étaient-ils adressés aux urgences ? Pourquoi une prise en charge totalement extrahospitalière n'avait pas pu être réalisable ?

Dans ce contexte, analyser leur prise en charge et leurs critères de gravité (notamment leur niveau de gravité, leur priorisation, leurs constantes à l'arrivée, leurs antécédents et FDRCV...) s'est avéré intéressant.

Tableau 2 : prise en charge aux urgences

Variable	Effectif (%)
Bilan biologique	
- Oui	104 (88.14%)
- Non	14 (11.86%)
PCR triplex	
- Négatif	107 (90.68%)
- Positif au VRS	1 (0.85%)
- Positif au COVID	3 (2.54%)
- Positif grippe A + VRS	1 (0.85%)
- Positif à la grippe A	5 (4.24%)
- Positif à la grippe B	1 (0.85%)
Gazométrie artérielle	
- Oui	24 (20.34%)
- Non	94 (79.66%)
ECG	
- Oui	64 (54.24%)
- Non	54 (45.76%)
Hémocultures	
- Oui	13 (11.02%)
- Non	105 (88.98%)
Imagerie	
- Oui	81 (68.64%)
- Non	37 (31.36%)
- Radiographie	26 (22.03%)
- Echographie	7 (5.93%)
- Scanner	55 (46.61%)
- IRM	0 (0%)
Score de Glasgow	
- < 8	0 (0%)
- Entre 8 et 12	0 (0%)
- > 12	118 (100%)
FC	
- > 100	25 (21.19%)
- < 60	6 (5.08%)
TA	
- > 160	16 (13.56%)
- < 100	1 (0.85%)
Saturation O ₂	
- < 90%	9 (7.63%)
Température	
- > 38°C	4 (3.39%)
- < 35°C	9 (7.63%)
Glycémie	
- > 2.5g/L	2 (1.69%)
- < 0.7g/L	0 (0%)

Variable	Effectif (%)
Thérapie d'urgence	
- Transfusion	4 (3.39%)
- Remplissage	1 (0.85%)
- Médicaments d'urgence	5 (4.24%)
- Antibiothérapie IV	11 (9.32%)
- Antalgique palier 3	0 (0%)
- Protocole urgence	6 (5.08%)
- KT IO	1 (0.85%)
Prise en charge traumatologique	
- Suture	1 (0.85%)
- Plâtre	0 (0%)
- Réduction	0 (0%)
Thérapeutique respiratoire	
- O ₂	9 (7.63%)
- VNI ou Optiflow	0 (0%)
- Aérosol	8 (6.78%)
- IOT	0 (0%)
Installation	
- Déchocage	10 (8.47%)
- Box	108 (91.53%)
Avis spécialisé	
- Oui	52 (44.07%)
- Non	66 (55.93%)
CPU	
- Oui	21 (17.8%)
- Non	97 (82.2%)
Orientation :	
- Médecine conventionnelle	19 (16.1%)
- SIC	3 (2.54%)
- Chirurgie	11 (9.32%)
- Réanimation	1 (0.85%)
- UHCD	9 (7.69%)
- Transfert	3 (2.54%)
- RAD	72 (61.01%)
Décès	0 (0%)
Niveau de gravité	
- 1	1 (0.85%)
- 2	6 (5.08%)
- 3	75 (63.56%)
- 4	30 (25.42%)
- 5	6 (5.08%)
Priorisation	
- Oui	19 (16.1%)
- Non	99 (83.9%)

Concernant les examens complémentaires effectués aux urgences :

104 patients (88.14%) ont bénéficié d'un bilan biologique.

Sur la totalité des tests PCR réalisés, 11 (9.32%) sont revenus positifs, dont 3 (2.54%) au COVID, 1 (0.85%) au VRS, 1 (0.85%) au VRS et à la grippe A, 5 (4.24%) à la grippe A et 1 (0.85%) à la grippe B.

24 patients (20.34%) ont eu une gazométrie artérielle.

64 patients (54.24%) ont eu un ECG.

13 patients (11.02%) ont eu des hémocultures.

81 patients (68.64%) ont réalisé au moins un examen d'imagerie. Sur l'ensemble des 118 patients, 26 patients (22.03%) ont eu une radiographie, 7 patients (5.93%) ont eu une échographie, 55 (46.61%) ont eu un scanner et aucun patient n'a eu d'IRM.

Concernant les constantes des patients prises à leur arrivée aux urgences :

L'intégralité des patients (118 patients, 100%) avait un score de Glasgow > 12.

25 patients (21.19%) avaient une FC > 100 bpm et 6 patients (5.08%) avaient une FC < 60 bpm.

16 patients (13.56%) avaient une TA > 160 mmHg et 1 patient (0.85%) avait une TA < 100 mmHg.

9 patients (7.63%) avaient une SaO₂ < 90%.

4 patients (3.39%) avaient une température > 38°C et 9 patients avaient une température < 35°C.

2 patients (1.69%) avaient une glycémie > 2.5 g/L et aucun patient (0%) n'avait une glycémie < 0.7 g/L.

Concernant les thérapies de l'urgence :

4 patients (3.39%) ont dû avoir recours à une transfusion de Concentré de Globules Rouges (CGR).

1 patient (0,85%) a nécessité un remplissage vasculaire.

5 patients (4.24%) ont bénéficié de médicaments d'urgence.

11 patients (9.32%) ont eu une antibiothérapie IV.

Aucun patient n'a eu besoin d'antalgiques de palier 3.

6 patients (5.08%) ont eu recours à un protocole d'urgence.

1 patient (0.85%) a nécessité la pose d'un KT IO.

Concernant la prise en charge traumatologique :

1 patient (0.85%) a bénéficié de points de suture. Aucun patient (0%) n'a eu besoin d'une immobilisation par un plâtre ou d'une réduction de fracture ou de luxation.

Concernant les thérapeutiques respiratoires :

9 patients (7.63%) ont eu besoin d'une oxygénothérapie.

8 patients (6.78%) ont été traités par aérosols.

Aucun patient (0%) n'a eu besoin d'une aide par VNI ou IOT.

Concernant l'installation, le niveau de gravité et la priorisation des patients :

10 patients (8.47%) ont été installés en salle de déchocage, 108 (91.53%) en box.

1 patient (0.85%) avait un niveau de gravité calculé à 1, 6 patients (5.08%) à 2, 75 patients (63.56%) à 3, 30 patients (25.42%) à 4 et 6 patients (5.08%) à 5.

19 patients (16.1%) ont été priorisés dès leur arrivée aux urgences.

Concernant les avis spécialisés et les CPU :

52 patients (44.07%) ont bénéficié d'un avis spécialisé.

21 patients (17.8%) ont eu une CPU programmée à leur sortie.

Concernant les différentes orientations :

72 patients (61.01%) sont retournés à domicile.

46 patients (39.04%) ont été hospitalisés, et parmi eux : 19 patients (16.1%) en service de médecine conventionnelle, 3 patients (2.54%) en SIC, 11 patients (9.32%) en service de chirurgie, 1 patient (0.85%) en service de réanimation, 9 patients (7.69%) en service d'UHCD et 3 patients (2.54%) ont été transférés dans d'autres hôpitaux.

Aucun patient (0%) n'est décédé.

D. Critère de jugement secondaire

Nous avons choisi le critère de jugement secondaire suivant : analyser l'orientation post-urgences des patients en réalisant une analyse comparative des sous-groupes « patients hospitalisés » et « patients retournés à domicile ».

Pour rappel, nous avons séparé les patients en 2 groupes :

- Les patients hospitalisés, en distinguant l'hospitalisation en service de médecine conventionnelle, en service de chirurgie, de SIC, en réanimation, en UHCD et les transferts inter-hospitaliers,
- Les patients retournés à domicile.
-

Pour chacun de ces deux groupes, nous avons étudiés les données suivantes :

- Sexe
- Âge
- Provenance
- Motif de recours
- Bilan biologique
- Imagerie
- Avis spécialisé
- Niveau de gravité
- Priorisation
- Antécédent de passage à l'hôpital inférieur à 6 mois
- Antécédents
- FDRCV

Tableau 3 : comparaison globale entre les patients hospitalisés et les patients retournés à domicile

Total	Variable	Retour à domicile	Hospitalisés	p-valeur
	Sexe			p 0.51
66	- Femme	42 (63.64%)	24 (36.36%)	
52	- Homme	30 (57.69%)	22 (42.31%)	
	Catégorie d'âge			p 0.03
11	- 16-25	8 (72.73%)	3 (27.27%)	
40	- 26-50	30 (75.00%)	10 (25.00%)	
44	- 51-75	25 (56.82%)	19 (43.18%)	
23	- > 75	9 (39.13%)	14 (60.87%)	
	Âge (ans)			p 0.03
	- Moyenne	51.8	60.2	
	- Médiane	49.5	65	
	- Ecart type	19.7	20.4	
	Provenance			p 0.02
66	- MT/remplaçant	34 (51.52%)	32 (48.48%)	
52	- MMG	38 (73.08%)	14 (26.92%)	
	Motif de recours			p 0.006
26	- Gastro-entérologie	12 (46.15%)	14 (53.85%)	
24	- Respiratoire	17 (70.83%)	7 (29.17%)	
21	- Cardiologie	16 (76.19%)	5 (23.81%)	
16	- Général & divers	5 (31.25%)	11 (68.75%)	
10	- Génito-urinaire	6 (60.00%)	4 (40.00%)	
9	- Traumatologie	8 (88.89%)	1 (11.11%)	
6	- Neurologie	6 (100.00%)	0 (0.00%)	
3	- Orl	2 (66.67%)	1 (33.33%)	
2	- Endocrinologie	0 (0.00%)	2 (100.00%)	
1	- Dermatologie	0 (0.00%)	1 (100.00%)	
	Bilan biologique			p 0.04
104	- Oui	60 (57.69%)	44 (42.31%)	
14	- Non	12 (85.71%)	2 (14.29%)	
	Imagerie			p 0.07
81	- Oui	45 (55.56%)	36 (44.44%)	
37	- Non	27 (72.97%)	10 (27.03%)	
	Avis spécialiste			p < 0.001
52	- Oui	17 (32.69%)	35 (67.31%)	
66	- Non	55 (83.33%)	11 (16.67%)	

Total	Variable	Retour à domicile	Hospitalisés	p-valeur
	Niveau de gravité			p 0.8
1	- 1	1 (100.00%)	0 (0.00%)	
6	- 2	3 (50.00%)	3 (50.00%)	
75	- 3	44 (58.67%)	31 (41.33%)	
30	- 4	20 (66.67%)	10 (33.33%)	
6	- 5	4 (66.67%)	2 (33.33%)	
	Priorisation			p 0.004
19	- Oui	6 (31.58%)	13 (68.42%)	
99	- Non	66 (66.67%)	33 (33.33%)	
	ATCD passage hôpital < 6M			p 0.69
31	- Oui	18 (58.06%)	13 (41.94%)	
87	- Non	54 (62.07%)	33 (37.93%)	
	ATCD = 0			p 0.42
25	- Oui	17 (68.00%)	8 (32.00%)	
93	- Non	55 (59.14%)	38 (40.86%)	
	FDRCV			p 0.23
69	- Oui	39 (56.52%)	30 (43.48%)	
49	- Non	33 (67.35%)	16 (32.65%)	

Concernant le sexe et les tranches d'âge de nos patients :

Au total, sur les 66 femmes, 42 patientes (63.64%) sont retournées au domicile et 24 patientes (36.35%) ont été hospitalisées. Sur les 52 hommes, 30 patients (57.69%) sont rentrés à domicile et 22 patients (42.31%) ont été hospitalisés. L'analyse statistique n'a pas montré d'impact significatif de la donnée « sexe » sur l'orientation post-urgences des patients.

La moyenne d'âge était de 51.8 ans dans la catégorie des patients retournés à domicile et 60.2 ans chez les patients hospitalisés. La médiane était de 49.5 ans chez les patients rentrés à domicile et de 65 ans chez les patients hospitalisés. Enfin, l'écart type était de 19.7 ans chez les patients rentrés à domicile contre 20.4 ans chez les patients hospitalisés.

Sur les 11 patients âgés entre 16 et 25 ans, 8 patients (72.73%) sont rentrés à domicile et 3 patients (27.27%) ont été hospitalisés. Parmi les 40 patients qui avaient un âge compris entre 26 et 50 ans et 30 patients (75%) sont retournés à domicile contre 10 patients (25%) hospitalisés. Dans la catégorie des 51-75 ans, nous avons 44 patients : 25 patients (56.82%) sont rentrés à domicile et 19 patients (43.18%) ont été hospitalisés. Enfin, chez les 23 patients âgés de plus de 75 ans, 9 patients (39.13%) sont retournés à domicile contre 14 patients (60.87%) restés hospitalisés. Nous avons ici pu constater que la proportion de patients hospitalisés augmentait significativement avec l'âge.

Concernant la provenance :

Chez les 66 patients adressés par leur MT ou remplaçant, 34 patients (51.52%) sont rentrés à domicile et 32 patients (48.48%) ont été hospitalisés. Sur les 52 patients adressés par un médecin généraliste issu d'une MMG, 38 patients (73.08%) sont rentrés à domicile et 14 patients (26.92%) ont été gardés en hospitalisation. L'analyse statistique a montré que la provenance avait un impact significatif sur l'orientation post-urgences des patients : la majorité des patients adressés par un médecin généraliste d'une MMG sont rentrés à domicile alors que l'orientation post-urgences des patients adressés par leur MT était plus équilibrée.

Au sujet des motifs de recours :

Chez les 26 patients adressés pour un motif gastro-entérologique, 12 patients (46.15%) sont retournés à domicile, 14 patients (53.85%) ont été hospitalisés.

Chez les 24 patients adressés pour un motif respiratoire, 17 patients (70.83%) sont rentrés à domicile et 7 patients (29.17%) ont été hospitalisés.

Chez les 21 patients adressés pour un motif cardiologique : 16 patients (76.19%) sont retournés à domicile contre 5 patients (23.81%) hospitalisés.

Chez les 16 patients adressés pour un motif « général & divers » : 5 patients (31.25%) sont rentrés à domicile et 11 patients (68.75%) sont restés hospitalisés.

Chez les 10 patients adressés pour un motif génito-urinaire, 6 patients (60%) sont retournés à domicile contre 4 patients (40%) hospitalisés.

Chez les 9 patients adressés pour un motif traumatologique, 8 patients (88.89%) sont rentrés à domicile et 1 patient (11.11%) a été hospitalisé.

La totalité des 6 patients (100%) adressés pour un motif neurologique est retournée à domicile.

Chez les 3 patients adressés pour un motif ORL, 2 patients (66.67%) sont rentrés à domicile contre 1 patient (33.33%) hospitalisé.

Les 2 patients (100%) adressés pour un motif endocrinologique ont été hospitalisés.

Enfin, l'unique patient (100%) adressé pour un motif dermatologique a été hospitalisé.

Ici encore, la donnée « motif de recours » avait un impact significatif sur l'orientation post-urgences des patients.

Concernant les examens complémentaires et avis spécialisés :

Chez les 104 patients ayant eu un bilan biologique, 60 patients (57.69%) sont retournés à domicile contre 44 patients (42.31%) hospitalisés. Parmi les 14 patients n'ayant eu aucun bilan biologique, 12 patients (85.71%) sont retournés à domicile contre 2 patients (14.29%) hospitalisés.

Parmi les 81 patients ayant eu recours à un examen d'imagerie, 45 patients (55.56%) sont retournés à domicile et 36 patients (44.44%) ont été hospitalisés. Chez les 37 patients n'ayant eu aucun examen d'imagerie, 27 patients (72.97%) sont retournés à domicile et 10 patients (27.03%) ont été gardés hospitalisés.

Parmi les 52 patients pour lesquels nous avons dû prendre un avis spécialisé en urgence, 17 (32.69%) sont rentrés à domicile contre 35 patients (66.73%) hospitalisés. Chez les 66 patients n'ayant pas eu d'avis spécialisé, 55 patients (83.33%) sont retournés à domicile et 11 patients (16.67%) ont été hospitalisés.

Notre analyse statistique a montré que les données « bilan biologique » et « avis spécialisé » avaient un impact significatif sur l'orientation post-urgences, contrairement à la donnée « imagerie ».

Concernant la priorisation et le niveau de gravité :

Parmi les 19 patients priorisés, 6 patients (31.58%) sont rentrés à domicile et 13 patients (68.42%) ont été hospitalisés. Chez les 99 patients non priorisés, 66 patients (66.67%) sont retournés à domicile contre 33 patients (33.33%) hospitalisés.

L'unique patient (100%) de niveau de gravité 1 est retourné à domicile. Parmi les 6 patients de gravité 2, 3 patients (50%) ont été hospitalisés et 3 patients (50%) sont retournés à domicile. Chez les 75 patients de niveau de gravité 3, 44 patients (58.67%) sont rentrés à domicile contre 31 patients (41.33%) hospitalisés.

Parmi les 30 patients de niveau de gravité 4, 20 patients (66.67%) sont retournés à domicile et 10 patients (33.33%) ont nécessité d'être hospitalisés. Enfin, chez les 6 patients de niveau de gravité 5, 4 patients (66.67%) sont retournés à domicile contre 2 patients (33.33%) hospitalisés.

La donnée « priorisation » augmentait significativement le taux d'hospitalisation, contrairement au niveau de gravité qui n'avait pas d'impact significatif sur l'orientation post-urgences.

Enfin, concernant les antécédents de passage à l'hôpital dans les 6 derniers mois, les antécédents des patients et les FDRCV :

Sur les 31 patients ayant un antécédent de passage hospitalier inférieur à 6 mois, 18 patients (58.06%) sont retournés à domicile et 13 patients (41.94%) ont été hospitalisés. Parmi les 87 patients sans antécédent de passage hospitalier dans les 6 derniers mois, 54 patients (62.07%) sont retournés à domicile contre 33 patients (37.93%) hospitalisés.

Parmi les 25 patients n'ayant aucun antécédent : 17 patients (68%) sont rentrés à domicile et 8 patients (32%) ont été hospitalisés. Chez les 93 patients ayant au moins un antécédent, 55 patients (59.14%) sont rentrés à domicile contre 38 patients (40.86%) hospitalisés.

Enfin, parmi les 69 patients présentant au moins un FDRCV, 39 patients (56.52%) sont retournés à domicile et 30 patients (43.48%) ont été hospitalisés. Sur les 49 patients n'ayant aucun FDRCV, 33 patients (67.35%) sont rentrés à domicile et 16 patients (32.65%) ont dû être hospitalisés.

Ces trois données n'avaient pas d'impact significatif sur l'orientation post-urgences des patients.

Concernant la répartition des patients hospitalisés selon le service d'hospitalisation :

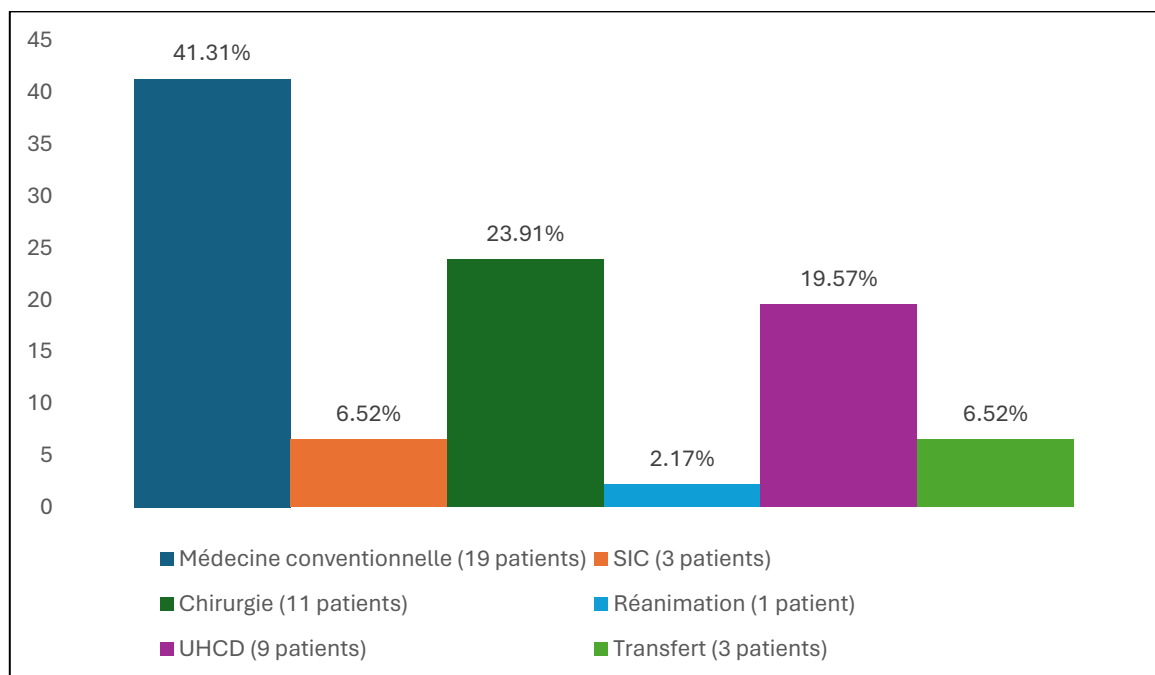


Figure 3 : répartition des patients hospitalisés en fonction des différents services d'hospitalisation

Au total, 46 patients ont été hospitalisés : 19 patients (41.31%) en service de médecine conventionnelle, 3 patients (6.52%) en service de SIC, 11 patients (23.91%) en service de chirurgie, 1 patient (2.17%) en réanimation, 9 patients (19.57%) en UHCD et 3 patients (6.52%) ont nécessité un transfert inter-hospitalier.

Les tableaux 4, 5, 6, 7, 8 et 9 analyseront les patients en fonction de leurs services d'hospitalisation.

Un tableau récapitulatif de tous les patients hospitalisés selon leurs services d'hospitalisation est disponible en annexe 3.

Tableau 4 : analyse des patients hospitalisés en médecine conventionnelle versus les patients hospitalisés dans les autres services

Variable	Hospitalisé en médecine conventionnelle (Total : 19 patients)	Non hospitalisé en médecine conventionnelle (Total : 27 patients)	p-valeur
Sexe			p 0.58
- Femme	9 (47.4%)	15 (55.6%)	
- Homme	10 (52.6%)	12 (44.4%)	
Catégorie d'âge :			p 0.56
- 16-25	2 (10.5%)	1 (3.7%)	
- 26-50	5 (26.3%)	5 (18.5%)	
- 51-75	8 (42.1%)	11 (40.7%)	
- > 75	4 (21.1%)	10 (37%)	
Âge (ans)			p 0.16
- Moyenne	54.6	64	
- Médiane	58	69	
- Ecart type	21.8	18.7	
Provenance			p 0.42
- MT / remplaçant	12 (63.2%)	20 (74.1%)	
- MMG	7 (36.8%)	7 (25.9%)	
Motif de recours :			p 0.12
- Gastro-entérologie	2 (10.5%)	12 (44.4%)	
- Respiratoire	3 (15.8%)	4 (14.8%)	
- Cardiologie	3 (15.8%)	2 (7.4%)	
- Général & divers	6 (31.6%)	5 (18.5%)	
- Génito-urinaire	3 (15.8%)	1 (3.7%)	
- Traumatologie	0 (0%)	1 (3.7%)	
- Neurologie	0 (0%)	0 (0%)	
- ORL	0 (0%)	1 (3.7%)	
- Endocrinologie	2 (10.5%)	0 (0%)	
- Dermatologie	0 (0%)	1 (3.7%)	
Bilan biologique			p 0.79
- Oui	18 (94.7%)	26 (96.3%)	
- Non	1 (5.3%)	1 (3.7%)	

Variable	Hospitalisé en médecine conventionnelle (Total : 19 patients)	Non hospitalisé en médecine conventionnelle (Total : 27 patients)	p-valeur
Imagerie			p 0.03
- Oui	12 (63.2%)	24 (88.9%)	
- Non	7 (36.8%)	3 (11.1%)	
Avis spécialisé			p 0.31
- Oui	13 (68.4%)	22 (81.5%)	
- Non	6 (31.6%)	5 (18.5%)	
Niveau de gravité			p 0.52
- 1	0 (0%)	0 (0%)	
- 2	2 (10.5%)	1 (3.7%)	
- 3	13 (68.4%)	18 (66.7%)	
- 4	4 (21.1%)	6 (22.2%)	
- 5	0 (0%)	2 (7.4%)	
Priorisation			p 0.81
- Oui	5 (26.3%)	8 (29.6%)	
- Non	14 (73.7%)	19 (70.4%)	
ATCD hôpital < 6M			p 0.67
- Oui	6 (31.6%)	7 (25.9%)	
- Non	13 (68.4%)	20 (74.1%)	
ATCD = 0			p 0.58
- Oui	4 (21.1%)	4 (14.8%)	
- Non	15 (78.9%)	23 (85.2%)	
FDRCV			p 0.81
- Oui	12 (63.2%)	18 (66.7%)	
- Non	7 (36.8%)	9 (33.3%)	

Au total, nous avons eu 19 patients hospitalisés dans un service de médecine conventionnelle.

Concernant leurs caractéristiques socio-démographiques : 9 patients (47.6%) étaient des femmes, 10 patients (52.4%) étaient des hommes. 2 patients (10.5%) avaient un âge compris entre 16 et 25 ans, 5 patients (26.3%) avaient un âge entre 26 et 50 ans, 8 patients (42.1%) avaient un âge compris entre 51 et 75 ans et 4 patients (21.1%) étaient âgés de plus de 75 ans. La moyenne d'âge était de 54.6 ans avec une médiane à 58 ans et un écart type à 21.8 ans.

Notre analyse statistique n'a pas montré d'impact significatif des données « sexe » et « âge » sur le taux d'hospitalisation en service de médecine conventionnelle.

Concernant leur provenance : 12 patients (63.2%) étaient adressés par leur MT ou remplaçant et 7 patients (36.8%) étaient adressés par un médecin généraliste issu d'une MMG.

La provenance n'impactait pas de manière significative la proportion d'hospitalisation en service de médecine conventionnelle.

Concernant les motifs de recours initiaux de ces 19 patients : 2 patients (10.5%) étaient adressés pour un motif gastro-entérologique, 3 patients (15.8%) étaient adressés pour un motif respiratoire, 3 patients (15.8%) pour un motif cardiologique, 6 patients (31.6%) pour un motif général & divers, 3 patients (15.8%) pour un motif génito-urinaire et 2 patients (10.5%) pour un motif endocrinologique.

Les motifs de recours n'avaient pas d'impact significatif sur l'hospitalisation en service de médecine conventionnelle.

Concernant les examens réalisés et les avis spécialisés : 18 patients (94.7%) ont eu un bilan biologique contre 1 patient (5.3%) qui n'a eu aucun bilan biologique. 12 patients (63.2%) ont eu un examen d'imagerie contre 7 patients (36.8%) qui n'en ont pas eu. Enfin, 13 patients (68.4%) ont nécessité un avis spécialisé et 6 patients (31.6%) n'en ont pas eu.

L'analyse statistique a montré que la donnée « imagerie » augmentait significativement le taux d'hospitalisation en service de médecine conventionnelle. Les données « bilan biologique » et « avis spécialisé » n'impactaient pas significativement l'hospitalisation en médecine conventionnelle par rapport aux hospitalisations dans les autres services.

Concernant leur niveau de gravité initial et leur priorisation : aucun patient (0%) n'avait un niveau de gravité à 1, 2 patients (10.5%) avaient un niveau de gravité à 2, 13 patients (68.4%) avaient un niveau de gravité à 3, 4 patients (21.1%) avaient un niveau de gravité à 4 et aucun patient (0%) n'avait un niveau de gravité à 5. 5 patients (26.3%) ont été priorisés dès leur arrivée et 14 (73.7%) n'ont pas nécessité de l'être.

Ces deux données n'avaient pas d'impact significatif sur l'hospitalisation en médecine conventionnelle.

Enfin, concernant leurs antécédents, leurs FDRCV et leurs antécédents de passage à l'hôpital dans les 6 derniers mois : 6 patients (31.6%) étaient déjà passés à l'hôpital dans les 6 mois précédents contre 13 patients (68.4%) sans antécédent de passage hospitalier. 4 patients (21.1%) n'avaient aucun antécédent et 15 patients (78.9%) avaient au moins un antécédent. Enfin, 12 patients (36.8%) avaient au moins un FDRCV contre 7 patients (63.2%) qui n'en avaient aucun.

Ces trois données n'avaient pas d'impact significatif sur le taux d'hospitalisation en médecine conventionnelle.

Tableau 5 : analyse des patients hospitalisés en soins intensifs cardiologiques versus les patients hospitalisés dans les autres services

Variable	Hospitalisés en SIC (Total : 3 patients)	Non hospitalisés en SIC (Total : 43 patients)	p-valeur
Sexe			p 0.49
- Femme	1 (33.3%)	23 (53.5%)	
- Homme	2 (66.7%)	20 (46.5%)	
Catégorie d'âge :			p 0.51
- 16-25	0 (0%)	3 (7%)	
- 26-50	0 (0%)	10 (23.3%)	
- 51-75	1 (33.3%)	18 (41.9%)	
- > 75	2 (66.7%)	12 (27.9%)	
Âge (ans)			p 0.19
- Moyenne	73.6	59.2	
- Médiane	75	61	
- Ecart type	5.1	20.7	
Provenance			p 0.91
- MT / remplaçant	2 (66.7%)	30 (69.8%)	
- MMG	1 (33.3%)	13 (30.2%)	
Motif de recours :			p 0.17
- Gastro-entérologie	0 (0%)	14 (32.6%)	
- Respiratoire	0 (0%)	7 (16.3%)	
- Cardiologie	2 (66.7%)	3 (7%)	
- Général & divers	1 (33.3%)	10 (23.3%)	
- Génito-urinaire	0 (0%)	4 (9.3%)	
- Traumatologie	0 (0%)	1 (2.3%)	
- Neurologie	0 (0%)	0 (0%)	
- ORL	0 (0%)	1 (2.3%)	
- Endocrinologie	0 (0%)	2 (4.7%)	
- Dermatologie	0 (0%)	1 (2.3%)	
Bilan biologique			p 0.7
- Oui	3 (100%)	41 (95.3%)	
- Non	0 (0%)	2 (4.7%)	
Imagerie			p 0.61
- Oui	2 (66.7%)	34 (79.1%)	
- Non	1 (33.3%)	9 (20.9%)	
Avis spécialisé			p 0.69
- Oui	2 (66.7%)	33 (76.7%)	
- Non	1 (33.3%)	10 (23.3%)	

Variable	Hospitalisés en SIC (Total : 3 patients)	Non hospitalisés en SIC (Total : 43 patients)	p-valeur
Niveau de gravité			p 0.67
- 1	0 (0%)	0 (0%)	
- 2	0 (0%)	3 (7%)	
- 3	3 (100%)	28 (65.1%)	
- 4	0 (0%)	10 (23.3%)	
- 5	0 (0%)	2 (4.7%)	
Priorisation			p 0.12
- Oui	2 (66.7%)	11 (25.6%)	
- Non	1 (33.3%)	32 (74.4%)	
ATCD hôpital < 6M			p 0.84
- Oui	1 (33.3%)	12 (27.9%)	
- Non	2 (66.7%)	31 (72.1%)	
ATCD = 0			p 0.41
- Oui	0 (0%)	8 (18.6%)	
- Non	3 (100%)	35 (81.4%)	
FDRCV			p 0.19
- Oui	3 (100%)	27 (62.8%)	
- Non	0 (0%)	16 (37.2%)	

Au total, nous avons eu 3 patients hospitalisés dans le service des soins intensifs cardiologiques.

Concernant leurs caractéristiques socio-démographiques : 1 patiente (33.3%) était une femme, 2 patients (66.7%) étaient des hommes. Aucun patient (0%) n'avait un âge compris entre 16 et 25 ans ni entre 26 et 50 ans, 1 patient (33.3%) avait un âge compris entre 51 et 75 ans et 2 patients (66.7%) étaient âgés de plus de 75 ans. La moyenne d'âge était de 73.6 ans avec une médiane de 75 ans et un écart type de 5.1 ans.

Notre analyse statistique n'a pas montré d'impact significatif des données « sexe » et « âge » sur le taux d'hospitalisation en service de SIC.

Concernant leur provenance : 2 patients (66.7%) étaient adressés par leur MT ou remplaçant et 1 patient (33.3%) était adressé par un médecin généraliste issu d'une MMG.

La provenance n'impactait pas de manière significative la proportion d'hospitalisation en service de SIC.

Concernant les motifs de recours initiaux de ces 3 patients : 2 patients (66.7%) étaient adressés pour un motif cardiologique et 1 patient (33.3%) pour un motif général & divers.

Les motifs de recours n'avaient pas un impact significatif sur l'hospitalisation en service de SIC.

Concernant les examens réalisés et les avis spécialisés : les 3 patients (100%) ont eu un bilan biologique. 2 patients (66.7%) ont eu un examen d'imagerie contre 1 patient (33.3%) qui n'en a pas eu. Enfin, 2 patients (66.7%) ont nécessité un avis spécialisé et 1 patient (33.3%) n'en a pas eu.

L'analyse statistique a montré que ces trois données n'impactaient pas significativement l'hospitalisation en SIC.

Concernant leur niveau de gravité initial et leur priorisation : l'intégralité des 3 patients (100%) avaient un niveau de gravité à 3. 2 patients (66.7%) ont été priorisés dès leur arrivée et 1 patient (33.3%) n'a pas nécessité de l'être.

Ces deux données n'avaient pas d'impact significatif sur l'hospitalisation en SIC.

Enfin, concernant leurs antécédents, leurs FDRCV et leurs antécédents de passage à l'hôpital dans les 6 derniers mois : 1 patient (33.3%) était déjà passé à l'hôpital dans les 6 mois précédents contre 2 patients (66.7%) sans antécédent de passage hospitalier. Les 3 patients (100%) avaient au moins un antécédent et au moins un FDRCV.

Ces trois données n'avaient pas d'impact significatif sur le taux d'hospitalisation en SIC.

Tableau 6 : analyse des patients hospitalisés en service de chirurgie versus les patients hospitalisés dans les autres services

Variable	Hospitalisés en chirurgie (Total : 11 patients)	Non hospitalisés en chirurgie (Total : 35 patients)	p-valeur
Sexe			p 0.38
- Femme	7 (63.6%)	17 (48.6%)	
- Homme	4 (36.4%)	18 (51.4%)	
Catégorie d'âge :			p 0.95
- 16-25	1 (9.1%)	2 (5.7%)	
- 26-50	2 (18.2%)	8 (22.9%)	
- 51-75	5 (45.5%)	14 (40%)	
- > 75	3 (27.3%)	11 (31.4%)	
Âge (ans)			p 0.89
- Moyenne	59	60.5	
- Médiane	65	66	
- Ecart type	20.2	20.7	
Provenance			p 0.79
- MT / remplaçant	8 (72.7%)	24 (68.6%)	
- MMG	3 (27.3%)	11 (31.4%)	
Motif de recours :			p < 0.01
- Gastro-entérologie	8 (72.7%)	6 (17.1%)	
- Respiratoire	0 (0%)	7 (20%)	
- Cardiologie	0 (0%)	5 (14.3%)	
- Général & divers	0 (0%)	11 (31.4%)	
- Génito-urinaire	1 (9.1%)	3 (8.6%)	
- Traumatologie	1 (9.1%)	0 (0%)	
- Neurologie	0 (0%)	0 (0%)	
- ORL	1 (9.1%)	0 (0%)	
- Endocrinologie	0 (0%)	2 (5.7%)	
- Dermatologie	0 (0%)	1 (2.9%)	
Bilan biologique			p 0.37
- Oui	10 (90.9%)	34 (97.1%)	
- Non	1 (9.1%)	1 (2.9%)	
Imagerie			p 0.24
- Oui	10 (90.9%)	26 (74.3%)	
- Non	1 (9.1%)	9 (25.7%)	
Avis spécialisé			p 0.03
- Oui	11 (100%)	24 (68.6%)	
- Non	0 (0%)	11 (31.4%)	

Variable	Hospitalisés en chirurgie (Total : 11 patients)	Non hospitalisés en chirurgie (Total : 35 patients)	p-valeur
Niveau de gravité			p 0.6
- 1	0 (0%)	0 (0%)	
- 2	0 (0%)	3 (8.6%)	
- 3	8 (72.7%)	23 (65.7%)	
- 4	3 (27.3%)	7 (20%)	
- 5	0 (0%)	2 (5.7%)	
Priorisation			p 0.49
- Oui	4 (36.4%)	9 (25.7%)	
- Non	7 (63.6%)	26 (74.3%)	
ATCD hôpital < 6M			p 0.01
- Oui	0 (0%)	13 (37.1%)	
- Non	11 (100%)	22 (62.9%)	
ATCD = 0			p 0.32
- Oui	3 (27.3%)	5 (14.3%)	
- Non	8 (72.7%)	30 (85.7%)	
FDRCV			p 0.39
- Oui	6 (54.5%)	24 (68.6%)	
- Non	5 (45.6%)	11 (31.4%)	

Au total, nous avons eu 11 patients hospitalisés en service de chirurgie.

Concernant leurs caractéristiques socio-démographiques : 7 patients (63.6%) étaient des femmes, 4 patients (36.4%) étaient des hommes. 1 patient (9.1%) avait un âge compris entre 16 et 25 ans, 2 patients (18.2%) un âge compris entre 26 et 50 ans, 5 patients (45.5%) étaient âgés entre 51 et 75 ans et 3 patients (27.3%) avaient un âge supérieur à 75 ans. La moyenne d'âge était de 59 ans avec une médiane de 65 ans et un écart type de 20.2 ans.

Notre analyse statistique n'a pas montré d'impact significatif des données « sexe » et « âge » sur le taux d'hospitalisation en service de chirurgie.

Concernant leur provenance : 8 patients (72.7%) étaient adressés par leur MT ou remplaçant et 3 patients (27.3%) étaient adressés par un médecin généraliste issu d'une MMG.

La provenance n'impactait pas de manière significative la proportion d'hospitalisation en service de chirurgie.

Concernant les motifs de recours initiaux de ces 11 patients : 8 patients (72.7%) étaient adressés pour un motif gastro-entérologique, 1 patient (9.1%) pour un motif génito-urinaire, 1 patient (9.1%) pour un motif traumatologique et 1 patient (9.1%) pour un motif ORL.

D'après l'analyse statistique, les motifs de recours avaient un impact significatif sur l'hospitalisation en service de chirurgie. En effet, le motif gastro-entérologique était significativement prédominant.

Concernant les examens réalisés et les avis spécialisés : 10 patients (90.9%) ont eu un bilan biologique contre 1 patient (9.1%) qui n'a eu aucun bilan biologique. 10 patients (90.9%) ont eu recours à un examen d'imagerie et 1 patient (9.1%) n'en a eu aucun. Enfin, l'intégralité des 11 patients (100%) a nécessité un avis spécialisé.

L'analyse statistique a montré que les données « bilans biologiques » et « imagerie » n'impactaient pas significativement l'hospitalisation en chirurgie. En revanche, la donnée « avis spécialisé » influençait significativement l'hospitalisation en chirurgie.

Concernant leur niveau de gravité initial et leur priorisation : 3 patients (8.6%) avaient un niveau de gravité à 2, 23 patients (65.7%) avaient un niveau de gravité à 3, 7 patients (20%) un niveau de gravité à 4 et 2 patients (5.7%) un niveau de gravité à 5. 4 patients (36.4%) ont été priorisés dès leur arrivée et 7 patients (63.6%) n'ont pas nécessités de l'être.

Ces deux données n'avaient pas d'impact significatif sur l'hospitalisation en chirurgie.

Enfin, concernant leurs antécédents, leurs FDRCV et leurs antécédents de passage à l'hôpital dans les 6 derniers mois : la totalité des 11 patients (100%) n'était pas déjà passé à l'hôpital dans les 6 mois précédents. 3 patients (27.3%) n'avaient aucun antécédent et 8 patients (72.7%) avaient au moins un antécédent. 6 patients (54.5%) avaient au moins un FDRCV contre 5 patients (45.6%) qui n'avaient aucun FDRCV.

La donnée « antécédent d'hospitalisation dans les 6 mois précédents » avait un impact significatif sur le taux d'hospitalisation en chirurgie. En revanche, les données concernant les antécédents et les FDRCV n'avaient aucun impact significatif.

Tableau 7 : analyse du patient hospitalisé en service de réanimation versus les patients hospitalisés dans les autres services

Variable	Hospitalisé en réanimation (Total : 1 patient)	Non hospitalisés en réanimation (Total : 45 patients)	p-valeur
Sexe			p 0.29
- Femme	0 (0%)	24 (53.3%)	
- Homme	1 (100%)	21 (46.7%)	
Catégorie d'âge :			p 0.29
- 16-25	0 (0%)	3 (6.7%)	
- 26-50	1 (100%)	9 (20%)	
- 51-75	0 (0%)	19 (42.2%)	
- > 75	0 (0%)	14 (31.1%)	
Âge (ans)			p 0.45
- Moyenne	50	60.3	
- Médiane	50	66	
- Ecart type	N/A (1 seul patient)	20.5	
Provenance			p 0.51
- MT / remplaçant	1 (100%)	31 (68.9%)	
- MMG	0 (0%)	14 (31.1%)	
Motif de recours :			p 0.91
- Gastro-entérologie	0 (0%)	14 (31.1%)	
- Respiratoire	0 (0%)	7 (15.6%)	
- Cardiologie	0 (0%)	5 (11.1%)	
- Général & divers	1 (100%)	10 (22.2%)	
- Génito-urinaire	0 (0%)	4 (8.9%)	
- Traumatologie	0 (0%)	1 (2.2%)	
- Neurologie	0 (0%)	0 (0%)	
- ORL	0 (0%)	1 (2.2%)	
- Endocrinologie	0 (0%)	2 (4.4%)	
- Dermatologie	0 (0%)	1 (2.2%)	
Bilan biologique			p 0.82
- Oui	1 (100%)	43 (95.6%)	
- Non	0 (0%)	2 (4.4%)	
Imagerie			p 0.59
- Oui	1 (100%)	35 (77.8%)	
- Non	0 (0%)	10 (22.2%)	
Avis spécialisé			p 0.57
- Oui	1 (100%)	34 (75.6%)	
- Non	0 (0%)	11 (24.4%)	

Variable	Hospitalisé en réanimation (Total : 1 patient)	Non hospitalisés en réanimation (Total : 45 patients)	p-valeur
Niveau de gravité			p 0.92
- 1	0 (0%)	0 (0%)	
- 2	0 (0%)	3 (6.7%)	
- 3	1 (100%)	30 (66.7%)	
- 4	0 (0%)	10 (22.2%)	
- 5	0 (0%)	2 (4.4%)	
Priorisation			p 0.12
- Oui	1 (100%)	12 (26.7%)	
- Non	0 (0%)	33 (73.3%)	
ATCD hôpital < 6M			p 0.52
- Oui	0 (0%)	13 (28.9%)	
- Non	1 (100%)	32 (71.1%)	
ATCD = 0			p 0.64
- Oui	0 (0%)	8 (17.8%)	
- Non	1 (100%)	37 (82.2%)	
FDRCV			p 0.46
- Oui	1 (100%)	29 (64.4%)	
- Non	0 (0%)	16 (35.6%)	

Nous avons eu un patient hospitalisé en service de réanimation. Il s'agissait d'un homme, âgé entre 26 et 50 ans. Il avait été adressé par son MT pour un motif général & divers. Il a nécessité un bilan biologique, un examen d'imagerie ainsi qu'un avis spécialisé. Son niveau de gravité initial était de 3 et il a été priorisé. Il n'avait pas été hospitalisé dans les 6 mois précédents. Il avait au moins un antécédent et au moins un FDRCV.

Notre analyse statistique met en valeur qu'aucune des données analysées n'a impacté de manière significative l'hospitalisation en réanimation.

Tableau 8 : analyse des patients hospitalisés en UHCD versus les patients hospitalisés dans les autres services

Variable	Hospitalisés en UHCD (Total : 9 patients)	Non hospitalisés en UHCD (Total : 37 patients)	p-valeur
Sexe			p 0.82
- Femme	5 (55.6%)	19 (51.4%)	
- Homme	4 (44.4%)	18 (48.6%)	
Catégorie d'âge :			p 0.13
- 16-25	0 (0%)	3 (8.1%)	
- 26-50	0 (0%)	10 (27%)	
- 51-75	4 (44.4%)	15 (40.5%)	
- > 75	5 (55.6%)	9 (24.3%)	
Âge (ans)			p 0.03
- Moyenne	74.4	56.6	
- Médiane	76	60	
- Ecart type	13.2	20.4	
Provenance			p 0.55
- MT / remplaçant	7 (77.8%)	25 (67.6%)	
- MMG	2 (22.2%)	12 (32.4%)	
Motif de recours :			p 0.08
- Gastro-entérologie	2 (22.2%)	12 (32.4%)	
- Respiratoire	4 (44.4%)	3 (8.1%)	
- Cardiologie	0 (0%)	5 (13.5%)	
- Général & divers	2 (22.2%)	9 (24.3%)	
- Génito-urinaire	0 (0%)	4 (10.8%)	
- Traumatologie	0 (0%)	1 (2.7%)	
- Neurologie	0 (0%)	0 (0%)	
- ORL	0 (0%)	1 (2.7%)	
- Endocrinologie	0 (0%)	2 (5.4%)	
- Dermatologie	1 (11.1%)	0 (0%)	
Bilan biologique			p 0.47
- Oui	9 (100%)	35 (94.6%)	
- Non	0 (0%)	2 (5.4%)	
Imagerie			p 0.38
- Oui	8 (88.9%)	28 (75.7%)	
- Non	1 (11.1%)	9 (24.3%)	
Avis spécialisé			p 0.11
- Oui	5 (55.6%)	30 (81.1%)	
- Non	4 (44.4%)	7 (18.9%)	

Variable	Hospitalisés en UHCD (Total : 9 patients)	Non hospitalisés en UHCD (Total : 37 patients)	p-valeur
Niveau de gravité			p 0.62
- 1	0 (0%)	0 (0%)	
- 2	1 (11.1%)	2 (5.4%)	
- 3	5 (55.6%)	26 (70.3%)	
- 4	2 (22.2%)	8 (21.6%)	
- 5	1 (11.1%)	1 (2.7%)	
Priorisation			p 0.04
- Oui	0 (0%)	13 (35.1%)	
- Non	9 (100%)	24 (64.9%)	
ATCD hôpital < 6M			p 0.04
- Oui	5 (55.6%)	8 (21.6%)	
- Non	4 (44.4%)	29 (78.4%)	
ATCD = 0			p 0.57
- Oui	1 (11.1%)	7 (18.9%)	
- Non	8 (88.9%)	30 (81.1%)	
FDRCV			p 0.37
- Oui	7 (77.8%)	23 (62.2%)	
- Non	2 (22.2%)	14 (37.8%)	

Au total, nous avons eu 9 patients hospitalisés en UHCD.

Concernant leurs caractéristiques socio-démographiques : 5 patients (55.6%) étaient des femmes, 4 patients (44.4%) étaient des hommes. 4 patients (44.4%) étaient âgés entre 51 et 75 ans et 5 patients (55.6%) avaient un âge supérieur à 75 ans. La moyenne d'âge était de 74.4 ans avec une médiane de 76 ans et un écart type de 13.2 ans.

Notre analyse statistique n'a pas montré d'impact significatif de la donnée « sexe » sur le taux d'hospitalisation en service d'UHCD. En ce qui concerne l'âge, l'analyse a retrouvé un impact significatif de cette donnée lorsqu'elle était calculée de manière quantitative (moyenne, médiane, écart type) et non significatif lorsqu'elle était calculée de manière qualitative (catégories d'âge).

Concernant leur provenance : 7 patients (77.8%) étaient adressés par leur MT ou remplaçant et 2 patients (22.2%) étaient adressés par un médecin généraliste issu d'une MMG.

La provenance n'impactait pas de manière significative la proportion d'hospitalisation en UHCD.

Concernant les motifs de recours initiaux : 2 patients (22.2%) étaient adressés pour un motif gastro-entérologique, 4 patients (44.4%) pour un motif respiratoire, 2 patients (22.2%) pour un motif général & divers et 1 patient (11.1%) pour un motif dermatologique.

D'après l'analyse statistique, les motifs de recours n'avaient pas d'impact significatif sur l'hospitalisation en UHCD.

Concernant les examens réalisés et les avis spécialisés : la totalité des 9 patients (100%) a eu un bilan biologique. 8 patients (88.9%) ont eu recours à un examen d'imagerie et 1 patient (11.1%) n'en a eu aucun. Enfin, 5 patients (55.6%) ont nécessité un avis spécialisé contre 4 patients (44.4%) qui n'ont pas eu recours à un avis spécialisé.

L'analyse statistique a montré que ces trois données n'impactaient pas significativement l'hospitalisation en UHCD.

Concernant leur niveau de gravité initial et leur priorisation : 1 patient (11.1%) avait un niveau de gravité à 2, 5 patients (55.6%) avaient un niveau de gravité à 3, 2 patients (22.2%) un niveau de gravité à 4 et 1 patient (11.1%) un niveau de gravité à 5. Aucun patient (0%) n'a été priorisé.

L'analyse statistique a montré que la donnée « priorisation » impactait significativement l'hospitalisation en UHCD, contrairement au niveau de gravité initial qui n'avait aucune influence significative.

Enfin, concernant leurs antécédents, leurs FDRCV et leurs antécédents de passage à l'hôpital dans les 6 derniers mois : 5 patients (55.6%) avaient été hospitalisés dans les 6 mois précédents contre 4 patients (44.4%) qui n'étaient pas déjà passés à l'hôpital dans les 6 derniers mois. 1 patient (11.1%) n'avait aucun antécédent et 8 patients (88.9%) avaient au moins un antécédent. 7 patients (77.8%) avaient au moins un FDRCV contre 2 patients (22.2%) qui n'avaient aucun FDRCV.

La donnée « antécédent d'hospitalisation dans les 6 mois précédents » avait un impact significatif sur le taux d'hospitalisation en UHCD. En revanche, les données concernant les antécédents et les FDRCV n'avaient aucun impact significatif.

Tableau 9 : analyse des patients transférés dans un autre hôpital versus les patients hospitalisés non transférés

Variable	Patients transférés (Total : 3 patients)	Patients non transférés (Total : 43 patients)	p-valeur
Sexe			p 0.6
- Femme	2 (66.7%)	22 (51.2%)	
- Homme	1 (33.3%)	21 (48.8%)	
Catégorie d'âge :			p 0.24
- 16-25	0 (0%)	3 (7%)	
- 26-50	2 (66.7%)	8 (18.6%)	
- 51-75	1 (33.3%)	18 (41.9%)	
- > 75	0 (0%)	14 (32.6%)	
Âge (ans)			p 0.23
- Moyenne	46	61	
- Médiane	37	66	
- Ecart type	21	20	
Provenance			p 0.91
- MT / remplaçant	2 (66.7%)	30 (69.8%)	
- MMG	1 (33.3%)	13 (30.2%)	
Motif de recours :			p 0.93
- Gastro-entérologie	2 (66.7%)	12 (27.9%)	
- Respiratoire	0 (0%)	7 (16.3%)	
- Cardiologie	0 (0%)	5 (11.6%)	
- Général & divers	1 (33.3%)	10 (23.3%)	
- Génito-urinaire	0 (0%)	4 (9.3%)	
- Traumatologie	0 (0%)	1 (2.3%)	
- Neurologie	0 (0%)	0 (0%)	
- ORL	0 (0%)	1 (2.3%)	
- Endocrinologie	0 (0%)	2 (4.7%)	
- Dermatologie	0 (0%)	1 (2.3%)	
Bilan biologique			p 0.72
- Oui	3 (100%)	41 (95.3%)	
- Non	0 (0%)	2 (4.7%)	
Imagerie			p 0.34
- Oui	3 (100%)	33 (76.7%)	
- Non	0 (0%)	10 (23.3%)	
Avis spécialisé			p 0.31
- Oui	3 (100%)	32 (74.4%)	
- Non	0 (0%)	11 (25.6%)	

Variable	Patients transférés (Total : 3 patients)	Patients non transférés (Total : 43 patients)	p-valeur
Niveau de gravité			p 0.07
- 1	0 (0%)	0 (0%)	
- 2	0 (0%)	3 (7%)	
- 3	1 (33.3%)	30 (69.8%)	
- 4	1 (33.3%)	9 (20.9%)	
- 5	1 (33.3%)	1 (2.3%)	
Priorisation			p 0.84
- Oui	1 (33.3%)	12 (27.9%)	
- Non	2 (66.7%)	31 (72.1%)	
ATCD hôpital < 6M			p 0.84
- Oui	1 (33.3%)	12 (27.9%)	
- Non	2 (66.7%)	31 (72.1%)	
ATCD = 0			p 0.41
- Oui	0 (0%)	8 (18.6%)	
- Non	3 (100%)	35 (81.4%)	
FDRCV			p 0.23
- Oui	1 (33.3%)	29 (67.4%)	
- Non	2 (66.7%)	14 (32.6%)	

Au total, 3 patients ont nécessité un transfert vers un autre hôpital.

Concernant leurs caractéristiques socio-démographiques : 2 patients (66.7%) étaient des femmes, 1 patient (33.3%) était un homme. 2 patients (66.6%) étaient âgés entre 26 et 50 ans et 1 patient (33.3%) avait un âge entre 51 et 75 ans. La moyenne d'âge était de 46 ans avec une médiane de 37 ans et un écart type de 21 ans.

Notre analyse statistique n'a pas montré d'impact significatif des données « sexe » et « âge » sur le taux de transfert inter-hospitalier.

Concernant leur provenance : 2 patients (66.7%) étaient adressés par leur MT ou remplaçant et 1 patient (33.3%) était adressé par un médecin généraliste issu d'une MMG.

La provenance n'impactait pas de manière significative la proportion de transfert.

Concernant les motifs de recours initiaux de ces 3 patients : 2 patients (66.7%) étaient adressés pour un motif gastro-entérologique et 1 patient (33.3%) pour un motif général & divers.

D'après l'analyse statistique, les motifs de recours n'avaient pas d'impact significatif sur le taux de transfert.

Concernant les examens réalisés et les avis spécialisés : la totalité des 3 patients (100%) a eu un bilan biologique, un examen d'imagerie et un avis spécialisé.

L'analyse statistique a montré que les données « imagerie », « bilan biologique » et « avis spécialisé » n'avaient aucune influence significative.

Concernant leur niveau de gravité initial et leur priorisation : 1 patient (33.3%) avait un niveau de gravité à 3, 1 patient (33.3%) avait un niveau de gravité à 4 et 1 patient (33.3%) un niveau de gravité à 5. 1 patient (33.3%) a été priorisé contre 2 patients (66.7%) qui n'ont pas nécessité de l'être.

L'analyse statistique a montré que ces données n'exerçaient aucune influence significative.

Enfin, concernant leurs antécédents, leurs FDRCV et leurs antécédents de passage à l'hôpital dans les 6 derniers mois : 1 patient (33.3%) avait été hospitalisé dans les 6 mois précédents contre 2 patients (66.7%) qui n'étaient pas déjà passé à l'hôpital dans les 6 derniers mois.

Les 3 patients (100%) avaient au moins un antécédent. 2 patients (66.7%) avaient au moins un FDRCV contre 1 patient (33.3%) qui n'avait aucun FDRCV.

Ces 3 données n'avaient aucun impact significatif sur la proportion de transfert.

IV. DISCUSSION

A. Résultats principaux et hypothèses

1. Généralités

a) Sexe

Au total, nous avons analysé 118 patients dont 66 femmes (55.93%) et 52 hommes (44.07%), avec un sex-ratio hommes/femmes de 0.78. Cette répartition est comparable à une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 2006, qui retrouvait en moyenne 57% de femmes dans les recours urgents ou non programmés en médecine générale (39). De même, l'étude de Lemonnier concernant le « devenir des patients adressés par un médecin avec courrier médical, aux urgences adultes du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Pellegrin » à Bordeaux en 2013 retrouvait également un taux équivalent avec un sex-ratio identique à 0,78 (40).

b) Âge, antécédents et FDRCV

La moyenne d'âge était de 55.1 ans et 56.78% des patients adressés étaient âgés de plus de 50 ans. D'après les chiffres de la Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU), en 2023 en France, la moyenne d'âge des patients consultant aux urgences était de 41.2 ans (41).

De plus, un grand nombre de patients avait au moins un antécédent (78.81%) et la plupart avait au moins un FDRCV (58.47%).

Ces trois données (âge, antécédents et FDRCV) témoignent du fait que les patients adressés par un médecin généraliste semblent plus âgés et donc plus fragiles. En effet, l'âge est un indicateur de fragilité, même s'il n'explique pas à lui seul ce syndrome (42).

L'âge plus élevé que la moyenne, chez les patients adressés par un médecin généraliste, est une donnée qui a également été retrouvée dans ces deux études : celle de Atechian réalisée en 2023 au CHU de Besançon (43) retrouvait une moyenne d'âge de 62 ans et celle de Balen et al. réalisée au CHU de Toulouse en 2019 (44) qui retrouvait une moyenne d'âge de 58 ans.

Cependant, la majorité des patients (87 patients, 73.73%) n'était pas passée à l'hôpital dans les 6 derniers mois. L'urgence de leur motif expliquait probablement leur passage ce jour précis. Ceci peut refléter le fait que les urgences sont bien utilisées quand les patients sont adressés par un médecin généraliste, sans passages accumulés sur les 6 derniers mois.

c) Provenance et mode d'arrivée

Une légère majorité des patients (55.93%) étaient adressés par leur médecin traitant ou remplaçant, contre 44.07% adressés par un médecin généraliste issu d'une maison médicale de garde. Nous pouvons supposer que les patients préfèrent consulter leur médecin traitant qui les connaît mieux (historique médical, suivi régulier) lorsque cela est possible. En effet, d'après une étude de la DREES publiée en 2021 sur « l'accès aux soins et les pratiques de recours, étude sur le vécu des patients », les patients sont particulièrement attachés à la relation qu'ils ont créée avec leur médecin traitant (45).

Par ailleurs, d'après le travail de Vigneau, en Guadeloupe en 2017, le taux de patients ne connaissant pas les MMG était conséquent, environ 70% (46). Ce travail n'est cependant pas si récent et a eu lieu en outre-mer, probablement qu'en 2024, en métropole, le pourcentage a diminué. De plus, l'augmentation des maisons médicales de garde et des médecins généralistes travaillant dans ces structures peut justifier le fait que les pourcentages d'adressages retrouvés dans notre travail soient quasiment similaires.

Une large majorité des patients (85.59%) est arrivée aux urgences via leur véhicule personnel. Cette donnée peut s'expliquer par le fait que ces mêmes patients avaient dû consulter leur médecin par leur véhicule personnel. De plus, il est recommandé devant une urgence vitale d'appeler le centre 15, c'est ce dernier par téléphone qui orientera le patient vers les urgences s'il le nécessite et qui déclenchera le moyen de transport le plus adéquat (47).

d) Motifs de recours

Concernant les motifs de recours, 4 motifs se sont détachés : gastro-entérologie, respiratoire, cardiologie et général & divers, avec des pourcentages autour de 20% chacun. Nous pouvons supposer que ces motifs présentent dans l'ensemble plus de risque urgent et nécessitent souvent plus d'examen complémentaires (diagnostic, gravité...), contrairement aux disciplines telles que l'ORL, la dermatologie ou l'endocrinologie.

Dans notre étude, nous avons retrouvé très peu de recours d'ordre neurologique (5.08%). Ce résultat est nettement différent de celui retrouvé dans le travail de Chauvet et Chanson réalisé à Marseille en 2016 : « patients adressés par le médecin traitant aux urgences : une prise en charge extrahospitalière était-elle possible ? ». Effectivement, dans cette étude, la neurologie était le motif d'adressage le plus fréquent (25%) (48). Nous pouvons expliquer cette discordance par une différence de plateau technique entre le CH de Martigues et le CHU Timone, où a eu lieu l'étude de Chauvet et Chanson. En effet, le CH de Martigues ne dispose pas de plateau technique neurologique à ce jour. En effet, il ne dispose pas de service de neurologie, ni de service de neurochirurgie, ni de filière AVC. Nous pouvons donc constater que l'ensemble des médecins généralistes du bassin Martégal semble conscient de ce manque et doit adresser ces patients dans un hôpital bénéficiant d'un plateau technique plus adapté.

Nous pouvons noter qu'il existait une orientation adaptée dans l'ensemble, puisqu'aucun patient n'a été adressé pour un motif ophtalmologique, seulement 6 patients ont été adressés pour un motif neurologique et 1 seul patient pour un motif dermatologique.

En effet, l'hôpital de Martigues ne dispose pas d'un recours présent sur site pour les spécialités d'ophtalmologie et de neurologie, les médecins urgentistes doivent donc demander l'avis des spécialistes du CHU Nord ce qui peut compliquer la prise en charge des patients. En ce qui concerne la dermatologie, le CH de Martigues n'a pas de service de dermatologie mais dispose d'une dermatologue présente sur site 2 jours par semaine. Pour les autres jours, un avis spécialisé peut être pris au près du CHU Nord en jours ouvrables.

2. Objectif principal

L'objectif principal de l'étude était d'analyser la prise en charge des patients adressés par un médecin généraliste au sein du SAU du CH de Martigues.

Nous voulions savoir en effet pourquoi ce groupe de patient, qui avait déjà été examiné par un médecin généraliste, était adressé aux urgences. Quelle prise en charge supplémentaire était nécessaire et n'était pas réalisable intégralement en ville ?

a) Examens complémentaires et avis spécialisés

En premier lieu, nous allons nous pencher sur les examens complémentaires effectués aux urgences chez les patients adressés par un médecin généraliste.

Nous pouvons d'emblée dire qu'une large majorité des patients (88.14%) a bénéficié d'un bilan biologique. De même, la majorité (68.64%) des patients adressés ont bénéficié d'une imagerie qui était de la plus fréquente à la moins fréquente : le scanner, la radiographie puis l'échographie. Aucun n'a eu d'IRM car au CH de Martigues, les IRM ne peuvent majoritairement pas être réalisées en urgence, sauf cas exceptionnel.

Des résultats semblables ont été retrouvés dans différents travaux : l'étude de Chauvet et Chanson retrouvait 68% d'imagerie et 86% de bilans biologiques (48), celle de Lemonnier retrouvait 69,6% de bilans biologiques et 58.1% d'imagerie (40) et celle de Boudy Lapouge réalisée à Toulouse retrouvait 90.6% de bilans biologiques et 79.9% d'imagerie (49).

Ces données confirment que le SAU est une porte d'entrée vers un vaste plateau technique accessible 24h/24 et que les médecins généralistes ont souvent besoin de réaliser dans un délai très court des examens de plus en plus difficiles à obtenir rapidement en ambulatoire (50). Ceci a également été constaté dans une étude menée en 2007 par Godement et al. sur la pertinence du recours au service d'accueil des urgences (SAU) par les omnipraticiens de ville : parmi les 67% des recours au SAU justifiés médicalement, 22% étaient adressés pour réalisation d'examens complémentaires indisponibles en ville (51).

Plus d'un tiers des patients (44.07%) ont nécessité un avis spécialisé aux urgences. Ce résultat est semblable à celui de Lemonnier où 42.1% des patients ont eu recours à un avis spécialisé (40). Cela met en valeur la difficulté d'obtention d'un avis spécialisé en ville d'autant plus dans un contexte d'urgence. En effet, les médecins spécialistes installés en libéral étant déjà peu nombreux, il est compréhensible qu'ils ne puissent pas répondre à toutes les demandes, et ce quels que soient le jour et l'heure.

D'autant plus que certains des patients adressés sont potentiellement suivis au long cours par les médecins spécialistes de l'hôpital, il peut alors paraître plus aisé de les adresser directement aux urgences de l'hôpital.

17.8% des patients ont bénéficié d'une consultation post-urgences spécialisée. Ceci peut conforter l'idée selon laquelle certains patients étant déjà suivis à l'hôpital, la poursuite de leur suivi se fait par ce biais. Par ailleurs, nous pouvons imaginer que pour certains patients n'ayant pas de suivi en cours en ville, cela permet de l'initier avec les spécialistes de l'hôpital.

Toutefois, il est à noter qu'un peu plus de 10% des patients n'ont même pas bénéficié de la réalisation d'un bilan biologique, ce qui soulève le fait que certains adressages peuvent paraître injustifiés, même s'il s'agit d'une large minorité. Certains patients peuvent être adressés à tort devant une médecine de ville dépassée.

b) Niveau de gravité

Concernant les constantes (FC, TA, SaO₂, glycémie, température) et le score de Glasgow des patients à leur arrivée, nous avons choisi d'identifier des seuils de gravité.

L'intégralité des patients étudiés (100%) s'est présentée aux urgences avec un score de Glasgow > 12. Ceci peut s'expliquer par le fait que les patients ayant un score < 12 ou dans le coma ne sont pas vus par un médecin généraliste en amont, mais directement orientés aux urgences par le 15 ou pris en charge par le SMUR, devant l'urgence extrême de la situation.

De la même manière, la grande majorité des patients avait des constantes normales à l'arrivée : 73.73% des patients avaient une FC normale, 85.59% présentaient une TA normale, 92.37% avaient une SaO₂ normale, 88.98% présentaient une température corporelle dans les normes et 98.31% avaient une glycémie normale. Ceci corrobore l'idée selon laquelle les patients gravissimes, instables hémodynamiquement et sur le plan des constantes sont directement orientés via le centre 15 aux urgences, sans forcément passer par un médecin généraliste en amont.

La majorité des patients (63.56%) avaient un niveau de gravité intermédiaire à 3 à l'arrivée et 25.42% avaient un niveau à 4. De même, concernant leur installation et leur priorisation, nous avons retrouvé qu'une nette majorité (91.53%) a été installée en box de consultation, et 83.9% des patients n'ont pas été priorisés.

Ainsi, les patients adressés aux urgences par un médecin généraliste semblent entrer dans une case bien définie : ils ne sont pas gravissimes c'est-à-dire avec un risque vital engagé ou presque à leur arrivée, mais ils nécessitent tout de même une prise en charge rapide et nécessitant un plateau technique non disponible en ville dans des délais raisonnables, ce qui peut justifier leur adressage aux urgences.

c) Prise en charge aux urgences

Nous avons ensuite voulu étudier quelles thérapeutiques d'urgence ont été réalisées chez notre population étudiée. Nous avons eu des résultats assez faibles en termes de pourcentages :

4 patients (3.39%) de notre population ont été transfusés de CGR, sur probable adressage aux urgences pour ce motif. En 2018, Dicharry a mené une étude dédiée à la pertinence de l'envoi des patients pour anémie par le médecin généraliste dans le service des urgences adultes de Libourne. Elle retrouvait que la pertinence de l'envoi n'était pas avérée dans 34% des cas. Il semblerait que ce soit la conséquence d'une filière médecine de ville/hôpital non fonctionnelle (52). Il serait intéressant d'établir un travail semblable dans notre région, où les médecins généralistes sont aussi confrontés à ce problème. Le but serait d'améliorer la prise en charge des patients atteints d'anémie qui correspondent parfois à une urgence relative, où un adressage en hospitalisation conventionnelle programmée ou en hôpital de jour semblerait plus justifié.

Seulement 1 patient (0.85%) a bénéficié d'un remplissage vasculaire avec soluté de remplissage. De même, seuls 5 patients (4.24%) ont bénéficié de médicaments d'urgence. Aucun n'a bénéficié d'un antalgique de palier 3. 6 patients (5.08%) ont eu recours à un protocole en urgence, 11 patients (9.32%) ont bénéficié d'une antibiothérapie IV en urgence et 1 patient (0.85%) a bénéficié d'une pose de KT IO.

Malheureusement, nous sommes confrontés ici à une des limites de notre étude : ces données étaient peu vérifiables sur le TU et dépendaient de la bonne volonté du médecin urgentiste à remplir les dossiers de façon complète. Ces pourcentages sont donc très certainement sous-estimés. Il aurait été beaucoup plus fiable de rechercher ces données dans les archives papiers des dossiers patients, puisque les prescriptions se font encore sur papier aux urgences de Martigues, entraînant un problème de traçabilité sur le dossier médical informatisé du patient.

De même, pour la prise en charge traumatologique, peu de patients en ont bénéficié : 1 suture, aucune pose de plâtre et aucune réduction de fracture ou luxation. Ce résultat peut cependant paraître attendu. En effet, les motifs traumatologiques sont en général soit vus et pris en charge entièrement en médecine générale (pansements, sutures...) soit les patients consultent d'eux-mêmes directement aux urgences.

D'après l'étude de la DREES en 2006, contrairement aux services d'urgences hospitaliers où les usagers se rendent autant pour des problèmes traumatiques que somatiques, la médecine générale de ville n'est que relativement peu sollicitée en urgence ou de façon non programmée pour un problème traumatique (12 % des recours) (39).

L'objectif principal de l'étude était d'analyser la prise en charge des patients adressés par un médecin généraliste au sein du SAU du CH de Martigues.

Nous voulions savoir en effet pourquoi ce groupe de patient, qui avait déjà été examiné par un médecin généraliste, était adressé aux urgences. Quelle prise en charge supplémentaire était nécessaire et n'était pas réalisable intégralement en ville ?

Il ressort de toutes ces données que les patients adressés par un médecin généraliste aux urgences semblent entrer dans une catégorie précise. Ce sont des patients qui nécessitent dans une très large majorité des cas des examens complémentaires, bilans biologiques et/ou imagerie. Ils n'ont pas ou peu de critères d'urgence vitale à leur arrivée, sur le plan clinique et d'après leurs constantes, leur niveau de gravité, leur priorisation et leur lieu d'installation.

Peu de soins urgents ont été réalisés dans cette population, mais une nouvelle fois, ces données semblent sous-estimées.

A nouveau, toutes ces données viennent souligner la difficulté que rencontrent les médecins généralistes à obtenir des examens complémentaires et des avis spécialisés « en urgence » en ville.

Enfin, nous l'avons dit, les patients adressés par un médecin généraliste semblent s'apparenter à une catégorie de population plus fragile, par leur âge plus élevé que la moyenne, par leurs antécédents, leurs comorbidités et leurs FDRCV. Il sera désormais intéressant d'analyser et de discuter de leur orientation post urgences, afin de voir justement si ces patients sont particulièrement hospitalisés au décours de leur passage aux urgences.

3. Objectif secondaire

Nous avons également voulu étudier les différentes orientations post-urgences des patients adressés par un médecin généraliste aux urgences. C'était notre critère de jugement secondaire. Nous avons réalisé une analyse comparative des sous-groupes « hospitalisés » et « retournés à domicile ». Nous avons cherché à comprendre quelles données impactaient ou non l'hospitalisation.

Au total, 46 patients ont été hospitalisés, soit 38.98%.

a) Âge et sexe

D'abord, concernant le sexe et l'âge : notre étude a révélé que le sexe n'a pas montré d'impact significatif sur l'orientation post-urgences (p 0.51) des patients, donnée à laquelle nous pouvions nous attendre puisque les services d'hospitalisation sont des services mixtes. En revanche, l'âge avait un impact significatif sur l'orientation post-urgences (p 0.03) et les patients âgés de 75 ans ou plus étaient plus souvent hospitalisés. La moyenne d'âge des patients hospitalisés était de 60.2 ans versus 51.8 ans chez les patients retournés à domicile. Ceci montre une nouvelle fois que les patients plus âgés sont plus souvent hospitalisés.

D'après le travail de Boudy Lapouge réalisé au CHU de Toulouse en 2013, les patients adressés aux urgences par un médecin rentraient à domicile dans plus de la moitié des cas jusqu'à l'âge de 60 ans (49). Le taux d'hospitalisation était de 71,6% chez les plus de 75 ans, versus 60.87% dans notre étude. Ceci vient une nouvelle fois appuyer l'idée que l'âge est un des indicateurs de fragilité, ces patients âgés de plus de 75 ans étant plus souvent polypathologiques que les autres et plus souvent hospitalisés. Devant un taux d'hospitalisation aussi important, nous pourrions nous demander si certains patients ne pourraient pas être hospitalisés directement, évitant ainsi un temps d'attente important aux urgences et un délai de prise en charge également conséquent.

b) Provenance

De même, concernant la provenance des patients, notre analyse statistique a montré qu'elle avait aussi un impact significatif sur l'orientation post-urgences.

Les patients adressés par leur MT ou remplaçant étaient plus souvent hospitalisés que les patients adressés par un médecin généraliste issu d'une MMG (48.48% versus 26.92%). Nous pouvons émettre deux hypothèses pour expliquer cette donnée : les MT connaissent mieux leurs patients et les MT connaissent mieux les ressources disponibles au CH de Martigues ce qui implique un adressage plus adapté et bénéfique pour leurs patients.

Il serait intéressant de s'intéresser à la moyenne d'âge des médecins généralistes en fonction de leur lieu de pratique (MT, permanence médicale...). Ces dernières années en médecine générale, l'exercice libéral exclusif est en déclin, au profit du salariat et de l'exercice mixte (53). Ce sont plutôt les jeunes médecins généralistes diplômés qui se tournent vers le salariat.

Ainsi, nous pouvons imaginer que les MT sont plus âgés et plus expérimentés que les médecins généralistes exerçant en permanence médicale. Il serait intéressant d'analyser le taux d'adressage en fonction de l'âge et l'expérience du médecin. L'hypothèse est que les MT - s'ils sont plus âgés et expérimentés - ont un plus réseau plus riche (infirmières, spécialistes etc.) et ont moins tendance à adresser directement le patient aux urgences, alors qu'un jeune médecin pourrait être en plus grande difficulté et pourrait parfois ne pas avoir d'autre choix que d'adresser le patient aux urgences. Une étude qualitative pour connaître, selon l'âge et l'expérience du médecin, les besoins et les attentes des médecins pour faciliter leurs adressages serait brillante.

c) Motifs de recours

Ensuite, concernant les motifs de recours, là encore cette donnée avait un impact significatif sur l'orientation post-urgences. 4 motifs de recours ont révélé un taux d'hospitalisation supérieur à 50% : la gastro-entérologie (53.85% d'hospitalisation), le motif « général & divers » (68.75% d'hospitalisation), l'endocrinologie (100% d'hospitalisation mais seulement 2 patients) et la dermatologie (100% d'hospitalisation mais un seul patient). Ainsi, une question intéressante serait : peut-on prédire le taux d'hospitalisation en fonction des motifs d'adressage ? Le motif gastro-entérologie regroupe de nombreux motifs chirurgicaux, nécessitant très souvent plus d'hospitalisation. Le motif « général & divers » regroupe des motifs non spécifiques d'organe, comme la fièvre inexpliquée et l'altération de l'état général, nécessitant probablement souvent une hospitalisation, que ce soit à visée diagnostique ou à visée thérapeutique.

A noter que le motif de recours le moins hospitalisé est une nouvelle fois la neurologie (0% d'hospitalisation), ce qui s'explique probablement par l'absence de service de neurologie au CH de Martigues.

d) Examens complémentaires et avis spécialisés

Puis, concernant les examens complémentaires et les avis spécialisés, notre étude a montré que les données « bilan biologique » ($p = 0.04$) et « avis spécialisé » ($p < 0.001$) avaient un impact significatif sur l'orientation post-urgences, contrairement à la donnée « imagerie » ($p = 0.07$).

Pour expliquer ces données, nous pouvons d'une part imaginer que les bilans biologiques et les avis spécialisés donnent des critères d'hospitalisation précis, et à l'inverse donnent des critères de non-hospitalisation.

Par contre, l'imagerie est de plus en plus facilitée par la télé radiologie (54) ce qui incite certainement les médecins à demander des imageries pour beaucoup de patients, même à ceux qui n'ont pas franchement les indications. Le travail de Legrain réalisé en 2020 à l'hôpital de Saint-Lô et mesurant l'impact de la télé-imagerie dans un service d'Urgence a retrouvé une augmentation du nombre de scanners demandés et un moindre taux d'hospitalisation en résultant (55).

e) Niveau de gravité et priorisation

Concernant le niveau de gravité et la priorisation, notre étude a retrouvé un impact significatif de la priorisation sur l'orientation post-urgences (p 0.004), contrairement au niveau de gravité qui n'avait pas d'impact significatif (p 0.8). Cette donnée est très intéressante. Le niveau de gravité est évalué grâce au logiciel semi automatisé du TU : l'IOA répond à des questions posées par le logiciel, sur le motif de recours, les constantes etc. et le logiciel détermine automatiquement un niveau de gravité avec un délai de prise en charge approprié. Nous pouvons penser que ce classement élaboré par le TU est adapté pour prédire la gravité initiale du patient, mais pas pour prédire une éventuelle hospitalisation. En revanche, pour la priorisation, c'est l'IOA qui choisit les patients qu'elle souhaite prioriser. Nous pouvons constater que l'IOA permet de prioriser de façon adaptée les patients les plus graves et donc ceux qui seront hospitalisés.

Enfin, notre travail n'a pas retrouvé d'impact significatif des données « antécédents » (p 0.42), « antécédents de passage à l'hôpital sur les 6 derniers mois » (p 0.69) et « FDRCV » (p 0.23). Notre hypothèse est la suivante : les ATCD, antécédents de passage à l'hôpital dans les 6 derniers mois et les FDRCV ne sont pas forcément en rapport avec le problème urgent du jour. Ils n'impacteront donc pas toujours l'hospitalisation.

Nous avons voulu dans un deuxième temps étudier plus précisément les patients hospitalisés en fonction de leur service d'hospitalisation. Au total, 46 patients ont été hospitalisés : 19 patients (41.31%) en service de médecine conventionnelle, 3 patients (6.52%) en service de SIC, 11 patients (23.91%) en service de chirurgie, 1 patient (2.17%) en réanimation, 9 patients (19.57%) en UHCD et 3 patients (6.52%) ont nécessité un transfert inter-hospitalier.

- Patients hospitalisés en médecine conventionnelle

Seule la donnée « imagerie » était significative sur l'hospitalisation en service de médecine conventionnelle par rapport aux hospitalisations dans les autres services (p 0.03). Ainsi, la donnée « imagerie » n'influçait pas l'hospitalisation en général, sauf pour la médecine conventionnelle. Nous pouvons imaginer que le fait d'avoir une imagerie permettait dans ce cas précis de montrer qu'il n'y avait pas de critères d'hospitalisation dans les services plus spécialisés (SIC, réanimation, chirurgie).

- Patients hospitalisés en SIC

Aucune donnée n'a eu un impact significatif sur l'hospitalisation en SIC, dans notre travail. Nous pouvons expliquer la non-significativité sur un probable manque d'effectif. En effet, nous n'avions que 3 patients hospitalisés en SIC. Par exemple, la donnée FDRCV aurait très probablement eu un impact significatif sur l'hospitalisation en SIC s'il y avait eu plus de patients. Assurément, la majorité des patients hospitalisés en SIC a au moins un FDRCV.

Ainsi, une autre étude incluant un plus grand échantillon ou spécifique aux patients adressés par un médecin généraliste et hospitalisés en SIC serait intéressante.

- Patients hospitalisés en chirurgie

Trois données ont eu un impact significatif sur l'hospitalisation en service de chirurgie : le motif de recours gastro-entérologique (p < 0.01), le fait d'avoir eu un avis spécialisé (p 0.03) et l'absence d'antécédent de passage à l'hôpital dans les 6 derniers mois (p 0.01).

D'abord, le motif de recours « gastro-entérologique » avait un impact significatif sur ce type d'hospitalisation, il concernait en effet 8 patients sur 11 (72.7%). De nombreuses pathologies gastro-entérologiques nécessitent une prise en charge chirurgicale urgente. D'ailleurs, d'après la SFMU, les 3 étiologies les plus fréquentes de douleur abdominale, après la douleur abdominale non spécifique, sont : l'appendicite aigue, la cholécystite aigue et l'occlusion de l'intestin grêle. Ces trois pathologies nécessitent souvent une prise en charge chirurgicale en urgence.

Ensuite, l'avis spécialisé donné aux urgences avait également un impact significatif sur le taux d'hospitalisation en chirurgie. Effectivement, 100% des patients hospitalisés en chirurgie ont eu un avis spécialisé en urgence.

Ceci s'explique car au CH de Martigues, l'accord du chirurgien est obligatoire pour hospitaliser un patient en chirurgie. Cette donnée est donc forcément significative par rapport aux autres services d'hospitalisation.

Enfin, l'absence de passage hospitalier dans les 6 mois précédents avait un impact significatif sur l'hospitalisation en chirurgie. Aucun patient hospitalisé en service de chirurgie n'était passé dans un hôpital dans les 6 derniers mois. On pourrait penser que la chirurgie regroupe des patients plutôt jeunes avec une pathologie aiguë (appendicite, cholécystite...) qui n'ont pas forcément de raison « d'enchaîner » les passages hospitaliers. Ici, 72.8% des patients hospitalisés en chirurgie avait moins de 75 ans, ce qui corrobore notre hypothèse.

- Patient hospitalisé en réanimation

Comme pour le SIC, aucune donnée n'a eu un impact significatif sur l'hospitalisation en réanimation. Nous pouvons expliquer la non-significativité sur un probable manque d'effectif, là encore. En effet, nous n'avions qu'un seul patient hospitalisé en réanimation. Une nouvelle fois, une autre étude incluant un plus grand échantillon ou spécifique aux patients adressés par un médecin généraliste et hospitalisés en réanimation serait intéressante.

- Patients hospitalisés en UHCD

Ici, trois données ont eu un impact significatif sur l'hospitalisation en UHCD : le fait de ne pas avoir été priorisé (p 0.04), le fait d'être venu à l'hôpital dans les 6 derniers mois (p 0.04) et l'âge calculé de manière quantitative (p 0.03).

Les patients hospitalisés en UHCD sont plus âgés. Ici, 100% avaient un âge supérieur à 50 ans et 55.6% avaient un âge supérieur à 75 ans. Nous pouvons voir que la moyenne d'âge des patients hospitalisés en UHCD est nettement supérieure à la moyenne d'âge des patients hospitalisés dans les autres services : respectivement 74.4 ans versus 56.6 ans. Ce sont souvent des patients qui enchaînent les passages à l'hôpital, ils sont hospitalisés en UHCD avant d'être hospitalisés dans un autre service, souvent par défaut de place.

Une étude réalisée par la SFMU en 2013 à Metz s'est intéressée au devenir des patients âgés de plus de 75 ans hospitalisés en UHCD (56). Elle a révélé peu de retours à domicile et un fort taux d'hospitalisations secondaires, principalement vers des secteurs de gériatrie ou de médecine, traduisant le rôle de « service tampon » pour les plus de 75 ans joué par l'UHCD.

La fréquence des admissions en UHCD et l'orientation vers l'aval sans diagnostic précis traduisent les difficultés d'évaluation en urgence de ces patients poly pathologiques (56). De plus, chez ces patients poly-pathologiques, il est fréquent que plusieurs problématiques se posent en même temps et nécessitent des avis de différentes spécialités rendant l'hospitalisation dans un service de spécialité unique compliqué. Cela implique que ces nombreux patients âgés et poly-pathologiques attendent et nécessitent tous des places dans un service de médecine polyvalente ou de gériatrie qui n'ont qu'un nombre de places limitées et un turn-over moins rapide que les services de spécialités (57).

Le fait de ne pas avoir été priorisé a également eu un impact significatif sur l'hospitalisation en UHCD. Ceci vient une nouvelle fois corroborer l'idée que les patients en UHCD sont souvent hospitalisés dans ce secteur pour surveillance avant de pouvoir être hospitalisés dans un autre service lorsqu'une place sera disponible.

- Patients transférés dans un autre hôpital

3 patients ont nécessité un transfert vers un autre hôpital et dans ce groupe, aucune donnée n'a eu d'impact significatif.

Comme pour l'hospitalisation en SIC et en réanimation, nous pouvons expliquer ce défaut de significativité par probable manque d'effectif. Une autre étude incluant un plus grand échantillon ou spécifique aux patients adressés par un médecin généraliste et transférés dans un autre hôpital serait intéressante.

B. Forces et faiblesses

1. Forces

Une des forces de notre étude est d'abord la cohérence des résultats avec d'autres études. Des similitudes ont été retrouvées notamment en ce qui concerne les examens complémentaires réalisés et le taux d'hospitalisation de notre échantillon (39,40,48,49,51,55,56).

Une autre force est que le recueil des données a été réalisé 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Le choix de la population est également une force car il y a eu peu de critères d'exclusion et la population gériatrique a été incluse.

Cette étude a permis de faire une analyse des besoins d'adressage des médecins généralistes du secteur, permettant au sein des urgences et de l'hôpital de construire des réponses plus adaptées et renforçant le lien ville/hôpital.

Enfin, une des forces de ce travail est que l'analyse statistique a entièrement été réalisée par un statisticien.

2. Limites

Notre étude est monocentrique, fondée sur un seul centre hospitalier périphérique. Cela entraîne ainsi un manque de validité extrinsèque. Pour éviter ce biais, il faudrait développer une étude à plus grande échelle, multicentrique, sur les centres hospitaliers périphériques du secteur, en incluant Arles et Salon de Provence par exemple.

Notre échantillon était de 118 patients. Cela paraissait suffisant pour étudier le critère de jugement principal mais pour l'objectif secondaire avec analyse des différents sous-groupes d'hospitalisation, il était trop petit. La puissance de l'étude aurait pu être augmentée en allongeant la période d'inclusion et donc en augmentant le nombre de patients.

Notre recueil des données a eu lieu en hiver, du mois de décembre au mois d'avril. Les pathologies respiratoires et infectieuses ont certainement dû être sur-représentées.

Le fait que l'étude ne soit menée que lors d'une seule saison n'a pas permis d'étudier les différentes périodes de l'année et notamment la dichotomie entre les motifs d'adressage l'hiver et l'été. Il serait donc intéressant de réaliser une étude avec une période d'inclusion couvrant l'année entière.

De plus, nous pouvons émettre une critique sur le mode de recueil des données. Notre échantillon était de 118 patients sur une durée de 3 mois, mais probablement que certaines lettres échappaient au personnel d'accueil. Il aurait été plus judicieux de mieux informer toutes les IOA de la réalisation de l'étude, en passant par exemple par la cadre de santé.

Notre étude a également fait l'objet de différents biais :

- Biais de sélection : le CH de Martigues ne dispose pas de différents services d'hospitalisation comme la neurochirurgie, la neurologie, la dermatologie. Il ne dispose pas non plus de table de coronarographie par exemple. Cela a pu entraîner un biais de sélection, ces patients étant certainement adressés directement dans le centre hospitalier adapté. Les pathologies neurologiques ont obligatoirement été sous représentées selon nos données.
- Biais de mesure ou de classement : le recueil des données réalisé via le logiciel TU expose à des erreurs et à des informations incomplètes ou erronées. Le recueil a été réalisé par une seule personne et les données n'ont pas été vérifiées par un tiers.

Nous n'avons inclus que les patients qui avaient eu un contact préalable avec un médecin généraliste, qui se traduisait par un courrier avec lequel le patient se présentait aux urgences. Cependant, certains médecins ne remettent pas de courrier systématiquement à leurs patients lorsqu'ils les adressent aux urgences, d'autres préfèrent un contact téléphonique direct avec les urgentistes. Ainsi, il existe une probable sous-estimation du nombre de patients et de certains motifs. Par exemple, pour le motif de l'anémie, il n'est pas rare que le patient soit adressé par son médecin traitant après avis téléphonique à la suite de son résultat de bilan biologique réalisé en ville.

Enfin, comme déjà dis précédemment, certaines données étaient peu vérifiables sur le TU et dépendaient de la bonne volonté du médecin urgentiste à remplir les dossiers de façon complète.

Il aurait été beaucoup plus fiable de rechercher ces données dans les archives papiers des dossiers patients, puisque les prescriptions se font encore sur papier aux urgences de Martigues, entraînant un problème de traçabilité sur le dossier médical informatisé du patient.

C. Perspectives

1. Etudes futures

Il serait intéressant de reproduire notre travail sur une échelle plus large, avec un recueil de données plus long et donc un échantillon plus important, pour améliorer sa puissance et sa significativité.

Une étude multicentrique sur plusieurs centres hospitaliers de la région pourrait particulièrement être intéressante.

De même, une étude qualitative sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de l'adressage de leurs patients aux urgences serait pertinente. Cela permettrait de cibler plus précisément ces difficultés grâce à un questionnaire adapté, et de mettre en place des solutions pour y pallier.

Quelques exemples de solutions seront détaillés ensuite.

2. Améliorer la communication ville/hôpital

a) Courrier

La transmission des informations médicales entre la médecine libérale et la médecine hospitalière est primordiale. Le courrier d'adressage reste le moyen de communication privilégié de la médecine de ville lorsqu'elle transfère un patient aux urgences. En 2015, Kouabia Tzebia a réalisé une étude sur l'analyse de la qualité de la lettre du médecin adressant un patient aux urgences adultes du CHU de Rouen.

Ce travail a mis en lumière la qualité parfois moyenne de ces lettres et a permis d'élaborer une « lettre-type » qui s'appuie sur les desideratas des urgentistes et sur la réalité des lettres écrites (58).

Actuellement, les médecins généralistes disposent majoritairement de logiciels informatisés. Ceci leur permet la réalisation plus facile et rapide des lettres d'adressage qui peuvent être plus complètes et plus lisibles pour les urgentistes. Ainsi, il en découlera une meilleure prise en charge globale des patients.

b) Téléphone

Mettre en place une ligne directe entre le SAU et les médecins libéraux du secteur serait intéressant. Cela permettrait de recueillir toutes les informations utiles avant l'arrivée du patient, en plus du courrier d'adressage. Cette mise en relation directe avec l'urgentiste engendrerait moins de perte de temps pour les médecins généralistes et moins de pertes d'informations. Nous pouvons supposer que l'adressage serait plus rapide. De plus, cela permettrait de réaliser une évaluation et une adaptation de la réponse pour les motifs relevant d'un Hôpital De Jour (HDJ) ou d'une hospitalisation directe en gériatrie par exemple.

c) Dossier Médical Partagé (DMP)

C'est le véritable carnet de santé numérique de chaque patient. Il conserve toutes ses informations médicales et est accessible de manière sécurisée par internet.

Il répond à un enjeu de santé publique majeur : disposer de la bonne information, au bon moment, où que l'on se trouve (59).

Mis en place au niveau national en 2018, il répond à plusieurs objectifs :

- Améliorer la qualité et l'efficacité des soins,
- Renforcer la collaboration entre tous les professionnels de santé,
- Lutter contre les interactions médicamenteuses dangereuses,
- Eviter des répétitions inutiles et coûteuses d'examens médicaux ou de prescriptions,
- Responsabiliser le patient dans son parcours de soins.

L'accès au DMP est réservé au patient ainsi qu'aux professionnels de santé expressément autorisés, du fait de leur appartenance à son équipe de soins. Toute décision concernant l'autorisation de consultation du carnet de santé numérique est soumise au consentement de son détenteur (60).

Malheureusement, le DMP n'est pas accessible à l'hôpital ni aux urgences de Martigues. En effet, le DMP est accessible à partir de la carte vitale, par sécurité, et de la carte CPS du médecin. Si les urgentistes pouvaient avoir accès à ce DMP, cela faciliterait vraiment les prises en charge, diminuerait le nombre d'erreurs et renforcerait le lien ville/hôpital. Par exemple, une solution pourrait être un recueil automatique du DMP dans le DPI, qui serait alors accessible à l'ensemble des praticiens de l'hôpital. Cela permettrait aussi aux urgentistes de mettre directement la synthèse du passage aux urgences dans le DMP du patient, qui serait donc disponible pour le MT immédiatement.

Dans un contexte d'urgence, il est primordial que les médecins puissent accéder au DMP sans la carte vitale grâce à des systèmes d'information hospitaliers et des protocoles spécifiques conçus pour ces situations. Les hôpitaux doivent être dotés de ces systèmes d'information intégrés. Les médecins urgentistes doivent pouvoir accéder au DMP en se connectant à ces systèmes sécurisés via leur carte CPS, qui authentifie leur identité.

En pratique, nous pourrions imaginer la mise en place d'un lecteur de carte CPS à l'accueil des urgences. L'agent d'accueil, à l'arrivée de chaque patient, enregistrerait sa carte vitale et grâce à une carte CPS insérée dans son lecteur, chaque urgentiste pourrait avoir accès au DMP de n'importe quel poste de travail. Si le patient n'a pas sa carte vitale, une procédure dégradée et sécurisée avec la carte CPS seule devrait permettre l'accès au DMP.

d) Hospitalisations programmées

Favoriser les hospitalisations directes sans passer par les urgences paraît primordial pour certains patients, notamment les patients âgés et fragiles. Certains patients âgés sont parfois adressés pour maintien à domicile difficile et leur prise en charge dans les SAU paraît tout particulièrement inadaptée.

En effet, une admission directe en services hospitaliers devrait être accessible à la médecine de ville, mais l'hospitalisation programmée s'avère difficile devant la faible accessibilité des services par manque de places avec des délais prolongés pour une prise en charge de patients fragiles et poly-pathologiques.

Il est évident que favoriser l'accès aux hospitalisations directes restera utopique dans un contexte où l'ensemble des services de soins tournent à flux tendus, avec des fermetures de lit du fait d'un manque de personnel ou de moyens. Avec des moyens dédiés, nous pourrions imaginer la mise en place d'un numéro spécifique pour chaque service de l'hôpital. Le médecin généraliste pourrait alors contacter ce numéro pour organiser des hospitalisations programmées sans passer par les urgences.

e) Protocoliser l'anémie

Nous l'avons déjà dit précédemment, le motif de l'anémie n'est pas rare dans les causes d'adressage des médecins généralistes aux urgences. Le travail de Dicharry retrouvait que la pertinence de l'envoi n'était pas avérée dans un tiers des cas, conséquence de la non-fonctionnalité de la filière ville/hôpital. Il a ainsi proposé de protocoliser la conduite à tenir devant la découverte d'une anémie en ville, lorsque le médecin généraliste a besoin d'un avis spécialisé immédiat et/ou d'une prise en charge hospitalière en urgence. Ainsi, grâce à une ligne d'astreinte spécifique à la spécialité, le médecin généraliste serait mis en contact avec le spécialiste dont il aurait besoin. De là, cinq situations possibles en découleraient (52) :

- Le degré d'urgence est tel que le patient est orienté directement vers le SAU ;
- Un avis simple est donné par le spécialiste pour une prise en charge en ambulatoire ;
- Une consultation externe est indiquée ;
- Une hospitalisation conventionnelle est programmée ;
- La prise en charge en HDJ est adaptée : dans ce cas-là, le médecin généraliste est réorienté vers l'infirmière de l'HDJ afin de programmer l'hospitalisation.

Au CH de Martigues, il existe déjà un HDJ qui est plutôt spécialisé en onco-hématologie. Nous pourrions ainsi proposer ce protocole à l'équipe soignante de l'HDJ pour le mettre en place.

3. Améliorer l'accès aux examens complémentaires et aux avis spécialisés en ville

a) Bilans biologiques

Nous avons vu au cours de notre travail que 88.14% des patients adressés par un médecin généraliste avaient bénéficié d'un bilan biologique en urgence.

En 2021, Moreaud a réalisé une étude dont l'objectif principal était de décrire les demandes et les besoins des médecins généralistes adressant leurs patients aux urgences de Bergerac. Il a retrouvé que 30% des courriers d'adressages contenaient une demande de réalisation d'examen biologique (61).

Une des solutions pourrait passer par la biologie délocalisée. La biologie médicale délocalisée est définie comme un examen de biologie médicale dont la phase analytique est réalisée en dehors des laboratoires de biologie médicale. Ce type d'examen, réalisé au plus près du patient, est de plus en plus répandu, la crise sanitaire du coronavirus ayant accéléré son déploiement.

Les examens de biologie médicale délocalisés permettent le désengorgement des urgences à l'hôpital, en réduisant notamment le délai d'obtention des résultats et le nombre d'hospitalisations. Dans de nombreux pays d'Europe et dans le monde, la biologie médicale fonctionne différemment et le dispositif de biologie médicale délocalisée est davantage déployée. En Allemagne et dans les Pays Nordiques, dans le parcours classique de réalisation d'un examen de biologie, le prélèvement est effectué directement chez le médecin prescripteur, ce qui évite un déplacement au patient et améliore le suivi (62). L'investissement dans des machines à gazométrie artérielle ou à micro Protéine C Réactive (CRP) par exemple pourrait être une idée pertinente. En 2014, Rondeau a réalisé un travail d'état des lieux et de perspectives sur le test rapide de la CRP en médecine libérale et avait confirmé l'intérêt de l'utilisation de la micro-CRP en médecine libérale. Dans ce travail, les médecins utilisateurs de micro-CRP estimaient que cela permettait de diminuer leur recours aux urgences.

Deux inconvénients majeurs étaient décrits : son coût et sa non-cotation en médecine libérale (63). Un troisième inconvénient pourrait également être le manque de temps du personnel utilisateur potentiel. Ce manque de temps pourrait être résolu par le recours à une infirmière de pratique avancée dans les maisons de santé pluridisciplinaires par exemple.

b) Examens d'imagerie

Dans son étude, Moreaud a retrouvé que la demande d'examen d'imagerie était la plus souvent formulée par les médecins généralistes. Elle concernait 40% des patients adressés (61).

En ville, la réduction du temps d'attente pour les examens d'imagerie pourrait exercer une influence. Une solution envisageable serait de réserver dans les centres d'imagerie des plages d'imagerie spécifiquement pour les demandes d'urgences des médecins de ville de la même façon que certaines plages sont réservées pour le SAU et les urgences intra-hospitalières. Il pourrait même être envisagé que le CH leur réserve des créneaux d'urgence sur l'imagerie.

Une autre solution envisageable serait d'encourager la mise en place de la télé-radiologie en ville avec des possibilités d'interprétation à distance en ville, comme c'est déjà le cas à l'hôpital, pour faciliter l'accès à l'imagerie en libéral.

c) Avis spécialisés

Une possibilité serait la mise en place pour les différentes spécialités de l'hôpital d'un numéro d'avis externe direct pour faciliter l'accès à un avis spécialisé. Au CH de Martigues, ce numéro existe déjà dans le service de diabétologie mais n'est peut-être pas suffisamment diffusé. Au CH de Salon de Provence, a été créée une plaquette avec les numéros d'avis des services spécialisés. Elle a ensuite été diffusée aux médecins généralistes du secteur. Il serait intéressant de réaliser une étude sur les modalités d'adressage des patients aux urgences de Salon par les médecins généralistes du secteur, depuis la diffusion de cette plaquette. Ceci permettrait d'évaluer son impact.

Nous pourrions ainsi reprendre cette idée. Pourquoi pas créer une sorte de guide à distribuer à l'ensemble des médecins généralistes du secteur (permanences médicales, maisons de santé pluridisciplinaires etc.) avec des numéros d'avis spécialisés et un résumé clair des spécialités présentes sur l'hôpital de Martigues. Ceci permettrait d'éviter certains adressages inadaptés à la prise en charge du patient (exemple : pas de coronarographie à Martigues, pas de filière AVC...).

4. Le Service d'Accès aux Soins (SAS)

Le SAS est un service public annoncé le 9 septembre 2019 comme mesure du pacte pour la refondation des urgences et réaffirmé lors du Ségur de la santé 2020. C'est un élément clé du nouveau modèle de prise en charge des patients.

Il s'agit d'un nouveau service d'orientation de la population dans le parcours de soins, accessible par le numéro 15. Lorsque son médecin traitant n'est pas disponible, l'appelant peut accéder à distance à un professionnel de santé. Celui-ci pourra lui fournir un conseil médical, lui proposer une téléconsultation, l'orienter selon la situation vers une consultation de soins non programmés en cabinet, en maison ou centre de santé, vers un service des urgences, ou encore déclencher l'intervention d'une Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) ou d'un transport sanitaire.

Ainsi, le 15 évolue : réservé jusqu'alors aux urgences médicales, il devient aussi le numéro du SAS.

Il repose sur une collaboration étroite de l'ensemble des professionnels de santé d'un même territoire, qu'ils relèvent de l'aide médicale urgente ou de la médecine générale.

Cette collaboration se traduit par la mise en place d'un plateau unique de régulation des appels au SAS, auquel participent les 2 filières pour les soins non programmés.

Ils ont notamment pour rôle de trouver des consultations dans les 48h pour les patients dont le besoin de soins non programmés a été confirmé par les médecins régulateurs.

Pour les patients orientés vers la médecine de ville, les régulateurs peuvent s'appuyer sur la plateforme numérique nationale du SAS.

Cet outil leur permet :

- De visualiser les créneaux disponibles chez les professionnels de santé acceptant des patients supplémentaires
- De réserver pour ces patients une consultation de soins non programmés, au plus proche de leurs besoins (localisation, horaire, spécialité).

Le SAS est donc fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les médecins de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière des SAMU (64).

Après une phase pilote menée par 22 SAS dans 13 régions différentes, une généralisation du dispositif à l'échelle nationale est en cours. Dans le département des Bouches du Rhône, le SAS 13 est opérationnel depuis le 5 juillet 2023 (65).

Deux images de synthèses du fonctionnement du SAS sont disponibles en annexe 4 et 5.

Au regard du nombre de patients consultant d'eux-mêmes directement aux urgences de Martigues (entre autres), sans avoir consulté et été adressés par un médecin au préalable, nous pouvons supposer que la population n'est pas suffisamment informée sur l'existence de ce SAS. Du moins, nous pouvons constater que les effets du SAS après un an d'activité dans les Bouches du Rhône ne se font pas ressentir sur le plan du désengorgement des urgences. Il serait judicieux de mieux informer la population, au moyen par exemple de publicités régionales, sur l'existence et la manière d'utiliser le SAS. Une étude qualitative avec questionnaire sur le niveau d'information de la population du bassin martégal sur le SAS peut s'avérer utile et intéressante.

Pour essayer de désengorger les urgences, l'hôpital de Martigues s'est associé avec des médecins généralistes, la clinique d'Istres et des permanences médicales afin de réorienter les patients ne relevant pas d'une urgence, et qui ne seraient donc pas passés par le SAS au préalable. En pratique, un patient qui se présente aux urgences de lui-même est tout d'abord évalué par l'IOA qui relève le motif de consultation et ses constantes. Si elle pense que ce patient ne relève pas d'une urgence, elle demande au médecin urgentiste confirmation de la réorientation. Si le médecin confirme, le patient est adressé à un agent d'accompagnement. Ce dernier a pour mission d'organiser la réorientation en trouvant un créneau et un lieu de consultation adapté et proche du CH (médecin généraliste, maison médicale de garde, maison de santé pluridisciplinaire, clinique d'Istres.).

Après visite récente de l'Agence Régionale de Santé (ARS) au sein des urgences de Martigues, celle-ci a apprécié ce dispositif et s'engage à financer le salaire de l'agent d'accompagnement.

L'agent d'accompagnement est présent 7 jours sur 7 de 9h à 18h. Il est à noter que le patient a toujours le droit de refuser la réorientation.

Il est important de préciser que cette réorientation n'est pas subjective, et elle est fondée sur des critères stricts, publiés par la SFMU en janvier 2024 (66). En annexe 6, se trouve le logigramme de réorientation. En annexe 7 sont fournis les critères de non-réorientation. Enfin, en annexe 8 se trouve une liste indicative des situations cliniques pouvant faire l'objet d'une concertation locale entre la représentation de la médecine d'urgence et les professionnels de santé libéraux.

Il serait peut-être intéressant d'organiser cette réorientation 24h sur 24 tous les jours.

En pratique, le patient ne relevant pas d'une urgence se présentant la nuit ne serait pas vu en urgence, mais serait recontacté par l'agent d'accompagnement le lendemain matin avec son créneau et son lieu de consultation dans la journée.

Cependant, il est à noter que l'ARS a refusé que les médecins généralistes en ville ayant accepté de participer à cette réorientation puissent coter la majoration SAS, étant donné que les patients ne passent pas vraiment par le SAS (centre 15). Ceci doit forcément freiner certains médecins à s'y engager. Il faut continuer à se battre pour faire en sorte que cette majoration puisse être cotée ou que la réorientation par les urgences puisse également se faire via le SAS. Dans ce dernier cas, les patients ne relevant pas d'une urgence devraient appeler le centre 15 pour être réorientés directement par le SAS.

5. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Elles regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes (67). La CPTS se distingue des structures d'exercice coordonné du type maison et centre de santé par le fait qu'elle répond aux besoins de la population d'un territoire et non d'une patientèle attirée.

Les CPTS remplissent 6 missions de service public reconnues depuis 2019 (68) :

- Faciliter l'accès aux soins, notamment celui des patients sans médecin traitant, pour améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville
- Mettre en place des parcours répondant aux besoins des territoires pour renforcer la prise en charge et le suivi des patients, éviter les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile de patients complexes, handicapés, âgés...
- Initier des actions territoriales de prévention, de dépistage, de promotion de la santé en fonction des besoins du territoire
- Contribuer au développement de la qualité et de la pertinence des soins pour favoriser l'échange de bonnes pratiques médicales et soignantes
- Accompagner les professionnels de santé, par exemple en facilitant l'accueil de stagiaires
- Participer à la réponse aux crises sanitaires par un plan d'action adapté.

Par toutes leurs missions, les CPTS apparaissent ainsi être une clé du renforcement du lien ville/hôpital. Au CH de Martigues, sont réalisées des réunions avec les CPTS du secteur intéressées, pour entre autres organiser la réorientation des patients.

6. Améliorer la prise en charge des personnes âgées

Comme nous l'avons vu précédemment, la trajectoire des personnes âgées apparaît très spécifique parmi les usagers des urgences. Le passage aux urgences des personnes âgées semble constituer, pour une partie d'entre elles, un mode privilégié d'accès à l'hôpital, préalable à une hospitalisation. Cependant, la prise en charge de ces patients âgés perturbe le fonctionnement des services d'urgences, en effet leur temps de passage est pratiquement deux fois plus long que celui des autres patients (69), ce qui démontre la nécessité d'une réorganisation de la prise en charge de ces personnes âgées.

Devant l'augmentation croissante de cette population, des solutions ont été proposées pour trouver une meilleure réponse que l'hospitalisation dans un service de médecine :

- Hospitalisation vers un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) directement depuis les urgences
- Mise en place d'une structure d'hébergement temporaire pour les personnes âgées présentant une perte d'autonomie (70)
- Mise en place d'un accueil gérontologique médicosocial aux urgences composé d'un médecin gériatre et d'une assistante sociale pour les personnes âgées n'ayant pas de problème aigu, ce qui a permis d'éviter une hospitalisation dans environ 50% des cas (71).

En 2019, a été publié un rapport sur le thème « personnes âgées polypathologiques : quels enjeux de démographie médicale ? », à la demande du ministère des solidarités et de la santé (57). Il semblait en effet que les prises en charge des personnes âgées de plus de 75 ans présentant des maladies complexes et/ou polypathologiques pour lesquelles l'approche transversale est nécessaire, étaient perfectibles dans bien des cas. En 2018-2019, un groupe de travail s'est donc réuni à plusieurs reprises pour analyser les rôles des professionnels concernés par la prise en charge des personnes âgées polypathologiques, en aval des services d'urgences.

La prise en charge des patients âgés présentant des maladies complexes et/ou polypathologiques justifie un recours à des spécialités transversales comme la médecine interne, la gériatrie et la médecine générale. Le vieillissement de la population en France amène le monde de la santé à s'adapter, pour « passer d'une approche centrée sur la pathologie à une approche centrée sur les besoins de la personne ». De telles transformations organisationnelles sont de nature à bouleverser les identités et les modes de fonctionnement des médecins et des soignants, dont le cadre de référence est, de longue date, le service de spécialité. On comprend que l'enjeu est de « convaincre les professionnels de l'intérêt de transformer leurs modes d'organisation et de fonctionnement ».

Une étude qualitative a été menée par Les Asclépiades (57) sur cinq terrains d'enquête ciblant le segment de la prise en charge des personnes âgées polypathologiques dans les services en aval des urgences. Elle confirme que la prise en charge médicale de cette population est partagée entre la médecine interne, la gériatrie et la médecine polyvalente, souvent issue de la médecine générale.

La sortie des urgences est organisée selon des critères précis avec le service d'accueil, le plus souvent la gériatrie, la médecine interne ou la médecine polyvalente, les UHCD. Les problèmes d'orientation apparaissent lorsque les services d'accueil sont saturés, conduisant alors à héberger les personnes dans d'autres services.

Toutes ces situations démontrent l'importance des postes en interface : l'équipe mobile gériatrique quand elle existe, parfois un médecin interniste qui assure le lien avec les urgences, parfois des infirmières coordinatrices en gériatrie, sont autant de postes qui assurent la liaison entre services, ainsi qu'avec l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou le médecin traitant...

Les points de tension sont également importants en sortie de ces services de court séjour en cas d'insuffisance de places en aval, notamment en SSR ou encore d'obstacles au retour à domicile, d'ordre médical (manque de médecins généralistes par exemple) ou d'ordre social ou psychologique, parfois compliqués par des problèmes juridiques. Ils conduisent à des situations de « bed blockers », où des patients, dont les problèmes purement médicaux ont en général été résolus en quelques jours, restent plusieurs semaines en médecine ou en soins de suite. Les difficultés rencontrées par les établissements hospitaliers non CHU semblent plus fortes notamment concernant le recrutement médical et paramédical, de nombreux postes de l'équipe soignante restant vacants dans les services de gériatrie (72).

L'enquête renseigne enfin sur les solutions proposées par les professionnels pour fluidifier le parcours. Elles reposent sur :

- L'organisation des soins, par exemple organiser une filière gériatrique spécifique aux urgences,
- La coordination, par exemple le recrutement d'un gériatre au niveau d'un Groupement hospitalier des territoires (GHT) pour faire le lien avec les différentes structures de prises en charge
- La structuration des soins de proximité, par exemple en renforçant les liens avec la médecine de ville afin d'anticiper la sortie et le suivi des personnes.

Au CH de Martigues, il existe déjà une équipe mobile de gériatrie. Elle est composée d'un médecin gériatre et d'une infirmière. Ils viennent évaluer aux urgences chaque jour ouvrable les patients de plus de 75 ans afin d'anticiper une éventuelle hospitalisation.

Ils joignent les familles et aidants des personnes âgées et permettent ainsi la prise en charge de ces patients de manière bien plus globale et complète. De plus, ils font le point sur les places disponibles dans les services d'hospitalisation et tentent lorsque c'est possible d'organiser soit un retour à domicile avec des aides, soit une entrée directe en SSR, soit un transfert dans un autre hôpital...

Concernant les services d'hospitalisation, au CH de Martigues, il existe un service d'unité de court séjour gériatrique et un service de médecine interne. Il n'existe pas de service de médecine polyvalente, mais c'est un projet en cours d'élaboration.

V. CONCLUSION

Cette étude s'inscrit dans un contexte où l'offre de soins primaires se réduit en France, tandis que la demande de soins augmente. L'objectif principal de notre étude était d'analyser la prise en charge des patients adressés aux urgences du centre hospitalier de Martigues par un médecin généraliste. L'objectif secondaire était d'examiner les orientations post-urgences de ces patients, en distinguant ceux qui étaient hospitalisés de ceux qui retournaient à domicile.

Notre étude rétrospective, basée sur 118 patients, a mis en avant le fait que les médecins généralistes semblent rencontrer des difficultés en ville notamment pour l'obtention d'examens complémentaires et d'avis spécialisés. En effet, 88.14% des patients adressés ont bénéficié d'un bilan biologique aux urgences, 68.64% ont eu un examen d'imagerie et 44.07% des patients ont eu recours à un avis spécialisé. De plus, les patients adressés aux urgences par un médecin généraliste semblent s'apparenter à une catégorie de population plus fragile par leur âge plus élevé, leurs antécédents et leurs comorbidités importantes. Concernant l'orientation post-urgences, 61,01% des patients sont retournés à domicile après leur passage aux urgences, tandis que 39,04% ont nécessité une hospitalisation. Parmi les motifs de recours les plus fréquents figuraient les affections gastro-entérologiques, respiratoires et cardiologiques. L'analyse a également révélé que l'âge, la provenance, le motif de recours, la nécessité d'un avis spécialisé, la priorisation à l'arrivée ainsi que la réalisation d'examens biologiques étaient des facteurs influençant significativement l'orientation post-urgences.

Ce travail met en lumière la nécessité d'une meilleure organisation entre les différents acteurs des soins primaires. Une amélioration des parcours de soins et de la communication ville/hôpital est primordiale. Cela passera entre autres par l'amélioration de l'accès aux examens complémentaires et aux avis spécialisés en ville ainsi que par le développement des hospitalisations programmées. Cela pourrait améliorer la qualité de prise en charge des patients par les médecins généralistes et réduire l'engorgement des SAU.

En complément de ce travail, une étude qualitative sur les besoins et attentes des médecins généralistes du bassin martégal concernant les conditions d'adressage de leurs patients aux urgences de Martigues pourrait être pertinente.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Sander C. Le médecin généraliste et les soins non programmés. Une étude concernant le ressenti des médecins généralistes libéraux meusiens face à la prise en charge des urgences.
2. Ressources Santé et Précarité [Internet]. 2021 [cité 10 juin 2024]. Coordination des soins et parcours. Disponible sur: <https://www.resap.fr/fiches/sante/coordination-des-soins-et-parcours>
3. Fleur. Le rôle crucial du médecin généraliste dans le parcours de soins [Internet]. Avident. 2024 [cité 10 juin 2024]. Disponible sur: <https://avident.fr/role-crucial-medecin-generaliste-parcours-soins/>
4. Beaucoup de médecins en France, mais peu de généralistes libéraux [Internet]. [cité 9 mars 2024]. Disponible sur: <http://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/beaucoup-de-medecins-en-france-mais-peu-de-generalistes-liberaux>
5. Le Monde. Le nombre de médecins généralistes exerçant en cabinet a baissé de 11 % en dix ans. Le Monde.fr [Internet]. 5 janv 2023 [cité 9 mars 2024]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2023/01/05/le-nombre-de-medecins-generalistes-exercant-en-cabinet-a-baisse-de-11-en-dix-ans_6155964_4355771.html
6. Médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens : combien de professionnels à l'horizon 2050 ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2021 [cité 19 juin 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/medecins-sages-femmes-chirurgiens-dentistes-et-pharmaciens-combien-de>
7. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Monziols M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;
8. Bonnici B. Chapitre premier. L'évolution du « marché de la santé ». In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2021 [cité 11 juin 2024]. p. 72-101. (Que sais-je ?; vol. 7e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-politique-de-sante-en-france--9782715407022-p-72.htm>
9. Legendre B. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 11 juin 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/en-2018-les-territoires-sous-dotes-en-medecins-generalistes>
10. Chiffres Clés Urgences - 2021 [Internet]. [cité 19 juin 2024]. Disponible sur: <https://fedoru.fr/chiffres-cles-urgences-2021/>
11. Labainville I, Lefève C. Les patients dits « non urgents » aux urgences - Priorisation, orientation et sélection au prisme des sciences sociales. médecine/sciences. 1 juin 2023;39(6-7):569-74.

12. Peneff J. Deuxième partie. Urgences et démocratie. In: Les Malades des urgences [Internet]. Paris: Éditions Métaillé; 2000 [cité 7 août 2024]. p. 43-84. (Sciences Humaines). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-malades-des-urgences--9782864243465-p-43.htm>
13. Beaupre S. mesinfos. 2024 [cité 11 juin 2024]. Salon-de-Provence et Pays salonais : les centres médicaux 7j/7 ne désemplissent pas. Disponible sur: <https://mesinfos.fr/13300-salon-de-provence/pays-salonais-les-centres-medicaux-7j7-ne-desemplissent-pas-192519.html>
14. Dossier complet – Commune de Martigues (13056) | Insee [Internet]. [cité 16 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-13056#chiffre-cle-1>
15. Présentation TU [Internet]. Terminal Urgences. [cité 4 juin 2024]. Disponible sur: <https://tgs.ies-sud.fr/presentation-tu/>
16. Bienvenue sur le site CompuGroup Medical [Internet]. [cité 10 juin 2024]. MOLIS, information sécurisée pour les laboratoires. Disponible sur: https://www.cgm.com/fra_fr/produits/logiciel-laboratoire/molis.html
17. Umvie [Internet]. 2023 [cité 10 juin 2024]. 25 ans révolus : signification et conséquences, tout ce qu'il faut savoir. Disponible sur: <https://umvie.com/25-ans-revolus-signification-et-consequences-tout-ce-quil-faut-savoir/>
18. Dadoorian D. 2. Adolescence. In: Grossesses adolescentes [Internet]. Toulouse: Érès; 2007 [cité 10 juill 2024]. p. 25-41. (La vie de l'enfant). Disponible sur: <https://www.cairn.info/grossesses-adolescentes--9782749205267-p-25.htm>
19. Umvie [Internet]. 2023 [cité 10 juin 2024]. 50 ans : l'âge de tous les possibles. Disponible sur: <https://umvie.com/50-ans-lage-de-tous-les-possibles/>
20. VIDAL [Internet]. [cité 11 juin 2024]. Nouvelles modalités de dépistage organisé des cancers. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/30714-nouvelles-modalites-de-depistage-organise-des-cancers.html>
21. Umvie [Internet]. 2023 [cité 10 juin 2024]. Les bienfaits et défis de l'âge de 75 ans. Disponible sur: <https://umvie.com/les-bienfaits-et-defis-de-lage-de-75-ans/>
22. Comprendre le vieillissement - Gériatrie - ClinicalKey Student [Internet]. [cité 11 juin 2024]. Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com.lama.univ-amu.fr/student/content/book/3-s2.0-B9782294770227000018>
23. Chapitre 2 - Item 222 : Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention | Société Française de Cardiologie [Internet]. [cité 4 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.sfc cardio.fr/page/chapitre-2-item-222-facteurs-de-risque-cardiovasculaire-et-prevention>
24. Score CHA2DS2VASC [Internet]. [cité 10 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.sfm.org/calculateurs/CHA2DS2VASC.html>
25. Debaty G. Thésaurus des motifs de recours en structure d'urgence. 2010;

26. Vivien B, Riou B, Carli P. Critères et scores de gravité. 2008;
27. Bradycardia (Slow Heartbeat) | Abbott Cardiovascular [Internet]. [cité 10 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.cardiovascular.abbott/fr/fr/patients/conditions/bradycardia.html>
28. Fondation Suisse de Cardiologie [Internet]. [cité 10 juin 2024]. Hypertension. Disponible sur: <https://swissheart.ch/fr/connaissance-et-support/dossiers/guide-hypertension>
29. Hypothermie [Internet]. [cité 10 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.cemir.fr/UserFiles/File/national/livre-referentiel/livre-referentiel-cemir-2021/68-ch59-797-804-9782294769580.pdf>
30. Hyperthermie [Internet]. [cité 10 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/pilly-etudiant/ecn-2020-147-web.pdf>
31. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 10 juin 2024]. Désaturation en oxygène - Réanimation. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/reanimation/prise-en-charge-du-patient-en-phase-critique/désaturation-en-oxygène>
32. Hyperglycémie | Signes de l'Hyperglycémie & Symptômes [Internet]. [cité 10 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/diabete/glycemie/hyperglycemie>
33. Hypoglycémie | Taux dangereux de glycémie [Internet]. [cité 10 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/diabete/glycemie/hypoglycemie>
34. Chariot d'urgence [Internet]. [cité 13 mai 2024]. Disponible sur: http://www.omedicentre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/7889.pdf
35. Webmaster S. Société de Pneumologie de Langue Française. 2023 [cité 17 juill 2024]. Oxygénothérapie : recommandations et dangers. Disponible sur: <https://splf.fr/oxygenotherapie-recommandations-et-dangers/>
36. Mardegan DP. Société Francophone de Médecine d'Urgence SAMU de France Société de Réanimation de Langue Française Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2003;
37. Le module IOA [Internet]. Terminal Urgences. [cité 17 juill 2024]. Disponible sur: <https://tgs.iess.fr/urgences-le-module-ioa/>
38. Référentiels SFMU / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 17 juill 2024]. Disponible sur: https://www.sfmou.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfmou/referentiel-grille-french-2018-de-triage-ioa-version-1-1/ref_id/39
39. Gouyon M. Les urgences en médecine générale.
40. Lemonnier N. Devenir des patients adressés par un médecin avec courrier médical, aux urgences adultes du CHU Pellegrin, à Bordeaux.

41. Chiffres Clés Urgences - 2023 [Internet]. [cité 7 août 2024]. Disponible sur: <https://fedoru.fr/chiffres-cles-urgences-2023>
42. expcol_2015_chutes_05ch.pdf [Internet]. [cité 13 août 2024]. Disponible sur: https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6807/expcol_2015_chutes_05ch.pdf
43. Atechian PA. Les patients adressés par un médecin généraliste aux urgences sont-ils plus hospitalisés que les autres? 2023.
44. Balen F, Boyer A, Auboiroux P, Charpentier S. Qui sont les patients adressés en structure d'urgence par leur médecin traitant ? Ann Fr Médecine D'urgence. 2 mars 2020;10:09-13.
45. Forzy L, Titli L, Carpezat M. Accès aux soins et pratiques de recours.
46. Vigneau É. Évaluation des motifs de consultations du service d'accueil des urgences adultes du Centre Hospitalier Universitaire de Pointe-à-Pitre.
47. travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. [cité 19 août 2024]. Avant d'aller aux urgences, j'adopte le bon réflexe : j'appelle le 15 ou mon médecin traitant. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/avant-d-aller-aux-urgences-j-adopte-le-bon-reflexe-j-appelle-le-15-ou-mon>
48. Chauvet L, Chanson M. Patients adressés par le médecin traitant aux urgences: une prise en charge extra-hospitalière était-elle possible? Étude rétrospective du 1er juin au 30 décembre 2016. 2016.
49. Boudy-Lapouge M. Les patients adressés par leur médecin généraliste aux urgences du centre hospitalier d'Albi : description et analyse des motifs de recours.
50. 08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf [Internet]. [cité 1 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
51. J. Godement, P. Juvin, C. Zanker. Pertinence du recours au service d'accueil des urgences (SAU) par les omnipraticiens de ville. EM-Consulte [Internet]. [cité 11 juin 2024]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/164819/pertinence-du-recours-au-service-daccueil-des-urge>
52. Dicharry P. Anémie aux urgences: étude de la pertinence de l'envoi des patients pour anémie par le médecin généraliste dans le service des urgences adultes de Libourne du 1er janvier au 31 décembre 2018.
53. er1011.pdf [Internet]. [cité 28 sept 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1011.pdf>
54. SFR [Internet]. [cité 19 août 2024]. Téléradiologie : son rôle dans les urgences. Disponible sur: <https://www.radiologie.fr/pratiques-professionnelles/sfr-actu/teleradiologie-role-dans-les-urgences>
55. Legrain V. Évaluation de l'impact de la télé-imagerie dans un service d'Urgence.

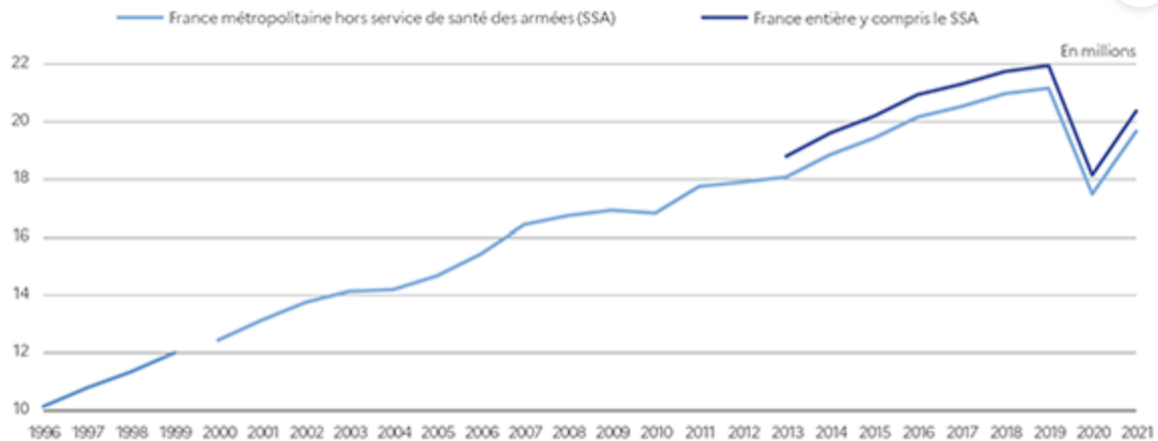
56. CP123 - Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et personnes âgées de 75 ans et plus (75+) [Internet]. [cité 20 août 2024]. Disponible sur: https://www.sfmu.org/upload/70_formation/02_eformation/02_congres/Urgences/urgences2014/donnees/communications/resume/resume_123.htm
57. Personnes âgées poly-pathologiques - quels enjeux de démographie médicale _0.pdf [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%20poly-pathologiques%20-%20quels%20enjeux%20de%20d%C3%A9mographie%20m%C3%A9dicale%20_0.pdf
58. Tzebia CK. Analyse de la qualité de la lettre du médecin adressant un patient aux urgences adultes du CHU de Rouen.
59. Le DMP en pratique [Internet]. [cité 22 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/dmp-et-mon-espace-sante/dossier-medical-partage/dmp-en-pratique>
60. Du dossier médical partagé à Mon espace santé | vie-publique.fr [Internet]. 2023 [cité 22 août 2024]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/18471-du-dossier-medical-partage-mon-espace-sante>
61. Moreaud F. Analyse des demandes des médecins généralistes adressant leurs patients aux Urgences du Centre Hospitalier de Bergerac. 5 janv 2023;55.
62. Alcimed [Internet]. [cité 22 août 2024]. La biologie délocalisée, quelles perspectives d'évolution pour les parcours patients ? Disponible sur: <https://www.alcimed.com/fr/insights/biologie-delocalisee-parcours-patients/>
63. Rondeau A. Le test rapide de la CRP en médecine libérale: état des lieux et perspectives.
64. travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. [cité 22 août 2024]. Tout savoir sur le SAS (service d'accès aux soins). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas-le-service-d-acces-aux-soins>
65. Le service d'accès aux soins [Internet]. 2024 [cité 25 août 2024]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/le-service-dacces-aux-soins>
66. Préconisations réorientation SFMU SUDF GFRUP CMG.pdf [Internet]. [cité 27 août 2024]. Disponible sur: <https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/Pre%CC%81conisations%20re%CC%81orientation%20SFMU%20SUDF%20GFRUP%20CMG.pdf>
67. Les communautés professionnelles territoriales de santé | National [Internet]. [cité 22 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-communaut-es-professionnelles-territoriales-de-sante>
68. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 22 août 2024]. CPTS : s'organiser sur un même territoire pour renforcer les soins aux patients. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/cpts-s-organiser-sur-un-meme-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients/>

69. Masson E. EM-Consulte. [cité 25 août 2024]. Influence de la fréquentation d'un SAU par les personnes âgées de plus de 75 ans sur le temps de passage aux urgences. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/110585/article/influence-de>
70. Rey-Bellet P, David S, Gaille G, Yersin B. Hébergement médico-social temporaire: Alternative à l'hospitalisation de personnes âgées? Soz- Präventivmedizin. 1 janv 1997;42(1):11-20.
71. Gentric A, Duquesne F, Graziana A, Sivy H, Duges F, Garo B, et al. L'accueil gériatrique médicosocial aux urgences: une alternative à l'hospitalisation des personnes âgées en médecine? Rev Médecine Interne. 1 févr 1998;19(2):85-90.
72. Enquête FHF attractivité paramédicale 2019.pdf [Internet]. [cité 27 août 2024]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/sites/default/files/documents/Enqu%C3%AAt%20FHF%20attractivit%C3%A9%20param%C3%A9dicale%202019.pdf>

VII. ANNEXES

Annexe 1 : évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996

Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996



Champ > France métropolitaine hors SSA de 1996 à 2021, France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy) y compris le SSA de 2013 à 2021.

> DREES, SAE 1996-2021, traitements DREES

Annexe 2 : échelle de triage FRENCH

motif de recours	French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
	Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
CARDIO-CIRCULATOIRE							
Arrêt cardiorespiratoire	1						
Hypotension artérielle	2	PAS ≤ 70 mmHg	PAS ≤ 90 mmHg ou PAS ≤ 100 mmHg et FC > 100/min		PAS 90 - 100 mmHg et FC ≤ 100/min		
Membre douloureux/froid ou pâle/ischémie*	2		durée ≤ 24 h ou cyanose/déficit moteur		durée ≥ 24 h		
Douleur thoracique/syndrome coronaire aigu (SCA)*	3B	ECG anormal: typique de SCA	ECG anormal: non typique de SCA, douleur typique persistante/intense	ECG normal, comorbidité coronaire (antécédents, facteurs de risque)	ECG normal, mais douleur de type coronaire	ECG normal et douleur atypique	
Malaise	3B				Pas d'anomalie notable des paramètres vitaux et glycémie		
Tachycardie/tachyrythmie	3B	FC ≥ 180 /min	FC ≥ 130/min		FC > 110/min	épisode résolutif	
Bradycardie/bradyrythmie	3B	FC ≤ 40/min	FC 40-50/min avec mauvaise tolérance		FC 40-50/min sans mauvaise tolérance		
Dyspnée/insuffisance cardiaque*	3B	détresse respiratoire ou FR ≥ 40/min ou SpO2 < 86%	dyspnée à la parole/tirage/orthopnée ou FR 30-40 /min ou SpO2 86-90%				
Dysfonction stimulateur/défibrillateur cardiaque	3B		Choc(s) électrique(s) ressenti(s)		avis référent (MAO, MCO)		
Œdème des membres inférieurs/insuffisance cardiaque*	3B				FR <30 /min SpO2 >90%	OMI chronique	
Palpitations	4	FC ≥ 180/min	FC ≥ 130/min		malaise ou FC > 110/min		
Hypertension artérielle	4		PAS IOA ≥ 220 mmHg ou ≥ 180 mmHg et SF associés		PAS IOA ≥ 180 mmHg sans SF associés	PAS <180 mmHg	
Membre douloureux/chaud ou rouge/phlébite*	4				signes locaux francs ou siège proximal sur échographie	signes locaux modérés ou siège distal sur échographie	
INFECTIOLOGIE							
AES et/ou liquide biologique	4		sujet contact VIH avéré et exposition ≤ 48 heures				exposition ≥ 48 h
Fièvre	5		T° ≥ 40° C ou ≤ 35,2° C ou confusion/céphalée/purpura		mauvaise tolérance, hypotension ou shock index ≥1		
Exposition à une maladie contagieuse	5				avec risque vital de contagie (méningite, Ebola...)		sans risque vital de contagie (rougeole, varicelle...)

.sfmu FRENCH triage		FRENch Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
ABDOMINAL								
Vomissement de sang/hématémèse	2			hématurie abondante			vomissement(s) strié(s) de sang	
Maelena/rectorragies	2			rectorragie abondante			selles souillées de sang	
Douleur abdominale	3B			douleur sévère et/ou mauvaise tolérance				douleur régressive / indolore
Ictère	3B							
Problème technique (stomie, cicatrices post op...)	3B						avis référent (MAO, MCO)	
Hernie, masse ou distension abdominale	4			douleur sévère et/ou symptômes d'occlusion				
Corps étranger dans œsophage/estomac/intestins	4			aphagie ou hypersialorrhée et/ou autres SF associés			tranchant, pointu	
Corps étranger dans le rectum	4			douleur sévère et/ou rectorragie				
Constipation	5			symptômes d'occlusion (douleur, vomissements, arrêt transit)			douleur abdominale	
Vomissements	5			symptômes d'occlusion (douleur, vomissements, arrêt transit)	enfant ≤ 2 ans		douleur abdominale ou vomissements abondants	
Diarrhée	5				enfant ≤ 2 ans		abondantes et/ou mauvaise tolérance	
Douleur anale	5						suspicion abcès/fissure	
Hoquet	5						hoquet incessant (≥ 12 h)	
GENITO-URINAIRE								
Douleur de la fosse lombaire/du flanc	3B			douleur intense				douleur régressive/indolore
Rétention d'urine/anurie	3B			douleur intense/agitation				
Douleur de bourse/orchite*/torsion testicule*	3B			douleur intense ou suspicion de torsion			avis référent (MAO, MCO)	
Dysfonction de sonde urinaire/sonde JJ/ stomie	3B			douleur intense, fièvre ou mauvaise tolérance			avis référent (MAO, MCO)	
Hématurie	3B			saignement abondant actif				
Dysurie/brûlure mictionnelle / infection ?	5						fièvre	enfant
Écoulement ou lésion cutanéomuqueuse génitale	5						fièvre	

.sfmu FRENCH triage		FRENch Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
GYNECO-OBSTETRIQUE								
Accouchement imminent ou réalisé	1							
Problème de grossesse 1er et 2ème trimestre	3A			métrorragies, douleur				
Problèmes de grossesse 3ème trimestre	3A			métrorragies/douleur/HTA/ perte de liquide amniotique				
Méno-métrorragie	3B			grossesse connue/suspectée ou saignement abondant				
Problème de post partum (allaitement...)	4				allaitement et fièvre			
Anomalie du sein	5						mastite ou abcès	
Anomalie vulvo-vaginale / corps étranger	5							
INTOXICATION								
Intoxication médicamenteuse	3B			mauvaise tolérance/intention suicidaire/toxiques cardiotropes ou lésionnels	enfant		avis référent (MAO, MCO)	pas de mauvaise tolérance et vu tard (ex ≥ 24 h)
Intoxication non médicamenteuse	3B			mauvaise tolérance/toxiques / lésionnels	enfant		avis référent (MAO, MCO)	pas de mauvaise tolérance et vu tard (ex ≥ 24 h)
Demande de sevrage / toxicomanie	4			agitation/violence / état de manque	enfant			demande d'ordonnance pour substitution
Comportement ébrieux / ivresse	4	GCS ≤ 8		agitation/violence/GCS 9-13	enfant		demande des forces de l'ordre	
NEUROLOGIE								
Altération de la conscience/coma	2	GCS ≤ 8		GCS 9-13, avis référent (MAO, MCO)				
Déficit moteur, sensitif, sensoriel ou du langage/AVC	2	délai ≤ 4h 30					délai ≥ 24 h et avis MAO, MCO	
Convulsions	3B			crises multiples ou en cours confusion, TC, déficit ou fièvre			recupération complète post critique	
Confusion/désorientation temporo spatiale	3B			fièvre				
Céphalée	3B			inhabituelle (premier épisode, brutale, intense... ou fièvre)			habituelle/migraine	
Vertiges/trouble de l'équilibre	3B			signes neurologiques associés, céphalée brutale				troubles anciens et stables

sfmu FRENCH triage		French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
OPHTHALMOLOGIE								
Corps étranger / brûlure oculaire	3B			douleur intense, brûlure chimique		avis référent (MAO, MCO)		
Trouble visuel / œil douloureux / cécité	3B			début brutal		avis référent (MAO, MCO)		
Démangeaison / œil rouge	5							
ORL / STOMATOLOGIE								
Epistaxis	3B			saignement abondant actif		saignement abondant résolutif		saignement peu abondant résolutif
Trouble de l'audition/accouphènes	4			surdité brutale				
Tuméfaction ORL ou cervicale	4					fièvre ou signes locaux importants		
Corps étranger ORL	4			dyspnée inspiratoire				
Pathologie de l'oreille / otite	5							
Douleur de gorge / angine / stomatite	5					mauvaise intolérance ou aphagie		
Obstruction nasale / rhinite / sinusite	5					sinusite fébrile		
Problème de dent ou de gencive	5					signes locaux importants, douleur résistante aux antalgiques		
PEAU								
Echymose / hématome spontané(e)	3B							
Abcès ou infection localisée de la peau	4					fièvre ou abcès volumineux		
Erythème étendu et autres éruptions / œdème spontané	5			anaphylaxie		fièvre ou mauvaise tolérance	étendu	localisé
Morsure, piqûre, prurit, parasitose	5			morsure de serpent/scorpion ...		fièvre ou signes locaux importants	étendu	localisé
Corps étranger sous la peau	5					corps étrangers multiples, complexes		

sfmu FRENCH triage		French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
RESPIRATOIRE								
Dyspnée / insuffisance respiratoire	3B	détresse respiratoire ou FR \geq 40/min ou SpO2 < 86%		dyspnée à la parole/tirage/orthopnée ou FR 30-40 /min ou SpO2 86-90%				
Asthme ou aggravation BPCO	3B	détresse respiratoire		DEP \leq 200 ou dyspnée à la parole/tirage/orthopnée			DEP \geq 300 l/min et asthme	
Hémoptysie	3B	détresse respiratoire		hémoptysie répétée ou abondante				
Douleur thoracique / embolie / pneumopathie / pneumothorax	3B	détresse respiratoire		dyspnée à la parole/tirage/orthopnée				
Corps étranger voies aériennes	3B	détresse respiratoire		dyspnée à la parole, tirage, orthopnée	enfant	pas de dyspnée		
Toux / bronchite	5					fièvre, ou signes respiratoires associés		
RHUMATOLOGIE								
Douleur articulaire/artrorse/artrite	4					fièvre ou signes locaux importants		
Douleur rachidienne (cervicale, dorsale ou lombaire)	5			déficit sensitif ou moteur associé		fièvre ou paresthésies		
Douleur de membre/sciatique	5					fièvre ou impotence du membre		

sfmu FRENCH triage		French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
TRAUMATOLOGIE								
Traumatisme avec amputation	1							
Traumatisme abdomen/thorax/cervical	2	pénétrant	haute vélocité			faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Agression sexuelle et sévices	2							
Brûlure	3B		brûlure étendue ou main/visage	≤ 24 mois et brûlure peu étendue		avis référent (MAO, MCO)		brûlure peu étendue... consultation tardive
Traumatisme de bassin/hanche/fémur/rachis	3B		haute vélocité			faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Traumatisme oculaire	3B		haute vélocité			faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Traumatisme maxillo-facial/oreille	3B		haute vélocité			faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Plaie	4		plaie délabrante, saignement actif			plaie(s) large, complexe, main	plaie(s) superficielle(s) hormis main	excoriation(s)
Traumatisme d'épaule ou distal de membre	4		haute vélocité, grande déformation/ischémie			impotence totale, déformation	impotence modérée ou petite déformation	ni impotence, ni déformation
Electrisation	4		perte de connaissance, brûlure, foudre			haute tension, temps de contact long	courant domestique	
Traumatisme crânien	5	coma (GCS ≤ 8)	GCS 9-13, déficit neurologique, convulsion, otorragie, AOD/AVK, vomissements répétés			perte de connaissance avant ou après	plaie/hématome	

sfmu FRENCH triage		French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
DIVERS								
Pathologie rare et grave en poussée (ex. drépanocytose...)	2					avis référent (MAO, MCO)		
Hypothermie	2	T° ≤ 32° C	32° C ≤ T° ≤ 35,2° C					
Hyperglycémie	3B		cétose élevée, trouble de conscience			glycémie ≥ 20 mmol/l ou cétose positive	glycémie ≤ 20 mmol/l et cétose négative	
Hypoglycémie	3B	coma (GCS ≤ 8)	mauvaise tolérance/GCS 9-13					
Anomalie de résultat biologique	3B		symptomatique			avis référent (MAO, MCO)		
AEG / Asthénie	3B					signes objectifs d'altération de l'état général		ni comorbidités ni signes objectifs
Coup de chaleur / insolation	3B	coma (GCS ≤ 8)	T° ≥ 40° C/GCS 9-13					
Gelure / Lésions liées au froid	3B		signes de nécrose, déficit sensitif ou moteur					
Allergie	4		dyspnée/risque d'obstruction/mauvaise tolérance					
Problème suite de soins (pansements...)	5							
Renouvellement ordonnance	5							
Examen à des fins administratives / certificat / réquisition	5					demande des forces de l'ordre		
Demande d'hébergement pour raison sociale	5							

Annexe 3 : tableau de synthèse récapitulant tous les patients hospitalisés en fonction des différents services d'hospitalisation

Total	Variable	Médecine	SIC	Chirurgie	Réa	UHCD	Transfert
	Sexe	p 0.58	p 0.49	p 0.38	p 0.29	p 0.82	p 0.6
24	- Femme	9 (37.5%)	1 (4.2%)	7 (29.2%)	0 (0%)	5 (20.8%)	2 (8.3%)
22	- Homme	10 (45.5%)	2 (9.1%)	4 (18.2%)	1 (4.5%)	4 (18.2%)	1 (4.5%)
	Catégorie d'âge :	p 0.56	p 0.51	p 0.95	p 0.29	p 0.13	p 0.24
3	- 16-25	2 (66.7%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
10	- 25-50	5 (50.0%)	0 (0.0%)	2 (20.0%)	1 (10%)	0 (0%)	2 (20.0%)
19	- 51-75	8 (42.1%)	1(5.3%)	5 (26.3%)	0 (0%)	4 (21.1%)	1 (5.3%)
14	- 75+	4 (28.6%)	2 (14.3%)	3 (21.4%)	0 (0%)	5 (35.7%)	0 (0%)
	Provenance	p 0.42	p 0.91	p 0.79	p 0.51	p 0.55	p 0.91
32	- MT / remplaçant	12 (37.5%)	2 (6.3%)	8 (25.0%)	1 (3.1%)	7 (21.9%)	2 (6.3%)
14	- MMG	7 (50.00%)	1 (7.1%)	3 (21.4%)	0 (0%)	2 (14.3%)	1 (7.1%)
	Motif de recours :	p 0.12	p 0.17	p < 0.01	p 0.91	p 0.08	p 0.93
14	- Gastro-entérologie	2 (14.3%)	0 (0.0%)	8 (57.1%)	0 (0%)	2 (14.3%)	2 (14.3%)
7	- Respiratoire	3 (42.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	4 (57.1%)	0 (0%)
5	- Cardiologie	3 (60.0%)	2 (40.0%)	0 (0.0%)	1 (9.1%)	0 (0%)	0 (0%)
11	- Général & divers	6 (54.5%)	1 (9.1%)	0 (0.0%)	0 (0%)	2 (18.2%)	1 (9.1%)
4	- Génito-urinaire	3 (75.0%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
0	- Traumatologie	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
1	- Neurologie	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
2	- ORL	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
1	- Endocrinologie	2 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	- Dermatologie	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)
	Bilan biologique	p 0.79	p 0.7	p 0.37	p 0.82	p 0.47	p 0.72
44	- Oui	18 (40.9%)	3 (6.8%)	10 (22.7%)	1 (2.3%)	9 (20.5%)	3 (6.8%)
2	- Non	1 (50.00%)	0 (0.0%)	1 (50.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Imagerie	p 0.03	p 0.61	p 0.24	p 0.59	p 0.38	p 0.34
36	- Oui	12 (33.3%)	2 (5.6%)	10 (27.8%)	1 (2.8%)	8 (22.2%)	3 (8.3%)
10	- Non	7 (70.0%)	1 (10.0%)	1 (10.0%)	0 (0%)	1 (10%)	0 (0%)
	Avis spécialisé	p 0.31	p 0.69	p 0.03	p 0.57	p 0.11	p 0.31
35	- Oui	13 (37.1%)	2 (5.7%)	11 (31.4%)	1 (2.9%)	5 (14.3%)	3 (8.6%)
11	- Non	6 (54.5%)	1 (9.1%)	0 (0.0%)	0 (0%)	4 (36.4%)	0 (0%)
	Niveau de gravité	p 0.52	p 0.67	p 0.6	p 0.92	p 0.62	p 0.07
0	- 1	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
3	- 2	2 (66.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	1 (33.3%)	0 (0%)
31	- 3	13 (41.9%)	3 (9.7%)	8 (25.8%)	1 (3.2%)	5 (16.1%)	1 (3/2%)
10	- 4	4 (40.0%)	0 (0.0%)	3 (30.0%)	0 (0%)	2 (20.0%)	1 (10.0%)
2	- 5	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0%)	1 (50.0%)	1 (50.0%)
	Priorisation	p 0.81	p 0.12	p 0.49	p 0.12	p 0.04	p 0.84
13	- Oui	5 (38.5%)	2 (15.4%)	4 (30.8%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (7.7%)
33	- Non	14 (42.4%)	1 (3.0%)	7 (21.2%)	1 (7.7%)	9 (27.3%)	2 (6.1%)
	ATCD hôpital < 6M	p 0.67	p 0.84	p 0.01	p 0.52	p 0.04	p 0.84
13	- Oui	6 (46.2%)	1 (7.7%)	0 (0.0%)	0 (0%)	5 (38.5%)	1 (7.7%)
33	- Non	13 (39.4%)	2 (6.1%)	11 (33.3%)	1 (3%)	4 (12.1%)	2 (6.1%)
	ATCD = 0	p 0.58	p 0.41	p 0.32	p 0.64	p 0.57	p 0.41
8	- Oui	4 (50.0%)	0 (0.0%)	3 (37.5%)	0 (0%)	1 (12.5%)	0 (0%)
38	- Non	15 (39.5%)	3 (7.9%)	8 (21.1%)	1 (2.6%)	8 (21.1%)	3 (7.9%)
	FDRCV	p 0.81	p 0.41	p 0.39	p 0.46	p 0.37	p 0.23
30	- Oui	12 (40.0%)	3 (7.9%)	6 (20.0%)	1 (3.3%)	7 (23.2%)	1 (3.3%)
16	- Non	7 (43.8%)	0 (0.0%)	5 (31.3%)	0 (0%)	2 (12.5%)	2 (12.5%)

Annexe 4 : le SAS, quels bénéfices pour les patients ?

Service d'accès aux soins (SAS) : quels bénéfices pour les patients ?




Si votre médecin traitant n'est pas dispo, un contact : le SAS

En fonction de votre situation, le professionnel de santé du SAS




- vous donne un conseil médical
- vous propose une téléconsultation
- vous réserve une consultation adaptée
- mobilise le SAMU
- vous permet un accès simple et lisible à un autre professionnel

Annexe 5 : le SAS : comment ça marche ?



Service d'accès aux soins (SAS) : comment ça marche ?




1 ACCÈS AU SAS VIA LA PLATEFORME TÉLÉPHONIQUE LOCALE

Si le médecin traitant n'est pas disponible, un contact : le SAS


Un assistant de régulation médicale (ARM) écoute, estime le degré d'urgence et oriente l'appelant vers...

2 QUALIFICATION DU BESOIN



URGENCES


Un assistant de régulation médicale d'urgence (ARM)



MÉDECINE GÉNÉRALE


Un opérateur de soins non programmés (OSNP)

3 RÉGULATION MÉDICALE



Un médecin régulateur d'urgence

Le médecin oriente vers un service d'urgence, déclenche l'intervention d'un SMUR ou d'une ambulance, mobilise les services de secours



Un médecin régulateur libéral

L'OSNP ou le médecin oriente et peut prendre rendez-vous pour le patient en fonction de ses besoins (cabinet médical, visite à domicile...) via la plateforme digitale SAS

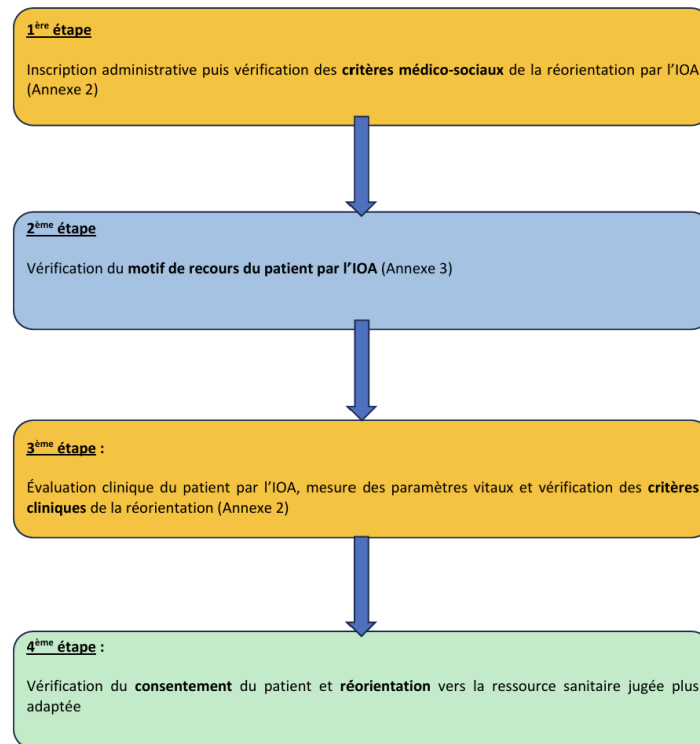
EN FONCTION DES RESSOURCES DU TERRITOIRE ET DES BESOINS DES PATIENTS

- Pharmacies de garde
- Centres anti-poison
- Réseaux gériatrie, périnatalité...
- Dispositif psychiatrie (Vigilans...)
- Dispositif d'appui à la coordination (DAC), structures médico-sociales ...

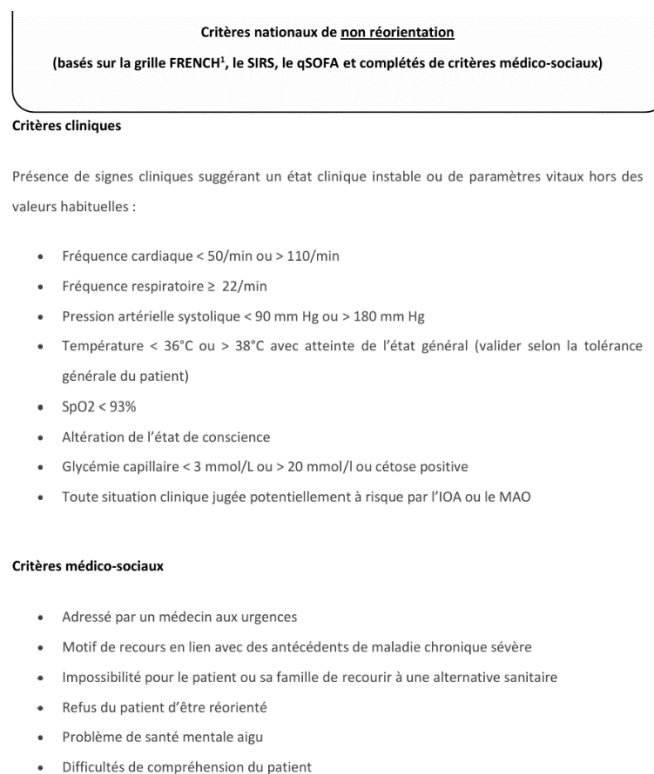
UNE COLLABORATION ÉQUILBRÉE ENTRE LA MÉDECINE D'URGENCE ET LA MÉDECINE DE VILLE

www.solidarites-sante.gouv.fr/sas

Annexe 6 : logigramme de réorientation (source : SFMU)



Annexe 7 : critères de non-réorientation (SFMU)



Annexe 8 : liste indicative des situations cliniques pouvant faire l'objet d'une concertation locale entre la représentation de la médecine d'urgence et les professionnels de santé libéraux (SFMU)

Liste indicative des situations cliniques pouvant faire l'objet d'une concertation locale entre la représentation de la médecine d'urgence et les professionnels de santé libéraux

Les motifs de recours et les modalités de prise en charge des patient(e)s doivent être définis. La liste ci-dessous peut être ajustée dans le cadre de la réflexion partagée entre la représentation de la médecine d'urgence et les professionnels de santé libéraux dans une démarche constante de qualité et de sécurité des soins.

Général	
	Altération de l'état général et asthénie sans signes objectifs
	Exposition à une maladie contagieuse (sans risque vital de contagie eg. rouge varicelle...)
	Demande d'examen complémentaire
	Demande d'information sur un médicament
	Demande de renouvellement d'ordonnance
	Fièvre
Cutané	
	Brûlure peu étendue et/ consultation tardive
	Érythèmes et autres éruptions localisées
	Lésion cutanée localisée
	Morsure, piqûre, prurit, parasitose sans fièvre ou signes généraux
	Plaie limitée, excoriation
	Prurit
Neurologie	
	Malaise
	Traumatisme crânien (sans perte de connaissance et/ou plaie)
	Vertige/trouble de l'équilibre anciens et stables
ORL	
	Douleur de gorge
	Pathologie de l'oreille, douleur, écoulement
	Problème de dent ou de gencive
	Obstruction nasale ; rhinite ; sinusite
Ophtalmo	
	Écoulement de l'œil
	Œil douloureux
	Démangeaison / Œil rouge

	Troubles visuels , anciens : tâches, diplopie, baisse de l'acuité visuelle
Face et cou	
	Céphalées
	Tuméfaction cervicale ou de la sphère ORL
	Paralysie faciale ancienne ou d'allure périphérique
Appareil locomoteur	
	Chute de l'adulte
	Démarche anormale et boiterie
	Douleur de membre, sciatalgie
	Douleur articulaire
	Douleur rachidienne (cervicale, dorsale ou lombaire)
	Œdème d'un membre ou d'une partie de membre
	Traumatisme d'épaule ou distal de membre (sans impotence ou déformation)
Cardio-circulatoire	
	Hypertension artérielle (PAS<180 mmHg)
	Palpitations sans malaise et FC < 110/min
	Toux (sans fièvre ou signes respiratoires associés)
Digestif	
	Constipation
	Diarrhées
	Douleur anale
	Hoquet
	Vomissements
Uro-génital et reproduction	
	Anomalie du sein (sans éléments en faveur d'une mastite ou d'un abcès)
	Anomalie vulvo-vaginale
	Douleur bourses non brutale
	Dysurie et brûlure mictionnelle sans fièvre
	Écoulement ou lésion cutanéomuqueuse génitale
	Accident d'exposition au sang ou à d'autres liquides biologiques
Administratif et social	
	Demande d'arrêt de travail
	Demande d'hospitalisation pour soi ou pour un autre
	Demande de mise en institution
	Violences physiques ou psychiques ne nécessitant pas de soins

VIII.ABREVIATIONS

AIT : accident ischémique transitoire

AOMI : artériopathie oblitérante des membres inférieurs

ARS : agence régionale de santé

ATCD : antécédent

AVC : accident vasculaire cérébral

BPM : battements par minute

CH : centre hospitalier

CHU : centre hospitalier universitaire

CGR : concentré de globules rouges

CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé

CPU : consultation post-urgences

CRP : protéine C réactive

DMP : dossier médical partagé

DPI : dossier patient informatisé

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS)

ECG : électrocardiogramme

EHPAD : établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante

FC : fréquence cardiaque

FDRCV : facteurs de risques cardio-vasculaires

FEDORU : fédération des observatoires régionaux des urgences

FRENCH : French emergency nurses classification in hospital triage

GHT : groupements hospitaliers de territoires

HDJ : hôpital de jour

HTA : hypertension artérielle

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

IOA : infirmière organisatrice de l'accueil

IOT : intubation oro-trachéale

IRM : imagerie par résonance magnétique

IV : intraveineux

KT IO : cathéter intra-osseux

MMG : maison médicale de garde

MT : médecin traitant
OMS : organisation mondiale de la santé
ORL : oto-rhino-laryngologie
PAS : pression artérielle systolique
PCR : polymérase chain reaction
PEC : prise en charge
RAD : retour à domicile
RGPD : règlement général sur la protection des données
RIPH : recherche impliquant la personne humaine
SAO₂ : saturation artérielle en oxygène
SAMU : service d'aide médicale d'urgence
SAS : service d'accès aux soins
SAU : service d'accueil des urgences
SAUV : salle d'accueil des urgences vitales
SCA : syndrome coronarien aigu
SFMU : société française de médecine d'urgence
SIC : soins intensifs cardiologiques
SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation
SSR : soins de suite et réadaptation
TU : terminal des urgences
UHCD : unité hospitalisation courte durée
VNI : ventilation non invasive
VSAV : véhicule de secours et d'assistance aux victimes

IX. RESUME

Introduction :

Le système de soins non programmés en France est complexe, mêlant le secteur libéral et le secteur hospitalier. L'activité des médecins généralistes a chuté de 11% en dix ans, en partie parce que beaucoup se tournent vers d'autres types de pratiques, réduisant ainsi l'offre de soins de premier recours. Parallèlement, la demande de soins ne cesse de croître, contribuant entre autres à engorger les services d'urgences. L'objectif principal de l'étude est d'analyser la prise en charge des patients adressés par un médecin généraliste au service d'accueil des urgences (SAU) du centre hospitalier (CH) de Martigues. L'objectif secondaire est d'analyser l'orientation post-urgences des patients en réalisant une analyse comparative des sous-groupes « patients hospitalisés » et « patients retournés à domicile ».

Matériel et méthode :

C'est une étude quantitative, descriptive, rétrospective menée au sein du SAU du CH de Martigues. Elle porte sur 118 patients âgés de plus de 16 ans, adressés aux urgences par un médecin généraliste entre le 27 décembre 2023 et le 28 mars 2024.

Résultats :

Concernant la prise en charge des patients aux urgences, 88.14% ont eu un bilan biologique, 68.64% ont eu au moins un examen d'imagerie et 44.07% ont bénéficié d'un avis spécialisé. A propos de l'orientation post-urgences, nous avons retrouvé un taux d'hospitalisation de 39.04%. Sur les patients hospitalisés, 41.31% l'ont été en médecine conventionnelle, 6.52% en soins intensifs cardiologiques, 23.91% en chirurgie, 2.17% en réanimation, 19.57% en UHCD et 6.52% ont été transférés dans un autre hôpital. L'âge, la provenance, le motif de recours, le fait d'avoir eu un bilan biologique ou un avis spécialisé et la priorisation initiale avaient un impact significatif sur l'orientation post-urgences.

Discussion :

Nos résultats étaient concordants en majorité avec les résultats de la littérature. Lorsque ce n'était pas le cas, c'était probablement à cause d'un manque de puissance de notre étude. Notre travail met en évidence les difficultés rencontrées par les médecins généralistes, notamment pour l'accès rapide aux examens complémentaires et aux avis spécialisés en ville. Une amélioration de la communication et du lien ville/hôpital semble être la clé. Elle pourrait passer, entre autres, par l'amélioration de l'accès aux examens complémentaires et aux avis spécialisés, ainsi que par la réorganisation de la prise en charge de certains motifs d'adressage ou des hospitalisations programmées. L'objectif final serait de faciliter le travail des médecins libéraux et de désengorger les services d'urgences.

Mots-clés :

Soins primaires, médecins généralistes, courrier d'adressage, urgences, orientation, prise en charge, hospitalisation.

X. ABSTRACT

Introduction

In France, the unscheduled care system is complex, involving both the private and public hospital sectors. The activity of general practitioners has dropped by 11% in ten years, partly because they are moving to other types of practice, thereby reducing the supply of primary care. At the same time, the demand for care continues to grow, contributing, among other things, to the overcrowding of emergency departments. The main objective of the study was to analyze the care of patients referred by a general practitioner to the emergency department (SAU) of the Martigues hospital (CH). The second objective is to analyze the post-emergency referral of patients by carrying out a comparative analysis of the subgroups hospitalized patients and those who returned home.

Material and method

This is a quantitative, descriptive and retrospective study carried out within the SAU of the Martigues hospital. It involved 118 patients aged over 16, referred to the emergency department by a general practitioner between December 27, 2023, and March 28, 2024.

Results

Regarding the management of patients in the emergency department, 88.14% had a biological workup, 68.64% had at least one imaging test and 44.07% received a specialist opinion. In terms of post-emergency referral, the hospitalization rate was 39.04%. Of the patients hospitalized, 41.31% were in conventional medicine, 6.52% in cardiac intensive care, 23.91% in surgery, 2.17% in intensive care, 19.57% in UHCD and 6.52% were transferred to another hospital. Age, origin, reason for referral, the fact of having had a biological check-up or specialist opinion, and initial prioritization had a significant impact on post-emergency referral.

Discussion:

Most of our results were consistent with those reported in the literature. Where this was not the case, it was probably due to a lack of power in our study. Our work highlights the difficulties encountered by general practitioners, particularly regarding rapid access to complementary examinations and specialist advice in town. Improving communication and the link between town and hospital seems to be the key. This could involve improving access to complementary examinations and specialist advice, as well as reorganizing the management of certain referral reasons or scheduled hospitalizations. The aim would be to facilitate the work of private practitioners and relieve overcrowding in emergency departments.

Key words:

Primary care, general practitioners, referral mail, emergencies, referral, management, hospitalization

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

RÉSUMÉ

Introduction :

Le système de soins non programmés en France est complexe, mêlant le secteur libéral et le secteur hospitalier. L'activité des médecins généralistes a chuté de 11% en dix ans, en partie parce que beaucoup se tournent vers d'autres types de pratiques, réduisant ainsi l'offre de soins de premier recours. Parallèlement, la demande de soins ne cesse de croître, contribuant entre autres à engorger les services d'urgences. L'objectif principal de l'étude est d'analyser la prise en charge des patients adressés par un médecin généraliste au service d'accueil des urgences (SAU) du centre hospitalier (CH) de Martigues. L'objectif secondaire est d'analyser l'orientation post-urgences des patients en réalisant une analyse comparative des sous-groupes « patients hospitalisés » et « patients retournés à domicile ».

Matériel et méthode :

C'est une étude quantitative, descriptive, rétrospective menée au sein du SAU du CH de Martigues. Elle porte sur 118 patients âgés de plus de 16 ans, adressés aux urgences par un médecin généraliste entre le 27 décembre 2023 et le 28 mars 2024.

Résultats :

Concernant la prise en charge des patients aux urgences, 88.14% ont eu un bilan biologique, 68.64% ont eu au moins un examen d'imagerie et 44.07% ont bénéficié d'un avis spécialisé. A propos de l'orientation post-urgences, nous avons retrouvé un taux d'hospitalisation de 39.04%. Sur les patients hospitalisés, 41.31% l'ont été en médecine conventionnelle, 6.52% en soins intensifs cardiologiques, 23.91% en chirurgie, 2.17% en réanimation, 19.57% en UHCD et 6.52% ont été transférés dans un autre hôpital. L'âge, la provenance, le motif de recours, le fait d'avoir eu un bilan biologique ou un avis spécialisé et la priorisation initiale avaient un impact significatif sur l'orientation post-urgences.

Discussion :

Nos résultats étaient concordants en majorité avec les résultats de la littérature. Lorsque ce n'était pas le cas, c'était probablement à cause d'un manque de puissance de notre étude. Notre travail met en évidence les difficultés rencontrées par les médecins généralistes, notamment pour l'accès rapide aux examens complémentaires et aux avis spécialisés en ville. Une amélioration de la communication et du lien ville/hôpital semble être la clé. Elle pourrait passer, entre autres, par l'amélioration de l'accès aux examens complémentaires et aux avis spécialisés, ainsi que par la réorganisation de la prise en charge de certains motifs d'adressage ou des hospitalisations programmées. L'objectif final serait de faciliter le travail des médecins libéraux et de désengorger les services d'urgences.

Mots-clés :

Soins primaires, médecins généralistes, courrier d'adressage, urgences, orientation, prise en charge, hospitalisation.

ABSTRACT

Introduction:

In France, the unscheduled care system is complex, involving both the private and public hospital sectors. The activity of general practitioners has dropped by 11% in ten years, partly because they are moving to other types of practice, thereby reducing the supply of primary care. At the same time, the demand for care continues to grow, contributing, among other things, to the overcrowding of emergency departments. The main objective of the study was to analyze the care of patients referred by a general practitioner to the emergency department (SAU) of the Martigues hospital (CH). The second objective is to analyze the post-emergency referral of patients by carrying out a comparative analysis of the subgroups hospitalized patients and those who returned home.

Material and method:

This is a quantitative, descriptive and retrospective study carried out within the SAU of the Martigues hospital. It involved 118 patients aged over 16, referred to the emergency department by a general practitioner between December 27, 2023, and March 28, 2024.

Results:

Regarding the management of patients in the emergency department, 88.14% had a biological workup, 68.64% had at least one imaging test and 44.07% received a specialist opinion. In terms of post-emergency referral, the hospitalization rate was 39.04%. Of the patients hospitalized, 41.31% were in conventional medicine, 6.52% in cardiac intensive care, 23.91% in surgery, 2.17% in intensive care, 19.57% in UHCD and 6.52% were transferred to another hospital. Age, origin, reason for referral, the fact of having had a biological check-up or specialist opinion, and initial prioritization had a significant impact on post-emergency referral.

Discussion:

Most of our results were consistent with those reported in the literature. Where this was not the case, it was probably due to a lack of power in our study. Our work highlights the difficulties encountered by general practitioners, particularly regarding rapid access to complementary examinations and specialist advice in town. Improving communication and the link between town and hospital seems to be the key. This could involve improving access to complementary examinations and specialist advice, as well as reorganizing the management of certain referral reasons or scheduled hospitalizations. The aim would be to facilitate the work of private practitioners and relieve overcrowding in emergency departments.

Keywords:

Primary care, general practitioners, referral mail, emergencies, referral, management, hospitalization.