

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

David BELMAS

Le 12 avril 2022

CARACTERISTIQUES ET DETERMINANTS DE LA POPULATION DE PATIENTS CONSULTANT AUX URGENCES DE RODEZ POUR DES SOINS RELEVANT DE LA MEDECINE GENERALE

Directrice de thèse : Dr Aline JOSSILLET

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Madame le Professeur Motoko DELAHAYE

Monsieur le Professeur Bruno CHICOULAA

Madame le Docteur Aline JOSSILLET

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur



FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CAVIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique		
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	P.U. Médecine générale	
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. MESTHÉ Pierre	
M. GAME Xavier	Urologie		
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation		
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Professeur Associé Médecine générale	
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. ABITTEBOUL Yves	
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence		
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale	Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène	
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme MALAUAUD Sandra	
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses		
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie		
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		
P.U. Médecine générale			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			
Professeur Associé de Médecine Générale			
Mme IRI-DELAHAYE Motoko			

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M.C.U. - P.H

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

Remerciements au Jury

Au président du jury :

Monsieur le Professeur Pierre Mesthé

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, je vous en suis reconnaissant. J'ai eu beaucoup de chance de recevoir un grand nombre de vos enseignements. Vos expériences, votre savoir et votre talent pour nous les partager sont très appréciables. Je tiens à vous remercier pour l'investissement dont vous faite preuve auprès des internes. Je vous prie de croire en l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Aux membres du jury :

Madame le Professeur Motoko Delahaye.

Je te remercie d'être présente et d'avoir accepté de participer à ce jury. Ton aide durant toutes ces années, ton expertise et ta sympathie ont été précieuses pour la réalisation de ce travail. Je te prie de recevoir ma profonde gratitude et mon respect.

Monsieur le Professeur Bruno Chicoulaa

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury. Je souhaite aujourd'hui vous témoigner ma profonde gratitude et tout mon respect pour tous vos enseignements et pour le plaisir que j'ai eu à vous écouter grâce à vos « bons mots ». Je vous suis reconnaissant pour le regard pertinent accordé à mon travail.

A mon directeur de thèse :

Madame le Docteur Aline Jossillet.

Je te remercie pour ton aide, ton soutien et ton investissement. Ta disponibilité, tes qualités humaines et ta perspicacité ont grandement participé à l'élaboration de ce travail. Je te suis reconnaissant pour ton accueil dans ton équipe. Je te pris de recevoir toute ma gratitude et mes sincères amitiés.

Remerciements personnels

A ma famille :

Je vous aime infiniment.

Maman, merci d'être présente autant que tu l'es dans ma vie. Merci de m'avoir construit à ton image, même si je ne peux égaler ta force, ton courage et ta volonté. J'ai la chance d'avoir une mère aussi dynamique, intelligente que toi. Je te souhaite le meilleur dans les nouvelles aventures qui se profilent, et je souhaite encore pouvoir les partager avec toi. T'es la meilleure.

Mes frères, **Romain et Thibaud**, vous êtes devenus de beaux hommes tous les deux. Nous avons grandi ensemble, nous avons rigolé, nous nous sommes battus parfois, nous avons souffert ensemble... On ne se parle pas tous les jours, mais je suis fier de pouvoir compter sur vous. Vous êtes les meilleurs.

A mes grands-parents, **Irène et Pérou**, si je m'étais dépêché j'aurais pu vous offrir le plaisir d'assister à la soutenance. Je m'en excuse. Mais je tiens à vous remercier pour toute l'aide et l'amour que vous m'avez apporté depuis l'enfance. Vous êtes nos racines et je vous garde dans mon cœur.

A **Pierre**, je voudrais t'exprimer beaucoup de reconnaissance. Tu as été d'une grande aide. Je te remercie d'accompagner maman dans cette nouvelle vie.

A mon père **Bernard**, tu es parti si tôt, mais je garde au moins en moi tous ces moments partagés avec toi. Tu m'as fait, avec maman, et je vous remercie de l'amour dont vous nous avez entouré. Je te ressemble physiquement et j'en suis merveilleusement heureux et fier. J'espère que de là-haut tu souris en me voyant. Je t'aime tellement.

A mes amis :

A **François**, mon Aveyronnais, ma principale oreille depuis quelques années. Je voudrai t'adresser ici ma plus grande sympathie. Ta profondeur d'esprit, ton recul et ta patience ont pu rendre ces dernières années tellement enrichissantes. Je respecte énormément la personne et le professionnel que tu es, avec des qualités humaines rares.

A **Yasmine**, notre proximité n'est plus la même, mais je souhaite te dire à quel point je suis reconnaissant de toute l'aide, l'écoute, la patience que tu m'as apportée durant toute ces années. Je suis heureux d'avoir pu vivre tous ces moments, l'internat, la coloc, l'Aveyron, avec toi.

A Camille,

Mon binôme de stage, ma pote aveyronnaise, qui m'a tant supporté. Avec **Valou** je vous remercie de tous ces moments, notamment de m'avoir fait découvrir votre super bande de ski. Je me réjouis de votre union bientôt.

A **Marion et Antoine**, vous êtes chacun des personnes extraordinaires, je ne doute pas un instant que vous donniez vie à un super humain. Je vous suis reconnaissant de toute l'aide morale, de tous les barbecues, et toutes ses rigolades vécues chez vous.

A mes copains de vélo,

Julien en premier, avec qui j'ai pu connaître la suite. Ta gentillesse, et tes bonnes jambes m'ont beaucoup apporté, je t'en remercie. **Bonoche**, avec qui on peut parler de tous les sujets. Je te remercie de ta gentillesse et de tes conseils, je ne te remercie cependant pas d'appuyer autant sur les pédales. **Ludo, Maxime, Lolo** merci pour l'Espagne, des belles rigolades m'ont fait du bien dans le dernier sprint.

Mathieu, une petite pensée pour toi, car c'est grâce aussi à toi que j'ai cette passion. Les souvenirs de coloc procurent toujours du plaisir.

A mes copains chauriens,

Victor, mon pote de lycée, merci de ton entrain, ta ferveur, d'être le manag' qui nous lie tous.

Lolo, merci de défendre notre pays, j'apprécie toujours nos échanges toujours instructifs

Marion, Mariette, Claire, vous êtes des supers copines.

Rémy, le basketteur, rappeur, géologue, organisateur de soirée, depuis la primaire tu me régales. **Lola**, ta future femme est toute aussi exceptionnelle que toi.

Ber', l'ironman, un super papa, j'adore pouvoir te retrouver. **Morgane** et toi je suis content de vous avoir comme amis.

Aux rencontres de l'internat,

Tous mes potes de Rodez et apparentés, **Gaëtan, Yoan, Robin, Kevin, Flo Papin**. Vous êtes tous de supers mecs.

Sans oublier les filles, **Cassandre, Charlotte, Léopoldine, Sarah**, merci d'avoir dansé, rigolé à mes supers blagues, vous êtes toutes de supers personnes et de formidables médecins.

Alice, Charlotte, Julie, de belles rencontres, chacune a pu subir mes exagérations, j'espère vous donner du sourire. Pleins de bons souvenirs à vos côtés.

Kevin le Sanch, cardiologue de son état, merci à toi d'avoir égayé mes soirées dans ce magnifique penthouse ruthénois en plein confinement. Merci à tes parents, merci aussi à **Célia**.

Aux Nîmoises, et Nîmois

Même si ce temps de bringues, de rigolades, d'un peu de buchage, de manades, vous comptez tous parmi de formidables souvenirs.

Les copains d'abord, **Bastien**, mon coloc, mon premier pote de médecine, on s'est toujours entendu sur ce boulot, ça doit venir de notre terre audoise commune. T'es un bon mec pour un rugbyman, tu m'as beaucoup soutenu et apporté beaucoup de bons moments. Je te souhaite, avec **Marielle**, pleins de bonheurs.

Le Fark, Vivis, PJ, Mathieu Cecchi, Dorian. Vous êtes uniques, et tellement géniaux. Tellement de bons moments passés avec vous. Vous êtes dans mon cœur pour toujours.

Les copines, **Poipou, Amandine, Aless, Elisa** nous sommes éloignés mais je pense à vous. Merci d'avoir accepté mon amitié. Vous avez rendu toutes ces années bien plus belles.

A tous mes maitres dans ce métier si passionnant,

Jean Phi Redonnet, Jean Eudes Bourcier, Marie Ecoiffier, Marie Tubéry, Marc Bernard, Christophe Cazard, Jean Luc Souyri, Amanda Tournemire, Bernard Caurier, Aline Jossilet, Yves Bares, Motoko Delahaye Véronique Garin, vous m'avez accompagné dans l'apprentissage du métier de médecin. Votre savoir et vos qualités humaines ont pu m'aider à devenir, je veux le croire, un bon généraliste.

Et surtout,

A **Agathe**, deux ans que je fais partie de ta vie, deux ans que l'on vit ensemble de superbes moments, mais aussi deux ans que tu es en première ligne face à mes émotions. Sans toi je n'aurai pu accomplir ce travail. Je nous souhaite encore de belles choses.

I. Table des tableaux

- Tableau 1. Caractéristiques démographiques

II. Table des figures

- Figure 1. Proportion de médecins traitants et modes de consultation
- Figure 2. Horaire des passages
- Figure 3. Répartition des motifs selon la durée
- Figure 4. Pourcentage d'appel au médecin selon motifs
- Figure 5. Pourcentage de démarches préalables
- Figure 6. Pourcentage de démarches médicales préalables
- Figure 7. Pourcentage par raisons de venue aux urgences
- Figure 8. Pourcentage par catégories de raisons
- Figure 9. Proportion de patients qui auraient accepté un rendez-vous de ville rapide

III. Table des annexes

Annexe 1. Questionnaire distribué aux patients

Annexe 2. Protocole de réorientation par l'IAO

Annexe 3. CCMU

Annexe 4. Support de communication pour les médecins généralistes à destination des patients

IV. Listes des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CH : Centre Hospitalier

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

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

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ETP : Équivalent Temps Plein

HAS : Haute Autorité de Santé

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

INSEE : Institut National de la Statistiques et des Études Économiques

MMG : Maison Médicale de Garde

PDSA : Permanence des Soins Ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SAS : service d'Accès aux Soins

SAU : Service d'Accueil d'Urgences

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Services Mobiles d'Urgences et de Réanimation

SNP : Soins Non Programmés

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

V. Table des matières

I. Introduction.....	14
A. Contexte général	14
1. Les soins non programmés (SNP).....	14
2. État des lieux des urgences en France.....	15
3. Offre de soins de premiers recours.....	16
B. Contexte local en Aveyron	17
1. Offre de soins primaires en Aveyron	17
2. Les urgences en Aveyron	17
3. Permanence des soins et projet de maison médicale de garde	18
C. Justification et objectifs de l'étude.....	19
1. Expérience personnelle	19
2. Objectifs de l'étude	20
II. Matériels et méthodes :.....	21
A. Services des urgences :	21
B. Parcours patient.....	21
C. Protocole de réorientation :	21
D. Population et critères d'inclusion.....	22
E. Rédaction du questionnaire	22
F. Recueil des données	22
G. Objectifs de l'étude.....	23
H. Analyses statistiques	23
I. Éthique.....	23
III. Résultats	24
A. Démographie	24
B. Médecin traitant déclaré	25
C. Horaires	25
D. Motifs	26
E. Démarches entreprises avant de venir aux urgences.....	27

F.	Raisons invoquées du passage aux urgences	28
G.	Rendez-vous de médecine de ville	29
IV.	Discussion	30
A.	Concernant le design de mon étude	30
B.	Les caractéristiques de notre population d'étude.....	31
1.	La démographie.....	31
2.	Une répartition équilibrée de motif médicaux et traumatologie	32
C.	Les déterminants des passages aux urgences	33
1.	Une moitié de démarches préalables avec un professionnel.....	33
2.	Difficulté d'accès à la médecine de ville	33
3.	Peu de passages mis en évidence aux horaires de PDSA.....	34
4.	Des motivations diverses.....	34
D.	Perspectives	35
V.	Conclusion.....	37
VI.	Bibliographie.....	38
VII.	Annexes	41
VIII.	Résumé	45

I. Introduction

A. Contexte général

1. Les soins non programmés (SNP)

La demande de soins en France ne fait qu'augmenter. Il y a plusieurs facteurs facilement identifiables à cette augmentation, le vieillissement de la population, l'augmentation de la population française, et aussi une plus grande préoccupation des Français pour leur santé.

L'accès aux soins est une prérogative importante des pouvoirs publics. Pour l'améliorer, un plan national a été présenté en 2018 par le Président Emmanuel Macron, nommé « Ma Santé 2022 » (1). La gestion des soins non programmés, parfois difficile en médecine de ville et pouvant être un facteur mettant en difficulté les urgences hospitalières, est au cœur des nouveaux enjeux.

Au cours de mon travail, je me suis aperçu que le terme de soins non programmés est beaucoup cité dans les textes. Qu'ils soient officiels comme des textes règlementaires, des recommandations HAS, des documents émis par les ARS, ou qu'ils soient scientifiques comme des thèses, des études ou des enquêtes, le terme est souvent employé sans vraie définition. Ils sont en fait un sous-groupe des « soins urgents », qui au sens médical strict ne le sont pas toujours.

On peut aussi les définir comme une urgence réelle ou ressentie, par un patient ou un soignant, conduisant à un acte médical.

En médecine de ville, ils ne sont finalement pas bien quantifiés, cela est mentionné dans une revue de la littérature faite par l'observatoire régional de la santé des Pays de la Loire en 2017 (2). Seules 5 études sont recensées entre 2004 et 2017, avec des méthodologies et des résultats peu comparables.

Parmi ces études, celle de la DREES, réalisée pendant 1 semaine en 2004, via des questionnaires adressés à 1400 médecins de ville, montrait que les recours urgents ou non programmés représentaient 12 % de l'activité totale des médecins libéraux. Le nombre de recours urgents ou non programmés était estimé à 35 millions en médecine de ville pendant que les services d'urgences enregistraient 14 millions de passages (3).

La DREES, qui depuis 2010, en collaboration avec plusieurs Observatoires Régionaux de Santé, suit et interroge un panel de deux à trois mille médecins généralistes libéraux, a publié en 2020 des résultats concernant les SNP. Elle redéfinit les soins non programmés comme étant « les demandes de consultation, quel qu'en soit le motif, pour le jour même ou le lendemain, adressées aux médecins généralistes pendant les horaires d'ouverture de leurs cabinets » (4).

Quatre médecins sur dix interrogés, déclarent que la gestion des SNP couvre 30% de leur activité hebdomadaire, et seulement un sur dix déclare que les SNP couvre moins de 10% de leur activité. 96% des interrogés déclarent avoir une organisation pour répondre aux SNP. La gestion des SNP se fait sous différentes formes, plages de rendez-vous dédiés, plages sans rendez-vous, organisation entre collègues d'un même cabinet... 28% déclarent pouvoir répondre à la totalité des SNP, et 45% à la moitié. Lorsqu'ils ne peuvent pas répondre à la demande, les généralistes déclarent réorienter la plupart du temps vers un confrère ou une structure libérale (53%), et seulement un quart du temps vers les urgences (20% au service d'urgences et 7% vers le 15).

Les SNP sont au cœur des préoccupations gouvernementales car ils sont un enjeu important pour la bonne continuité de notre système de soins. C'est d'ailleurs une des thématiques principales du plan « Ma Santé 2022 ».

2. État des lieux des urgences en France

Comme le présente la ministre de la Santé Agnès Buzyn en 2019 lors de son pacte de refondation des urgences, les services d'urgences en France sont devenus un repère trop important de recours au soin pour la population (5). Ils assurent leur fonction première, défini par le décret n°95-647 du 9 mai 1995 du code de la santé publique, qui est celui de l'accueil de toutes personnes sans distinction se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge notamment en cas de détresse et d'urgence vitales (6).

Le premier chiffre que l'on présente pour témoigner de l'importance prise par les services d'urgences est le nombre de passages annuels. Il a pratiquement doublé en 10 ans, passant de 10 millions à 18 millions entre 1998 et 2018.

Plusieurs facteurs peuvent l'expliquer, le vieillissement de la population, l'accroissement des pathologies chroniques, une population mieux informée et plus préoccupée par sa santé.

Pour mieux cerner les contraintes de fonctionnement des services d'urgence la DREES a effectué une grande enquête aux urgences en 2013. Plusieurs données ressortent de cette étude qui permettent de mieux cerner les problématiques des services d'urgences. On estime, à posteriori, à 43% des passages aux urgences, la proportion de soins qui pourraient être pris en charge par la médecine de ville, 70% des personnes consultant aux urgences ne nécessitent pas d'hospitalisation et 15% des passages aux urgences ne nécessitent aucune investigation paraclinique (classification CCMU1, classification CCMU en annexe) (7).

Dans ces enquêtes plusieurs données reflètent aussi l'attractivité des urgences pour les patients. Elles sont toujours ouvertes, la durée d'attente des soins n'est pas si longue, 7 patients sur 10 attendent moins d'une heure le début de la prise en charge et 1 patient sur 2 reste moins de deux heures dans le service d'urgence (8). Le patient peut y trouver une ressource médicale ou technique multiple sur une même entité de lieu. Actuellement aucun frais de soins n'est à avancer. La loi sur le financement de la sécurité sociale pour 2021 du 14 décembre 2020, prévoit l'instauration « d'un forfait patient urgence » qui permet de simplifier le reste à charge du patient qui variait selon plusieurs facteurs (9). Ce tarif sera de 19,61 euros. Son instauration a été repoussé au premier janvier 2022.

Il existe aussi des contraintes intrinsèques au milieu hospitalier. Plusieurs sont mise en exergue dans le pacte de refondation des urgences ou dans différents rapports ministériels (5)(10)(11)(12). On peut citer les difficultés de disponibilités de lit pour hospitaliser les patients depuis les urgences, des difficultés en ressources humaines médicales et non médicales, la complexité des financements des services d'urgences.

3. Offre de soins de premiers recours

L'offre de soins globale sur notre territoire national est aussi un facteur limitant à la gestion des soins non programmés. La démographie médicale, mais aussi les modes de pratiques peuvent l'expliquer.

En effet selon la DREES, les projections des effectifs de médecins (toutes spécialités confondues) prévoient une diminution jusqu'en 2021 avant de repartir à la hausse. Cependant, la densité médicale (nombre de médecins pour 100 000 habitants) chuterait davantage dans le même temps, en raison de l'augmentation plus rapide de la population française, pour atteindre le point le plus bas en 2022, et remonter à partir de 2025 (13).

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins constate une augmentation des effectifs, mais ne se faisant que peu en faveur des nouveaux médecins, mais plutôt en faveur des médecins retraités. Depuis 2010, le nombre de médecins inscrits a augmenté de 19.4%, mais en faveur des retraités actifs dont le nombre a augmenté de 217.3%, tandis que le nombre de médecins en activité régulière a diminué de 1% chaque année. En 2021, les médecins actifs réguliers représentent 63,5% de l'activité contre 76,5% en 2010 (14).

En médecine générale aussi la baisse en activité régulière est visible puisqu'en 2021 on compte 85 364 médecins généralistes en activité régulière, soit une diminution de 9% des effectifs depuis 2010. Tous ces chiffres, permettent de comprendre que, sur le terrain, la population ressent une difficulté d'accès aux soins.

Les acteurs eux-mêmes éprouvent une certaine difficulté à répondre à la demande. Toujours dans le panel récent des médecins généralistes interrogés par la DREES, il est établi que « que 7 généralistes sur 10 estiment que l'offre de soins dans leur zone d'exercice est insuffisante, et 4 sur 5 s'attendent à une baisse de cette offre dans les années à venir » (15).

B. Contexte local en Aveyron

1. Offre de soins primaires en Aveyron

Le département n'échappe pas à la difficulté de la démographie médicale. Le nombre de médecins généralistes en Aveyron a chuté de 21% entre 2010 et 2020. On s'aperçoit que la part des médecins actifs retraités est plus grande qu'en moyenne nationale, 14% contre 10%. La moyenne d'âge des médecins généralistes en activité régulière en Aveyron est aussi légèrement plus élevée que la moyenne nationale, 51,5 ans contre 50,3 ans de moyenne nationale (14).

En 2020 sur le bassin ruthénois plusieurs départs à la retraite ou fermeture de cabinets se sont produits. Le président du conseil de l'ordre des médecins de l'Aveyron le Dr Vieillescazes, estimait début 2021 environ 8000 patients sans médecins traitants. Depuis plusieurs années le département et l'agglomération ont menés de nombreux projets visant à rendre le territoire attractif.

On compte une quarantaine de médecins généralistes sur le Grand Rodez, 4 maisons de santé pluridisciplinaires, une cinquième en projet pour 2023 au centre-ville.

Au niveau du département, il existe au sein du conseil départemental un dispositif d'accueil des médecins, regroupant plusieurs personnes dans le but de favoriser l'installation de nouveaux médecins. Leurs missions sont d'accompagner les médecins qui souhaitent s'installer, mais aussi de favoriser l'accueil des nouveaux internes, et d'accompagner les projets de créations d'équipes de soins pluridisciplinaires. Ils ont un site internet (<https://accueilmedecins.aveyron.fr/>) qui regroupe toutes les offres d'emplois et une cartographie détaillée de tous les lieux d'exercice en Aveyron.

2. Les urgences en Aveyron

L'Aveyron est un département géographiquement étendu. Il bénéficie de 5 structures hospitalières dotées d'un service d'urgences. Il existe six lignes d'équipes mobile SMUR, avec un hélicoptère basé sur le CH de Rodez disponible en journée toute l'année. Le centre 15 d'appel et de régulation est situé sur le centre Hospitalier de Rodez, il reçoit 100 000 appels par an.

Les urgences de Rodez voient comme partout en France leur activité augmenter. Elles comptabilisent 31453 passages en 2018, contre 26000 en 2010, soit une augmentation de 20% en dix ans (16).

3. Permanence des soins et projet de maison médicale de garde

La permanence des soins ambulatoires, régit depuis par la loi HPST du 21 juillet 2009 (17), assure dans chaque territoire de santé un accès à des soins non programmés en dehors des heures d'ouvertures des cabinets de médecine générale, le soir, la nuit et les week-ends. Elle est basée sur une régulation des appels par les médecins libéraux, une territorialisation des effectifs gérés par les ARS, et la dispensation des soins par les libéraux. Elle est organisée de façon différente dans chaque département. Un reflet de la difficulté d'harmonisation dans les territoires de cette PDSA, est le numéro unique d'appel pour l'instant non effectif, alors qu'un décret de 2016 a été promulgué pour l'adoption du 116 pour joindre la PDSA (18). Dans le projet « Ma Santé 2022 » il est aussi en projet de faciliter l'accès par un numéro unique. Actuellement la régulation PDSA se fait soit par le 15, le 3966 ou un numéro à dix chiffres.

Depuis quelques années, il a été ouvert de nombreuses maisons médicales de garde, créant ainsi une unité de lieux pour la PDSA dans un territoire donné. Souvent elles peuvent se trouver à proximité des urgences pouvant ainsi soulager l'hôpital de cette demande de soins.

De nombreux travaux ont évalué l'impact de ces MMG montrant, un recrutement amélioré des médecins, une satisfaction globale de la population, ainsi qu'une meilleure collaboration hôpital-libéraux (19)(20).

Actuellement dans le département de l'Aveyron, la PDSA s'effectue par une régulation libérale située dans le même lieu que la régulation 15 sur l'hôpital de Rodez. Elle est joignable au 3966. Dans chaque secteur du département un médecin est d'astreinte, et est mobilisable par le médecin régulateur.

Sur le secteur de l'agglomération de Rodez, un seul médecin est effecteur. Il effectue des visites à domicile, en EHPAD ou des consultations régulées à son cabinet. Parfois il peut y avoir de nombreux actes à effectuer. Les patients qui n'étaient pas régulés et qui se présentaient spontanément aux urgences ne pouvaient pas être réorientés vers la PDSA.

Dans ce contexte, et comme dans de nombreux hôpitaux d'autres départements, un projet de MMG a été créé en accord avec l'association de gestion de la PDSA et l'hôpital de Rodez.

Cette MMG a été créée au sein de l'hôpital de Rodez, elle est pour l'instant en activité que le week-end. Elle se situe dans des locaux provisoires, mais en 2022 elle se situera à côté du service des urgences après l'achèvement de travaux de restructuration.

Elle vise à pouvoir, à terme, recevoir des patients aux horaires de PDSA, le soir en semaine de 20h à minuit et le week-end en journée. Sa proximité avec le service d'urgence pourra faciliter les soins, la réorientation à partir du service d'accueil des urgences, et ainsi pouvoir attirer aussi de nouveaux acteurs, comme les jeunes médecins remplaçants.

C. Justification et objectifs de l'étude

1. Expérience personnelle

Durant mon internat et mon début d'activité professionnelle j'ai souhaité garder un lien étroit avec le milieu hospitalier. Pour cette raison, j'ai commencé par réaliser des gardes lors de mes stages ambulatoires, puis en assurant une journée de consultation par semaine au sein d'un service et enfin en travaillant de façon régulière au sein du service des urgences de Rodez.

Sur un plan personnel cela m'a toujours apporté une meilleure compréhension du rôle de médecin en ayant les deux perspectives, du travail hospitalier plutôt de deuxième recours et du travail libéral en soin premier. Grâce à cela j'ai pu tisser un réseau efficient de correspondants. De ce fait, adresser un patient à un spécialiste que je connais facilite le lien. De la même façon adresser un patient aux urgences à un urgentiste que je connais est aussi une véritable plus-value et améliore ainsi pour moi la relation médecin patient.

Depuis 2 ans je travaille régulièrement au sein des urgences de Rodez. J'occupe un poste de médecin généraliste, et non pas d'urgentiste. Mes missions principales sont :

- Le suivi et l'orientation des patients hospitalisés sur l'unité de soins de courte durée.
- La prise en charge des patients de la filière dite « ultra courte ». Ces patients, qui ne présentant pas de pathologie sévère, ne relèvent souvent que d'une simple consultation voire parfois d'examen complémentaire type radiologie simple.

Ces patients se présentant aux urgences pour un motif non grave, pourraient à mon sens avoir un recours en soins primaires.

2. Objectifs de l'étude

C'est à partir du constat global de la situation des urgences, de la volonté d'organiser des filières de soins locales efficaces pour les patients mais aussi les professionnels de santé, et de mon expérience personnelle, que nous nous sommes intéressés aux patients se rendant aux urgences pour des soins simples, peu importants, que l'on peut regrouper sous le terme de soins non programmés.

Au travers de cette enquête, nous avons voulu chercher à définir les caractéristiques, mais aussi les raisons, de cette population de patients qui consultent aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale. L'objectif est de mieux comprendre les déterminants ou les motifs de leur venue aux urgences, afin de pouvoir localement améliorer les filières de soins.

II. Matériels et méthodes :

A. Services des urgences :

Il accueille 30771 passages en 2021 (+ 14,3% d'augmentation par rapport à 2020 du au confinement), avec une médiane quotidienne de 86 passages par jour. Il est composé d'une équipe médicale de 21,6 ETP médecins. Il bénéficie actuellement, de 9 box de consultations et de 8 chambres d'hospitalisation de courte durée. En journée 4 médecins séniors et 3 internes, se répartissent les secteurs filières longues, filières courtes et UHCD, dont deux médecins en départ SMUR 1 et 2, et une filière pédiatrique.

L'équipe para médicale se compose par jour d'une infirmière d'accueil et d'orientation (IAO), d'une infirmière par filière courte et longue, d'une puéricultrice et d'une infirmière sur l'UHCD. 3 aides-soignants, un agent d'accueil administratif, deux cadres de santé et deux secrétaires complètent les équipes de jours.

B. Parcours patient

A son arrivée le patient est enregistré par l'agent d'accueil, puis pris en charge par l'IAO. Un premier interrogatoire et une prise de constantes sont réalisés. Une catégorisation du degré d'urgence est réalisée pour permettre une priorisation des patients. Pour cela elles utilisent une échelle de triage validée par la SFMU depuis 2018, la classification FRENCH (21). La cotation va de 1 à 5 avec priorité d'installation du patient décroissante. Pour exemple les patients en détresse vitale susceptible de s'aggraver dans l'heure sont triés 1 ou 2, avec délai d'installation et d'intervention médicale dans les 15 minutes. A l'inverse les patients stables sans risque d'aggravation sont triés 4 ou 5 en fonction d'autres critères.

C. Protocole de réorientation :

Actuellement une expérimentation sur un forfait de réorientation vers la médecine de ville par les services d'urgences est en cours. Il est régi par la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, prolonger par l'arrêté du 23 février 2021 en raison de l'épidémie de COVID 19 qui a retardé l'expérimentation (22). 36 établissements expérimentent la réorientation vers la médecine de ville.

Il n'existe cependant aucune recommandation HAS sur la réorientation à l'accueil des urgences. Le texte précise que la décision doit être prise par un médecin sénior. Mais cette obligation n'induit pas que le patient doit être vu par le médecin sénior, car il peut être questionné de façon protocolaire par l'équipe

soignante. Il suffit qu'un protocole soit validé par l'équipe médicale. Ensuite un bulletin de réorientation avec l'heure, le lieu du rendez-vous doit synthétiser la réorientation.

Aux urgences de Rodez un protocole a été réalisé sur la base de celui existant au CH d'Albi. Il permet à l'IAO de s'assurer qu'aucun critère de gravité n'est présent, et que le patient ne doit pas bénéficier d'examen complémentaires.

Si le patient est réorientable il reçoit en papier un bulletin de passage et de réorientation, synthétisant le motif et ses constantes, ainsi que l'heure de son rendez-vous à la MMG.

Toutes les infirmières formées à l'accueil et l'orientation ont reçu un complément de formation sur ce protocole.

D. Population et critères d'inclusion

Pour la période de recueil il a été demandé à toutes les IAO d'appliquer le protocole de réorientation pour tous les patients à n'importe quelle heure. Tous les patients réorientables après accueil IAO pouvait être inclus dans l'étude.

E. Rédaction du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé en se basant sur l'enquête nationale sur les structures d'urgences réalisée en 2013 (7). Le questionnaire comprenait 14 questions, la plupart à choix multiples.

Pour valider la durée de rédaction et la mise en forme, il a été testé auprès de plusieurs personnes de mon entourage, 2 confrères médecin, ainsi que 3 infirmières des urgences. Cela a permis de prendre en compte les retours concernant la mise en page et la formulation des questions.

Une information sur l'anonymisation des données et sur l'étude était faite en introduction.

F. Recueil des données

Les questionnaires ont été distribués sur une période de 4 mois entre le mercredi 2 juin et le mercredi 29 septembre 2021, soit 17 semaines. Les quinze jours précédents ont permis d'informer la quasi-totalité des infirmières assurant l'accueil et l'orientation pour leur expliquer l'étude, les critères d'inclusion de la population à étudier.

Le questionnaire était distribué par l'IAO aux patients réorientables. Lors de l'attente ils renseignaient le questionnaire. Le recueil se faisait soit par un dépôt spontané dans une boîte de recueil situé dans la salle d'attente soit auprès de l'IAO.

Chaque semaine je me chargeais de récupérer les questionnaires lors de ma journée hebdomadaire au sein des urgences.

G. Objectifs de l'étude

L'objectif principal est de réaliser une analyse descriptive des facteurs conduisant à une consultation aux urgences.

L'objectif secondaire est d'évaluer la possibilité d'une réorientation vers la médecine de ville.

H. Analyses statistiques

Les données des questionnaires recueillis ont été exploitées dans un tableur du logiciel Microsoft Excel. Les analyses statistiques ont été réalisées sur le même logiciel.

I. Éthique

Ce travail de recherche en santé n'impliquant pas la personne humaine est en conformité avec la réglementation MR-4 sur les données personnelles. Il a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL, déclaration n° 2225096, et au DUMG.

III. Résultats

Sur la période d'inclusion de 4 mois, allant du 2 juin au 29 septembre, 204 patients ont reçu un questionnaire, dont 202 ont pu être analysés, car 2 questionnaires présentaient des données manquantes les rendant inexploitable, en effet ils n'avaient été remplis que sur la face recto.

A. Démographie

La moyenne d'âge était de 43,5 ans. La médiane était de 44,5 ans ; avec un minimal de 1 an et un maximal de 80 ans.

Les caractéristiques démographiques des patients de notre étude sont représentées dans le tableau 1.

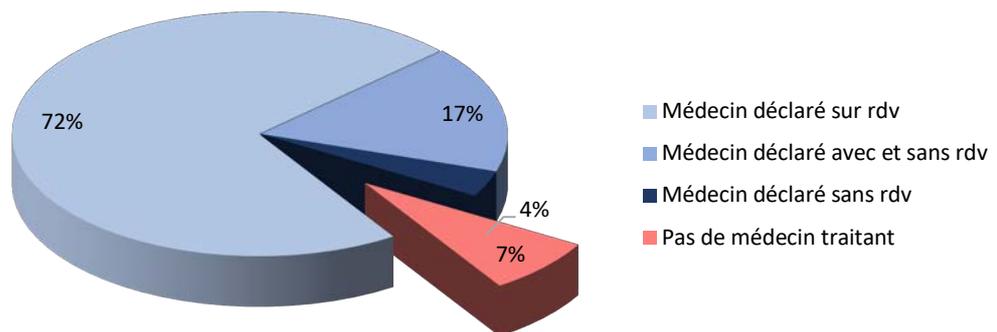
		Total n = 202 100%
Genre	<i>Homme</i>	92 (46%)
	<i>Femme</i>	90 (45%)
	<i>Parent avec enfant</i>	20 (10%)
Age	<i>0-15 ans</i>	16 (8%)
	<i>15-29 ans</i>	49 (24%)
	<i>30-49 ans</i>	44 (22%)
	<i>50-64 ans</i>	55 (27%)
	<i>65-74 ans</i>	30 (15%)
	<i>>75 ans</i>	8 (4%)
Profession	<i>Actif</i>	120 (59%)
	<i>Sans emploi</i>	20 (10%)
	<i>Étudiant</i>	16 (8%)
	<i>Retraité</i>	46 (23%)
Lieu de résidence	<i>Secteur < 20 minutes</i>	118 (60%)
	<i>Moyenne 20-45 minutes</i>	54 (27%)
	<i>Loin > 45 minutes</i>	14 (7%)
	<i>Hors département</i>	12 (6%)

Tableau1. Caractéristiques démographiques

B. Médecin traitant déclaré

187 patients, soit 93%, déclaraient avoir un médecin traitant. Parmi eux, 146 (72%) consultaient sur exclusivement sur rendez-vous, et 41 (20%) avaient des plages sans rendez-vous, dont 7 (3%) qui consultaient exclusivement sans rendez-vous.

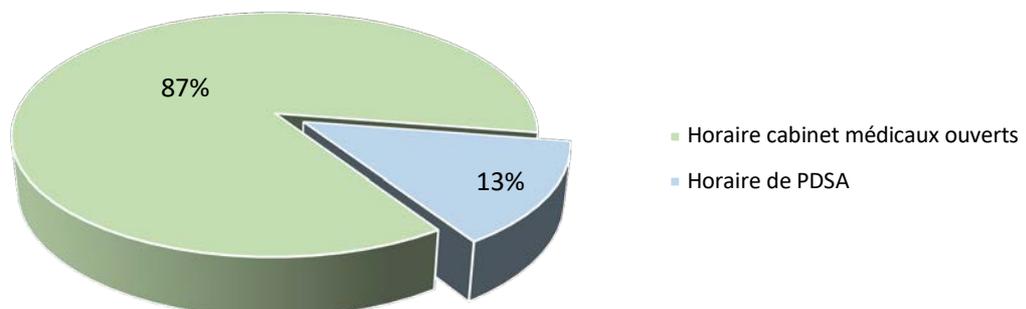
Figure 1. Proportion de médecins traitants et mode de consultation



C. Horaires

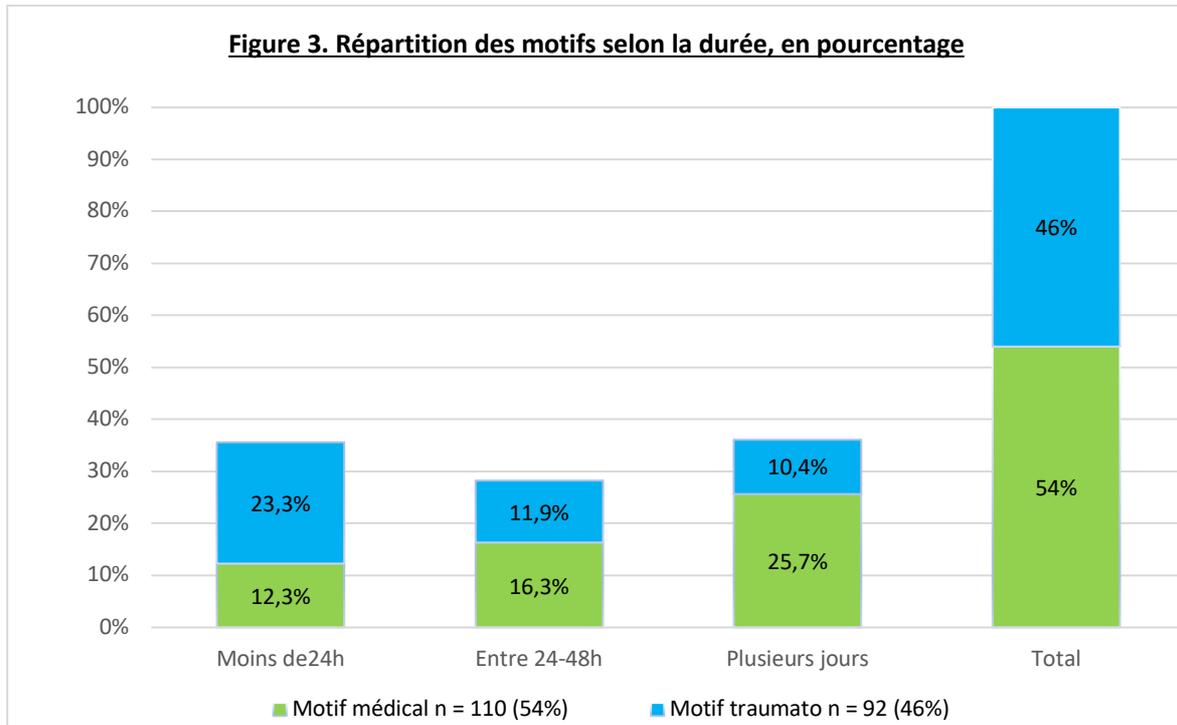
Les passages ont été divisés en deux groupes en fonctions de leur horaire. Le premier groupe était constitué des passages aux heures d'ouverture des cabinets médicaux 8h-20h en semaine. Le second groupe était constitué des passages aux horaires de PDSA, c'est-à-dire en semaine de 20h à 8h et le week-end du samedi 12h au lundi 8h.

Figure 2. Horaire des passages

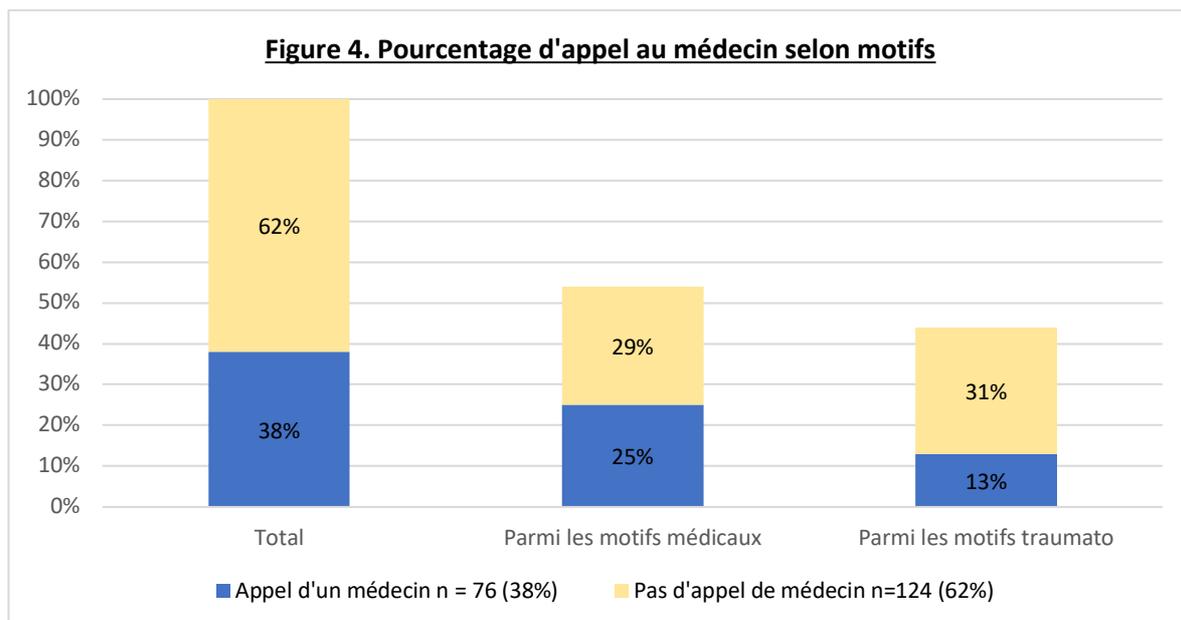


D. Motifs

110 (54%) motifs médicaux contre 92 (46%) de motifs traumatologiques ont été retrouvés. Aucun autre motif n'a été relevé (violences ou problèmes psychologiques). La distribution entre motif médical et traumatologique selon la durée d'apparition est présentée ci-dessous.

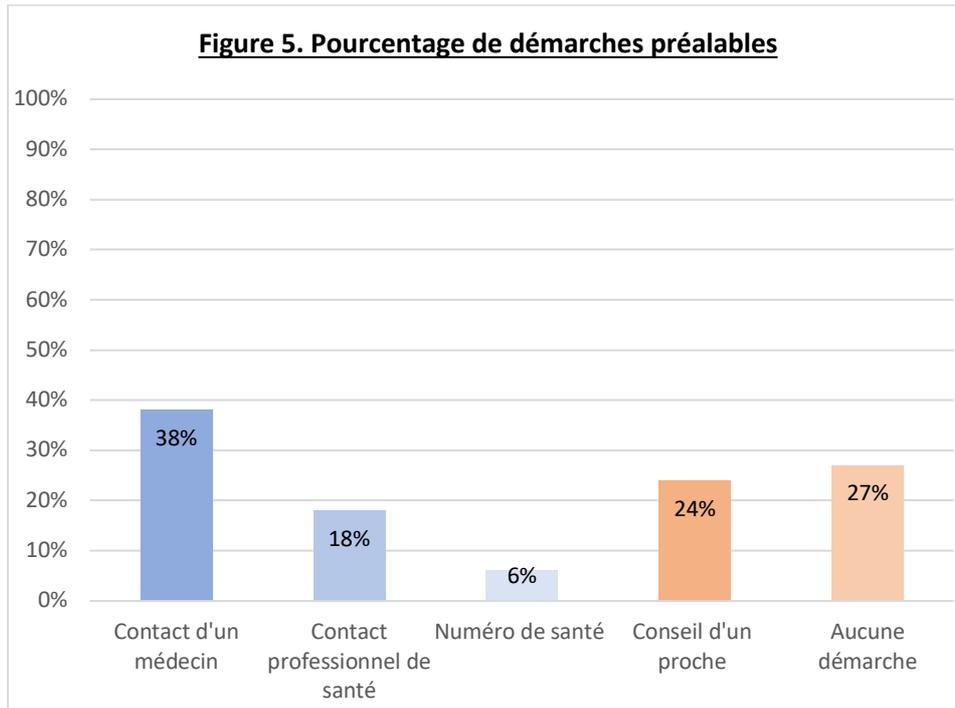


Les motifs selon l'appel du médecin sont présentés ci-dessous.

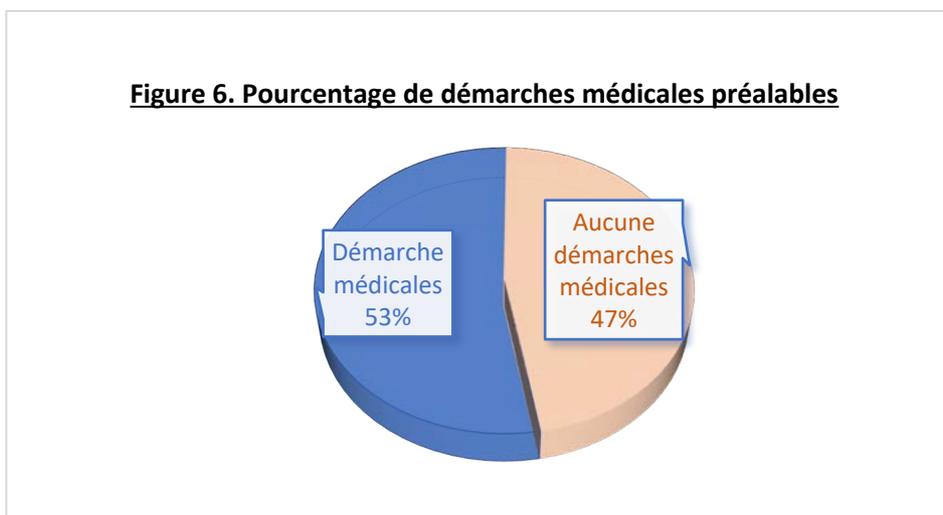


E. Démarches entreprises avant de venir aux urgences

Parmi les propositions concernant les démarches entreprises avant de se présenter aux urgences, c'est le contact avec un médecin et le conseil d'un proche qui étaient le plus déclarés par les patients, respectivement 76 fois (38%) et 49 fois (24%). Le contact avec un autre professionnel de santé était déclaré 36 (18%) fois. Les recours à un numéro de santé tel que le 15, le 18, le 3966 sont déclarées 6% du temps, respectivement 6 (3%), 1 (0,5%) et 2 (1%) fois.

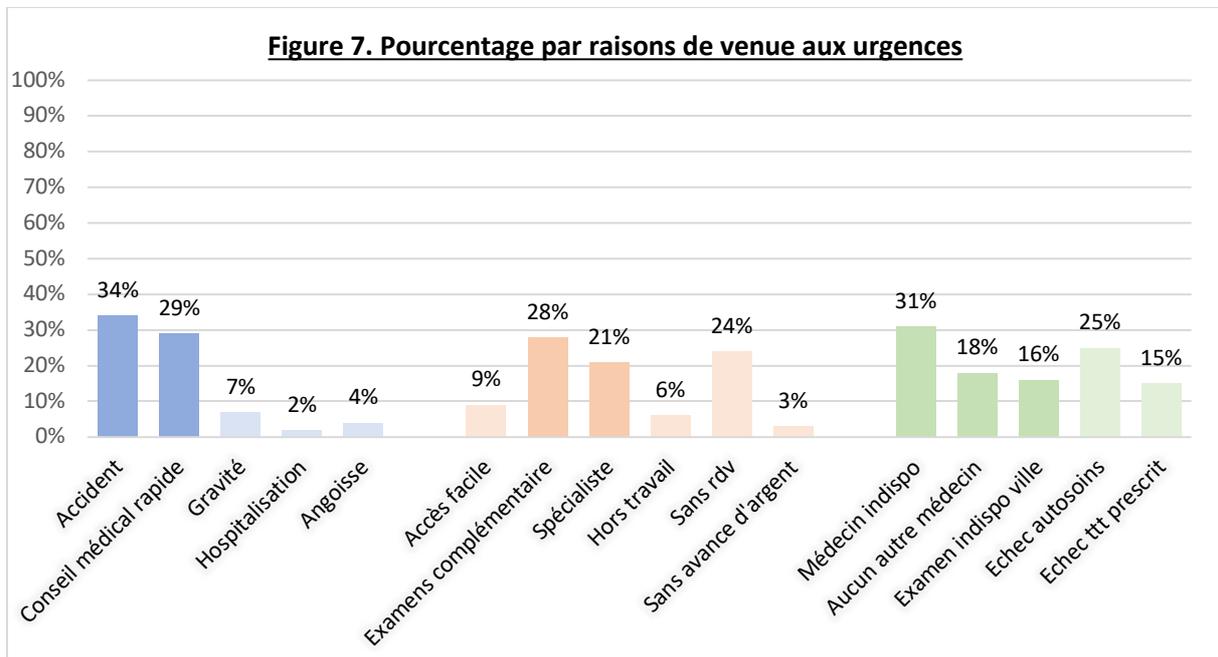


Des démarches auprès d'un professionnel de santé étaient effectués 53% du temps, alors que 47% prenaient avis auprès d'un proche ou aucun avis.

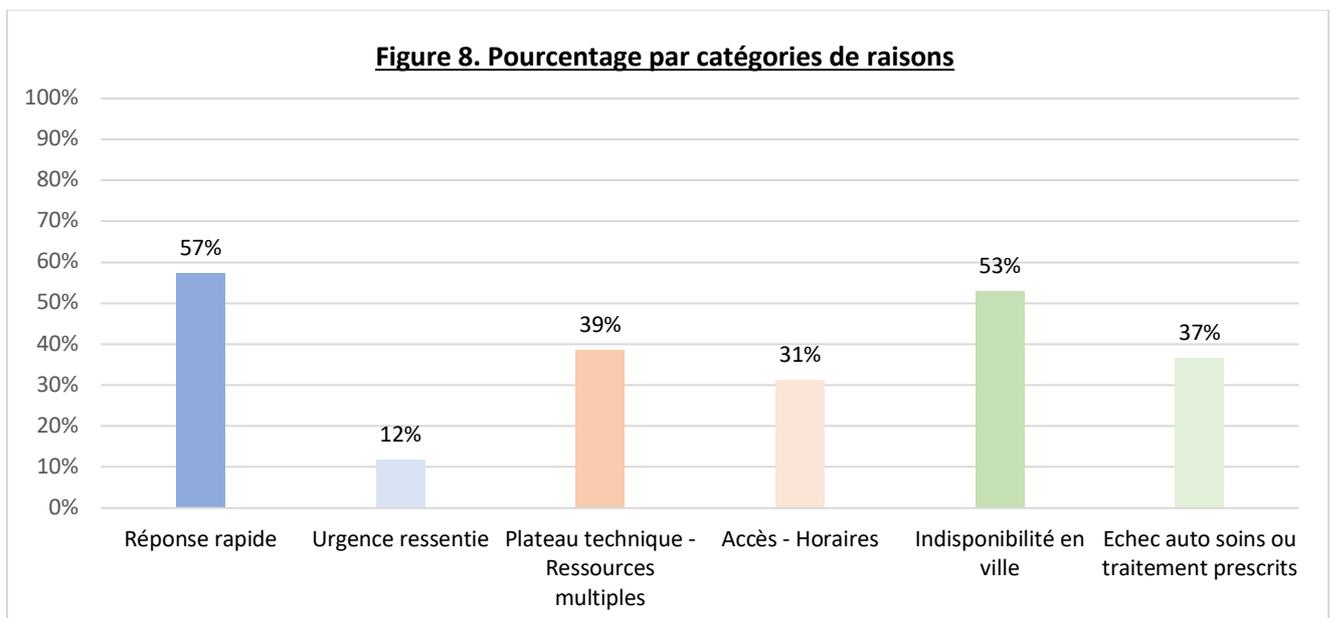


F. Raisons invoquées du passage aux urgences

Les pourcentages de réponses parmi les propositions de motifs de venue sont présentés ci-dessous.



Nous avons aussi fait une analyse en regroupant les catégories de raisons. Les pourcentages ne se cumulent pas car les patients pouvaient cocher autant de raisons qui correspondaient à leur situation.

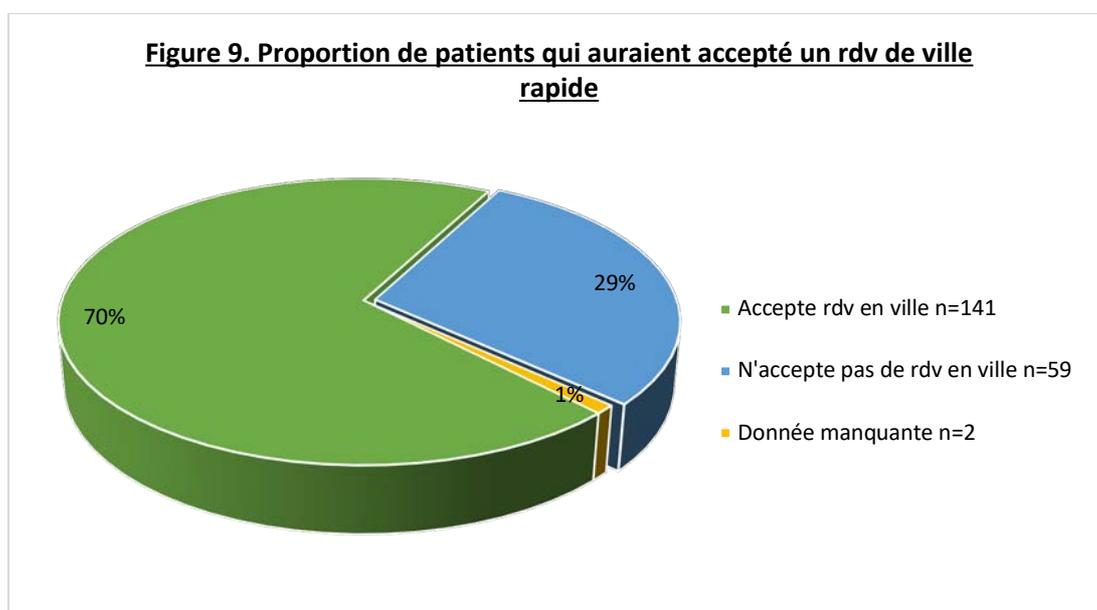


80 patients (39%) déclaraient ne pas avoir pu consulter de médecin de ville (au moins une des deux réponses « médecin complet ou absent » ou « aucun autre médecin trouvé »).

Parmi eux 52% avaient contacté un médecin, et 48% n'avaient pas contacté de médecin.

G. Rendez-vous de médecine de ville

141 (70%) des patients interrogés ont déclaré qu'ils accepteraient un rendez-vous de médecine de ville rapide.



IV. Discussion

A. Concernant le design de mon étude

Plusieurs limites dans l'élaboration de ce travail peuvent être soulevées. Le nombre de patients inclus dans mon étude est plus faible qu'espéré. La population de patients relevant de la médecine générale, qui était le critère d'inclusion principal, peut être estimée au sein des urgences de l'hôpital de Rodez par la proportion de patients cotés en fin de prise en charge CCMU 1. La CCMU (Classification Clinique des Malades aux Urgences annexe 3) est une cotation réalisée par les médecins en fin de prise en charge. La CCMU 1 représente les patients qui n'ont pas bénéficié d'explorations complémentaires en dehors de l'examen clinique du médecin. Sur l'année 2021 et les 30771 passages, 13% sont cotés CCMU1 soit environ 4000 passages. On pourrait donc extrapoler ce chiffre en pensant qu'il y a environ 4000 passages aux urgences de Rodez qui pourrait être traité par la médecine de ville. En 4 mois je ne suis parvenu qu'à inclure 200 patients dans mon étude.

Plusieurs raisons à ce faible nombre de patients peuvent être évoquées. L'inclusion des patients n'était pas systématique, elle dépendait de l'infirmière d'accueil et d'orientation. C'est elle, après accueil du patient, qui devait lui remettre le questionnaire pour inclusion dans l'étude. Mon recueil s'étant fait pendant la période estivale, avec une affluence forte (en moyenne 100 passages par jour sur la période des 4 mois de l'étude), l'IAO n'a pas toujours eu le temps de donner et d'expliquer le questionnaire aux patients qui pouvaient être inclus. De plus, l'inclusion de patients a été réalisé durant une période de travaux au sein des urgences. Le poste d'accueil infirmier a dû être déplacé plusieurs fois, pouvant créer des oublis sur l'inclusion des patients à l'accueil. Il s'agit là d'un biais d'inclusion. En revanche la quasi-totalité des questionnaires distribués ont pu être analysés et donc chaque patient inclus a été retrouvé dans l'analyse.

Une seconde limite se situe dans la construction de notre questionnaire. Les propositions du questionnaire sous forme de liste à cocher peuvent entraîner une perte de déclaration de la part des patients. Le taux de réponses cochées est relativement faible sur l'ensemble de notre recueil de données. Des réponses de type oui/non auraient pu permettre de diminuer le biais déclaratif. Notre questionnaire s'inspirait largement de celui de la DREES lors de l'enquête nationale aux urgences (7), qui lui était rempli a posteriori, et par une tierce personne en coopération avec le patient, limitant la perte d'information.

Les forces de notre étude sont le temps long sur lequel nous l'avons mené. La durée de recueil était de 4 mois. L'inclusion des patients s'appuyait sur un protocole de réorientation validé conjointement par l'association des médecins de PDSA locale et l'hôpital, permettant de limiter les biais de sélection.

B. Les caractéristiques de notre population d'étude

1. La démographie

Les patients de l'étude sont des patients en âge d'être actif (15-65 ans). La proportion de personnes âgées de plus 75 ans n'est que de 4% alors qu'elle représente 20% des passages aux urgences de Rodez en 2021. On peut émettre l'hypothèse d'une moindre venue aux urgences pour un motif simple chez cette classe d'âge. L'étude de la DREES de 2013 montre d'ailleurs que cette population est bien plus souvent hospitalisée, 56% du temps pour cette classe d'âge. Ce taux n'est que de 30% pour toutes les classes d'âge confondues (8).

Dans le même temps la proportion de population pédiatrique de notre étude n'est que de 8% pour les moins de 15 ans alors qu'elle représente 19,5% des passages aux urgences de Rodez et 17% en moyenne nationale (8). Cette sous-représentation peut s'expliquer par la filière pédiatrique du service d'accueil d'urgences de Rodez. L'infirmière puéricultrice qui réalise la plupart du temps un accueil direct des enfants n'était pas impliquée dans l'étude et n'a donc pas inclus de patients.

La proportion d'actifs, de sans emploi, et de retraités est dans notre population conforme aux données françaises selon l'Insee (23), avec une répartition de 60% d'actifs, 20% de retraités et 10% de sans-emploi.

La grande majorité des patients de notre étude a un lieu de résidence proche du centre hospitalier de Rodez. En effet, 60% se situe à moins de 20 minutes de l'hôpital de Rodez. Cela peut s'expliquer par les autres sites de services d'accueil répartis sur l'Aveyron, qui couvrent bien le territoire. A noter dans notre étude que 6% des patients résident hors département s'expliquant probablement par la saison estivale durant notre étude.

Un des points marquants dans les résultats de notre étude est la déclaration d'un médecin traitant par 93% des patients. Cela va à l'encontre d'une perception commune que les patients consultant aux urgences n'ont pas de médecin référent. Ce résultat est à interpréter au regard d'un sondage récent indiquant que 95% des Français ont un médecin traitant (24). L'assurance maladie confirme ces chiffres en 2018, même si elle précise que la proportion augmente ces dernières années, avec 1 français sur 10 sans médecin traitant. Avoir un médecin traitant déclaré ne veut pas toujours dire que l'on a un médecin habituel que l'on voit fréquemment. A ma connaissance il est prévu par la CPAM, en lien avec le conseil de l'ordre départemental des médecins, de contrôler la véracité de ces déclarations (par exemple départs récents à la retraite, remplacements ...).

2. Une répartition équilibrée de motif médicaux et traumatologie

Dans notre étude, aucun autre motif, en dehors de motif médical ou traumatologique, n'a été déclaré. Cela discord avec un nombre de certificats de coups et blessures réalisés aux urgences en 2021 non négligeable (1% des passages en 2021 au SAU de Rodez). De la même manière aucun motif psychologique n'est revenu dans notre population d'étude.

La répartition des motifs médicaux et traumatologiques dans notre étude est différente de celle du SAU. En effet, la répartition globale des motifs d'entrée aux urgences en Occitanie en 2018 est plus en faveur des motifs médicaux représentant 75% des passages, contre 15% de motifs traumatologiques, 5% de motifs psychiatriques et 3% de motifs toxicologiques (16). Dans notre étude, la répartition est plus équilibrée, 54% de motifs médicaux et 46% de motifs traumatologiques. On peut évoquer pour expliquer cette distribution, une difficulté de classer les motifs médicaux, par exemple la douleur thoracique ou la douleur abdominale, comme réorientables avec le protocole actuel. A l'inverse, il était plus facile d'y inclure la traumatologie bénigne ne nécessitant pas d'examen.

La part de traumatologie plus importante dans notre étude peut également s'expliquer par la méconnaissance de ce qui peut être géré par la médecine de ville. Par exemple, il a été souligné dans une étude sur les sutures simples réalisées dans un service d'accueil d'urgence que la moitié des patients ignorait la possibilité de la réalisation de ce geste en dehors des urgences (25). D'ailleurs dans notre étude, l'appel au médecin chez les patients avec un motif médical était équilibré, alors que chez les patients avec un motif traumatologique la proportion d'appel au médecin est plus faible.

Les patients considèrent probablement que leur médecin traitant est moins apte à prendre en charge la petite traumatologie, comme cela est démontré dans une étude récente réalisée dans le Lot (26).

De la même manière, des patients fréquentent les urgences dans le cadre d'un accident du travail alors qu'ils n'auraient pas forcément consulté aux urgences dans leur cadre privé. En effet, l'employeur incite le salarié à consulter rapidement un médecin, ce qui peut conduire à un passage non justifié aux urgences. Une information et une éducation des patient seraient bénéfiques au réajustement du parcours de soins.

On s'aperçoit que la durée d'apparition du motif de consultation est répartie de façon équitable entre aigue (<24h) et durant plusieurs jours (>48h). En revanche, la durée d'apparition du problème augmentait lors d'un problème médical alors qu'elle diminuait pour les problèmes traumatologiques. Ces résultats suggèrent que la demande de réponse médicale ou d'examen est plus forte lors d'un motif traumatologique, alors que le recours aux urgences pour un motif médical non grave est plus différé.

C. Les déterminants des passages aux urgences

1. Une moitié de démarches préalables avec un professionnel

Dans notre étude, 27% des patients déclarent n'avoir entrepris aucune démarche préalable avant de venir aux urgences, 26% ont pris conseil auprès d'un proche. Finalement, c'est 47% des patients qui n'ont entrepris aucune démarche auprès d'un professionnel de santé. Quand les patients ont eu recours à un professionnel (53% du temps), ce n'est que 38% du temps auprès d'un médecin, alors que 93% déclarent en avoir un.

Lors de l'étude la DREES en 2013, un tiers des patients se présentant aux urgences pour n'importe quel motif, avait entrepris des démarches concernant leur état de santé avant de venir aux urgences. Dans 75% des cas, ces démarches étaient faites auprès d'un médecin (8).

Il est à mon sens important de pouvoir augmenter l'accès direct à un conseil médical avant de se présenter dans un service d'urgence. L'éducation renforcée des patients et la mise en place d'une régulation médicale avec un numéro unique pourrait faciliter cet accès.

2. Difficulté d'accès à la médecine de ville

Dans notre population, 53% des patients ont déclaré avoir rencontré une difficulté en ville. La majeure partie du temps c'était une difficulté à avoir accès à un médecin, mais 16% du temps c'était une difficulté d'accès à un examen qui était exprimée. Ces résultats corroborent un sentiment général de difficulté d'accès à la médecine de ville. L'offre de soins locale, avec la diminution de médecins généralistes à cause de départ à la retraite sur le Grand Rodez, peut être la cause de ces difficultés. De la même manière un cabinet de radiologie libérale, proposant de la radiologie, de la mammographie et des échographies a fermé fin 2020.

Ce qui est étonnant, c'est que parmi les patients déclarant ne pas avoir pu voir un médecin de ville (80 patients, soit 39%), 38 patients, soit 48% d'entre eux, n'avait préalablement pas contacté de médecin. On peut, au regard de ce résultat, penser qu'il y a un certain découragement d'une part de la population à se tourner vers la médecine de ville dans le cadre de soins aigus non programmés.

3. Peu de passages mis en évidence aux horaires de PDSA

Dans notre étude, l'inclusion de patient pouvait se faire à toute heure. La proportion de passages en horaire de PDSA était relativement faible, à savoir 13% des patients de notre étude. Ce chiffre nous suggère que la PDSA joue pleinement son rôle de régulation de l'accès aux soins, en permettant un parcours de soins pertinent aux patients qui le nécessitent.

On peut donc penser que ce fonctionnement est efficient, ce modèle pourrait être reproduit en journée afin de réorienter les patients sur le bon parcours de soins. Nous pourrions même envisager qu'une meilleure prise en charge en journée et en semaine permettrait de soulager la charge reposant sur la PDSA actuellement.

4. Des motivations diverses

Notre étude présente sensiblement les mêmes données que l'enquête nationale au sujet des motivations des patients à consulter les urgences pour leurs atouts (plateau techniques, présence de spécialistes, accès...). En effet, dans notre étude, les motivations les plus retrouvées sont la possibilité de réaliser des examens complémentaires (28%) ou de voir un spécialiste (21%). La facilité d'accès (9%), la gratuité (3%) ou l'ouverture en dehors des heures de travail (6%) sont des caractéristiques peu retrouvées dans notre étude tout comme dans l'étude nationale (8).

Ces dernières caractéristiques nous permettent de déduire qu'il n'existe pas de freins majeurs à organiser une consultation en premier recours.

L'apparition d'un évènement aigu, qu'il soit d'ordre médical ou traumatologique, et le besoin d'une réponse rapide est la majorité du temps déclaré comme un motif de recours (figure 8). A l'inverse, les patients, même s'ils ont une urgence ressentie, donnent l'impression d'être critique sur le caractère non grave de leur situation puisqu'il ne déclare que 12% du temps un sentiment de gravité, d'angoisse ou d'hospitalisation.

On peut mettre en parallèle notre étude sur des SNP se déroulant aux urgences par une autre étude en médecine de premier recours réalisé en Aveyron par un futur confrère. Il a montré que lors d'une consultation de soins non programmés chez des médecins aveyronnais, l'urgence ressentie par le patient était statistiquement plus grande que l'urgence ressentie par le médecin (6,1 contre 4,8 sur une échelle numérique de 1 à 10) (27).

Dans notre étude, on peut envisager leur présence aux urgences par le fait qu'une réponse à leur problème sera donnée immédiatement. Nous pouvons suggérer qu'une régulation médicale apportant une réponse rapide, soit par des conseils, une prescription ou une orientation adaptée vers un professionnel, pourrait alors diminuer les passages aux urgences dans ces situations.

La venue aux urgences peut aussi s'apparenter à une solution de second recours. En effet, dans notre étude, 37% des patients ont déclaré, soit « s'être soigné seul sans résultat », soit « avoir pris un traitement sans résultat ». On peut donc supposer que leur venue aux urgences est alors un choix de second recours, peut être alors à la recherche d'un deuxième avis ou d'examens.

D. Perspectives

Dans notre étude, la proportion de patients qui aurait accepté un rendez-vous de ville substituant leur passage aux urgences est de 70%. Cela permet donc d'envisager que des filières alternatives ont leur place pour éviter aux demandes de soins non programmés d'être prises en charge aux urgences. D'autres travaux ont montré que les patients ne sont pas contre la réorientation aux urgences (28)(29)(30). Dans le cadre de la création récente de la maison médicale de garde, cette donnée permet de conforter l'idée qu'elle va améliorer le parcours des patients. À la vue de la forte proportion de passages dans notre étude en dehors de son ouverture, on peut poser la question sur une ouverture plus large de cette MMG ou d'une structure équivalente permettant la prise en charge de soins non programmés. En effet on voit depuis quelques années apparaître des centres de soins non programmés sur le territoire. Ils n'ont d'ailleurs pas de dénomination commune. Ils peuvent parfois apporter une réponse locale à un besoin mais il faut toujours les penser dans une stratégie globale d'offre et d'accès aux soins.

La moitié des patients de notre étude ont évoqué une indisponibilité de la médecine de ville comme facteur les ayant conduits aux urgences. Dans un contexte de baisse de la démographie médicale, il faut que la médecine de ville soit mieux organisée pour permettre d'accroître sa part de soins non programmés effectués. Car si actuellement la part du non programmé dans les cabinets se situe autour de 12% (4), cette part ne semble pas suffisante, entraînant un recours hospitalier toujours plus important.

Afin d'accroître la gestion en ville des SNP, et dans un contexte de difficulté d'accès aux soins, une des principales directives évoquées dans le rapport de Thomas Mesnier (12), est la mise en place d'un service d'accès aux soins. Ce projet est présent dans le plan « Ma santé 2022 », et mentionné dans la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé (31). Il peut permettre d'améliorer l'accès au soin des personnes en demande de SNP ne trouvant pas de solution de consultation. Ce service d'accès aux soins

prendra la forme d'une plateforme de régulation, accessible par un numéro unique. N'importe quel patient en demande de soins pourra contacter la plateforme. Il pourra alors être aiguillé selon sa demande vers la meilleure structure, vers les urgences si cela est nécessaire ou vers la médecine de ville. Pour cela, il faudra une collaboration de tous les acteurs, et notamment des médecins libéraux afin de permettre la mutualisation des agendas ou des plages de rendez-vous urgents.

Les créations de CPTS favorisent la coordination et la coopération locale. En lien avec les hôpitaux de proximité, elles pourront, à terme, absorber une plus grande partie des soins non programmés. Ils sont déjà en partie gérés par la médecine de ville, et avec une satisfaction globale de la part des acteurs et des patients (32).

En Aveyron, la réflexion entamée par les acteurs libéraux et hospitaliers, a mis de côté la création d'une structure d'accueil de soins non programmés, au bénéfice d'un projet coopératif plus structuré. Les résultats de mon étude ont permis d'appuyer ces discussions. La réorientation à l'accueil des urgences est un dispositif qui fonctionne, il faut pouvoir la développer. Le projet propose une réorientation directe le matin via un contact administratif vers les cabinets de ville. L'après-midi une régulation téléphonique nous semble plus pertinente et adaptée à l'ensemble de la population.

La régulation des passages aux urgences est aussi une aussi une question importante. Les urgences doivent-elles toujours accueillir tous les patients s'y présentant spontanément ? Dans notre étude, nous nous apercevons qu'il y a encore une part importante de recours aux urgences décidés de façon isolée sans démarches médicales préalables (47%). Il faut alors favoriser grandement l'éducation des patients à l'utilisation des services de soins. Le rôle du médecin généraliste, qui est à proximité des patients, devient alors prépondérant. Par ailleurs, pour mon travail de recherche durant mon mémoire, intitulé « Typographie des soins non programmés en premiers recours », j'ai réalisé un support de communication pour les médecins généralistes à destination des patients. Il précise que le médecin généraliste doit être le recours principal pour la plupart des situations. Ce support est présenté en annexe 4.

La mise en place de tous ces dispositifs pourra permettre à chacun d'améliorer les prises en charge médicales et notre qualité de travail. De plus, nous devons continuer d'être attractif pour de nouveaux médecins en poursuivant l'accueil des internes ainsi que la poursuite de création de lieux d'exercices modernes et coordonnés comme les maisons de santé.

Enfin tout ceci ne pourra se faire qu'en continuant l'éducation des patients au bon usage du système de soins.

V. Conclusion

Les politiques de santé nationale, notamment portées dans le plan « Ma santé 2022 », ont mis les soins non programmés au centre des enjeux d'accès aux soins. Dans notre étude, ce sont les SNP traités par les urgences que nous avons tenté de caractériser en interrogeant les patients sur les déterminants de leur venue.

On peut donc s'apercevoir que les SNP aux urgences de Rodez touchent plutôt une population d'âge actif, résidant à proximité des urgences, pour des soins non graves, présents depuis une durée variable. Cette population a majoritairement un médecin traitant, mais elle n'a entrepris des démarches auprès d'un professionnel que la moitié du temps, avant de se présenter aux urgences. Parmi les déterminants aux passages aux urgences, on peut dégager le besoin d'une réponse médicale rapide, un échec du recours à la médecine de ville ainsi que le plateau technique des services d'urgences. En revanche les patients restent favorables à une alternative tournée vers la médecine de ville dans une large majorité du temps.

Ce constat appuie le projet d'une régulation médicale (Service d'Accès aux Soins), qui permettrait de répartir les demandes de soins non programmés plus efficacement vers la médecine de ville, et à la fois d'assurer une éducation continue des patients. Ces nouvelles filières d'organisation des SNP pourraient ainsi satisfaire les patients, mais aussi les professionnels de santé et replacer les services d'urgences dans leur rôle propre.

VI. Bibliographie

1. Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2018 [cité 14 févr 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
2. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. Fréquence des soins non programmés en médecine générale en France aux heures d'ouverture des cabinets de ville. Revue de littérature [Internet]. 2017 [cité 1 févr 2022].
3. Gouyon M., Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Etudes Résultat [Internet]. Mars 2006 [cité 31 janv 2022];(471).
4. Chaput H., Monziols M., Ventelou B., Zaytseva A. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Etudes Résultat [Internet]. janv 2020 [cité 31 janv 2022];(1138). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats>
5. Buzyn A. Pacte de refondation des urgences [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2029 [cité 31 janv 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences>
6. République Française. Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
7. DRESS. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2013 [cité 23 mars 2021].
8. Boisguerin B., Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Etudes Résultat [Internet]. juill 2014 [cité 27 janv 2022];(889)
9. République Française. LOI n° 2020-1576 de financement de la sécurité sociale pour 2021 [Internet]. déc 14, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
10. Cour des comptes. Le rapport public annuel 2019. 2019 févr. (Tome II - Les urgences hospitalières).

11. Grall DJ-Y. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences. 2015 juill p. 30.
12. Mesnier Thomas. Rapport « Assurer le premier accès aux soins » - Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. 2018 mai [cité 31 janv 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>
13. DREES. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques. mars 2021 [cité 1 févr 2022]; Les dossiers de la dress (76). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>
14. CNOM. Atlas démographie médicale 2021 [Internet]. 2021. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr>
15. Chaput H., Monziols M., Ventelou B., Zaytseva A. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Etudes Résultat [Internet]. janv 2020 [cité 1 févr 2022];(1140).
16. ORU Occitanie. Panorama 2018 – ORU Occitanie [Internet]. 2018 [cité 18 déc 2019]. Disponible sur : <https://www.oruoccitanie.fr/?p=1331>
17. République Française. Décret n° 2009-1173 du 1er octobre 2009 déterminant les modalités de mise en œuvre des expérimentations concernant la permanence de soins en médecine ambulatoire.
18. Décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires. 2016-1012 juill 22, 2016.
19. Flacassier C. Étude de l'impact de la Maison Médicale de Garde de Libourne sur la pratique déclarée des médecins généralistes du secteur du Libournais. 2017.
20. Ribaut L, Lorrain M. Permanence des soins ambulatoires : déterminants de consultation et évaluation de l'intention d'un recours à un service d'urgence : exemple de la maison médicale de garde de la Saurdrune. [Toulouse, France]: Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2015.
21. SFMU. Grille FRENCH 2018 de triage IOA. version 1.2 [Internet]. 2018 [cité 31 janv 2022]. Disponible sur : https://www.sfm.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfm/referentiel-grille-french-2018-de-triage-ioa-version-1-2/ref_id/39

22. République Française. Arrêté du 23 février 2021 abrogeant l'arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence et fixant la liste des établissements de santé expérimentateurs [Internet].
23. Insee. Statistiques démographiques françaises 2015.
24. Gerard M., Potéreau J., Hauser M. Observatoire des parcours de soins des français [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://harris-interactive.fr/wp-content/uploads/sites/6/2019/10/Rapport-Harris-Etude-les-Francais-et-la-medecine-de-ville-Santeclair.pdf>
25. Mendez L-A. Evaluation des déterminants chez les patients se rendant aux urgences pour des sutures réalisables en ambulatoire [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016.
26. Chetouani A; A Yves ; Chouvet, Sonia. Pour quelles raisons les patients consultent-ils directement aux urgences plutôt que chez le médecin généraliste pour de la traumatologie en lien avec l'activité physique ? 2021.
27. Lassoutanie N. Urgence estimée par le patient versus urgence évaluée par le médecin dans le cadre des soins non programmés en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil ; 2021.
28. Gentile S, Durand A-C, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? Rev Épidémiologie Santé Publique. févr 2009;57(1):3-9.
29. Basseux C. Recours aux urgences pédiatriques : les patients « non-urgents » sont-ils réorientables vers une consultation de médecine générale ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
30. Marchetti M, Lepape M, Lauque D. La réorientation à l'accueil des services d'urgences : évaluation des pratiques professionnelles françaises. Ann Fr Médecine Urgence. nov 2014;4(6):349-53.
31. République Française. LOI n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (1). 2021-502 avr 26, 2021.
32. Collet M., Gouyon M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Etudes Résultat [Internet]. févr 2008 [cité 31 janv 2022];(625).

VII. Annexes

Annexe 1. Recto du questionnaire distribué aux patients inclus

Madame, Monsieur, dans le cadre d'une étude sur les motifs de consultations aux urgences et pour améliorer l'offre de soins locale, je fais une enquête auprès des personnes se présentant aux urgences.

Ce questionnaire ne prend que quelques minutes pour être rempli. Il est totalement anonyme.

Merci de cocher les réponses qui vous semble adaptées à votre situation.

Si vous êtes accompagnant d'un enfant vous pouvez quand même répondre, il faut juste préciser l'âge de votre enfant.

Merci de mettre ce questionnaire dans la boîte blanche situé dans la salle d'attente

1/ Vous êtes :

- Homme Femme Un parent avec son enfant

2/ Vous avez ans (Si vous accompagnez votre enfant inscrivez son âge)

3/ Vous habitez : Ville Code Postal

4/ Vous êtes : (1 réponse)

- Actif ayant un emploi
 Sans emploi
 Retraité
 Étudiant
 Autre :

5/ Votre complémentaire santé est : (1 réponse)

- Mutuelle ou Prévoyance
 Complémentaire Santé Solidaire (ex CMU-C)
 Je n'ai pas de complémentaire santé
 Je ne sais pas

6/ Avez-vous un médecin traitant ?

- Oui Non

Si oui, votre médecin consulte-t-il : (1 réponse)

- Sur rendez vous
 Sans rendez vous
 Les deux (avec et sans rendez-vous)
 Je ne sais pas

7/ Quelle est votre heure d'arrivée aux urgences ?

8/ Quelle est le jour de votre arrivée ? (1 réponse)

- Jour de semaine Samedi Dimanche ou jours fériés

9/ Quel est le motif de votre venue aux urgences ? (1 réponse)

- Problème médical Violences ou certificat de coups et blessures
 Accident ou traumatisme Problème psychologique
 Autre

10/ Depuis combien de temps le problème actuel est-il apparu ? (1 réponse)

- Moins de 24h Entre 24 et 48h Plusieurs jours

Annexe 1. Verso du questionnaire distribué aux patients inclus

11/ Avant de venir aux urgences : (plusieurs réponses possibles)

- J'ai appelé ou vu mon médecin
- J'ai appelé ou vu un autre professionnel de santé
- J'ai appelé le 15
- J'ai appelé le 18
- J'ai appelé le 3966
- J'ai pris conseil auprès d'un proche
- Autre :
- Aucune de ces réponses

12/ Finalement, quelqu'un m'a-t-il conseillé de venir aux urgences ?

- Oui
- Non

13/ Quel que soit vos réponses antérieures, parmi toutes les propositions suivantes, cochez celles qui correspondent à votre situation (plusieurs réponses possibles) :

- J'ai eu un accident
- J'ai besoin d'un conseil médical rapide
- Je pense que c'est grave
- Je pense que je dois être hospitalisé
- Je suis angoissé, je ne sais pas où aller

- Je suis proche des urgences, l'accès est facile
- Je peux y bénéficier d'examens complémentaires
- Je peux y voir un médecin spécialiste
- Je peux être pris en charge en dehors de mes heures de travail
- Je peux être pris en charge sans rendez vous
- Je n'avance pas d'argent

- Mon médecin est absent ou complet
- Je n'ai trouvé aucun autre médecin en cabinet libéral pour me recevoir
- J'ai besoin d'un examen (prise de sang ou radio), je n'ai pas de rendez-vous
- J'ai essayé de me soigner seul sans résultats
- J'ai pris un traitement prescrit, mais ça ne va pas mieux

14/ Si un médecin de ville avait pu vous recevoir rapidement, auriez-vous accepté de vous rendre à une consultation ?

- Oui
- Non

Merci d'avoir pris quelques minutes pour remplir ce questionnaire.

Merci de le déposer dans la boîte blanche située dans la salle d'attente.

Annexe 2. Protocole de réorientation appliquer par l'IAO

1) Prise de constantes systématique par l'IAO :

- Fréquence cardiaque
- Tension artérielle
- Saturation
- Echelle numérique de la douleur
- Glycémie capillaire si patient diabétique

⇒ Ces paramètres devront être tracés dans le DPI du SAU

2) Critères d'exclusion interdisant l'envoi à la maison médicale de garde :

- Détresse vitale (circulatoire, respiratoire, neurologique)
- Douleur thoracique
- Céphalées brutales et / ou inhabituelle
- Dyspnée
- Hémorragie active quel qu'en soit le site
- Agitation, trouble du comportement
- Traumatologie nécessitant des examens complémentaires
- Motif de recours toxicologique ou psychiatrique
- Nourrisson de moins de 3 mois

⇒ En cas de doute, le recours au médecin sénior des urgences est impératif

4) Cas particulier du patient algique ou fébrile :

Tout patient présentant une EN > 3/10 ou température > 38°C doit bénéficier de l'administration d'un traitement antalgiques ou antipyrétique (prescription consignée dans le dossier informatique) avant sa réorientation à la MMG

Annexe 3. Classification CCMU

CCMU P	Patient présentant/souffrant d'un problème psychologique et/ou psychiatrie dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable associée
CCMU 1	État clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique. Examen clinique simple.
CCMU 2	État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique (prise de sang, radiographie conventionnelle) ou thérapeutique (suture, réduction) à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
CCMU 3	État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés pouvant s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
CCMU 4	Situation pathologique engageant le pronostic vital sans gestes de réanimation immédiat.
CCMU 5	Pronostic vital engagé. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
CCMU D	Patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou du service des urgences. Pas de réanimation entreprise.

Vous avez un
problème de
santé urgent ?

Ayez le bon réflexe et
adressez-vous à votre
cabinet médical !

NOUS NOUS ORGANISONS POUR VOUS
PRENDRE EN CHARGE.



1

Des plages
de rendez-
vous dédiées
aux urgences.

2

Un secrétariat
ouvert de 8h à
19h et formé
aux demandes
urgentes.

3

Une salle et
du matériel
dédiés aux
urgences.

4

Votre médecin
est en lien
avec l'hôpital
et ses
spécialistes.

Vous vous êtes ouvert le doigt, vous avez eu un malaise, votre enfant s'est fait mal etc.



Votre cabinet médical peut vous prendre en charge.

LE SOIR APRÈS 20H, LE WEEK-END ET LES JOURS FÉRIES, COMPOSEZ LE 39 66
POUR ÊTRE MIS EN RELATION AVEC LE MÉDECIN DE GARDE.

EN CAS D'URGENCE VITALE COMPOSEZ LE 15.

VIII. Résumé

AUTEUR : David BELMAS

TITRE : Caractéristiques et déterminants de la population de patients consultant aux urgences de Rodez pour des soins relevant de la médecine générale

DIRECTEUR DE THESE : Dr Aline JOSSILET
Soutenue le 12 avril 2022

Introduction : Les passages aux urgences sont en constante augmentation en France. Parmi eux on estime à 43% ce qui pourraient être pris en charge en ville. A Rodez, de nouvelles organisations des soins primaires sont en cours de réflexion, afin de réorienter les soins non programmés vers la médecine de ville. **Objectif :** Dans ce contexte, nous avons tenté d'établir des déterminants à la venue aux urgences des patients y consultant pour des soins relevant de la médecine générale. **Méthode :** Nous avons mené une étude observationnelle descriptive quantitative par questionnaire. Les patients dits « réorientables » après application d'un protocole, par l'infirmière d'accueil et d'orientation aux urgences de Rodez, répondaient à un questionnaire. **Résultats :** 202 patients ont été inclus et analysés. Il s'agit d'une population proche de Rodez (60% moins de 20 minutes), consultant pour des motifs médicaux 54% et des motifs traumatologiques 46% du temps. 93% ont un médecin traitant déclaré. 38% du temps un contact médical préalable a été réalisé. 47% n'ont effectué aucune démarche préalable auprès d'un professionnel de santé. 70% des patients acceptaient un rendez-vous rapide de médecine de ville comme alternative aux passages aux urgences. **Conclusion :** Les soins non programmés pris en charge par les urgences de Rodez touche plutôt une population active, résident à proximité des urgences, pour des soins non graves, présents depuis une durée variable. Cette population a majoritairement un médecin traitant, elle a la moitié du temps entrepris des démarches avant de se présenter aux urgences. Dans les raisons à sa venue aux urgences, le besoin d'un conseil médical est prépondérant en lien le plus souvent avec un échec du recours à la médecine de ville. Le plateau technique et médical du centre hospitalier motive également cette venue. Les patients restent fortement favorables à une alternative tournée vers la médecine de ville.

TITLE: In the population of patients consulting for general practice care in Rodez emergency service, characteristics, and determinants description.

Introduction: Emergency services visits are constantly increasing in France. Among them, it is estimated that 43% could be taken care of in the general practice. In Rodez, new primary care organizations are under consideration to redirect unscheduled care to general practice. **Method:** This is a descriptive observational study. The emergency service's guidance nurse applies a protocol to identify which patients could consult a GP and gives to patients a questionnaire. **Results:** 202 patients were included and analyzed. This is a population near to Rodez (60% less than 20 minutes drive), consulting for medical 54% and trauma motives 46% of the time. 93% have a referring physician, 38% called a doctor. 47% have not taken any prior step with health professionals. 70% patients would have accepted a quick appointment with GPs, as an alternative to consult an emergency service. **Conclusion:** The unscheduled care covered by the Rodez emergency department mainly affects an active population, residing near the emergency service, for non-serious reason, for a variable length of time. This population has mostly a referent doctor, it has half the time contacted health professionals before going to the emergency service. The need for quick medical advice is the main reason of consulting emergency services, which highlights the failure of GP services. The technical and medical platform in emergency services also motivates visits. Patients strongly prefer an alternative focused on GP services.

MOTS CLES : soins non programmés, médecine générale, structure d'urgences

KEY WORDS: unscheduled care, general practice, primary care, emergency departments

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de Médecine Ranguel : 133 Route de Narbonne, 31062 Toulouse Cedex 04, France