UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER FACULTÉ DE SANTÉ

Année 2022 2022 TOU3 1150

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement par

Johan TAISNE

Le 6 décembre 2022

Connaissances des critères d'urgence par les patients en cabinet de médecine générale. Étude descriptive réalisée dans des cabinets de l'Aveyron.

Directrice de thèse: Pr Motoko DELAHAYE

JURY:

Monsieur le Professeur Vincent BOUNES

Madame le Professeur Motoko DELAHAYE

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Assesseur

Monsieur le Docteur Denis PEREZ

Assesseur





FACULTE DE SANTE

Département Médecine Maieutique et Paramédicaux Tableau des personnels HU de médecine Mars 2022

Professeurs Honoraires

	Control of the Contro	rs Honoraires	
Doven Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doven Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire		Professeur Honoraire	
Professeur Honoraire Professeur Honoraire	M. CLANET Michel M. CONTE Jean	Professeur Honoraire Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
	M. DABERNAT Henri		M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur CARON Philippe
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur GRAND Alain
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur PERRET Bertrand
Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur RIVIERE Daniel
Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe

Mme LAMANT Laurence (C.E)

M. LANGIN Dominique (C.E)

M. TELMON Norbert (C.E)

M. VELLAS Bruno (C.E)

M. VERGEZ Sébastien

Mme TREMOLLIERES Florence Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)

M. VAYSSIERE Christophe (C.E)

	Class Fuses
	Classe Except
M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire
M. BUREAU Christophe	Hépato-Gastro-Entérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct,
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GAME Xavier	Urologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie

Urologie

Něphrologie

Bactériologie-Virologie

Mme LAPRIE Anne Radiothérapie M. LARRUE Vincent Neurologie M. LAUQUE Dominique (C.E) Médecine d'Urgence M. LAUWERS Frédéric Chirurgie maxillo-faciale M. LEOBON Bertrand Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire M. LEVADE Thierry (C.E)
M. LIBLAU Roland (C.E) Biochimie Immunologie M. MALAVAUD Bernard Urologie Chirurgie Orthopédique M. MANSAT Pierre M. MARQUE Philippe (C.E) Médecine Physique et Réadaptation M. MAS Emmanuel Pédiatrie M. MAURY Jean-Philippe (C.E) Cardiologie Mme MAZEREEUW Juliette Dermatologie M. MAZIERES Julien (C.E) Pneumologie M. MINVILLE Vincent Anesthésiologie Réanimation M. MOLINIER Laurent (C.E) Epidémiologie, Santé Publique M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E) Pharmacologie Mme MOYAL Elisabeth (C.E) Cancérologie M. MUSCARI Fabrice Chirurgie Digestive Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E) Gériatrie M. OLIVOT Jean-Marc Neurologie M. OSWALD Eric (C.E) Bactériologie-Virologie M. PARIENTE Jérèmie Neurologie M. PAUL Carle (C.E) Dermatologie M. PAYOUX Pierre (C.E) Biophysique M. PAYRASTRE Bernard (C.E) M. PERON Jean-Marie (C.E) Hématologie Hépato-Gastro-Entérologie M. RASCOL Olivier (C.E) Pharmacologie Mme RAUZY Odile Médecine Interne M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E) Psychiatrie Infantile M. RECHER Christian(C.E) Hématologie M. RITZ Patrick (C.E) Nutrition M. ROLLAND Yves (C.E) Gériatrie M. RONCALLI Jérôme Cardiologie M. ROUGE Daniel (C.E) Médecine Légale M. ROUSSEAU Hervé (C.E) Radiologie M. ROUX Franck-Emmanuel Neurochirurgie M. SAILLER Laurent (C.E)
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E) Médecine Interne Chirurgie Infantile M. SALLES Jean-Pierre (C.E) Pédiatrie M. SANS Nicolas Radiologie M. SCHMITT Laurent (C.E) Psychiatrie Mme SELVES Janick (C.E) Anatomie et cytologie pathologiques M. SENARD Jean-Michel (C.E) Pharmacologie M. SERRANO Elie (C.E) Oto-rhino-laryngologie M. SIZUN Jacques (C.E) Pédiatrie Neurochirurgie Gériatrie et biologie du vieillissement M. SOL Jean-Christophe Mme SOTO-MARTIN Mana-Eugénia M. SOULAT Jean-Marc Médecine du Travail M. SOULIE Michel (C.E) Urologie Chirurgie Digestive M. SUC Bertrand Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E) Pédiatrie

Médecine Légale Biologie du développement Anatomie Pathologique

Gynécologie Obstétrique

Oto-rhino-laryngologie

Anatomie Pathologique

Nutrition

P.U. Médecine générale M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

M. IZOPET Jacques (C.E)

M. KAMAR Nassim (C.E)

M. HUYGHE Eric

FACULTE DE SANTE Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe

M. ABBO Olivier

Chirurgie infantile

Gastro-entérologie

Pédiatrie

M. AUSSEIL Jérôme Biochimie et biologie moléculaire Mme BONGARD Vanina Epidémiologie, Santé publique M. BONNEVIALLE Nicolas Chirurgie orthopédique et traumatologique M. BOUNES Vincent Médecine d'urgence

Mme BOURNET Barbara Mme CASPER Charlotte

M. CAVAIGNAC Etienne Chirurgie orthopédique et traumatologie

M. CHAPUT Benoit Chirurgie plastique M. COGNARD Christophe Radiologie Mme CORRE Jill Hématologie Mme DALENC Florence Cancérologie M. DE BONNECAZE Guillaume Anatomie M. DECRAMER Stéphane Pédiatrie M. EDOUARD Thomas Pédiatrie M. FAGUER Stanislas Néphrologie

Radiologie et imagerie médicale Mme FARUCH BILFELD Marie M. FRANCHITTO Nicolas Addictologie M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio Chirurgie Plastique M. GUIBERT Nicolas Pneumologie

M. GUILLEMINAULT Laurent Pneumologie M HERIN Fabrice Médecine et santé au travail M. LAIREZ Olivier Biophysique et médecine nucléaire

M. LAROCHE Michel Rhumatologie Mme LAURENT Camille Anatomie Pathologique

M. LE CAIGNEC Cédric Génétique

M. LEANDRI Roger Biologie du dével, et de la reproduction

M. LOPEZ Raphael Anatomie

M. MARCHEIX Bertrand Chirurgie thoracique et cardiovasculaire M. MARTIN-BLONDEL Guillaume Maladies infectieuses, maladies tropicales

Mme MARTINEZ Alejandra Gynécologie M. MARX Mathieu Oto-rhino-laryngologie M. MEYER Nicolas Dermatologie Biologie cellulaire M. PAGES Jean-Christophe Mme PASQUET Marlène Pédiatrie

M. PORTIER Guillaume Chirurgie Digestive M. PUGNET Grégory Médecine interne

M. REINA Nicolas M. RENAUDINEAU Yves Chirurgie orthopédique et traumatologique

Immunologie Mme RUYSSEN-WITRAND Adeline Rhumatologie

Mme SAVAGNER Frédérique Biochimie et biologie moléculaire

M. SAVALL Frédéric Médecine légale M. SILVA SIFONTES Stein Réanimation M. SOLER Vincent Mme SOMMET Agnès Ophtalmologia Pharmacologie M. TACK Ivan Physiologie Mme VAYSSE Charlotte Cancérologie Mme VEZZOSI Delphine Endocrinologie M. YRONDI Antoine Psychiatrie M. YSEBAERT Loic Hématologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÈ Pierre Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeurs Associés

Professeur Associé de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André

Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène

Mme MALAVAUD Sandra

FACULTE DE SANTE Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence M. APOIL Pol Andre

Mme ARNAUD Catherine
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie

Mme BASSET Céline Mme BELLIERES-FABRE Julie

Mme BERTOLI Sarah

M. BIETH Eric Mme BREHIN Camille

M. BUSCAIL Etienne Mme CAMARE Caroline M. CAMBUS Jean-Pierre

Mme CANTERO Anne-Valérie Mme CARFAGNA Luana Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie Mme CASSAGNE Myriam Mme CASSAING Sophie Mme CASSOL Emmanuelle Mme CASNAL Elodie

M. CHASSAING Nicolas M. CLAVEL Cyril

Mme COLOMBAT Magali M. CONGY Nicolas

Mme COURBON Christine
M. CUROT Jonathan
Mme DAMASE Christine
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle

M. DEDOUIT Fabrice
M. DEGBOE Yannick
M. DELMAS Clément
M. DELPLA Pierre-André

M. DESPAS Fabien
M. DUBOIS Damien

Mme ESQUIROL Yolande Mme EVRARD Solène

Mme EVRARD Solène
Mme FILLAUX Judith

Mme FLOCH Pauline
Mme GALINIER Anne
Mme GALLINI Adeline

M. GANTET Pierre M. GASQ David

M. GATIMEL Nicolas

M. GATIMEL NICOIAS

M.C.U. Médecine générale M. BISMUTH Michel

M. BRILLAC Thierry Mme DUPOUY Julie M. ESCOURROU Emile Bactériologie Virologie Hygiène

Immunologie Epidémiologie Biochimie

Cytologie et histologie Néphrologie

Hématologie, transfusion Génétique

Pneumologie

Chirurgie viscérale et digestive Biochimie et biologie moléculaire

Hématologie Biochimie Pédiatrie Nutrition Ophtalmologie Parasitologie Biophysique Anatomie Génétique

Biologie Cellulaire

Anatomie et cytologie pathologiques

Immunologie
Pharmacologie
Neurologie
Pharmacologie
Physiologie
Médecine Légale
Rhumatologie
Cardiologie
Médecine Légale
Pharmacologie

Bactériologie Virologie Hygiène

Médecine du travail

Histologie, embryologie et cytologie

Parasitologie Bactériologie-Virologie

Bactériologie-Virologie Nutrition

Epidémiologie Biophysique Physiologie

Médecine de la reproduction

Mme GENNERO Isabelle Biochimie

Mme GENOUX Annelise Biochimie et biologie moléculaire
Mme GRARE Marion Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul Gynécologie-Obstétrique
Mme GUILBEAU-FRUGIER Cèline Anatomie Pathologique

Mme GUYONNET Sophie Nutrition
M. HAMDI Safouane Biochimie
Mme HITZEL Anne Biophysique
Mme INGUENEAU Cécile Biochimie

M, IRIART Xavier Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse Pharmacologie

M. LEPAGE Benoît Biostatistiques et Informatique médicale

M. LHERMUSIER Thibault Cardiologie
M. LHOMME Sébastien Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence Bactériologie-virologie

Mme MAUPAS SCHWALM Françoise Biochimie
Mme MONTASTIER Emilie Nutrition
M: MONTASTRUC François Pharmacologie

Mme MOREAU Jessika Biologie du dév. Et de la reproduction

Mme MOREAU Marion Physiologie M. MOULIS Guillaume Médecine interne Mme NASR Nathalie Neurologie Mme NOGUEIRA M.L. Biologie Cellulaire Mme PERROT Aurore Hématologie M. PILLARD Fabien Physiologie Mme PLAISANCIE Julie Génétique Mme PUISSANT Bénédicte Immunologie

Mme QUELVEN Isabelle Biophysique et médecine nucléaire Mme RAYMOND Stéphanie Bactériologie Virologie Hygiène

M. REVET Alexis Pédo-psychiatrie
M. RIMAILHO Jacques Anatomie et Chirurgie Générale

Mme SABOURDY Frédérique Biochimie
Mme SAUNE Karine Bactériologie Virologie

Mme SIEGFRIED Aurore Anatomie et cytologie pathologiques

M. TAFANI Jean-André Biophysique
M. TREINER Emmanuel Immunologie
Mme VALLET Marion Physiologie
M. VERGEZ François Hématologie

Mme VIJA Lavinia Biophysique et médecine nucléaire

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David

Mme PUECH Marielle

Remerciements au Jury

Au président du jury :

Monsieur le Professeur Vincent BOUNES.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury, soyez assuré de ma reconnaissance. Veuillez recevoir toute ma considération pour votre implication dans l'amélioration de la prise en charge des patients, en pré-hospitalier, hospitalier et le lien avec la ville.

Je vous prie de croire en l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Aux membres du jury :

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse et d'y apporter votre regard de médecin généraliste et d'enseignant. Ex-urgentiste, j'aimerais que ce travail contribue peut-être à enrichir votre réflexion au sein de votre CPTS autour de l'éducation des patients à l'accès aux soins. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Denis PEREZ.

Vous m'avez fait l'honneur de prendre part à ce jury, veuillez recevoir mes sincères remerciements. Merci pour votre implication pour les internes de l'Aveyron. Régulateur de PDSA, vous avez dirigé des thèses sur l'accès aux soins non programmés. Soyez convaincu de toute mon estime.

A ma directrice de thèse :

Madame le Professeur Motoko DELAHAYE.

Un remerciement tout particulier pour ton soutien dans la réalisation de ce travail. Merci pour le sérieux, l'enthousiasme et les observations fournies. Merci également pour ton implication majeure au Département Universitaire de Médecine Générale, mais aussi en tant que maître de stage, j'ai beaucoup appris à tes côtés.

J'espère que notre travail participera à la suite des réflexions sur les soins non programmés.

Remerciements personnels

Merci aux équipes médicales et paramédicales des urgences de Lourdes, et aux services d'endocrinologie et de pneumologie de l'hôpital de Carcassonne. J'ai beaucoup appris à vos côtés.

Un grand merci aux médecins qui ont accompagné mes pérégrinations aveyronnaises. Jérôme, Hugues et Ghislaine; vous m'avez fait découvrir la médecine générale, merci! Jean-Marie, Corinne et Dominique; merci pour votre implication dans mon premier SASPAS et également pour votre aide dans la réalisation de cette thèse. Solène, Auberi, Patrick et Christian; c'est avec vous que je finis cet internat, merci pour votre soutien. Un merci particulier aux Drs Sicard et Artières, le stage d'externe à vos côtés m'a bien aidé à faire ce beau choix qu'est la médecine générale.

Merci à vous, Louis et Vincent, même à l'autre bout de la France, nos discussions et nos débats m'ont toujours accompagné.

Merci aux Clermontois, en particulier la Tribu, nous avons passé des années merveilleuses ensemble et beaucoup d'évènements à venir nous rassembleront encore! Je ne serais pas là sans vous, soyez-en convaincus! Merci à l'équipe des sous-colles, Audrey, Anne-so, Nico et Vincent. Merci à tous ceux que j'ai pu croiser en stage, JB, Camille et Awena, la MPR en force! Camille, merci pour nos longues discussions en covoit. Marina, merci pour ces pauses café et ces trajets jamais assez longs.

Merci aux Aveyronnais, et surtout aux hospitaliers. Merci pour nos petites sauteries aux quatre coins de la France, à nos retrouvailles Aveyronnaises et aux escapades Lourdaises. Vous êtes une bouffée d'air frais tellement importante pour moi!

Merci aux colocs. Eva et Claire pour ce confinement Lourdais. Camille, Elodie, Antoine, Abdel, la chipocoloc carcassonnaise vivra! Merci pour nos débats, nos restos et tous nos voyages, réalisés et à venir! Merci Camille pour cette petite coloc du bassin, nos soirées bières/débrief soulageaient bien les esprits! Un remerciement particulier pour Adrien, un an et demi de coloc, de Lourdes à Carcassonne en passant par Figeac, merci pour tout! Merci à tous ceux que j'ai rencontrés sur ce chemin Toulousain, je ne peux pas tous vous citer mais je pense fort à vous!

À mes oncles, tantes, cousins et cousines ; merci pour vos encouragements au cours de toutes ces années, vous êtes pour moi un socle puissant sur lequel m'appuyer en toutes circonstances.

À Clémence, merci de m'avoir aidé et supporté tout au long de ce travail. À nos rêves, nos projets et nos escapades. Je suis impatient de continuer à construire ce chemin avec toi.

À mes parents, les mots ne suffiront pas à exprimer toute ma gratitude pour votre soutien indéfectible tout au long de ce parcours. Cette thèse c'est aussi un peu la vôtre. Merci pour votre amour. Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises. Merci pour les moments passés ensemble, et ceux à venir.

À Papi, merci pour ton amour, toujours pudique et discret. Tu as bien fait grandir toute cette famille et nous t'en sommes tous infiniment reconnaissants. Cette thèse t'est dédiée.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis 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 l'indigent et quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas 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 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 mes confrères ainsi qu' leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque."

TABLE DES MATIERES

TABL	E DES FIGURES	3
TABL	E DES TABLEAUX	4
TABL	E DES ANNEXES	4
Liste	DES ABREVIATIONS	6
I. I	NTRODUCTION	<i>7</i>
II. N	MATERIEL ET METHODES	10
A.	Type d'étude	10
В.	Population cible de l'étude	10
1	. Critères d'inclusion	10
2	. Critères d'exclusion	10
C.	Élaboration du questionnaire	10
D.	Recueil des données	16
1	. Recrutement des médecins généralistes	16
2	. Diffusion du questionnaire	16
3	. Recueil des données :	16
E.	Analyse	17
F.	Éthique	18
III.	RESULTATS	19
A.	Distribution et recueil des questionnaires.	19
В.	Description de la population	19
C.	Critère principal : Connaissances des patients concernant les critères d	'urgence,
en e	cabinet de médecine générale	21
1	. Situation médicale n°1 : Infarctus du myocarde (Figure 2)	21
2	. Situation médicale n°2 : Bronchite virale aigue (Figure 3)	21
3		
4	. Situation médicale n°4 : céphalée inhabituelle (Figure 5)	22
5	. Situation médicale n°5 : Lombalgie aigue (Figure 6)	23
6	. Situation médicale n°6 : Accident Ischémique Transitoire (Figure 7)	23

D	١.	Critères secondaires2	4
	Le	es résultats significatifs sont présentés ci-dessous, les résultats non significatifs sont disponibles e	n
	Aı	nnexes 7 à 112	24
	1.	Rural / Urbain2	24
	2.		
	3.	Âge2	28
	4.		
	5.	Passage aux SU dans l'année3	32
IV.		DISCUSSION	4
A B C D E		Une population étudiée différente de la population générale du département3 Les connaissances des critères d'urgence sont loin d'être acquises	5 7 8
V.	C	ONCLUSION4	3
VI.		REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES4	5
VII		ANNEXES	'n

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux
Figure 2 : Réponses aux questions de la situation médicale n°1
Figure 3 : Réponses aux questions de la situation médicale n°2
Figure 4 : Réponses aux questions de la situation médicale n°3
Figure 5 : Réponses aux questions de la situation médicale n°4
Figure 6 : Réponses aux questions de la situation médicale n°5
Figure 7 : Réponses aux questions de la situation médicale n°6
Figure 8 : Comparaisons significatives en sous-groupe Rural/Urbain, situation n°124
Figure 9 : Comparaisons significatives en sous-groupe Rural/Urbain, situation n°224
Figure 10 : Comparaisons significatives en sous-groupe Rural/Urbain, situation n°324
Figure 11 : Comparaisons significatives en sous-groupe Rural/Urbain, situation n°425
Figure 12 : Comparaisons significatives en sous-groupe Rural/Urbain, situation n°525
Figure 13 : Comparaisons significatives en sous-groupe Rural/Urbain, situation n°625
Figure 14: Comparaisons significatives en sous-groupe Distance domicile-SU, situation
n°1
Figure 15 : Comparaisons significatives en sous-groupe Distance domicile-SU, situation
n°2
Figure 16 : Comparaisons significatives en sous-groupe Distance domicile-SU, situation
n°3
Figure 17: Comparaisons significatives en sous-groupe Distance domicile-SU, situation
n°4
Figure 18 : Comparaisons significatives en sous-groupe Distance domicile-SU, situation
n°527
Figure 19: Comparaisons significatives en sous-groupe Distance domicile-SU, situation
n°627
<u>Figure 20</u> : Comparaisons significatives en sous-groupe selon l'âge, situation n°128
<u>Figure 21</u> : Comparaisons significatives en sous-groupe selon l'âge, situation n°228
$\underline{Figure~22}: Comparaisons~significatives~en~sous-groupe~selon~l'âge,~situation~n°328$
<u>Figure 23</u> : Comparaisons significatives en sous-groupe selon l'âge, situation n°429
<u>Figure 24</u> : Comparaisons significatives en sous-groupe selon l'âge, situation n°529
<u>Figure 25</u> : Comparaisons significatives en sous-groupe selon l'âge, situation n°629
Figure 26: Comparaisons significatives en sous-groupe selon le genre, situation n°230

<u>Figure 27</u> : Comparaisons significatives en sous-groupe selon le genre, situation n°330
Figure 28: Comparaisons significatives en sous-groupe selon le genre, situation n°431
<u>Figure 29</u> : Comparaisons significatives en sous-groupe selon le genre, situation n°531
Figure 30 : Comparaisons significatives en sous-groupe selon le passage aux urgences dans
l'année, situation n°1
Figure 31 : Comparaisons significatives en sous-groupe selon le passage aux SU dans l'année,
situation n°2
Figure 32 : Comparaisons significatives en sous-groupe selon le passage aux SU dans l'année,
situation n°332
Figure 33 : Comparaisons significatives en sous-groupe selon le passage aux SU dans l'année,
situation n°433
Figure 34 : Comparaisons significatives en sous-groupe selon le passage aux SU dans l'année,
situation n°533
Figure 35 : Comparaisons significatives en sous-groupe selon le passage aux SU dans l'année,
situation n°633
TABLE DES TABLEAUX
TABLE DES TABLEAUX Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population 1
Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population 1
Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population 1
Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population 1
Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population 1
Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population 1
Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population 1
Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population 1

Annexe 8	8:	Compara	ison	en	sous-grou	ape,	selon	la	distance	des	SU,	réponses	nor
significativ	ves.											•••••	56
Annexe 9	: Co	mparaiso	on en s	sous-	groupe, s	selon	l'âge,	répo	nses non	signit	icativ	es	60
Annexe 10) : C	Comparais	son en	sou	s-groupe,	seloi	n le ge	nre,	réponses	non s	ignific	atives	62
Annexe 11	1 : C	omparais	son en	sou	s-groupe,	selor	ı le pas	ssag	e aux SU	dans 1	'anné	e, réponses	s nor
significativ	ves											•••••	64
Annexe 12	$2:\Gamma$	escriptio	n géne	érale	des tris a	ivec 1	la class	ifica	ation FRE	NCH			66

LISTE DES ABREVIATIONS

AIT: Accident Ischémique Transitoire

AM: Assurance Maladie

ARM : Assistant de Régulation Médicale

ARS: Agence Régionale de Santé

AVC: Accident Vasculaire Cérébral

CNIL: Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM: Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPTS: Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

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

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

FRENCH: FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

HPST: Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IOA: Infirmiers Organisateur de l'Accueil

MGé: Médecine Générale

MG: Médecin Généraliste

MMG: Maison Médicale de Garde

MSP: Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMG: Observatoire de Médecine Générale

ORL: Oto Rhino Laryngologie

ORUOc: Observatoire Régional des Urgences Occitanie

PDSA: Permanence Des Soins Ambulatoires

SAMU: Service d'Aide Médicale Urgente

SAS: Service d'Accès aux Soins

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SNP: Soins Non Programmés

SU: Service d'Urgence

UM: Urgence Médicale

UNV: Unité Neuro-Vasculaire

I. <u>INTRODUCTION</u>

L'Urgence Médicale (UM) et les Soins Non Programmés (SNP) sont deux notions différentes ayant pourtant un socle commun.

L'UM, comme définie dans le Larousse, est une « situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement » (1). Elle correspond à une urgence réelle ou ressentie par le patient, et qui nécessite une prise en charge qui ne peut être ni anticipée ni retardée (2)(3).

Les SNP, quant à eux répondent à plusieurs définitions. Contrairement à l'UM, les SNP sont ainsi une réflexion du patient sur son état de santé dont il estime que la gravité nécessite une consultation « en urgence ». La définition retenue par le ministère de la Santé explique ainsi que : « Les SNP répondent souvent à une urgence ressentie qui ne relève pas médicalement de l'urgence et ne nécessite pas systématiquement une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences. » (4).

Cette consultation dite « urgente » va donc s'exprimer selon le ressenti et les connaissances du patient par une consultation chez son Médecin Généraliste (MG) ou aux urgences les plus proches de son domicile.

En France, nous assistons actuellement à un bouleversement progressif des SNP. En effet, les Services d'Urgences (SU) sont saturés et les consultations pour des SNP en médecine de ville n'arrivent pas toujours à suivre le rythme de cette demande de consultations. Ainsi, environ un français sur six se rend aux urgences chaque année (5) avec une augmentation moyenne d'environ 3,5 % de passages en plus chaque année. Cette augmentation ne peut s'expliquer par l'évolution démographique en France (5). La Cour des Comptes estime que la réorientation des patients vers une médecine de ville serait possible pour 3,6 millions des passages annuels aux urgences (5). Les SU représentent 60 000 passages quotidiens en France (6), chiffre qui est à mettre en perspective avec les deux millions de personnes qui consultent un MG tous les jours (7).

La Médecine Générale (MGé), elle aussi, doit s'adapter aux consultations de SNP. Selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), elles représentent plus de 30 % de l'activité hebdomadaire pour 4 médecins sur 10, et 3 MG sur 10 répondraient à la totalité des demandes quotidiennes (8).

De nombreux facteurs semblent expliquer ces tendances. D'une part, on note une diminution du nombre de médecins. La démographie médicale des MG est en diminution de -0.9 % par an en moyenne. Elle est cependant en augmentation de +0.6 % chez les médecins des spécialités médicales hors MGé (9). Dans un rapport de la DREES de 2019, 8 médecins sur 10 déclarent des difficultés à répondre aux sollicitations des patients, et 3 sur 4 ont des difficultés à trouver des médecins spécialistes pour assurer la continuité de la prise en charge des patients (10).

Les patients sont également en demande d'un accès au soin rapide voire immédiat : leur perception sociale de la maladie, du système de santé français et de leurs symptômes (11), est différente de celle attendue par le système de soin actuel (12).

Outre la présence inadaptée de nombreux patients non-urgents dans les SU; on retrouve plus rarement, également de façon inadaptée, des patients avec des motifs de consultations urgents voire vitaux en MGé: du fait d'une méconnaissance des symptômes mais aussi de la confiance importante qu'ils peuvent donner à leur MG (13).

Ces défauts de prise en charge peuvent induire une perte de chance considérable pour les patients avec des retards diagnostiques mais également une surcharge des urgences, qui ne peuvent alors se concentrer sur leur mission première de prise en charge des urgences vraies.

La réalisation et la gestion des SNP sont donc des réflexions actuelles majeures pour la prise en charge des patients, que ce soit en hospitalier comme en ville. Les MG organisent la prise en charge des SNP en lien avec les pouvoirs publics, et la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009 a fait voir le jour à la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA), c'est-àdire à une façon de « répondre, par des moyens structurés, adaptés et régulés, à la demande de SNP, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence de médecin traitant (nuit, dimanche et jours fériés) » (14). C'est dans ce contexte que sont mis en place des Maisons Médicales de Garde (MMG), permettant de localiser rapidement un médecin de garde et, très récemment, le Service d'Accès aux Soins (SAS) qui « permet à un patient d'accèder à toute heure, à un professionnel de santé, qui pourra lui fournir un conseil médical, proposer une téléconsultation et l'orienter selon la situation vers une consultation de SNP en ville, ou vers un SU » (15). La réalisation d'un triage à l'entrée des urgences permet également une orientation plus optimale des patients dans leur parcours de soin.

La modification des structures va également dans le sens d'une compréhension des connaissances des patients sur leur évaluation propre des urgences. De nombreux travaux ont essayé de comprendre la différence entre l'urgence vraie et l'urgence ressentie par le patient, notamment dans les SU (16). Certaines de ces études ont démontré que l'urgence ressentie par le patient serait supérieure à l'urgence réelle de la situation (17). Toutes ces études pointent la nécessité d'éduquer la population aux critères d'urgence afin de rapprocher leur définition de l'urgence ressentie de celle de l'urgence réelle.

Cependant, aucune étude n'a porté sur les connaissances réelles des patients. En effet, une méconnaissance des critères de gravité peut induire un mésusage des moyens de prise en charge.

L'idée de ce sujet est donc de comprendre les connaissances des patients concernant les critères d'urgence afin d'ouvrir la voie à un travail de prévention et de sensibilisation et de, in fine, permettre aux patients de devenir acteurs de leur parcours de soin et d'améliorer leur prise en charge.

Je me suis demandé si les patients en cabinet de MGé connaissaient les critères d'urgence ?

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer la proportion de connaissances exactes des critères d'urgence à partir de vignettes de situations cliniques type.

L'objectif secondaire de ce travail est d'analyser l'éventuelle variation de cette proportion selon les critères démographiques des patients.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, transversale, multicentrique, réalisée en cabinets de médecine générale, dans le département de l'Aveyron.

Pour évaluer les connaissances des critères d'urgence, par les patients, nous avons élaboré un questionnaire destiné à être auto-administré, mis à disposition dans les salles d'attente de plusieurs cabinets de MGé du département de l'Aveyron.

Nous rechercherons ensuite une éventuelle variation de ces connaissances selon des critères démographiques.

B. Population cible de l'étude

La population ciblée par l'étude est : les patients majeurs consultant en cabinet de MGé.

1. Critères d'inclusion

Nous avons proposé le questionnaire à : tous les patients ou accompagnants de patients, âgés de 18 ans ou plus, se présentant en salle d'attente de cabinets médicaux recrutés par l'étude, du département de l'Aveyron.

2. Critères d'exclusion

Nous avons exclu:

- Les patients mineurs
- Les patients non communicants, ou ne parlant/lisant pas le français

C. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé sous la forme d'un flyer papier au format DL et disposé sur des présentoirs afin d'améliorer l'accessibilité et la dimension ludique du questionnaire. Il est disponible en Annexe 1.

Notre auto-questionnaire a été préalablement testé auprès de 12 personnes : elles l'ont analysé et critiqué afin qu'il soit compréhensible de tous et adapté à la patientèle de MGé. La durée de remplissage de l'auto-questionnaire a été estimée à 7 minutes en moyenne. Les réponses de ces 12 questionnaires-test n'ont pas été incluses dans le recueil des données.

Le questionnaire est composé d'une première page de caractéristiques démographiques où sont notamment demandés :

- 1. Le sexe
- 2. Le groupe d'âge (18-24, 25-49, 50-69, 70 et plus)
- 3. La catégorie socio-professionnelle, basée sur la nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles de 2003 par l'INSEE (18)
- 4. Le temps de trajet entre le domicile des patients et le SU le plus proche (moins ou plus de 30 minutes).
 - Plusieurs études confirment en effet que la mortalité augmente si les patients mettent plus de 30 minutes à accéder aux urgences (19); de plus, cette limite des 30 minutes est reprise par l'Agence Régionale de Santé (ARS) (20) et la DREES (21) pour participer à la définition des déserts médicaux. C'est donc un critère intéressant pour comprendre les réactions des patients à l'urgence.
- 5. L'admission ou non dans un SU dans les 12 derniers mois, avec trois questions subsidiaires en cas d'affirmative : quel était le problème de santé ? Avez-vous été hospitalisé ? Et sinon comment estimiez-vous votre situation ?
 - Ces questions permettaient de connaître le comportement des patients inclus et de le comparer avec la population générale. La dernière question concernant leur situation permet également de comprendre si la présence au SU vient de leur volonté propre d'aller aux urgences ou, si c'est un défaut de prise en charge en MGé qui les a conduits à aller au SU.

Le reste du questionnaire est composé de 6 vignettes cliniques portant sur des problèmes de santé récurrents, et/ou graves et dont la prise en charge est plutôt codifiée.

Pour rédiger nos 6 vignettes cliniques :

Nous avons réalisé des recherches en nous appuyant principalement sur le Panorama de l'Observatoire Régional des Urgences Occitanie (ORUOc) ainsi que l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG).

Ainsi, d'après le panorama 2019 de l'ORUOc (22), les 5 catégories diagnostiques les plus fréquentes sont les pathologies digestives et les douleurs abdominales pour 11,7 % des passages ; les douleurs des membres, rhumatologie et orthopédie pour 7,4 % ; les pathologies ORL, ophtalmologiques, stomatologiques et du carrefour aérodigestif pour 7 % ; les douleurs pelviennes et les pathologies uro-génitales pour 6,6 % et les douleurs thoraciques, les pathologies cardiovasculaires pour 5,2 %. Les principales causes d'hospitalisations sont les douleurs abdominales (4,2 %), les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) ou syndromes apparentés (4,2 %), les pneumopathies (4 %), la dyspnée et la gêne respiratoire (2,9 %) et enfin l'altération de l'état général (2,6 %). Si on se rapporte aux catégories diagnostiques chez les plus de 75 ans se rendant au SU, on retrouve la douleur thoracique et les pathologies cardiovasculaires en premier (10,8 % des passages), puis les pathologies respiratoires (10,6 %), les douleurs abdominales (9,6 %), les signes généraux (8,7 %) et les pathologies neurologiques (7,2 %)

L'OMG (23), quant à lui, retrouve dans ses principales consultations urgentes en 2009 : l'état fébrile et la rhinopharyngite (30 %), l'état morbide apyrétique (11,5 %), la lombalgie (6,9 %), la douleur non caractéristique (5,1 %) et l'angine (4,7 %).

Compte tenu de ces données, nous avons décidé d'inclure des pathologies médicales et médicochirurgicales documentées ci-dessous. Nous avons exclu la traumatologie qui, même si elle représente plus de 30 % des motifs de recours aux urgences, nous parait difficilement analysable par les patients et peut demander une expertise et des moyens diagnostiques d'imagerie plus difficilement disponibles immédiatement en MGé (radiographie, scanner...). Nous avons également exclu l'urgence psychiatrique et l'urgence toxicologique, qui peuvent être délicates à analyser par les patients dans un questionnaire de ce type.

Nous nous sommes donc penchés sur 6 vignettes cliniques différentes : Infarctus du myocarde, Accident Ischémique Transitoire ou Accident Vasculaire Cérébral, Bronchite aigüe virale, douleur abdominale grave, céphalée inhabituelle, lombalgie aigüe.

« Vous ressentez depuis 30 minutes une forte douleur qui vous serre la poitrine et qui descend dans votre bras gauche ».

Le diagnostic ciblé était l'infarctus du myocarde. Il représente un enjeu important de santé publique avec 200 morts pour 100 000 habitants (24) et une proportion de départ d'une Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) de 26,5 % par jour à

Toulouse en 2015 (25). L'infarctus est mortel dans l'heure chez 1 patient sur 10 (26). Pour caractériser cette douleur, nous avons utilisé les informations destinées aux patients sur le site de l'Assurance Maladie (AM). Les symptômes sont donc « une douleur brutale, intense qui « serre » la poitrine, et dure plus de cinq minutes. Elle ne disparaît pas au repos, s'étend vers la mâchoire, les bras, le dos, le cou et l'abdomen, elle est plus vive lors de la respiration. » (27).

Le parcours optimal est l'appel au 15 ou 112, puis une prise en charge par le SMUR et un transfert dans un hôpital avec des capacités de cardiologie interventionnelle (28).

« Vous ressentez « tout d'un coup », brutalement, des difficultés à parler et votre bras droit est lourd et engourdi... les symptômes s'améliorent 15 minutes plus tard. »

Les diagnostics ciblés sont l'AVC et l'Accident Ischémique Transitoire (AIT). C'est une des premières causes de mortalité et de morbidité dans le monde. Plus de 140 000 personnes sont victimes d'AVC et d'AIT par an en France et 75 % d'entre elles présenteront ensuite un handicap physique. C'est la première cause de mortalité chez la femme et la troisième chez l'homme (29). La symptomatologie est ainsi caractérisée sur le site de l'AM à destination du public : « un engourdissement du visage, une impossibilité de sourire ; une déformation ou une paralysie du visage ; une perte de force ou un engourdissement d'un membre supérieur ; un engourdissement ou une faiblesse d'une jambe ; un trouble de la parole : difficulté à parler ; une difficulté à comprendre son interlocuteur ; une perte soudaine de l'équilibre : instabilité en marchant, comme en cas d'ivresse ; un mal de tête intense, brutal et inhabituel ; un problème de vision, même temporaire : perte de la vue d'un œil ou vision double. » (30).

Le parcours optimal est l'appel au 15 ou au 112, puis une prise en charge par le SMUR ou par d'autres moyens les plus rapides vers un hôpital possédant une Unité Neuro-Vasculaire (UNV) (31).

« Depuis une semaine, vous êtes enrhumé et vous toussez ; cette nuit sont apparus de la fièvre à 38,5°C, quelques frissons, et de la fatigue importante. »

Le diagnostic ciblé est celui de la bronchite virale aigue. Le syndrome fébrile correspond à une part importante des consultations de MGé mais aussi des SU. Nous avons donc choisi une de ses pathologies les plus récurrentes, la bronchite aiguë virale, pour la caractériser, en nous basant sur la prise en charge et les symptômes cliniques diffusés

sur le site de l'AM (32). La bronchite aigue est donc l'association d'une toux sèche et de fièvre, qui peut durer entre cinq et dix jours.

Le parcours optimal est une consultation chez le médecin traitant en cas de fièvre de plus de trois jours ou lorsque la toux dure plus de trois semaines.

« Vous avez des nausées depuis quelques heures et vous avez vomi 2 fois. Vous avez maintenant très mal au ventre : c'est intense, presque insupportable. Votre ventre est dur, gonflé et contracté. »

Le diagnostic ciblé est la douleur abdominale grave (péritonite, syndrome occlusif...). La douleur abdominale représente la plus grande partie des motifs d'admission au SU et d'hospitalisation. Elle est très hétérogène mais peut être urgente et grave, notamment quand elle concerne une urgence chirurgicale. Ainsi, sur tous les patients se présentant aux urgences pour douleur abdominale, 10 % sont des urgences chirurgicales et 4 à 6 % présentent une pathologie pouvant menacer le pronostic vital à court terme (33). Nous avons choisi les symptômes de la douleur abdominale grave (type péritonite ou syndrome occlusif) présents sur le site de l'AM pour caractériser la vignette. C'est donc une douleur « brutale, comme un coup de poignard, intense. Elle apparaît dans l'épigastre et s'étend à la poitrine, au cou ou aux épaules. Elle peut être associée à des vomissements de sang ou un liquide brunâtre et à un malaise. Le ventre est très dur, douloureux et contracté. » (34).

La prise en charge indiquée est alors de contacter le 15 ou le 112.

« Vous présentez depuis 6 jours un mal de tête inhabituel qui devient de plus en plus insupportable malgré la prise de paracétamol. Il n'y a pas d'autre symptôme. »

Le diagnostic ciblé est la céphalée inhabituelle. La céphalée aiguë représente un motif fréquent de consultation urgente (2 %) et une pathologie très courante : une personne sur deux aura mal à la tête au moins une fois dans l'année (35) (36). Nous avons décidé de nous consacrer à la céphalée inhabituelle qui représente une urgence relative (dans le sens où il conviendra d'éliminer une céphalée secondaire).

La prise en charge peut varier mais on peut considérer que la bonne conduite à tenir est de consulter son MG en urgence (37).

« Il y a 3 jours, en faisant vos lacets, vous vous êtes bloqué le dos. La douleur est vive mais bien atténuée par la prise de paracétamol. Trois jours plus tard, la douleur persiste encore. »

Le diagnostic ciblé est la lombalgie aigue. C'est un motif fréquent de consultation médicale et elle représente 1,3 % des entrées aux urgences (38). Cette pathologie est donc plutôt sur-représentée en consultation comparée à sa gravité. Le site de l'AM indique que le problème est « sans gravité ».

Ils indiquent que la prise en charge la plus adaptée est de traiter soi-même la douleur ou de consulter son MGé en cas de persistance et chronicisation des symptômes (39).

Pour chaque vignette clinique, nous avons posé trois questions : deux questions à réponse unique afin de différencier les horaires de prise en charge :

Question A: Il est 9 h, nous sommes mardi matin.

- Vous appelez le numéro d'appel d'urgence (SAMU = 15, ou 112).
- Vous vous rendez directement aux urgences en voiture.
- Vous demandez un rendez-vous urgent avec votre médecin traitant.
- Vous demandez un rendez-vous sans urgence avec votre médecin traitant.
- Vous ne faites rien, « Ça va passer ».

Question B: Même situation mais il est 3 h du matin ce dimanche.

- Vous appelez le numéro d'appel d'urgence (SAMU = 15 ou 112).
- Vous vous rendez directement aux urgences.
- Vous appelez le standard des médecins généralistes de garde (3966).
- Vous demandez un rendez-vous sans urgence avec votre médecin traitant, le lendemain.
- Vous ne faites rien.

Une dernière question est proposée sous la forme d'une échelle visuelle analogique de 0 (pas du tout urgent) à 10 (urgence vitale immédiate) afin d'estimer le degré d'urgence de chaque situation.

Les deux premières questions permettent d'évaluer si la temporalité a une place dans la décision. Ainsi les études montrent que le recours aux urgences est plus important en heures non ouvrables qu'en heures ouvrables (11). Il est donc pertinent de savoir si nous retrouverons

cette caractéristique dans notre étude et aussi savoir si la prise en charge par les patients est plus optimale le jour ou la nuit.

La dernière question permet d'avoir un regard sur l'urgence ressentie par les patients, les études ont démontré que celle-ci était supérieure à celle évaluée par le médecin dans le cadre de SNP en MGé (17).

L'ordre des 6 vignettes a été généré aléatoirement grâce à l'aide du site <u>www.tirage-au-sort.net</u> pour prendre sa disposition finale sur le questionnaire.

D. Recueil des données

1. Recrutement des médecins généralistes.

Dans un premier temps, il nous importait que les MG inclus soient de zones géographiques variées afin d'améliorer nos résultats ; 4 cabinets ont donc été inclus avec la possibilité d'élargir le questionnaire à 3 autres cabinets si les données étaient pauvres. Nous avons donc contacté par téléphone tous les MG à inclure, sur les coordonnées professionnelles disponibles sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Nous avons ensuite envoyé un mail avec le protocole de l'étude (Annexe 2). Un questionnaire démographique spécifique aux médecins (Annexe 3), un consentement à signer (Annexe 4) ainsi qu'une affiche d'explication à destination des patients (Annexe 5) ont été remis en même temps que les questionnaires.

2. Diffusion du questionnaire

L'étude s'est déroulée sur deux mois (avril et mai 2022) : une première phase d'inclusion d'une durée d'un mois, puis la diffusion des auto-questionnaires et le recueil des données sur un mois. 150 questionnaires ont été attribués par MG inclus.

3. Recueil des données :

Les réponses aux auto-questionnaires ont été recueillies dans chaque cabinet médical et numérotées selon son cabinet d'origine (1xxx pour le cabinet 1, 2xxx pour le cabinet 2 etc.). Elles ont ensuite été intégrées dans un tableur Microsoft Excel 2022®.

E. Analyse

Les statistiques descriptives ont été réalisées avec les fonctionnalités de Microsoft Excel 2022®.

Pour répondre aux critères secondaires, les résultats ont été analysés et comparés en sous-groupes. Cinq sous-groupes ont été réalisés :

- Population rurale et semi-urbaine, versus urbaine.
- Distance domicile SU de plus de 30 minutes, versus moins de 30 minutes en voiture.
- Âge des patients inférieur à 50 ans, versus supérieur ou égal à 50 ans. L'âge de 50 ans est un cut-off dans beaucoup de pathologies, il représente par exemple un facteur de risque cardiovasculaire mais aussi néoplasique. C'est donc une partie de la population qui se doit de connaître les critères d'urgences.
- Homme, versus Femme. Il existe des différences importantes en terme de morbimortalité et de pathologies selon le sexe ; leur réaction aux situations médicales pourrait donc varier.
- Passage au SU dans les 12 derniers mois, versus pas de passage au SU dans les 12 derniers mois. Ce dernier point est créé afin de rechercher si une différence existe entre les usagers réguliers des SU et les autres. En effet, les études démontrent que 2/3 des patients passant par les SU ont déjà consulté en SU dans les 5 années précédentes (11).

Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage et analysées grâce au test du Chi 2 et du test exact de Fischer. Le seuil alpha de significativité retenu est de 0,05 %

Les variables quantitatives ont été analysées via les médianes. Elles ont été exprimées et analysées grâce au test de Mann-Whitney pour déterminer la significativité (p). Le seuil alpha retenu est de 0,05 %.

Les analyses statistiques ont été réalisées, vérifiées et comparées sur le site biostatgy de l'INSERM (http://biostatgy.sentiweb.fr).

F. Éthique

Ce travail a été réalisé dans le respect de la norme MR-004 de la CNIL concernant les données à caractère personnel collectées à des fins d'études, d'évaluations ou de recherches : l'attestation de conformité par le Data Protection Officer du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) est disponible en Annexe 6.

Le chercheur principal ne déclare avoir aucun conflit d'intérêt.

III. RESULTATS

A. Distribution et recueil des questionnaires.

Le questionnaire a été distribué dans deux cabinets médicaux et deux maisons de santé du département de l'Aveyron :

- Une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP), comprenant deux MG. Elle se situe à 40 minutes des SU les plus proches (à équidistance entre 2 SU), elle est en zone rurale.
- Un cabinet médical, comprenant quatre MG libéraux. Il se situe à environ 30 minutes du SU le plus proche, il est considéré comme semi-rural.
- Une MSP, comprenant plus de 7 MG libéraux. Elle se situe à 10 minutes du SU, la population de patients est considérée comme urbaine, étant comprise dans une agglomération (de plus de 50 000 habitants).
- Un cabinet médical comprenant deux MG libéraux. Il se situe à 10 minutes du SU, la population de patients est considérée comme urbaine, étant comprise dans une agglomération.

Au total, le nombre de questionnaires remplis est de 940 (sur 2100 distribués au total), avec un taux de participation de 45 %. Ce taux est cependant hétérogène selon les cabinets et il est bien plus important en zone urbaine (65 %) qu'en zone rurale et semi-rurale (17,2 %).

B. Description de la population

Les caractéristiques démographiques de la population sont résumées dans les tableaux 1 et 2.

MG libéraux en Aveyron = 233

MG contactés = 16

MG inclus = 14

MG ruraux et semi-ruraux = 6 MG urbains = 8

Questionnaires distribués = 900 Questionnaires distribués = 1200

Patients ayant répondu au questionnaire = 155 questionnaire = 787

Questionnaires exclus : 0 Questionnaires exclus : 2

Questionnaires inclus = 155 Questionnaires inclus = 785 (Taux de participation 17,22 %) (Taux de participation 65 %)

Nombre total de réponses à l'auto-questionnaire inclus n = 940 (Taux de participation 45 %)

 $\underline{Figure~1}: Diagramme~de~flux$

Avez-vous été transporté aux urgences ces 12 derniers mois ?	n = 938	%
Oui	170	18,1 %
Non	768	81,9 %
Données manquantes	2	
Quel était votre problème de santé ?	n = 160	%
Traumatologie	57	35,6 %
Douleur abdominale et symptomatologie digestive	30	18,7 %
Douleur thoracique, dyspnée	15	9,4%
Douleur articulaire, douleur d'un membre	13	8,1%
Trouble neurologique, céphalée	11	6.9 %
Fatigue, asthénie	6	3,8 %
Trouble cutané	6	3,8 %
Trouble gynécologique ou en lien avec la grossesse	6	3,8 %
Douleur ORL ou dentaire	3	1,9 %
Trouble visuel	2	1,3 %
Trouble psychiatrique	1	0,6 %
Divers	10	6,1 %
Données manquantes	10	
Avez-vous été hospitalisé ?	n = 169	%
Oui	53	31,4 %
Non	116	68,6 %
Données manquantes	1	
Sinon, estimez-vous :	n = 135	%
Que votre situation nécessitait les urgences, c'était grave.	80	59,3 %
Que vous auriez pu voir un médecin généraliste en urgence.	27	20,0 %
Que vous auriez pu voir le médecin traitant le lendemain. Qu'il n'y avait pas de rendez-vous disponible chez le médecin traitan	4	3,0 %
yous n'aviez pas d'autre choix.	15	11,1 %
Envoyé par le médecin	9	6,7 %
Données manquantes	35	5,7 70

Sexe	n = 936	%
Femme	634	67,7 %
Homme	302	32,3 %
Données manquantes	4	
Groupe d'âge	n = 934	%
18-24 ans	62	6,6 %
25-49 ans	417	44,6 %
50-69 ans	305	32,7 %
70 ans et plus	150	16,1 %
Données manquantes	6	
Catégorie socio-professionnelle	n = 932	%
Agriculteur exploitant	16	1,7 %
Artisan, commerçant ou chef d'entreprise	43	4,6 %
Cadre ou profession intellectuelle supérieure	98	10,5 %
Profession intermédiaire	70	7,5 %
Employé	332	35,6 %
Ouvrier	37	4,0 %
Retraité	255	27,4 %
Sans activité professionnelle	43	4,6 %
Étudiant	38	4,1 %
Données manquantes	6	
Temps de trajet vers un Service d'Accueil des Urgences	n = 933	%
Moins de 30 minutes (en voiture)	768	82,3 %
30 minutes et plus, (en voiture)	165	17,7 %
Données manquantes	5	

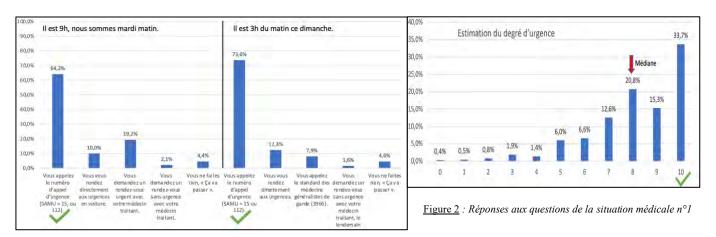
 $\underline{ \ \ } \ \, \underline{ \ \ }$

C. Critère principal : Connaissances des patients concernant les critères d'urgence, en cabinet de médecine générale.

Pour chaque situation clinique : des coches vertes indiquent les réponses attendues théoriques, et une flèche rouge indique la médiane des degrés d'urgence estimés par les patients.

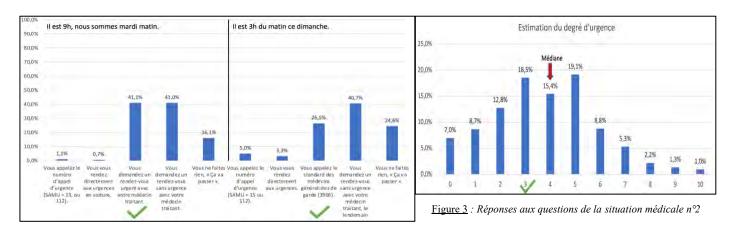
1. Situation médicale n°1: Infarctus du myocarde (Figure 2).

La réponse attendue, que ce soit à 9h ou 3h du matin, est de composer le numéro d'appel d'urgence. La conduite à tenir semble être bien connue par les patients interrogés. La cotation du degré d'urgence attendue est de 10/10. 69,8 % des répondants ont côté l'urgence entre 8 et 10/10.



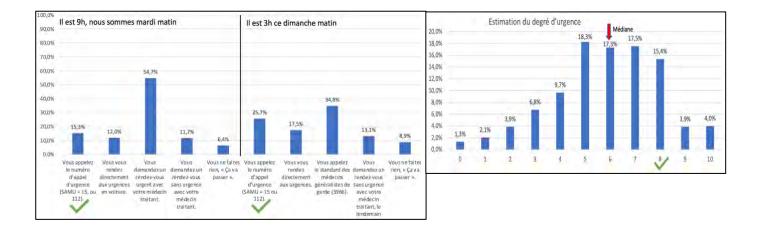
2. Situation médicale n°2 : Bronchite virale aigue (Figure 3).

La réponse attendue est de demander un rendez-vous urgent ou appeler le standard des MG de garde. La conduite à tenir semble bien connue. La cotation attendue de l'estimation du degré d'urgence est de 3/10. Plus de 50 % des répondants ont côtés l'urgence à plus de 3/10



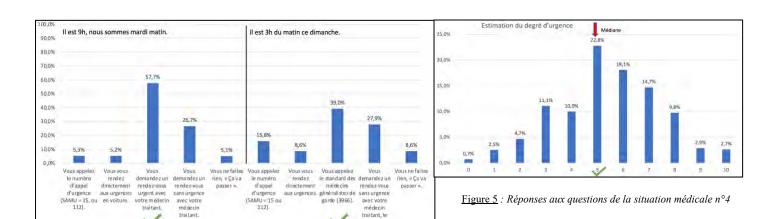
4. Situation médicale n°3 : Syndrome abdominal urgent (Figure 4).

La réponse attendue, que ce soit à 9h ou 3h du matin, est de composer le numéro d'appel d'urgence. La conduite à tenir est peu connue. La cotation de l'estimation du degré d'urgence attendue est de 6/10. 68,5 % des patients estiment le degré d'urgence entre 5/10 à 8/10.



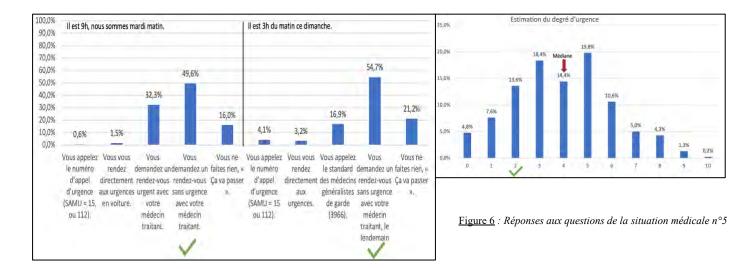
5. Situation médicale n°4 : céphalée inhabituelle (Figure 5).

La réponse attendue est de demander un rendez-vous urgent ou appeler le standard des MG de garde la nuit. Plus de patients appelleraient le 15 ou iraient aux SU la nuit que le jour (24,4% la nuit versus 10,5% la nuit). La cotation de l'estimation du degré d'urgence attendue est de 5/10.



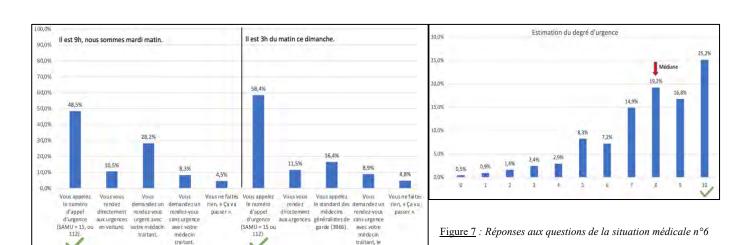
6. Situation médicale n°5 : Lombalgie aigue (Figure 6).

La réponse attendue est de demander un rendez-vous sans urgence chez un MG. Elle semble connue par les patients. La cotation d'estimation du degré d'urgence attendue se situe à 2/10, 26% des patients l'ont estimé entre 0 et 2/10.



7. Situation médicale n°6 : Accident Ischémique Transitoire (Figure 7).

La réponse attendue, que ce soit à 9h ou 3h du matin, est de composer le numéro d'appel d'urgence. La conduite à tenir semble bien connue par les patients. La cotation du degré d'urgence attendue est de 10/10. 61,2 % des répondants ont côtés l'urgence entre 8 et 10/10.

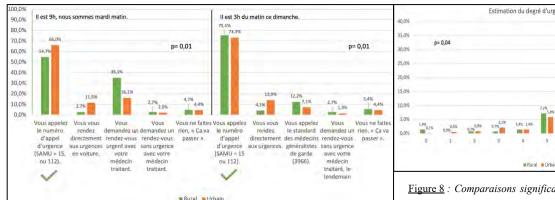


D. Critères secondaires.

Les résultats significatifs sont présentés ci-dessous, les résultats non significatifs sont disponibles en Annexes 7 à 11.

1. Rural / Urbain

Situation médicale n°1 : Infarctus du myocarde (Figure 8).



Estimation du degré d'urgence

Figure 8 : Comparaisons significatives en sous-groupe Rural/Urbain, situation $n^{\circ}1$.

Situation médicale n°2 : Bronchite virale aigue (Figure 9).

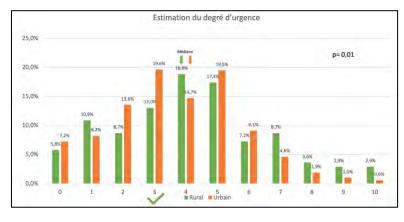
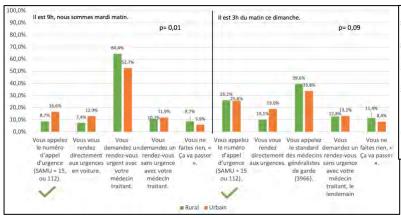


Figure 9: Comparaisons significatives en sous-groupe Rural/Urbain, situation n°2.

Situation médicale n°3 : Syndrome abdominal urgent (Figure 10).



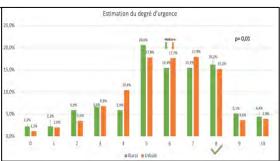
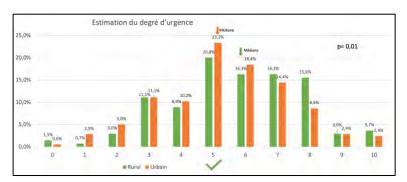


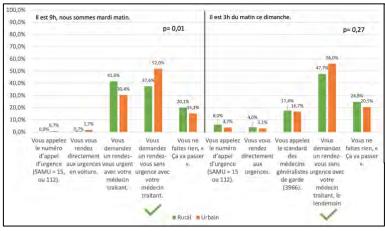
Figure 10: Comparaisons significatives en sous-groupe Rural/Urbain, situation n°3.

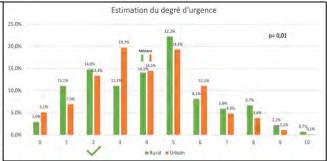
Situation médicale n°4 : céphalée inhabituelle (Figure 11).



<u>Figure 11</u>: Comparaisons significatives en sous-groupe Rural/Urbain, situation n°4.

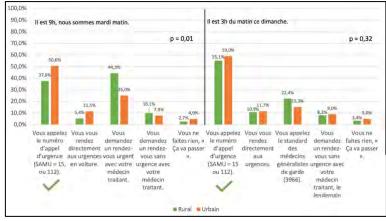
Situation médicale n°5 : Lombalgie aigue (Figure 12).





<u>Figure 12</u>: Comparaisons significatives en sous-groupe Rural/Urbain, situation $n^{\circ}5$.

f) Situation médicale n°6 : Accident Ischémique Transitoire (Figure 13).



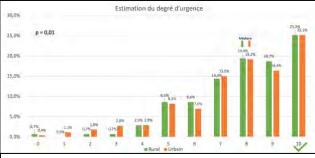
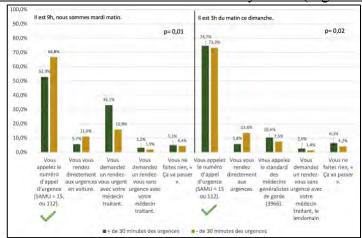


Figure 13: Comparaisons significatives en sous-groupe Rural/Urbain, situation $n^{\circ}6$.

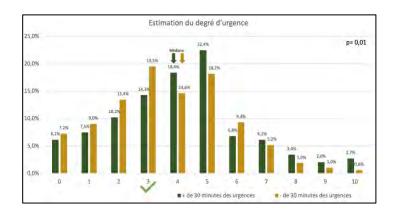
2. Distance domicile-SU.

Situation médicale n°1 : Infarctus du myocarde (Figure 14).



<u>Figure 14</u>: Comparaisons significatives en sous-groupe Distance domicile-SU, situation n°1.

Situation médicale n°2 : Bronchite virale aigue (Figure 15).



<u>Figure 15</u>: Comparaisons significatives en sous-groupe Distance domicile-SU, situation $n^{\circ}2$.

Situation médicale n°3 : Syndrome abdominal urgent (Figure 16).

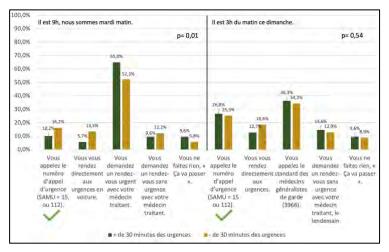
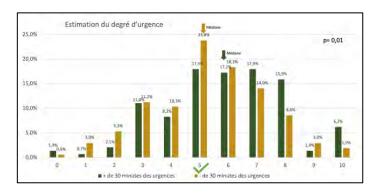


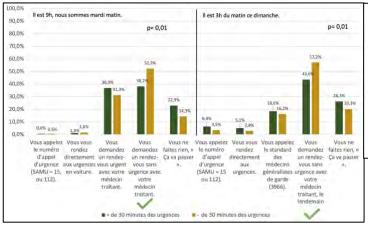
Figure 16: Comparaisons significatives en sous-groupe Distance domicile-SU, situation n°3.

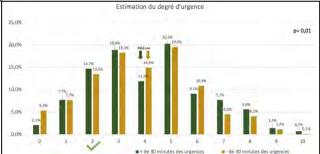
Situation médicale n°4 : céphalée inhabituelle (Figure 17).



<u>Figure 17</u>: Comparaisons significatives en sous-groupe Distance domicile-urgence, situation $n^{\circ}4$.

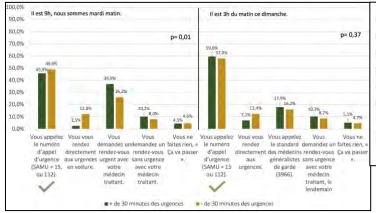
Situation médicale n°5: Lombalgie aigue (Figure 18).





<u>Figure 18</u>: Comparaisons significatives en sous-groupe Distance domicile-urgence, situation n°5.

Situation médicale n°6 : Accident Ischémique Transitoire (Figure 19).



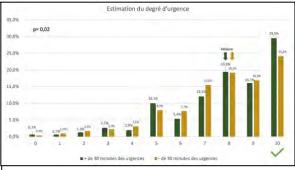
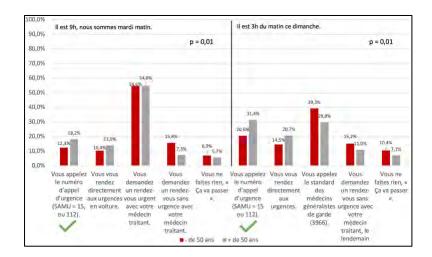


Figure 19: Comparaisons significatives en sous-groupe Distance domicile-urgence, situation n°6.

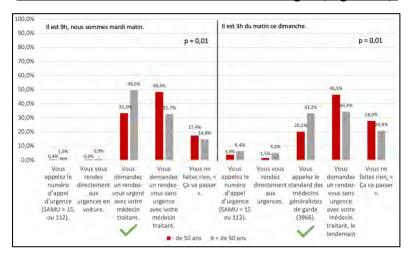
3. Âge.

Situation médicale n°1 : Infarctus du myocarde (Figure 20).



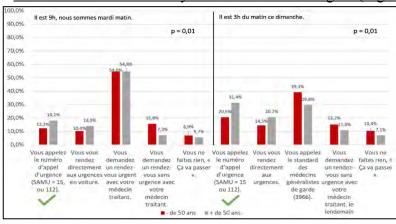
<u>Figure 20</u>: Comparaisons significatives en sous-groupe selon l'âge, situation $n^{\circ}1$.

Situation médicale n°2 : Bronchite virale aigue (Figure 21).



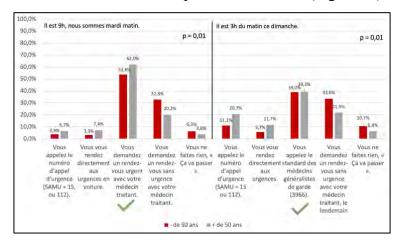
<u>Figure 21</u>: Comparaisons significatives en sous-groupe selon l'âge, situation n°2.

Situation médicale n°3 : Syndrome abdominal urgent (Figure 22).



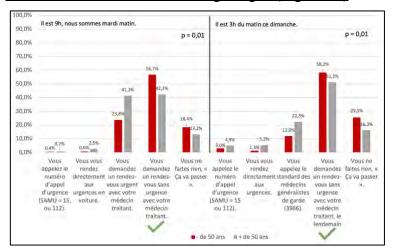
<u>Figure 22</u>: Comparaisons significatives en sous-groupe selon l'âge, situation n°3.

Situation médicale n°4 : céphalée inhabituelle (Figure 23).



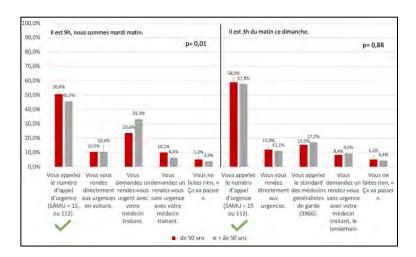
<u>Figure 23</u>: Comparaisons significatives en sous-groupe selon l'âge, situation n°4.

Situation médicale n°5 : Lombalgie aigue (Figure 24)



<u>Figure 24</u>: Comparaisons significatives en sous-groupe selon l'âge, situation n°5.

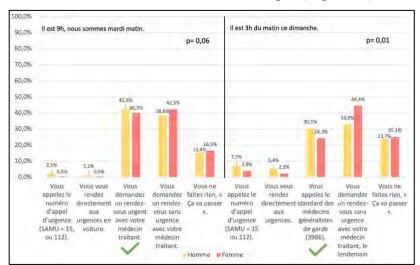
Situation médicale n°6 : Accident Ischémique Transitoire (Figure 25).



<u>Figure 25</u>: Comparaisons significatives en sous-groupe selon l'âge, situation n°6.

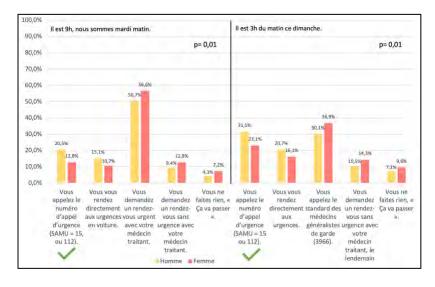
4. Genre.

Situation médicale n°2 : Bronchite virale aigue (Figure 26).



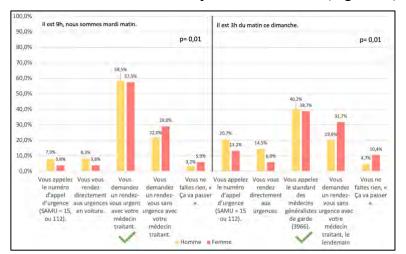
<u>Figure 26</u>: Comparaisons significatives en sous-groupe selon le genre, situation $n^{\circ}2$.

Situation médicale n°3 : Syndrome abdominal urgent (Figure 27).



<u>Figure 27</u>: Comparaisons significatives en sous-groupe selon le genre, situation $n^{\circ}3$.

Situation médicale n°4 : Céphalée inhabituelle (Figure 28).



<u>Figure 28</u>: Comparaisons significatives en sous-groupe selon le genre, situation $n^{\circ}4$.

Situation médicale n°5 : Lombalgie aigue (Figure 29).

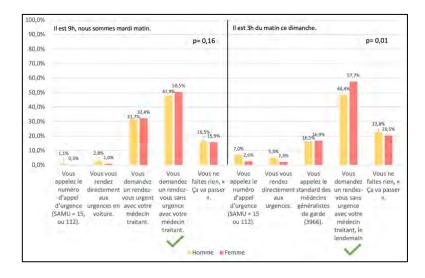


Figure 29 : Comparaisons significatives en sous-groupe selon le genre, situation $n^{\circ}5$.

5. Passage aux SU dans l'année.

Situation médicale n°1 : Infarctus du myocarde (Figure 30).

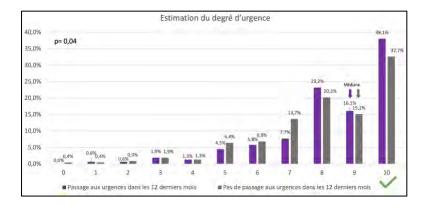


Figure 30 : Comparaisons significatives en sousgroupe selon le passage aux SU dans l'année, situation $n^{\circ}1$.

Situation médicale n°2 : Bronchite virale aigue (Figure 31).

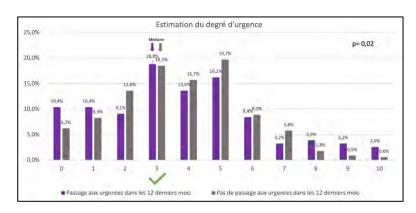
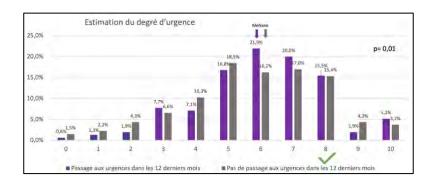


Figure 31 : Comparaisons significatives en sousgroupe selon le passage aux SU dans l'année, situation $n^{\circ}2$.

Situation médicale n°3 : Syndrome abdominal urgent (Figure 32).



<u>Figure 32</u>: Comparaisons significatives en sousgroupe selon le passage aux SU dans l'année, situation $n^{\circ}3$.

Situation médicale n°4 : céphalée inhabituelle (Figure 33).

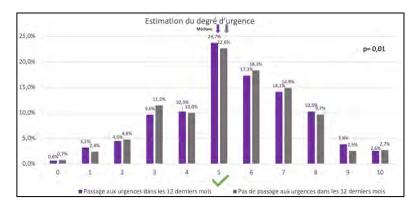
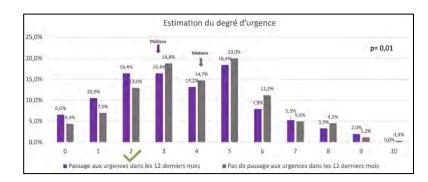


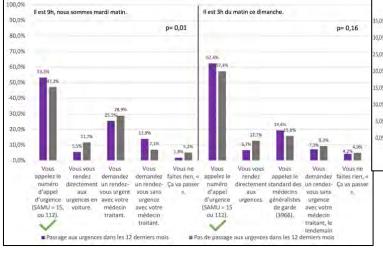
Figure 33 : Comparaisons significatives en sousgroupe selon le passage aux SU dans l'année, situation $n^{\circ}4$.

Situation médicale n°5 : Lombalgie aigue (Figure 34).



<u>Figure 34</u>: Comparaisons significatives en sousgroupe selon le passage aux SU dans l'année, situation n°5.

Situation médicale n°6 : Accident Ischémique Transitoire (Figure 35).



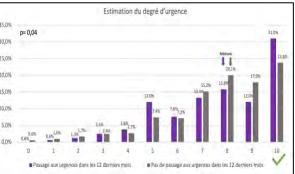


Figure 35 : Comparaisons significatives en sousgroupe selon le passage aux SU dans l'année, situation $n^{\circ}6$.

IV. DISCUSSION

En synthèse : les résultats obtenus tendent à nous montrer que pour des pathologies graves et urgentes (AIT et IDM), les patients semblent connaître les conduites à tenir ; il en va de même pour les pathologies non graves (Bronchite aigue et Lombalgie aigue). En revanche, les conduites à tenir en cas de syndrome abdominal aigue ou de céphalée inhabituelle sont moins bien connues En sous-groupe, les patients ruraux, les hommes et les patients de moins de 50 ans semblent méconnaître les conduites à tenir.

A. Une population étudiée différente de la population générale du département

En comparant la population ayant répondu au questionnaire à la population aveyronnaise de l'INSEE (40), nous pouvons analyser les caractéristiques des patients de l'étude plus finement.

Ainsi, la population étudiée est plus jeune que la population aveyronnaise. Cette différence pourrait s'expliquer par une adhésion plus difficile des patients âgés à la réalisation d'un questionnaire en salle d'attente. Le questionnaire étant rédigé en police de taille assez petite, il est possible que certains patients n'aient pas pu lire le questionnaire.

Il y a également un nombre plus important de femmes ayant répondu au questionnaire. Une des explications serait que plus de femmes consultent en cabinet de MGé par comparaison aux hommes (5,6 consultations pour les femmes par an versus 4,4 pour les hommes) (41), elles auraient donc plus facilement accès au questionnaire pour y répondre.

Les catégories socio-professionnelles sont également plus élevées dans l'étude que dans la population étudiée; on retrouve une part plus importante de cadres et professions intellectuelles supérieures dans l'étude (10,5 % versus 4,9 %) et une part moindre d'ouvriers (4 % versus 11,8 %) comparée à la population aveyronnaise. Cette différence peut s'expliquer par le fait que, sur les quatre cabinets inclus, aucun n'est implanté dans un bassin ouvrier. Le fait que le questionnaire soit auto-administré pourrait également jouer en faveur d'une population plus favorisée.

Dans notre étude, 17,7 % des patients vivent à plus de 30 minutes d'un SU, ce qui ne reflète pas les chiffres nationaux indiquant que 6 % des patients français vivraient à plus de 30 minutes d'un SU (42). C'est probablement le caractère rural du département de l'Aveyron et le choix à

priori des cabinets interrogés qui biaise l'étude. Elle pourrait cependant bien représenter le département de l'Aveyron même si aucune donnée n'est disponible pour le confirmer.

La cour des comptes estimait que un patient sur six se rend chaque année aux urgences (42), les chiffres sont légèrement en dessous dans cette étude. Cependant, les motifs de consultations au SU sont sensiblement égaux à ceux décrits comme diagnostic principal dans le panorama 2021 de l'ORUOc (43); Le panorama montre également que le taux d'hospitalisation est assez similaire dans notre étude aux chiffres donnés pour l'hôpital ayant un SU le plus proche des cabinets interrogés en 2021.

Les caractéristiques diffèrent donc entre celles de l'étude et celles de la population autour ; ces différences peuvent cependant être expliquées, il faut néanmoins en tenir compte dans l'analyse des résultats.

B. Les connaissances des critères d'urgence sont loin d'être acquises.

Les résultats conduisent à plusieurs remarques sur les connaissances des patients concernant les critères d'urgence.

Pour les pathologies dont la prise en charge doit être immédiate (IDM et AIT), les résultats ont montré une adhésion assez forte au fait de contacter un médecin et, même si la prise en charge adéquate serait d'appeler le numéro d'urgence, on peut espérer que tous les patients qui contacteront leur médecin traitant pourront avoir un adressage direct au SAMU. Cependant, et dans les deux cas, environ 4,5 % de la population questionnée ne contactera personne. Nous pouvons alors estimer les pertes de chances : en France, chaque année, respectivement 80 000 et 160 000 personnes sont diagnostiquées d'un infarctus du myocarde et d'un AVC (26)(29); ainsi, selon les chiffres de notre étude avaient été extrapolables, cela aurait représenté 3 600 personnes pour l'IDM et 7 200 personnes pour l'AVC qui auraient une perte de chance chaque année, en France, par non prise en compte de leurs symptômes, avec toutes les conséquences de morbidité et de mortalité qui en découlent. De nombreuses campagnes d'information aux patients sont déjà présentes depuis de nombreuses années concernant ces deux pathologies, ce qui explique ainsi des résultats assez convenables même s'il reste du chemin à parcourir.

Les douleurs abdominales intenses sont un cas un peu différent car il n'y pas eu de campagne d'information à ce sujet en France et les connaissances des pathologies demeurent parfois ignorées. Les douleurs abdominales sont extrêmement fréquentes et représentent même le diagnostic médico-chirurgical le plus fréquent aux urgences d'Occitanie en 2020 avec 10,9 % des entrées, pour 3,7 % d'hospitalisations (44). La douleur abdominale est, par nature, difficile à diagnostiquer par un patient seul et va surtout être déterminée par l'importance de la douleur ressentie. Il serait donc très intéressant de rechercher comment expliquer les critères d'urgence de ces pathologies abdominales à un large public afin d'améliorer leurs connaissances des critères d'urgence.

Dans le cas de la céphalée inhabituelle, la plupart des patients interrogés vont consulter leur médecin traitant. Cependant, il est difficile de comprendre si le caractère inhabituel ou pas de la douleur modifie leur prise en charge. Dans les études déjà menées, les céphalées secondaires représentent environ 8 % de toutes les céphalées (45), mais, elles représentent 13 % des céphalées venant au SU (46). Les céphalées sont un sujet de santé publique de premier ordre. L'OMS considère qu'elles sont sous-estimées et insuffisamment reconnues et soignées dans le monde avec une détérioration de la qualité de vie et un coût financier important (36). Il y a très peu d'informations données sur ce sujet avec probablement de grosses disparités entre les patients : les patients migraineux chroniques ayant un accès plus facile aux informations appropriées et un meilleur discernement de leur maladie, induisant une connaissance supérieure des « drapeaux rouges ».

Pour les deux cas moins urgents, on pourrait penser que les patients connaissent la prise en charge adaptée à leur situation. Cependant, les pathologies citées sont beaucoup plus courantes, et donc, la faible proportion de patients ne connaissant pas les critères d'urgence peut en ellemême induire un encombrement, dans les SU comme en MGé.

Ainsi, la bronchite aigüe virale serait diagnostiquée chez 10 millions de français chaque année (32). Donc, en évaluant ces chiffres avec les données de notre étude bien qu'elle ne fusse pas extrapolable, dans laquelle 0,7 % des interrogés le jour et 3,3 % la nuit se rendraient aux urgences pour ces symptômes, nous arriverions à des chiffres de 70 000 personnes le jour et 330 000 personnes la nuit qui se rendraient aux urgences chaque année pour une bronchite aigüe bénigne, sans compter les plus nombreux interrogés qui appelleraient le numéro d'urgence et

qui pourraient probablement se rendre ensuite aux SU s'ils décidaient de ne pas suivre les conseils médicaux des médecins régulateurs.

La période actuelle de pandémie due au SARS Cov 2 a peut-être également modifié les connaissances des patients à ce sujet, l'étude ayant été réalisée en mai 2022. Il est cependant difficile de savoir si ces connaissances vont perdurer dans le temps.

La lombalgie aigüe, est, comme la bronchite aigüe, très fréquente et très souvent demandeuse de consultations en MGé ou au SU. Sa prévalence annuelle est de 20 à 45 % de la population française selon les études (47) ; les résultats seraient donc du même ordre que ceux donnés pour la bronchite aigüe. Les campagnes d'information sur cette pathologie sont de plus en plus nombreuses devant cet enjeu important de santé publique ; on voit ainsi apparaître des affiches et même des applications telles que Activ'Dos, réalisées par l'AM (48). Néanmoins, les croyances concernant cette pathologie sont très nombreuses et il faudra du temps pour que les connaissances changent. Un vieil exemple de communication grand public « réussie » était la campagne « les antibiotiques c'est pas automatique ».

Il est intéressant de noter que dans tous les cas où la pathologie pourrait être urgente et/ou vitale (IDM, AIT, Douleur abdominale intense et céphalée aigüe), une partie presque toujours équivalente de la population étudiée (environ 4 à 6 % selon les cas) ne fera rien. Il serait pertinent de comprendre : à quoi correspond cette partie de la population, comment améliorer ses connaissances, et pourquoi elle ne souhaite pas accéder au soin.

C. Des connaissances différentes selon les populations.

Les études en sous-groupe des différentes populations interrogées semblent également en accord avec les études déjà réalisées.

Ainsi, concernant le genre, on retrouve, selon les résultats du panorama 2021 de l'ORUOc, que les hommes se rendent plus fréquemment aux urgences que les femmes (52 % versus 48 %) (43). Dans notre étude, la différence est uniquement significative sur les pathologies non urgentes; une des pistes de réflexion viendrait du fait que les femmes se rendent plus fréquemment chez leur MG que les hommes (49), il y aurait donc probablement une éducation

à la santé plus importante des femmes, que ce soit par les explications des MG ou par la mise à disposition d'informations en salle d'attente. Notre étude ne permet pas d'expliquer une éventuelle différence selon le genre : soit d'appréciation de degré de gravité, soit de tolérance à l'attente voire à la contrainte organisationnelle de rendez-vous.

Dans le cas de la différence d'âge, une étude a montré que les patients âgés sont plus réceptifs aux communications sur la santé que les patients jeunes (supérieur à 65 ans versus moins de 65 ans) (50). Cependant, notre étude montre que les patients de plus de 50 ans vont plus facilement aux urgences, peu importe la gravité de l'urgence. Il y a donc une méconnaissance des critères et probablement une appréhension plus importante de la maladie par les personnes de 50 ans et plus ; cela pourrait s'expliquer par un rapport à la maladie différent de celui qu'ont les patients plus jeunes.

L'étude des populations rurale et urbaine est également intéressante. On remarque que les critères d'urgence pour les pathologies urgentes sont moins bien connus dans la population rurale qu'urbaine. Cette caractéristique a déjà été retrouvée dans plusieurs études, qui démontrent également que les patients urbains consomment beaucoup plus de soins que les patients ruraux. Les explications de cette différence résultent surtout de la relation médecin-patient qui semble plus forte en milieu rural, l'avis du médecin de famille étant très important pour l'organisation du parcours de soin, la confiance en son médecin étant accrue (51).

D. Biais de l'étude

Cette étude présente cependant de nombreux biais.

Le premier serait la définition de la zone urbaine. Même si une différence est retrouvée avec la zone rurale dans cette étude, il est difficile de comparer une zone urbaine comme celle d'une agglomération de 50 000 habitants à celle de Toulouse, par exemple, qui en compte 800 000 habitants, que ce soit en densité de population ou en offre de soins. Les résultats seraient donc peut être encore différents s'ils étaient effectués dans une agglomération plus importante. Il y a ainsi un biais de recrutement.

Un biais d'auto-sélection des patients est également présent. En effet, le questionnaire étant déposé uniquement dans des salles d'attentes de MGé, les patients qui ont répondu au questionnaire sont inclus dans le parcours de soins et reçoivent plus d'informations de santé que d'autres n'ayant pas de suivi médical. Les patients répondants étaient aussi volontaires, on peut donc imaginer que certains patients n'ont pas répondu au questionnaire car ne connaissant pas les réponses, ou bien ne voulant pas répondre par manque de temps ou d'envie, sous-évaluant ainsi les réponses au questionnaire.

Il existe également un biais de désirabilité, les patients ont pu répondre au questionnaire comme l'aurait voulu le médecin mais pas comme ils perçoivent personnellement les faits. J'ai pu relever ce biais dans certaines réponses écrites par les patients « je coche cette réponse (appeler le numéro d'urgence) mais cette situation m'est arrivée et je suis allé directement aux urgences par moi-même car c'était plus simple ».

Il existe également des biais de mémorisation différentielle et certaines questions ont pu poser un problème par leur interprétation. Malgré le test au préalable du questionnaire et plusieurs modifications, il est possible que certains patients n'aient pas compris le sens des questions. La longueur du questionnaire a aussi contribué à ce phénomène : ainsi, quelques questionnaires ne sont pas remplis jusqu'à la fin, probablement du fait d'un temps d'attente trop court en salle d'attente avant le début de la consultation.

E. Une problématique d'éducation à la santé dans un contexte de difficulté d'accès au soin.

Lors de l'intégration des données, plusieurs patients ont également commenté les questions en écrivant quelques mots. J'ai reçu ainsi plusieurs remarques qui peuvent ouvrir des perspectives de cette étude sur des sujets actuels. Plusieurs patients expliquent qu'ils « avaient contacté le 15 » (pour des problèmes de douleurs thoraciques notamment) et qu'ils « avaient dû se rendre aux urgences par leur propre moyen, faute de transport médicalisé disponible. » D'autres m'ont expliqué qu'il « était bien plus facile d'aller spontanément aux urgences que d'appeler le 15 pour limiter la perte de temps », surtout pour les patients vivant en zone rurale. Ces remarques

sont cependant impossibles à corroborer. Nous n'avons pas la capacité de juger de la régulation lors de ces épisodes à travers le prisme partial des souvenirs et de l'interprétation des patients.

J'ai également retrouvé des patients, ruraux et urbains, m'expliquant que devant l'absence de MG disponible pour une consultation en urgence, ils ont préféré se rendre au SU. Ces témoignages ne sont pas vérifiés, mais leur multiplication dans les questionnaires colligés montre cependant les défauts de l'offre de soin en Aveyron et en France en général, où certains patients, ayant acquis des connaissances des critères d'urgence de leurs pathologies, vont changer leur prise en charge selon l'offre de soin disponible. Il n'est pas possible non plus de distinguer devant ces remarques la situation : du cabinet de MGé saturé en incapacité de répondre à tous les besoins de SNP, du patient maitrisant mal les modalités de prise de rendezvous « dits urgents » de son MG, du patient ne supportant pas l'attente d'un rendez-vous non immédiat.

Ainsi, l'éducation des patients au bon accès aux soins doit être intégrée dans le système de santé : les accès aux SNP en MGé et en SU sont interdépendants. Plusieurs explications peuvent contribuer à des pistes de réflexion.

Le fonctionnement actuel des SU peut poser questionnement. En effet, chaque patient se présentant aux SU est reçu, quoi qu'il arrive et quelle que soit sa pathologie. Cela ne permet pas d'éduquer les patients aux critères d'urgences. Il pourrait être intéressant que le triage réalisé à l'entrée des SU permette de refuser certains patients, en proposant des alternatives si besoin. Actuellement le système de tri est réalisé par les Infirmiers Organisateurs de l'Accueil (IOA) grâce à l'échelle FRENCH (FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage) (52). Cette échelle a été conçue par la Société Française de Médecine d'Urgence et sa 2 ème version 2018 permet aux IPA de trier les patients de 1 à 5 selon des éléments anamnestiques par motifs de demande de soins et des critères cliniques liés aux paramètres vitaux. On pourrait imaginer que le « Tri 5 » voire certains « Tri 4 » puissent conduire à négocier une noninscription au SU au profit d'une orientation vers la MGé. Le problème est alors celui de la responsabilité et des conséquences de ce qui pourrait s'apparenter pour le patient à un refus de soin. L'avis d'un médecin urgentiste pour valider la proposition de réorientation serait sans doute nécessaire. Dans cette situation, la remise d'une plaquette explicative à visée éducationnelle pourrait-elle être intéressante ?

Cette étude a également été réalisée pendant la période de la pandémie de SARS Cov2. Durant les épisodes de confinement, les recommandations nationales gouvernementales étaient d'appeler systématiquement le numéro d'urgence (15) pour ne pas encombrer les SU. On a ainsi pu constater à posteriori un retard de prise en charge pour des pathologies graves, avec des conséquences importantes en termes de morbidité, car certains patients qui auraient nécessité une prise en charge urgente en SU se sont abstenus de consulter voire de téléphoner. Plusieurs études commencent à montrer ces effets néfastes (53). La peur de se retrouver hospitalisé, seul, sans possibilité de visite, a pu également fortement diminuer la volonté des patients à recourir aux SU.

Cette communication nationale, impérative, répétée, multimédia, en période de peurs, a donc profondément modifié les comportements d'accès aux soins, délestant par excès les lieux de soins (SU comme cabinets de MGé pendant quelques semaines).

La problématique touche également la MGé par sa capacité à accueillir en consultation les SNP. Cette capacité a été touchée selon l'Académie de Médecine par la diminution du nombre de MG actifs, une féminisation du métier, la désaffection de la MGé et l'attirance des nouveaux MG vers le salariat et les zones urbaines (54). Le plan « Ma Santé 2022 » est orienté pour participer à l'amélioration des SNP, avec notamment la mise en place des SAS (15). Le service permettrait de répondre à une demande de SNP voire soins urgents, en cas d'indisponibilité du MG traitant, à toute heure, pas l'accès à un professionnel de santé. Il est conçu pour fournir après régulation de la demande de soins, un conseil médical, une consultation de SNP en MGé ou au SU, un déclenchement de moyen urgent type transport sanitaire voire SMUR. Quelques départements ont déjà testé cette mesure, mais il n'existe pas de rapport sur ces projets pilotes. Ce dispositif pourrait être un moyen pour les patients d'avoir des rendez-vous de SNP. Cependant, ce programme ne permet peut-être pas en l'état une réelle éducation des patients aux critères d'urgence. Nous manquons de recul pour en juger.

Devant les problèmes actuels d'accès au soin et une part des patients considérant l'accès au soin comme un dû, il devient primordial d'éduquer les patients aux critères d'urgence pour ne pas réformer le système de santé en vain. Cette éducation a déjà montré ses preuves avec la campagne limitant la prescription d'antibiotiques « Les antibiotiques c'est pas automatique » avec une diminution de 15 % des prescriptions d'antibiotiques. Cependant, à l'arrêt de la campagne, un rebond a pu être observé (55). Il faudrait donc continuer, persister et accroître les campagnes d'information ; en particulier dans le contexte actuel où la désinformation est

omnipotente. Il serait intéressant d'évaluer une éventuelle modification des connaissances après information des patients, que ce soit par affiches en salles d'attente ou par d'autres moyens informationnels.

L'association de ces éléments pourrait constituer un ensemble convergent et intégré de mesures :

Au niveau national:

- Éducation renforcée de la population générale sur les critères d'urgence vitale devant faire appeler prioritairement le numéro d'urgence, via des campagnes grand public répétées, et via des affichages chez les professionnels de santé (diffusion actuelle d'informations possibles par Santé Publique France) ; notamment pour les motifs tels que : douleur thoracique, déficit moteur ou de langage brutal, douleurs insupportables
- Éducation de la population générale à la distinction entre différents degrés d'urgence (vitale immédiate, différée, soins non programmés de MGé, absence d'urgence), et aux professionnels et structures de soins permettant d'y répondre.
- Éducation de la population générale au bon usage du juste soin, et à l'auto-implication dans sa programmation.

Au niveau local, dans le cadre des travaux des CPTS :

- Réflexion et amélioration de la gestion des demandes de SNP au sein des cabinets de MGé; accompagnement des MG dans l'analyse de leur organisation (audit) avec aide à la formation des secrétariats, coopération avec les Délégués d'AM à propos des assistants médicaux et leur apport potentiel...
- Réflexion et mise en place de sessions d'éducation à l'usage et l'organisation des soins dans le cadre de la coopération des MG avec leurs Infirmières en Santé Publique (association Asalée), ou autres actions de santé publique locale dans les MSP et CPTS.
- Mise en place des SAS pour répondre aux demandes de SNP qui n'auraient pas trouvé de solution préalable recherchée par le patient auprès de son MG traitant ou ses associés. Réflexion en cas de déclenchement d'une effection de MGé, autour d'une information de type intervention brève.
- Poursuite des travaux réflexifs en médecine d'urgence concernant l'optimisation d'utilisation de l'échelle FRENCH en SU par les IOA, et renforcement des possibilités de réorientation après Tri 5 voire 4 : notamment rebasculement dans le cadre du SAS vers la MGé ambulatoire.

V. CONCLUSION

Notre étude a montré que les connaissances des patients concernant les critères d'urgence ne sont pas toutes acquises, et peuvent faire défaut pour une partie non négligeable des patients : qui consulteraient au SU ou en MGé sans justification pour des pathologies bénignes, et une partie qui ne contacterait pas le numéro d'urgence ou n'irait pas au SU pour des pathologies graves voire vitales.

La variation de cette proportion selon les critères démographiques permet également de mettre en exergue une différence de connaissances selon le sexe, l'âge, mais surtout selon la distance des urgences, les patients ruraux ayant une connaissance moins importante des critères d'urgence.

Des moyens d'informations sont mis en place depuis de nombreuses années notamment dans les suspicions d'IDM et d'AVC. Cependant, peu d'informations sont données sur d'autres prises en charge de pathologies, plus ou moins bénignes. Elles seraient un outil supplémentaire dans l'information du patient afin qu'il prenne une plus grande part dans son parcours de soin. Cette communication doit également se libérer des salles d'attentes des cabinets et des hôpitaux afin de capter le plus d'attention possible, que ce soit dans la rue, dans les médias ou autre. Nous ne manquons pas à l'heure actuelle de moyens de communication, qui restent optimisables à bon escient. Cette éducation est également et surtout le rôle du médecin qui se doit de toujours donner une information claire, loyale et appropriée (56). Les autres professionnels médicaux et paramédicaux sont également un lien important à conserver pour l'éducation des patients.

A l'heure de la désertification médicale, l'accès à un MG pose aussi question, avec 11 % de patients sans médecin traitant et 1,6 millions de Français qui renoncent chaque année à des soins médicaux (57), une éducation optimale de la population n'est peut-être malheureusement pas possible, mais elle est certainement améliorable. Il faut parfois attendre plusieurs semaines pour avoir un rendez-vous non-urgent chez un MG et certains patients, dans une conception consumériste de la santé, se rendent plus aisément au SU le plus proche.

Une des solutions actuellement privilégiée est la régulation médicale systématique. Elle a déjà été utilisée à plusieurs reprises lors des tensions des SU de l'été 2022 et tend à se développer avec la mise en place des SAS comme voie de recours en plus des urgences et des MMG la nuit. Elle demande néanmoins un renforcement du personnel des centres effecteurs et la formation de nouveaux ARM (Assistant de Régulation Médicale). Dans cet effort conjoint, il

ne faut pas oublier les MG et les secrétaires des cabinets médicaux qui, selon les indications de leur MG, sont en première ligne dans le tri et la réorientation des patients.

Dans les zones rurales, qui sont particulièrement en difficulté, que ce soit par le manque de MG mais aussi par l'éloignement avec les SU, les moyens actuellement réalisés afin d'améliorer l'accès au soin peuvent paraître insuffisants. Dans le cas d'une urgence vitale, il y a cependant des MG correspondants du SAMU qui peuvent réaliser certains gestes vitaux avant le transfert du patient vers le SU le plus proche.

Le système de santé devrait tenir compte de l'éducation des patients dans l'élaboration de ses projets futurs. C'est un atout qui pourrait, d'une part améliorer la prise en charge des patients et, par cette meilleure orientation des patients, diminuer la pression hospitalière et libérale que l'on connaît actuellement. L'éducation des patients passe donc par une action conjointe entre le patient, la médecine de ville et la médecine hospitalière ; c'est l'objectif des Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), ayant pour but de mieux coordonner les différents professionnels médicaux et d'éduquer spécifiquement des bassins de population sur certaines problématiques de santé publique.

Les connaissances des critères d'urgence par le patient ne sont donc qu'une partie du travail afin de permettre une optimisation de leur parcours de soin. L'éducation à la santé est une base primordiale sur laquelle fonder le système de soin ; la mise en place de plus en plus fréquente de campagnes d'affichages en faveur de cette éducation est une étape importante vers une autonomisation des patients, qui deviennent des acteurs de leur propre santé, mais aussi de celle de leurs proches.

Doyen de la faculté

Président de Jury

Vu et permis d'imprimer

Toulouse a 8/11/2022

Le Président de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier Faculté de Santé

Par délégation. La Doyenne-Directrice

Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical

VI. <u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>

- 1. Définitions : urgence, urgences Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 14 juill 2022]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/français/urgence/80704
- 2. David. Organisation des soins non-programmés [Internet]. DMP INFORMATIQUE. 2022 [cité 14 juill 2022]. Disponible sur: https://www.dmpinformatique.fr/organisation-dessoins-non-programmes/
- 3. Assurer le premier accès aux soins Organiser les soins non programmés dans les territoires Rapport de Thomas Mesnier Député de Charente [Internet]. [cité 28 févr 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport snp vf.pdf
- 4. Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019 Légifrance [Internet]. [cité 22 août 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038954739
- 5. RAPPORT D'INFORMATION FAIT au nom de la commission des affaires sociales (1) sur les urgences hospitalières, [Internet]. [cité 28 févr 2021]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf
- 6. Actualités de l'Urgence APM / Société Française de Médecine d'Urgence SFMU [Internet]. [cité 22 août 2022]. Disponible sur: https://www.sfmu.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/la-hausse-des-passages-aux-urgences-a-ralenti-en-2019-analyse-apmnews-/new id/66734
- 7. Un généraliste réalise en moyenne 22 consultations de 17 minutes par jour [Internet]. egora.fr. 2017 [cité 22 août 2022]. Disponible sur: https://www.egora.fr/actus-pro/conditions-d-exercice/26883-un-generaliste-realise-en-moyenne-22-consultations-de-17
- 8. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Fressard L, Verger P, et al. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s' organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. Drees Etudes Résultats. 2020;1138:1-6.
- 9. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 16 oct 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale
- 10. 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 [Internet]. [cité 14 juill 2022]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-

- resultats/difficultes-et-adaptation-des-medecins-generalistes-face-loffre-de
- 11. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Sante Publique (Bucur). 2004;Vol. 16(1):63-74.
- 12. Backman AS, Blomqvist P, Lagerlund M, Carlsson-holm E, Adami J. Characteristics of non-urgent patients. Scand J Prim Health Care. 1 janv 2008;26(3):181-7.
- 13. Henninger S, Spencer B, Pasche O. Deciding whether to consult the GP or an emergency department: A qualitative study of patient reasoning in Switzerland. Eur J Gen Pract. 3 juill 2019;25(3):136-42.
- 14. PDSA: mode d'emploi [Internet]. [cité 22 août 2022]. Disponible sur: https://www.larevuedupraticien.fr/article/pdsa-mode-demploi
- 15. Service d'accès aux soins (SAS) [Internet]. [cité 22 août 2022]. Disponible sur: https://esante.gouv.fr/sas
- 16. Gentile S, Durand AC, 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 DÉpidémiologie Santé Publique. 1 févr 2009;57(1):3-9.
- 17. Lassoutanie N. Urgence estimée par le patient versus urgence évaluée par le médecin dans le cadre des soins non programmés en médecine générale [PhD Thesis]. Université Toulouse III-Paul Sabatier; 2021.
- 18. La nomenclature PCS | Insee [Internet]. [cité 16 juill 2022]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/information/6208292
- 19. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada PubMed [Internet]. [cité 16 juill 2022]. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21632665/
- 20. La médecine d'urgence [Internet]. [cité 16 juill 2022]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/la-medecine-durgence-0
- 21. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 16 oct 2022]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer
- 22. Panorama 2019 ORU Occitanie [Internet]. [cité 16 oct 2022]. Disponible sur: https://oruoccitanie.fr/panorama-2019/
- 23. OMG Observatoire de la Médecine Générale [Internet]. [cité 18 juill 2022]. Disponible

- sur: http://omg.sfmg.org/index.php
- 24. Infarctus du myocarde [Internet]. [cité 18 juill 2022]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/infarctus-du-myocarde
- 25. Brunel O. Prise en charge de la douleur thoracique par le SAMU de Toulouse : état des lieux en 2015 [Internet] [exercice]. Université Toulouse III Paul Sabatier; 2016 [cité 18 juill 2022]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/1474/
- 26. Infarctus du myocarde · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 18 juill 2022]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/dossier/infarctus-myocarde/
- 27. Douleur thoracique : reconnaître s'il s'agit d'une urgence [Internet]. [cité 18 juill 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/douleur-thoracique/reconnaitre-agit-urgence
- 28. Ensemble, améliorons la prise en charge de l'infarctus du myocarde [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 14 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_765215/fr/ensemble-ameliorons-la-prise-en-charge-de-l-infarctus-du-myocarde
- 29. AVC, nous sommes tous concernés campagne information 2018 [Internet]. journee-mondiale-avc. [cité 18 juill 2022]. Disponible sur: https://www.accidentvasculairecerebral.fr/avc-tous-concernes
- 30. Reconnaître un AVC ou un AIT [Internet]. [cité 18 juill 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/avc/avc-symptomes-evolution
- 31. Accident vasculaire cérébral: prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 18 juill 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse
- 32. Bronchite: causes et symptômes [Internet]. [cité 18 juill 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/bronchite/definition-symptomes-evolution
- 33. Jacquin L, Meguerditchian C, Douplat M, Michelet P. Les douleurs abdominales en situation d'urgence : celles qui peuvent tuer. :9.
- 34. Mal de ventre : que faire ? [Internet]. [cité 15 août 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/mal-ventre/que-faire-cas-faut-consulter
- 35. Recommandations pour la prise en charge d'une céphalée en urgence ScienceDirect [Internet]. [cité 18 juill 2022]. Disponible sur:

- https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1624568718300015
- 36. Principaux repères sur les céphalées [Internet]. [cité 18 juill 2022]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders
- 37. Céphalées [Internet]. Collège des Enseignants de Neurologie. 2016 [cité 18 juill 2022]. Disponible sur: https://www.cen-neurologie.fr/fr/premier-cycle/semiologie-analytique/syndrome-myogene-myopathique/c%C3%A9phal%C3%A9es
- 38. Epidémiologie et prise en charge des lombalgies aux urgences Librairie Eyrolles [Internet]. [cité 18 juill 2022]. Disponible sur: https://www.eyrolles.com/Litterature/Livre/epidemiologie-et-prise-en-charge-des-lombalgies-aux-urgences-9786131516733/
- 39. Définition, causes et symptômes de la lombalgie [Internet]. [cité 18 juil1 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/lombalgie-aigue/comprendre-lombalgie
- 40. Dossier complet Département de l'Aveyron (12) | Insee [Internet]. [cité 3 oct 2022]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-12#tableau-POP_G2
- 41. Moubarak C, Darmon D. Recours aux soins des femmes : des besoins spécifiques audelà de la gynécologie et de l'obstétrique. Exercer. 2014;113 : 141.
- 42. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. [cité 28 févr 2021]. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6852.html#toc16
- 43. PANORAMA OCCITANIE 2021 ORU Occitanie [Internet]. [cité 1 oct 2022]. Disponible sur: https://oruoccitanie.fr/panorama-occitanie-2021-4/
- 44. Panorama 2020 ORU Occitanie [Internet]. [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: https://oruoccitanie.fr/panorama-2020/
- 45. World Health Organization. Atlas of headache disorders and resources in the world 2011 [Internet]. World Health Organization; 2011 [cité 3 oct 2022]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44571
- 46. Pons C. Céphalées secondaires: incidence et facteurs prédictifs parmi les patients consultant en service d'urgence pour céphalée inhabituelle [Internet] [exercice]. Université Toulouse III Paul Sabatier; 2020 [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/3109/
- 47. Wolff H, Stalder H, Guerne P. Lombalgie aiguë. Prim Care. 1 janv 2001;1:664-8.
- 48. Appli Activ'Dos [Internet]. [cité 3 oct 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/lombalgie-aigue/application-activ-dos

- 49. Petitjean L. Analyse multifactorielle des consultations en médecine générale à Paris : étude portant sur 2140 consultations pour 1200 patients [Internet] [phdthesis]. Université Pierre et Marie Curie (Paris 6); 2000 [cité 1 oct 2022]. Disponible sur: https://hal.archivesouvertes.fr/tel-01649884
- 50. DeVoe JE, Wallace LS, Fryer GE. Patient Age Influences Perceptions About Health Care Communication. Fam Med. févr 2009;41(2):126-33.
- 51. Farmer J, Iversen L, Campbell NC, Guest C, Chesson R, Deans G, et al. Rural/urban differences in accounts of patients' initial decisions to consult primary care. Health Place. 1 juin 2006;12(2):210-21.
- 52. Taboulet P, Maillard-Acker C, Ranchon G, Goddet S, Dufau R, Vincent-Cassy C, et al. Triage des patients à l'accueil d'une structure d'urgences. Présentation de l'échelle de tri élaborée par la Société française de médecine d'urgence: la FRench Emergency Nurses Classification in Hospital (FRENCH). Ann Fr Médecine D'urgence. 1 jany 2019;9(1):51-9.
- 53. Drogrey M, Pernet J, Hausfater P. Retour d'expérience sur la réorganisation d'un service d'urgence de centre hospitalo-universitaire en réponse à l'épidémie de Covid-19. Ann Fr Médecine D'urgence. 1 sept 2020;10(4-5):233-42.
- 54. Bertrand D, Bontoux D, Plouin PF, Richard F, Rouëssé J. Rapport 19-03. Analyse du plan « Ma Santé 2022, un engagement collectif » et propositions de l'Académie nationale de médecine. Bull Académie Natl Médecine. 1 juill 2019;203(5):245-51.
- 55. Renesto P, Jouvin-Marche E. L'Antibiorésistance: stratégie de la France face à une menace sanitaire mondiale. Quest Santé Publique. sept 2022;(44):1-8.
- 56. Article R4127-35 Code de la santé publique Légifrance [Internet]. [cité 3 oct 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912897/2004-08-08
- 57. Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard Sénat [Internet]. [cité 3 oct 2022]. Disponible sur: https://www.senat.fr/notice-rapport/2021/r21-589-notice.html

VII. ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire distribué aux patients.

acets, vous vous êtes bloqué le dos. La douleur est	Chère patiente, Cher patient,
rive mais bien atténuée par la prise de paracétamol Doliprane®, Efferalgan®). Trois jours plus tard, la Jouleur persiste encore.	Mon travail de thèse en Médecine Générale porte sur ce que les patients savent des critères d'urgence. De nombreux travaux sur le recours aux services d'urgences pointent
Question A : Il est 9h, nous sommes mardi matin. Que faites-vous ? (1 seule réponse possible)	la nécessité d'éduquer la population à ces critères. Mais aucune étude n'a porté sur les connaissances des patients
Vous appelez le numéro d'appel d'urgence (SAMU = 15, ou 112), Vous vous rendez directement aux urgences en voiture. Vous demandez un rendez-vous urgent avec votre médecin traitant. Vous demandez un rendez-vous sans urgence avec votre médecin traitant. Vous ne faites rien, « Ça va passer ».	concernant ces critères d'urgence. Ce questionnaire permettra de faire un état des lieux sur le sujet afin d'ouvrir la voie à un travail de prévention et de sensibilisation : le but est que vous soyez acteurs de votre parcours de soin.
nuestion B : Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. ue faites-vous ? (1 seule réponse possible)	Ce questionnaire n'est pas obligatoire : vous avez le droit de refuser d'y répondre.
Vous appelez le numéro d'appel d'urgence (SAMU = 15 ou 112). Vous vous rendez directement aux urgences.	Les données que vous fournirez seront totalement anonymes; votre nom n'apparaîtra jamais dans ma thèse.
Vous appelez le standard des médecins généralistes de garde (3966). Vous demandez un rendez-vous sans urgence avec votre médecin traitant, le lendemain	En vous remerciant d'avance pour votre participation,. TAISNE Johan (Interne en Médecine Générale)
Vous ne faites rien, « Ça va passer ».	1 - Quel est votre sexe ?
restion C : Quelle est votre estimation du degré d'urgence de cette uation médicale, de 0/10 à 10/10 ? (Cochez un chiffre) :	Femme Homme
du tout urgent Urgence vitale immédiate	2 - Quel est votre âge ?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Entre 18 et 24 ans Entre 50 et 69 ans 70 ans et plus
	2. O allo anticolor anticolor and a surfacility of 2
ituation médicale N° 6 : Vous ressentez «tout d'un prop», brutalement, des difficultés à parler et votre ras droit est lourd et engourdi les symptômes l'améliorent 15 minutes plus tard. uestion A : Il est 9h, nous sommes mardi matin. ue faites-vous ? (1 seule réponse possible) Vous appelez le numéro d'appel d'urgence (SAMU = 15 ou 112). Vous vous rendez directement aux urgences en voiture. Vous demandez un rendez-vous urgent avec votre médecin traitant. Vous demandez un rendez-vous sans urgence avec votre médecin traitant. Vous ne faites rien, « Ça va passer ». uestion B : Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. ue faites-vous ? (1 seule réponse possible) Vous appelez le numéro d'appel d'urgence (SAMU = 15 ou 112).	Agriculteur exploitant Adrisan, commerçant ou chef d'entreprise Cadre ou profession intellectuelle supérieure Profession intermédiaire Employé Ouvrier Retraité Sans activité professionnelle Autre (merci de préciser): Moins de 30 minutes (en voiture) d'un Service d'Accueil des Urgences 30 minutes et plus, (en voiture) d'un Service d'Accueil des Urgences 5 - Ces 12 derniers mois, êtes-vous allé ou avez-vous été
pup», brutalement, des difficultés à parler et votre ras droit est lourd et engourdi les symptômes améliorent 15 minutes plus tard. Juestion A: Il est 9h, nous sommes mardi matin. Je faites-vous? (1 seule réponse possible) Vous appelez le numéro d'appel d'urgence (SAMU = 15 ou 112). Vous vous rendez directement aux urgences en voiture. Vous demandez un rendez-vous urgent avec votre médecin traitant. Vous demandez un rendez-vous sans urgence avec votre médecin traitant. Vous ne faites rien, « Ça va passer ». Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Juestion B: Même situation	Agriculteur exploitant Artisan, commerçant ou chef d'entreprise Cadre ou profession intellectuelle supérieure Profession intermédiaire Employé Ouvrier Retraité Sans activité professionnelle Autre (merci de préciser): Moins de 30 minutes (en voiture) d'un Service d'Accueil des Urgences 30 minutes et plus, (en voiture) d'un Service d'Accueil des Urgences 5 - Ces 12 derniers mois, êtes-vous allé ou avez-vous été transporté aux urgences ? oui non Si oui: 6 - Quel était votre problème de santé (diagnostic ou type de problème) ? (Merci de préciser):
pup», brutalement, des difficultés à parler et votre ras droit est lourd et engourdi les symptômes l'améliorent 15 minutes plus tard. uestion A : Il est 9h, nous sommes mardi matin. ue faites-vous ? (1 seule réponse possible) Vous appelez le numéro d'appel d'urgence (SAMU = 15 ou 112). Vous vous rendez directement aux urgences en voiture. Vous demandez un rendez-vous urgent avec votre médecin traitant. Vous demandez un rendez-vous sans urgence avec votre médecin traitant. Vous ne faites rien, « Ça va passer ». uestion B : Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. ue faites-vous ? (1 seule réponse possible) Vous appelez le numéro d'appel d'urgence (SAMU = 15 ou 112). Vous vous rendez directement aux urgences. Vous appelez le standard des médecins généralistes de garde (3966). Vous demandez un rendez-vous sans urgence avec votre médecin traitant, le lendemain	Agriculteur exploitant Artisan, commerçant ou chef d'entreprise Cadre ou profession intellectuelle supérieure Profession intermédiaire Employé Ouvrier Retraité Sans activité professionnelle Autre (merci de préciser): Moins de 30 minutes (en voiture) d'un Service d'Accueil des Urgences 30 minutes et plus, (en voiture) d'un Service d'Accueil des Urgences 5 - Ces 12 derniers mois, êtes-vous allé ou avez-vous été transporté aux urgences ? oui non Si oui: 6 - Quel était votre problème de santé (diagnostic ou type de problème) ?

Voici maintenant 6 situations médicales. Pour chaque situation, 3 questions vous sont posées : Situation médicale N° 3 : Vous avez des nausées depuis Situation médicale N° 1 : Vous ressentez depuis 30 minutes une forte douleur qui vous serre la poitrine et qui descend dans quelques heures et vous avez vomi 2 fois. Vous avez votre bras gauche. maintenant très mal au ventre : c'est intense, presque insupportable. Votre ventre est dur, gonflé et contracté. Question A: Il est 9h, nous sommes mardi matin. Que faites-vous ? (1 seule réponse possible) Question A: Il est 9h, nous sommes mardi matin. Que faites-vous ? (1 seule réponse possible) Vous appelez le numéro d'appel d'urgence (SAMU = 15, ou 112). Vous appelez le numéro d'appel d'urgence (SAMU = 15, ou 112). Vous vous rendez directement aux urgences en voiture. Vous vous rendez directement aux urgences en voiture. Vous demandez un rendez-vous urgent avec votre médecin traitant. Vous demandez un rendez-vous sans urgence avec votre médecin Vous demandez un rendez-vous urgent avec votre médecin traitant. traitant. Vous demandez un rendez-vous sans urgence avec votre médecin Vous ne faites rien, « Ça va passer ». Vous ne faites rien, « Ca va passer ». Question B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Question B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Que faites-vous ? (1 seule réponse possible) Que faites-vous ? (1 seule réponse possible, Vous appelez le numéro d'appel d'urgence (SAMU = 15 ou 112). Vous appelez le numéro d'appel d'urgence (SAMU = 15 ou 112). Vous vous rendez directement aux urgences. Vous vous rendez directement aux urgences. Vous appelez le standard des médecins généralistes de garde (3966). Vous appelez le standard des médecins généralistes de garde (3966). Vous demandez un rendez-vous sans urgence avec votre médecin Vous demandez un rendez-vous sans urgence avec votre médecin traitant, le lendemain traitant, le lendemain Vous ne faites rien, « Ça va passer ». Vous ne faites rien, « Ça va passer ». Question C : Quelle est votre estimation du degré d'urgence de cette Question C : Quelle est votre estimation du degré d'urgence de cette situation médicale, de 0/10 à 10/10 ? (Cochez un chiffre) : situation médicale, de 0/10 à 10/10 ? (Cochez un chiffre) : Pas du tout urgent (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) Situation médicale N° 2 : Depuis une semaine, vous êtes très Situation médicale N° 4 : Vous présentez depuis 6 jours un mal de tête inhabituel qui devient de plus en plus enrhumé et vous toussez ; cette nuit sont apparus de la fièvre à 38,5°C, quelques frissons, et de la fatigue importante. insupportable malgré la prise de paracétamol (Doliprane®, Efferalgan®...). Il n'y a pas d'autre symptôme. Question A: Il est 9h, nous sommes mardi matin. Que faites-vous ? (1 seule réponse possible) Question A: Il est 9h, nous sommes mardi matin. Vous appelez le numéro d'appel d'urgence (SAMU = 15 ou 112). Vous appelez le numéro d'appel d'urgence (SAMU = 15 ou 112). Vous vous rendez directement aux urgences en voiture. Vous vous rendez directement aux urgences en voiture. Vous demandez un rendez-vous urgent avec votre médecin traitant. Vous demandez un rendez-vous urgent avec votre médecin traitant. Vous demandez un rendez-vous sans urgence avec votre médecin traitant. Vous demandez un rendez-vous sans urgence avec votre médecin Vous ne faites rien, « Ça va passer ». Vous ne faites rien, « Ça va passer ». Question B : Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Ouestion B: Même situation mais il est 3h du matin ce dimanche. Que faites-vous ? (1 seule réponse possible) Que faites-vous ? (1 seule réponse possible, Vous appelez le numéro d'appel d'urgence (SAMU = 15 ou 112). Vous appelez le numéro d'appel d'urgence (SAMU = 15 ou 112). Vous vous rendez directement aux urgences. Vous vous rendez directement aux urgences. Vous appelez le standard des médecins généralistes de garde (3966). Vous appelez le standard des médecins généralistes de garde (3966). Vous demandez un rendez-vous sans urgence avec votre médecin Vous demandez un rendez-vous sans urgence avec votre médecin traitant, le lendemain traitant, le lendemain Vous ne faites rien, « Ca va passer ». Vous ne faites rien, « Ca va passer ». Question C : Quelle est votre estimation du degré d'urgence de cette Question C : Quelle est votre estimation du degré d'urgence de cette situation médicale, de 0/10 à 10/10 ? (Cochez un chiffre) : situation médicale, de 0/10 à 10/10 ? (Cochez un chiffre) : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ANNEXE 2 : Fiche protocole.

Connaissances des critères de consultation d'urgence par les patients

Fiche protocole

Sujet de l'étude :

Connaissances des critères de consultation d'urgence par les patients.

Déroulement de l'étude :

- Dans les cabinets médicaux du département de l'Aveyron ayant accepté de participer.
- Chaque médecin qui accepte de participer :
 - ✓ Signe la fiche d'informations et de consentement.
 - ✔ Répond au questionnaire médecin.
 - ✔ Reçoit une boîte comprenant :
 - 1 fiche PROTOCOLE
 - 1 affichage salle d'attente
 - 1 bloc de 150 questionnaires recto-verso
 - 1 urne pour déposer les réponses
 - 1 présentoir
- Affichage dans les salles d'attente pour informer les patients de l'étude en cours.
- Questionnaire anonyme à remplir par les patients en salle d'attente, avant ou après chaque consultation pour tout patient et accompagnant majeur.

 Durée d'administration du guestionnaire : environ 7 minutes.
- Relevé des questionnaires un mois après distribution.

Explications du questionnaire:

- Le questionnaire comportera une information préalable, qui doit également être affichée en salle d'attente. Il est composé de six cas cliniques divisés en trois questions, sur différents motifs urgents avec des protocoles standardisés.
- Critères d'exclusion :
 - ✔ Refus : du patient de répondre au questionnaire
 - ✔ Patient mineur
 - ✓ Non communicant : patients déments, grabataires, déficient mental ou sensoriel (sourd, muet), barrière de la langue.
 - ✔ Déjà répondu
- Le patient peut remplir le questionnaire et le déposer dans l'urne mise en place à cet effet.

Pour toute information, question, problème...:
Johan TAISNE

ANNEXE 3 : Questionnaire destiné aux médecins.

Connaissances des critères de consultation d'urgence par les patients Questionnaire médecin Ce questionnaire rapide a pour but de connaître certaines caractéristiques de votre pratique afin de mieux évaluer les questionnaires donnés à vos patients. Les questionnaires sont anonymisés. Quel est votre sexe? ☐ Femme ☐ Homme Quel est votre âge? ☐ 34 ans ou moins ☐ Entre 35 et 55 ans ☐ 56 ans ou plus Depuis combien de temps êtes-vous installé? ☐ Moins de 5 ans ☐ Entre 5 et 20 ans ☐ Plus de 20 ans **Vous Travaillez:** ☐ En milieu rural ☐ Seul ☐ En cabinet de groupe ☐ En milieu urbain ☐ Fn MSP ☐ En milieu semi-rural Autre: _ Avez-vous déjà travaillé ou travaillez-vous dans une structure d'urgence (médecin sapeur-pompier, urgentiste...) : □ Oui ☐ Non Avez-vous déjà travaillé ou travaillez-vous dans une structure de régulation médicale (médecin régulateur de PDSA, SAS...) : ☐ Oui ☐ Non A combien de temps (en voiture) d'un service d'accueil des urgences se situe votre lieu d'installation? ☐ Moins de 15 minutes ☐ Entre 15 et 30 minutes ☐ Plus de 30 minutes Merci de votre participation! **Johan TAISNE**

ANNEXE 4: Formulaire d'information et de consentement.

Connaissances des critères de consultation d'urgence par les patients FORMULAIRE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT - MEDECIN

LE PROJET DE RECHERCHE:

Je vous invite à participer à mon travail de thèse de doctorat en médecine générale, sous la direction du Pr Motoko Delahaye. Depuis plusieurs années, le nombre de passages aux services d'accueil des urgences augmente progressivement. Cependant dans plusieurs cas, une réorientation des patients vers la médecine de ville serait possible. On retrouve également fréquemment des patients consultant en médecine générale pour des motifs urgents voire vitaux, du fait, parfois, d'une méconnaissance des symptômes.

De nombreux travaux sur le recours aux urgences ainsi que les définitions des critères d'urgence ressentie ou réelle, pointent la nécessité d'éduquer la population aux critères d'urgence. Mais aucune étude n'a porté sur les connaissances des patients sur cette question.

Les patients connaissent-ils les critères d'urgence en cabinet de médecine générale et aux urgences, avec ou sans affichage de sensibilisation en salle d'attente?

L'étude se déroulera pendant un mois. Des affiches dans les salles d'attente informeront vos patients de l'étude. Votre participation consiste à fournir et à récupérer dans vos salles d'attente un questionnaire anonyme pour tous les patients et accompagnants majeurs. A l'issue de ce mois, je viendrai récupérer les questionnaires.

Ce document renseigne sur les grandes lignes du déroulement de l'étude, n'hésitez pas à me solliciter si vous avez des questions.

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITE:

Les questionnaires recueillis par vos soins seront totalement anonymes. Aucun nom ni lieu n'apparaitront dans la thèse ni dans les communications scientifiques/articles. Votre participation implique votre accord quant à l'utilisation, par les responsables du projet, des informations récoltées pour un travail de recherche scientifique ultérieur (articles, communications scientifiques...), sous couvert du respect strict de leur anonymat. Après le traitement des données effectué, tous les questionnaires seront détruits. Durant l'étude, vos coordonnées seront recueillies dans un tableur protégé par mot de passe, et les réponses aux questionnaires des patients seront recueillies dans un tableur séparé également protégé par mot de passe : le tout sauvegardé sur 2 clés USB distinctes. Les données ne seront pas transférées hors UE, seront conservées 3 ans et détruites après publication. Je serai l'unique responsable de ces données. Ce travail a obtenu un accord de conformité pour la norme MR004 de la CNIL.

PARTICIPATION VOLONTAIRE:

Votre participation à ce projet est totalement volontaire, non rémunérée, et vous êtes libre d'y mettre fin à tout moment et sans justification.

Johan TAISNE, interne de médecine générale.

CONSENTEMENT : Je soussigné(e)	
	présent formulaire, reconnais que le responsable de l'étude a ante à mes questions, et consens librement à participer à ce projet de
Fait à :	le :
Signature du participant :	

ANNEXE 5 : Affiche salle d'attente.

Connaissances des critères de consultation d'urgence par les patients

Chère patiente, Cher patient,

Mon travail de thèse en Médecine Générale porte sur ce que les patients savent des critères d'urgence. De nombreux travaux sur le recours aux services d'urgences pointent la nécessité d'éduquer la population à ces critères. Mais aucune étude n'a étudié vos connaissances concernant ces critères d'urgence.

Ce questionnaire permettra de faire un état des lieux de vos connaissances, pour initier un travail de prévention et de sensibilisation : le but est qu'en comprenant qui appeler en cas d'urgence, vous soyez acteurs de votre parcours de soin.

Ce questionnaire n'est **pas obligatoire** : vous avez **le droit de refuser** d'y répondre, sans justification.

Les données que vous fournirez seront **totalement anonymes** ; votre nom n'apparaîtra jamais dans ma thèse.

Vos réponses ne seront pas transmises hors UE, et seront stockées dans un fichier protégé par mot de passe : je serai le seul responsable de leur sécurité.

En vous remerciant d'avance pour votre participation.

TAISNE Johan

(Interne en Médecine Générale) Contact :

ANNEXE 6 : Certificat de conformité CNIL.



Université PAUL SABATIER - TOULOUSE III

Facultés de Médecine de Toulouse

DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)

Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne 31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

<u>Directeur NTIC – Numérique</u>
<u>DPO-78344</u>

<u>DUMG Toulouse</u>

<u>pierre.boyer@dumg-toulouse.fr</u> dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

M TAISNE Johan

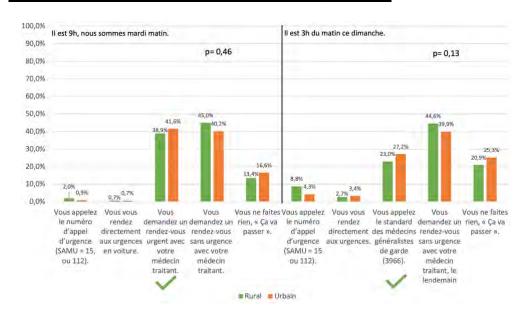
- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données
- a été inscrit dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 03/04/2022 sous le numéro : 2022TJ28

Fait à Toulouse, le 03/04/2022

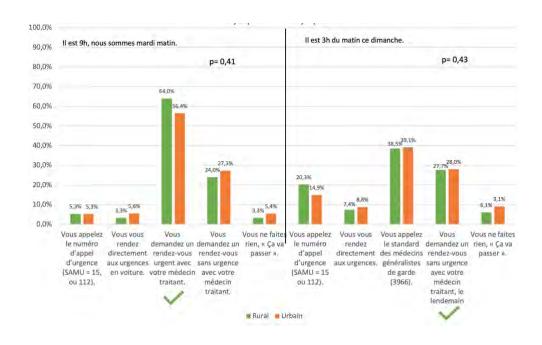


ANNEXE 7: Comparaison en sous-groupe, rural versus urbain, Réponses non significatives.

• Situation médicale n°1 : Infarctus du myocarde.

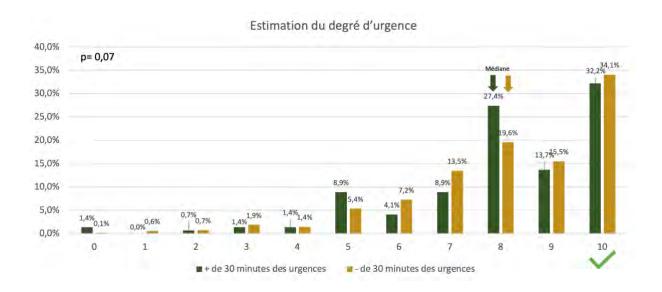


• Situation médicale n°2 : Bronchite aigüe.

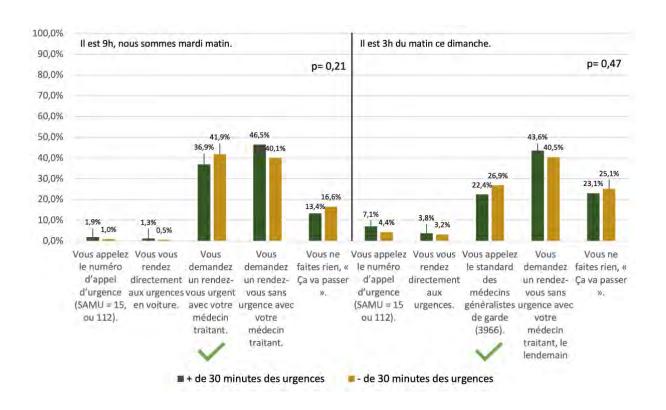


ANNEXE 8 : Résultats des réponses au questionnaire avec comparaison en sous-groupe, selon la distance des SU.

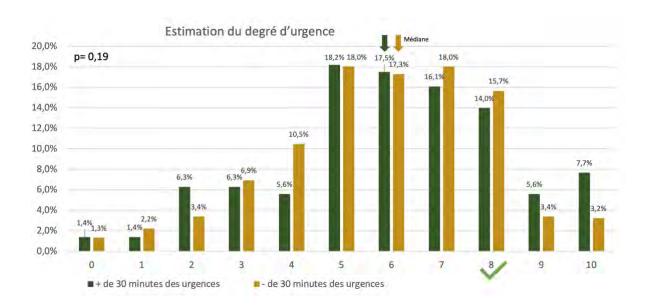
Situation médicale n°1 : Infarctus du myocarde.



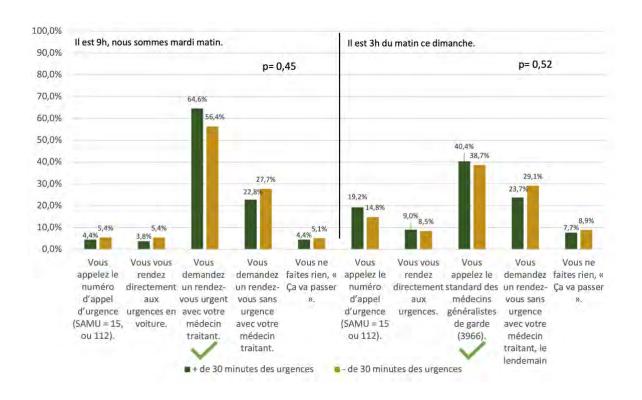
Situation médicale n°2 : Bronchite aigüe.



Situation médicale n°3 : Syndrome abdominal douloureux.

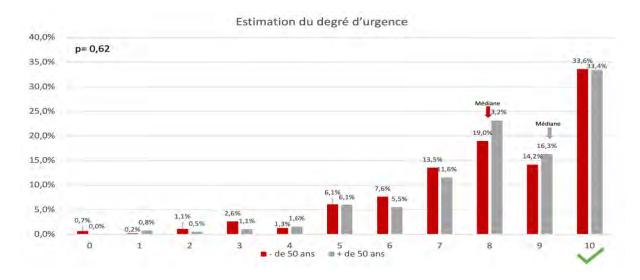


Situation médicale n°4 : Céphalée inhabituelle.

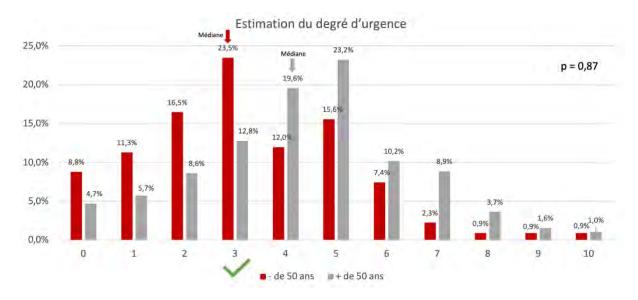


ANNEXE 9 : Résultats des réponses au questionnaire avec comparaison en sous-groupe, selon l'âge .

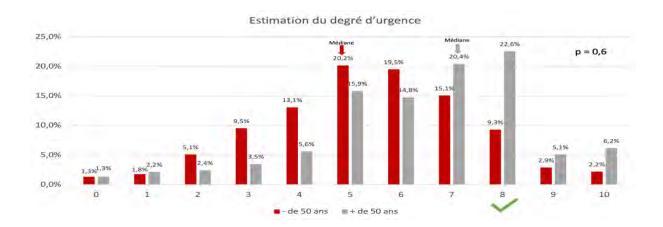
• Situation médicale n°1 : Infarctus du myocarde.



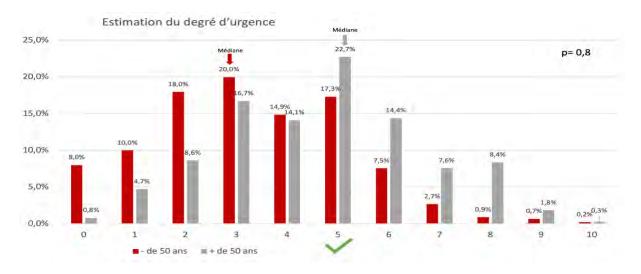
• Situation médicale n°2 : Bronchite aigüe.



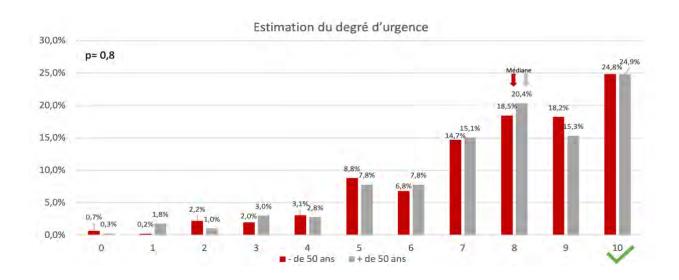
• Situation médicale n°3 : Syndrome abdominal douloureux.



Situation médicale n°4 : Céphalée inhabituelle.

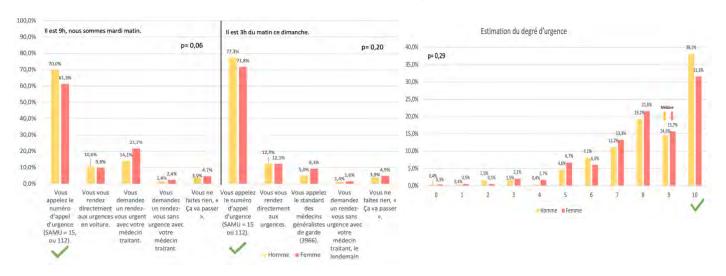


Situation médicale n°6 : Accident Ischémique Transitoire.

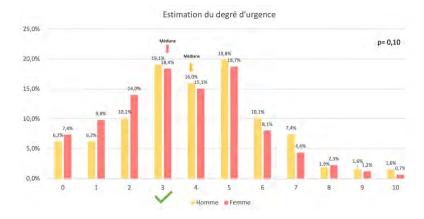


ANNEXE 10 : Résultats des réponses au questionnaire avec comparaison en sous-groupe, selon le genre.

Situation médicale n°1 : Infarctus du myocarde.



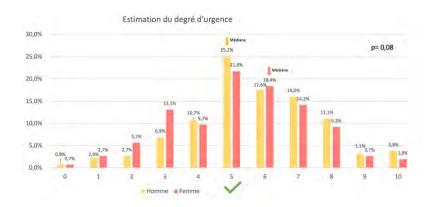
Situation médicale n°2 : Bronchite aigüe.



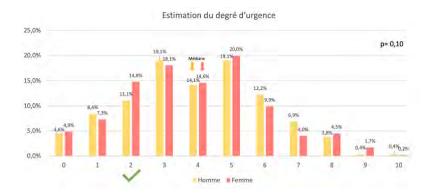
• Situation médicale n°3 : Syndrome abdominal douloureux.



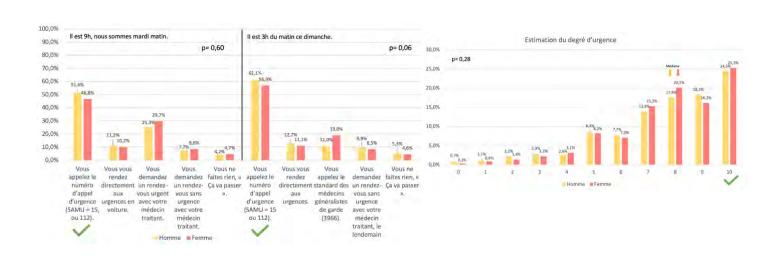
• Situation médicale n°4 : Céphalée inhabituelle.



Situation médicale n°5 : Lombalgie Aigue.

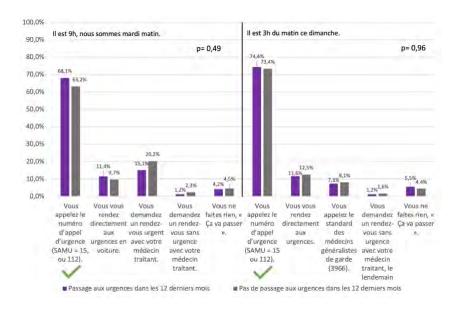


• Situation médicale n°6 : Accident Ischémique Transitoire.

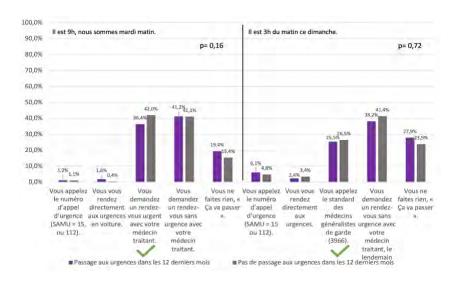


ANNEXE 11 : Résultats des réponses au questionnaire avec comparaison en sous-groupe, selon le passage ou non aux SU dans les 12 derniers mois.

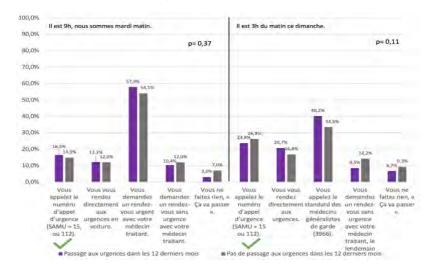
• Situation médicale n°1 : Infarctus du myocarde.



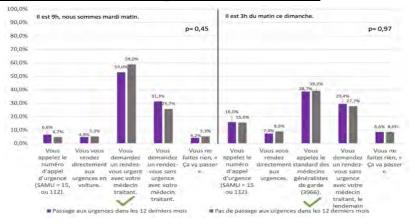
Situation médicale n°2 : Bronchite aigüe.



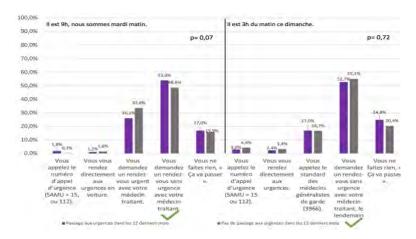
Situation médicale n°3 : Syndrome abdominal douloureux.



Situation médicale n°4 : Céphalée inhabituelle.



• Situation médicale n°5 : Lombalgie Aigue.



ANNEXE 12 : Description générale des tris avec la classification FRENCH.

Fench Emergency Lurses Classification in-Hospital triage

DESCRIPTION GENERALE DES TRIS

Te	Situation	Risque d'agravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prévisibles	Hospitalisation prévisible	Actions	Délais d'intervention	Installation
4	Détresse vitale majeure	Dans les min	****	≥5	≥ 90%	Support d'une ou des fonctions vitales	Sans délai (IDE et Médecin)	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère*	Dans l'heure		≥5	≥ 80%	Traitement de l'organe ou lésion fraumatique	Infirmière < 10 min Médecin < 20 min	SAUV ou Box
	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable	1			1	Evaluation diagnostique et pronostique	Mildredge of 60 males and a	Box ou SAUV
0.6	Comorbidité(s) en rapport avec le motif de recours ou patient adressé**	Dans les 24 h	**	≥3	≥ 50%	en complément du trailement	Médecin < 60 min, puis IDE si besoin	ou salle d'attente
38	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité en rapport avec le motif de recours	Dans les 24 h	+	≥3	≥ 30%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du trattement	Médecin < 90 min, puis IDE si basoin	Box ou salle d'attente
Ā	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	p	1 ou 2	≥ 10%	Acte diagnostique et/où thérapeutique limitée	Médecin < 120 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
	pas d'atteinte fonctionnel ou lésionnelle évidente	Non	D	0		pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin <240 min	Box ou salle d'attente ou maison médicale de garde

ou symptôme sévère qui justifie une action thérapeutique dans les 20 minutes maximum

MODULATION DES CONSTANTES POUR LES ADULTES

ADULTE	Tri 1	Tri 2	Tri 3
PAS (mmHg)	<70	70 - 90 ou 90-100 + FC > 100	>90
FC/min > 180 ou < 40		130 - 180	< 130
SpO2 % < 86		86 - 90	> 90
FR/min	>40	30 - 40	
Glycémie		≤ 20 et cétose > 2mmol/l	> 20 mmal/l et cétose + ou nulle
GCS	SH	9 à 13	14

^{**} patient adressé par médecin le jour même aux urgences

RÉSUMÉ-ABSTRACT

AUTEUR: Johan TAISNE

DIRECTEUR DE THESE : Pr Motoko DELAHAYE **Discipline administrative :** Médecine Générale

TITRE : Connaissances des critères d'urgence par les patients en cabinet de médecine générale. Étude descriptive réalisée dans des cabinets du département de l'Aveyron

Introduction : Actuellement, de nombreuses prises en charges de patients ne sont pas optimales avec un mésusage des services de santé. Ainsi, les services d'urgences voient leur nombre de passage augmenter progressivement, même si une réorientation vers la médecine de ville pourrait être possible pour certains patients. D'un autre côté certains patients consultent en médecine générale pour des motifs urgents voire vitaux. Il serait donc intéressant d'étudier les connaissances des patients aux critères d'urgence dans un but d'éducation de la population afin d'améliorer leur prise en charge.

Objectif : évaluer la proportion de connaissances exactes des critères d'urgence à partir de vignettes de situations cliniques types et analyser l'éventuelle variation de cette proportion selon les critères démographiques des patients. **Méthode :** étude quantitative descriptive multicentrique réalisée dans le département de l'Aveyron. Des questionnaires de situations cliniques ont été remplis par les patients en salle d'attente de cabinets de médecine générale puis analysés.

Résultats: 936 questionnaires ont été inclus. Le taux de participation est de 45 %. Les résultats obtenus tendent à nous montrer que pour des pathologies graves et urgentes, les patients semblent connaître les conduites à tenir ; il en va de même pour les pathologies non graves. En revanche les conduites à tenir dans les cas urgents mais non graves sont moins bien connues. En sous-groupe, les patients ruraux, les hommes et les patients de moins de 50 ans semblent méconnaître les conduites à tenir.

Discussion : Une éducation de la population aux critères d'urgence paraît essentielle et demeure une étape clé dans l'optimisation du parcours de soins mais également du système de soins actuel.

Mots clés: Médecine générale, savoir, urgences, éducation, signes et symptômes.

TITLE: Emergency criteria's' knowledges by patients in general practice. Descriptive study performed in medical offices in the Aveyron department, France.

Introduction: Presently, many patient cares are not optimal with misuse of health services. Thus, there are increasing number of patients going to emergency room, even if some patients could be redirected possible general medicine. On the other hand, some patients consulting in general medicine for urgent or even vital reasons. It would be interesting to study patients' knowledge on the emergency criteria with the aim of educating the population to improve their care.

Method: multicenter descriptive quantitative study performed in the Aveyron department (France). Clinical situation questionnaires were completed by patients in the waiting room of general practice and then analyzed.

Results: 936 questionnaires were included. The participation rate is 45%. The results obtained tend to show us that for serious and urgent pathologies and for non-serious pathologies, patients seem to know what to do. On the other hand, the actions to be taken in intermediate cases are less well known. In sub-groups, rural patients, men and patients under 50 years of age seems to be unaware of the behavior to adopt.

Discussion : Educating population on emergency's criteria seems essential and a key step in optimizing the care pathway but also the current care system.

Key words: General practice, knowledge, emergencies, education, signs and symptoms.

Faculté de Santé, Département Médecine Maïeutique Paramédical : 37 Allées Jules Guesdes, 31062 Toulouse Cedex 02, France