UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE PURPAN

Année 2013 2013-TOU3-1003

THÈSE

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

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15 JANVIER 2013

PAR

BOUDY LAPOUGE Magali

LES PATIENTS ADRESSÉS PAR LEUR MÉDECIN GÉNÉRALISTE AUX URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER D'ALBI : DESCRIPTION ET ANALYSE DES MOTIFS DE RECOURS

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Anne STRATEMAN

JURY :

Président : Monsieur le Pr OUSTRIC
Assesseur : Monsieur le Pr LAUQUE
Assesseur : Monsieur le Pr VIDAL
Assesseur : Madame le Dr ESCOURROU
Membre invité : Madame le Dr STRATEMAN

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier
au 1er septembre 2011

Professeurs honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTHES G.
Doyen Honoraire	M. PUEL P.
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.
Professeur Honoraire	M. COMMANAY
Professeur Honoraire	M. CLAUX
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT
Professeur Honoraire	M. GAYRAL
Professeur Honoraire	M. GEDEON
Professeur Honoraire	M. PASQUIE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT
Professeur Honoraire	M. SARRASIN
Professeur Honoraire	M. GAY
Professeur Honoraire	M. DOUSTE-BLAZY L.
Professeur Honoraire	M. ARLET J.
Professeur Honoraire	M. RIBET
Professeur Honoraire	M. MONROZIES
Professeur Honoraire	M. MIGUERES
Professeur Honoraire	M. DALOUS
Professeur Honoraire	M. DUPRE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.
Professeur Honoraire	M. FEDOU
Professeur Honoraire	M. LARENG
Professeur Honoraire	M. DUCOS
Professeur Honoraire	M. GALINIER
Professeur Honoraire	M. LACOMME
Professeur Honoraire	M. BASTIDE
Professeur Honoraire	M. COTONAT
Professeur Honoraire	M. DAVID
Professeur Honoraire	Mme DIDIER
Professeur Honoraire	M. GAUBERT
Professeur Honoraire	M. GUILHEM
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.
Professeur Honoraire	M. BES
Professeur Honoraire	M. BERNADET
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES
Professeur Honoraire	M. REGNIER
Professeur Honoraire	M. COMBELLES
Professeur Honoraire	M. REGIS
Professeur Honoraire	M. ARBUS
Professeur Honoraire	M. LARROUY
Professeur Honoraire	M. JUSKIEWENSKI
Professeur Honoraire	M. PUJOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI
Professeur Honoraire	M. RUMEAU
Professeur Honoraire	M. PAGES
Professeur Honoraire	M. BESOMBES
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD
Professeur Honoraire	M. SUC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. CARTON
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. SOLEILHAVOUP
Professeur Honoraire	M. BONEU
Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. SARRAMON
Professeur Honoraire	M. CARATERO
Professeur Honoraire	M. CONTÉ
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE
Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. ADER
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. LOUVET
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. BOCCALON
Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	Mme ARLET

Professeurs émérites

Professeur GHISOLFI	Professeur CARATERO
Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL
Professeur LARROUY	Professeur COSTAGLIOLA
Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur J. CORBERAND
Professeur SOLEILHAVOUP	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde - 31073 TOULOUSE Cedex

Doyen : JP. VINEL

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

M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophtalmologie
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. BUGAT R.(C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DABERNAT H.	Bactériologie-Virologie
M. DALY-SCHVEITZER N.	Cancérologie
M. DEGUINE O.	O.R.L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J.	Bactériologie-Virologie
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVAUD B.	Urologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASEHMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P.	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. POURRAT J.	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie Générale
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie
M. RAILHAC J.J. (C.E)	Radiologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P.	Urologie
M. RIVIERE D.	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SIMON J.	Biophysique
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. TREMOULET M.	Neurochirurgie
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie
M. VOIGT J.J. (C.E.)	Anatomie Pathologique

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BUREAU Ch.	Hépato-Gastro-Entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonc
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophtalmologie
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PAOLI J.R.	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. PARANT O.	Gynécologique Obstétrique
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépato-Gastro-Entérologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme WEBER-VIVAT M.	Biologie cellulaire

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr. POUTRAIN J.Ch

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

Doyen : D. ROUGE

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

M. ABBAL M.	Immunologie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E.)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph.	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E.)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mlle DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. DURAND D. (C.E)	Néphrologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (CE)	Epidémio. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E.)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E.)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophtalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES B.	Rhumatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. PUGET J. (C.E.)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L.	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E.)	Biochimie
M. SAMII E K. (C.E)	Anesthésiologie Réanimation
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E.	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHABANON G.	Bactériologie Virologie
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculair
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELABESSE E.	Hématologie
M. DELORD J.P.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R	Cancérologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologie
M. MARQUE Ph	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Ph	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SELVES J.	Anatomie Pathologique
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.

Professeur Associé en Soins Palliatifs
Dr MARMET Th.

Professeur Associé de Médecine du Travail
Dr NIEZBORALA M.

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde - 31073 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme COURBON C.	Pharmacologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. COULAIS. Y.	Biophysique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FAUVEL J.	Biochimie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
Mme LAPEYRE MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
Mme SOLER V.	Ophtalmologie
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
Mlle TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

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

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BROUCHET-GOMEZ A.	Anatomie Pathologique
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DE GRAEVE J.S.	Biochimie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE E.	Urologie
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
Mme LAPRIE A.	Cancérologie
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
M. MARQUES B.	Histologie - Embryologie
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme M'RINI C.	Physiologie
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. PRADERE J.	Biophysique
M. RAMI J.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. VICTOR G.	Biophysique

M.C.U.

M. BISMUTH S.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr MESTHÉ P.
Dr STILLMUNKES A.
Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.

Octobre 2011

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du jury qui me font l'honneur d'assister ce jour à ma soutenance et de juger mon travail.
Tout d'abord je remercie le Pr Oustric d'avoir accepté sans hésiter de présider ce jury et de m'avoir aidé à le constituer.
Je remercie également le Pr Lauque pour sa présence ainsi que pour son jugement. Même s'il ne s'agit pas de médecine d'urgence, votre regard sur mon travail me parait indispensable.
Merci au Pr Vidal d'être présent aujourd'hui, j'ai beaucoup apprécié ces 6 mois passés dans votre cabinet à Castres.
Merci au Dr Escourrou d'avoir accepté de faire partie de ce jury.
Enfin je remercie le Dr Strateman qui a accepté de m'aider dans mon travail et de me soutenir tout au long de mon parcours.

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier les médecins et les équipes soignantes qui ont croisé ma route au cours de ces trois années d'internat.
Un grand merci au Dr Bayart ainsi qu'aux Drs Vergnes et Thomas pour les 6 mois passés avec chacun de vous. Dr Bayart vous m'avez ouvert les yeux sur la médecine générale, Dr Vergnes et Dr Thomas vous n'avez eu qu'à me confirmer que j'avais fait le bon choix !
Une grande pensée pour les urgences d'Albi, aussi bien les médecins que les infirmières, aides soignants et personnel d'accueil sans qui cette thèse ne me serait jamais venue à l'idée et qui ont contribué à sa réalisation. Mais également merci pour les 6 mois passés avec vous alors que je découvrais le vrai monde de la médecine et pour les nombreuses gardes que j'ai pu effectuer au cours des 18 mois passés dans cet hôpital.

Merci à ma famille, notamment mes parents, de m'avoir soutenue tout au long de ces études, je sais que cela n'a pas toujours été facile ! Si j'en suis là aujourd'hui c'est grâce à vous.
Merci à ma sœur de cœur, Caro : ça y est, maintenant c'est à toi d'assister à ma soutenance! Tout simplement merci d'être toujours là après toutes ces années.
Merci à ma Lolo : qui l'aurait cru et pourtant une grande amitié est née entre nous, grâce à la médecine ! Bientôt, ce sera ton tour !
Merci aux Localeux et Localeuses pour leur amitié et les bonnes fêtes qu'on a pu faire ensemble et celles à venir !
Merci à ma belle-famille pour son soutien.
Merci Jessy pour tes compétences linguistiques et ta contribution à ce travail !
Enfin, si je n'avais qu'une seule personne à remercier, ce serait celle qui partage ma vie depuis 11 ans. Merci Romain pour tout le bonheur que tu m'apportes, ta patiente (et il en a fallu !) et ton soutien, sans toi je n'y serais jamais arrivée.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION 3
1. Les médecins généralistes 4
1.1. Leurs missions 4
1.2. Etat des lieux de la médecine générale en France au 1er Janvier 2011 ... 5
1.3. Etat des lieux de la médecine générale dans le Tarn au 1er Janvier 2011 6
2. Les services d'urgences 6
2.1. Description 6
2.2. Définition de l'urgence 7
2.3. Relevé d'activité des services d'urgences en France 8
3. Les services d'urgences dans le Tarn 9
3.1. Mode de fonctionnement de la structure d'urgences du Centre Hospitalier d'Albi 9
3.2. Relevé d'activité de la structure d'urgences du Centre Hospitalier d'Albi en 2011 11
II. MATERIEL ET METHODES 12
1. Lieu et période de l'étude 12
2. Population de l'étude 12
3. Type d'étude et Protocole 12
4. Analyse statistique 14
III. RESULTATS 15
1. Caractéristiques des patients 15
1.1. Âge des patients 17
1.2. Répartition hebdomadaire et horaire des patients 18
1.3. La Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) 19
2. Caractéristiques des médecins généralistes 21
3. Motifs de recours 22
3.1. Motifs de recours médicaux 22
3.2. Motifs de recours chirurgicaux 25
3.3. Motifs de recours infectieux 26

3.4. Répartition des motifs de recours 27
4. Prise en charge pré hospitalière 27
5. Prise en charge aux urgences 29
5.1. Examens réalisés 29
5.2. Durée de prise en charge 30
6. Concordance entre le diagnostic du médecin généraliste et le diagnostic posé par l'urgentiste 32
7. Concordance entre le diagnostic du médecin généraliste et le diagnostic de sortie d'hospitalisation 33
8. Devenir des patients 33
8.1. En fonction de l'âge 33
8.2. En fonction de la distance séparant le cabinet du Centre Hospitalier 34
IV. DISCUSSION 36
1. Motifs de recours 36
2. Trajectoire des patients 39
3. Limites de l'étude 42
4. Les patients de plus de 75 ans 43
V. CONCLUSION 46
VI. BIBLIOGRAPHIE 47
VII. ANNEXES 50
VIII. INDEX 52

I. INTRODUCTION

En 2004, on estimait à 14 millions le nombre annuel de passages dans les Structures d'Urgences (SU) de France (1), pendant que la médecine générale de ville enregistrait 35 millions de recours urgents ou non programmés (2).
Parmi ces consultations en « urgence », certaines motiveront le médecin généraliste à adresser son patient dans une SU.

Bien que le médecin généraliste soit le médecin de premier recours dans notre système de soin, les services d'urgences sont victimes d'une affluence toujours plus importante, le recours à cette structure étant devenu courant. Ainsi bien trop de patients se présentent spontanément dans un service d'urgences, demandeurs d'une prise en charge rapide et efficace sans avoir eu de contact préalable avec leur médecin traitant, responsables en partie de l'engorgement de ces services.
Les patients ne venant pas spontanément aux urgences sont minoritaires : une étude de l'Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées (ORUMIP) réalisée en 2003, mettait en avant que 40% des patients déclaraient venir aux urgences après avoir pris un avis médical, dont 94% d'entre eux disaient être adressés par leur médecin et 57% avaient un courrier à leur arrivée (3).

De 2001 à 2009, le nombre de passages dans les SU de Midi-Pyrénées n'a jamais cessé d'augmenter passant en 8 ans de 448 437 passages à 689 122. Ce n'est qu'en 2010 que l'on a enregistré une baisse d'environ 1.8% par rapport à 2009, première baisse d'activité en 10 ans (4).

De nombreuses études ont déjà été réalisées sur les patients consultant spontanément aux urgences mais peu se sont penchées sur les patients adressés par un médecin généraliste.

L’objectif de cette étude est d’identifier les motifs qui poussent le médecin généraliste à adresser son patient dans une structure d’urgence et d’analyser la prise en charge et le devenir de ces patients.

1. Les médecins généralistes

1.1. Leurs missions

Selon l’article L.4130-1 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), les missions du médecin généraliste de premier recours sont les suivantes :

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut également s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

- Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

- S'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients ;

- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

- Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L.6314-1 ;

- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

En 2010, 84% de la population française vit dans une commune où exerce au moins un omnipraticien et 100% réside à moins de 15 minutes d'une commune où se trouve un cabinet de médecin généraliste (5).

Cependant, si leur rôle est clairement défini, leurs conditions d'exercice deviennent de plus en plus difficiles en raison notamment du consumérisme ou du mésusage médical de la part des patients et de la multiplicité croissante des tâches administratives. Le temps médical que les généralistes peuvent consacrer à leurs malades n'est plus extensible, sortant ainsi du dogme du médecin disponible à toute heure du jour et de la nuit. Ceci associé à la méconnaissance du système de Permanence De Soins Ambulatoires (PDSA) par les patients (6), nous obtenons toutes les conditions pour une affluence toujours plus importante vers les services d'urgence et les associations de type SOS médecin.

1.2. Etat des lieux de la médecine générale en France au 1er Janvier 2011

93394 médecins généralistes sont inscrits au tableau de l'ordre au 1er Janvier 2011. La moyenne d'âge est de 53 ans, 69.5% sont des hommes. Les médecins généralistes représentent 46.7% des médecins inscrits en activité régulière.

Leur mode d'exercice est réparti ainsi :
- 59% ont une activité libérale
- 33.8% ont une activité salariée
- 7% ont une activité mixte.

Parmi les nouveaux inscrits en 2011, 36.9% d'entre eux ont choisi un mode d'exercice salarié contre 17.8% sur un mode libéral et 44.4% en tant que remplaçant.

La moyenne départementale des médecins généralistes en activité régulière est de 138.9 pour 100 000 habitants, presque un département sur deux compte une densité inférieure à la moyenne et 39% une densité supérieure à la moyenne.

Les médecins généralistes vieillissant, un bassin de vie sur deux se caractérise par la présence de médecins généralistes libéraux âgés de plus de 53 ans, la proportion de ceux de 55 ans ou plus en activité régulière est de 30% (7).

1.3. Etat des lieux de la médecine générale dans le Tarn au 1er Janvier 2011

Le Tarn compte au 1er Janvier 2011 538 médecins généralistes, l'âge moyen est de 52 ans et la proportion de femme est de 38%.
63.4% ont une activité libérale contre 29.4% une activité salariée.

Un bassin de vie en Midi-Pyrénées compte en moyenne 5.6 médecins généralistes pour 5000 habitants. Dans le Tarn il existe 10 bassins de vie à densité faible, c'est-à-dire inférieure à ce chiffre : il s'agit des bassins de vie de Brassac, Carmaux, Graulhet, Labruguière, Lacaune, Lavaur, Mazamet, Puylaurens, Rabastens et Réalmont (8).

2. Les services d'urgences

2.1. Description

Les services d'urgences ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins

de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir (9).

Le nombre de services d'urgences autorisés en 2004 était de 622, dont 38 PÔles Spécialisés des Urgences (POSU), 208 Services d'Accueil et de traitement des Urgences (SAU) et 376 Unités de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU) (1).

Ces termes ont disparus au profit des Structures d'Urgences (SU) depuis le décret n°2006-576 du 22 mai 2006, déclarant l'activité de soins de médecine d'urgence autorisée selon une ou plusieurs des trois modalités suivantes :

- La régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente ;
- La prise en charge des patients par la Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) ou la structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons, appelé SMUR pédiatrique ;
- La prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences ou dans la structure des urgences pédiatriques (10)

2.2. Définition de l'urgence

La notion d'urgence a beaucoup évolué au fil des années, passant de « l'urgence vitale » à « l'urgence ressentie » puis aujourd'hui à la notion de « soins non programmés ». Elle reste difficile à appréhender, source de confusions.

Nous pourrions définir l'urgence par « ce qui ne peut attendre », mais selon que l'on se place du côté de l'urgentiste, du médecin généraliste ou du patient, cette notion diffère.

Pour l'urgentiste, l'urgence est une situation qui peut mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel en l'absence de prise en charge rapide.

Pour le généraliste, il s'agit de soins non programmés qui modifient l'organisation de son activité.

Pour le patient, l'urgence est synonyme de rapidité, la gravité n'étant pas forcement au premier plan (11).

Il n'y a donc pas une perception unique de l'urgence, mais plutôt de multiples réalités, propres aux auteurs qui y sont impliqués.

2.3. Relevé d'activité des services d'urgences en France

En 2004, le nombre annuel de passages dans les SU était de 14 millions, ce nombre évolue peu avec seulement 0.4% de hausse par rapport à l'année précédente alors que la croissance annuelle moyenne était de l'ordre de 4% de 1996 à 2004. Cette stabilisation intervient après une forte progression de la demande de soins non programmés depuis la fin des années 80.
Le taux annuel de passages aux urgences est passé quant à lui de 17.5 passages pour 100 habitants en 1996 à 23.5 passages pour 100 habitants en 2003, niveau qui demeure identique en 2004 (1). Ce taux excède 25% dans six régions : Haute-Normandie, Basse Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Ile-de-France, Picardie et Corse.

Les services d'urgences connaissent en moyenne 23 000 passages par an (1), mais l'activité moyenne d'un SAU représente plus du double de celle d'une UPATOU, avec respectivement 37 000 et 16 000 passages annuels. Malheureusement la grande majorité de la population fréquentant les urgences se présente pour des motifs qui pourraient être gérés en médecine ambulatoire, responsable d'un engorgement des urgences.

Selon une étude de la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2003, si 87% des patients inclus disent avoir un médecin

« habituel », à peine plus d'un quart ont essayé de le joindre avant de se rendre aux urgences et seulement 16% disent avoir été envoyés aux urgences par leur médecin traitant (6).

3. Les services d'urgences dans le Tarn

En 2010, la région Midi-Pyrénées recense 2 916 076 habitants, le Tarn est le deuxième département après la Haute-Garonne avec 376 492 habitants (12).

En 2009, la population recensée sur la commune d'Albi est de 48 858 habitants (13). Le bassin de population d'Albi avoisine les 160 000 habitants.

3.1. Mode de fonctionnement de la structure d'urgences du Centre Hospitalier d'Albi

La SU du centre hospitalier d'Albi est l'un des quatre services d'urgences du département du Tarn « Nord » avec les cliniques de Claude Bernard, de Toulouse Lautrec et le centre Pierre Jamet.
La clinique Claude Bernard possède une SU qui est une ancienne UPATOU, l'accueil d'urgence de la clinique Toulouse Lautrec est un cabinet libéral avec des médecins urgentistes, associé à la clinique. Le centre hospitalier spécialisé Pierre Jamet accueille les urgences psychiatriques hors urgence somatique (tentatives de suicide par exemple).

Comme le spécifie le décret n°95-647 du 9 mai 1995 du code de la santé publique, la SU « doit accueillir sans sélection vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale » (14).

L'hôpital d'Albi ne bénéficie pas des plateaux techniques suivants, répartis sur les deux cliniques :

- coronarographie
- néphrologie, dialyse
- chirurgie vasculaire
- chirurgie urologique.

Le service des urgences se situe au rez-de-chaussée de l'hôpital, en relation avec la radiologie et le service de réanimation, le scanner et l'IRM se situent à l'étage du dessous, le bloc opératoire à l'étage du dessus.

Les patients sont accueillis par le personnel d'accueil puis par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) entre 10h et 18h, en dehors de ces horaires le personnel d'accueil fait appel selon son ressenti à une infirmière ou un médecin des urgences afin d'évaluer le degré d'urgence.

Le service possède 6 box d'examen et 3 salles plus grandes pour la prise en charge des patients plus lourds. Une Zone de Surveillance de Très Courte Durée (ZSTCD) comprenant 7 lits, se situant dans le prolongement des box d'examen, et fonctionnant de 18h30 à 13h le lendemain permet d'hospitaliser des patients lorsqu'il n'y a plus de places dans les services d'aval, solution temporaire jusqu'à ce que de nouveaux lits se libèrent ou que les patients soient transférés vers d'autres établissements.

Les patients sont pris en charge en journée par 2 à 3 internes en médecine générale et 2 à 3 médecins séniors ; après 18h30 en semaine, 12h30 le samedi et à partir de 8h30 les dimanches et jours fériés, ils sont pris en charge par 2 internes et 2 médecins séniors.
En journée, les nourrissons de moins de un an sont orientés via le sas des urgences directement en pédiatrie (sauf urgence vitale) et une sage femme est présente 24h/24 pour la prise en charge des pathologies gynécologiques et obstétricales dans le service concerné .

L'hôpital est également équipé d'un SMUR composé de deux équipes, 2 ambulanciers par tranche de 12h et deux médecins séniors de 8h30 à 18h30 puis d'un senior de 18h30 à 8h30, l'autre médecin étant aux urgences de 18h30 à minuit puis d'astreinte.

3.2. Relevé d'activité de la structure d'urgences du Centre Hospitalier d'Albi en 2011

En 2011, l'hôpital d'Albi a enregistré 31016 passages contre 29855 en 2010, soit une hausse de 3.7%.
L'âge moyen était de 37.9 ans, 53.5% des patients étaient des hommes, le sex-ratio était de 1.15.

52.8% des patients se sont présentés pendant les horaires de la permanence des soins contre 47.2% en dehors des horaires de la PDSA.

66.7% des patients se sont présentés en semaine, contre 33.3% le week-end, la durée moyenne de prise en charge était de 2h49 minutes.

79.3% des patients sont rentrés à domicile, 17.9% ont été hospitalisés, 2.6% transférés et 0.2% sont décédés après leur passage aux urgences.

29.8% des patients étaient CCMU1, 56.2% étaient CCMU 2, 12% étaient CCMU 3, 1.6% étaient CCMU 4, 0.2% étaient CCMU 5, 0.1% étaient CCMU P et moins de 0.1% étaient CCMU D.

Les diagnostics principaux étaient la pathologie médico-chirurgicale (47.2%) et la traumatologie (40.6%) (15).

II. MATERIEL ET METHODES

1. Lieu et période de l'étude

Cette étude s'est déroulée du 16 Mai 2011 au 21 Août 2011, soit 14 semaines dont 7 semaines « normales » et 7 semaines de vacances scolaires, dans la SU du Centre Hospitalier d'Albi, dans le Tarn.

2. Population de l'étude

Les patients répondant aux critères d'inclusion étaient ceux se présentant aux urgences, quels que soient leur âge et leur motif de recours, munis d'une lettre d'un médecin généraliste qu'il soit leur médecin traitant ou un remplaçant, en dehors des horaires de la PDSA c'est à dire du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi de 8h à 12h.

Etaient exclus les patients se présentant aux urgences après 20h en semaine ou après 12h le samedi, même s'ils étaient munis d'une lettre d'un médecin généraliste et qu'ils avaient potentiellement été vus en dehors des horaires de la permanence des soins.

3. Type d'étude et Protocole

Il s'agissait d'une étude descriptive prospective mono-centrique.

Chaque lettre présentée par le patient était photocopiée par l'agent d'accueil qui collait sur la photocopie l'étiquette d'identification du patient.

Le dossier informatisé du patient ainsi que la lettre du médecin généraliste étaient ensuite récupérés et les données étaient relevées et traitées à l'aide d'un logiciel Excel.

Pour chaque patient, nous avons relevé à partir du courrier du médecin généraliste et du dossier informatique des urgences, les critères suivants :

- Caractéristiques du patient : âge, sexe.
- Date et horaire d'arrivée aux urgences
- Mode d'arrivée aux urgences (moyen personnel, transport sanitaire privé, pompier, SMUR, taxi, autre) et provenance du patient (domicile, autre établissement que l'hôpital lui-même)
- Date et horaire de sortie des urgences
- Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) du patient (Annexe 1)
- Durée de prise en charge aux urgences
- Destination du patient (retour à domicile, hospitalisation sur l'hôpital, orientation vers un autre établissement, décès)
- Service d'accueil du patient si celui-ci était hospitalisé
- Diagnostic principal de l'urgentiste à partir de la Classification Commune des Actes Médicaux des urgences (CCAM-Urgences)
- Diagnostic retenu après hospitalisation
- Actes réalisés aux urgences (actes infirmiers, électrocardiogramme (ECG), imagerie, gaz du sang, électro-encéphalogramme (EEG)) et type d'imagerie réalisée (radiographie, tomodensitométrie (TDM), échographie, scintigraphie, imagerie par résonance magnétique (IRM))
- Demande ou non d'un avis spécialisé
- Diagnostic suspecté du médecin généraliste (nous n'avons retenu que le premier diagnostic lorsque plusieurs étaient évoqués, lorsque le médecin généraliste ne faisait que décrire les lésions aucun diagnostic n'était retenu)
- Motif de recours relevé sur la lettre : médical, chirurgical, infectieux.
- Prise en charge réalisée en pré hospitalier par le médecin généraliste (biologie, imagerie, demande d'avis spécialisé, mise en place d'un traitement, ECG)
- Lieu d'exercice du médecin généraliste et temps de parcours « cabinet-SU d'Albi ».

4. Analyse statistique

Les données ont été recueillies et analysées sur fichier Excel. Le test du Chi2 a été appliqué pour les variables qualitatives avec un risque alpha de 5% utilisé comme seuil de significativité. Les moyennes ont été calculées avec leur écart type.

III. RESULTATS

352 patients ont été inclus, ce qui représente 9.1% de l'ensemble des passages aux urgences sur cette même période (3865 passages enregistrés hors PDSA).

1. Caractéristiques des patients

Tableau 1 : Caractéristiques des patients n=352

Age	
Moyenne d'âge	57 ans
≥75 ans	137 (38.9%)
Sexe	
Homme	161 (45,7%)
Femme	191 (54,3%)
Provenance	
Domicile	350 (99,4%)
Autre établissement	2 (0,6%)
Mode d'arrivée	
Moyen personnel	204 (58%)
Transport sanitaire privé	122 (34,6%)
Pompiers	15 (4,3%)
Taxi	9 (2,5%)
Non précisé	1 (0,3%)
Police	1 (0,3%)
SMUR	0 (0%)
Durée de prise en charge moyenne	4h22 minutes
Destination	
Retour à domicile	175 (49,7%)
Hospitalisation dans l'établissement siège	176 (50%)
Transfert vers un autre établissement	0 (0%)
Décès	1 (0,3%)
CCMU	
1	21 (5,9%)
2	212 (60,2%)
3	109 (30,9%)
4	7 (2,2%)
5	3 (0,8%)
P	0 (0%)
D	0 (0%)
Motif de recours	
Médical	266 (75.6%)
Chirurgical	86 (24.4%)
Infectieux	95 (27%)

La moyenne d'âge des patients adressés par un médecin généraliste était de 57 ans (écart type=29.3), les personnes âgées de plus de 75 ans représentaient 38.9% de ces patients.

Ces patients provenaient pour la quasi majorité du domicile et venaient par leurs propres moyens dans 58% des cas.

La proportion de patients hospitalisés versus les patients regagnant leur domicile était équivalente (50% versus 49.7%).

60.2% des patients étaient CCMU 2, 30.9% CCMU 3.

Le motif de recours était médical dans 75.6% des cas.

1.1. Âge des patients

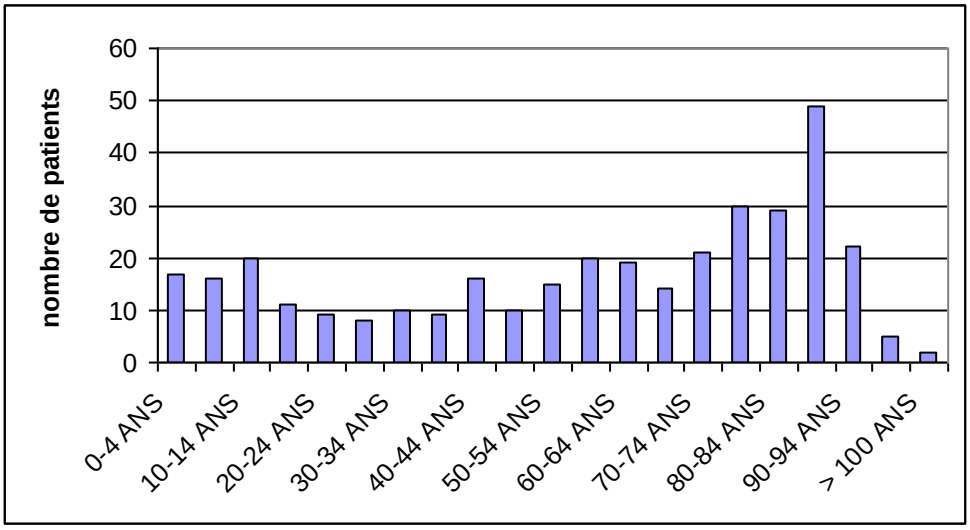


Figure 1. Patients adressés par le médecin généraliste en fonction de l'âge

38.9% des patients adressés avaient plus de 75 ans, on observe sur ce graphique que la tranche d'âge 20-39 ans est peu représentée, en effet ils ne représentaient que 10.2% des patients adressés par un omnipraticien, ces patients consultant le plus souvent spontanément aux urgences.

1.2. Répartition hebdomadaire et horaire des patients

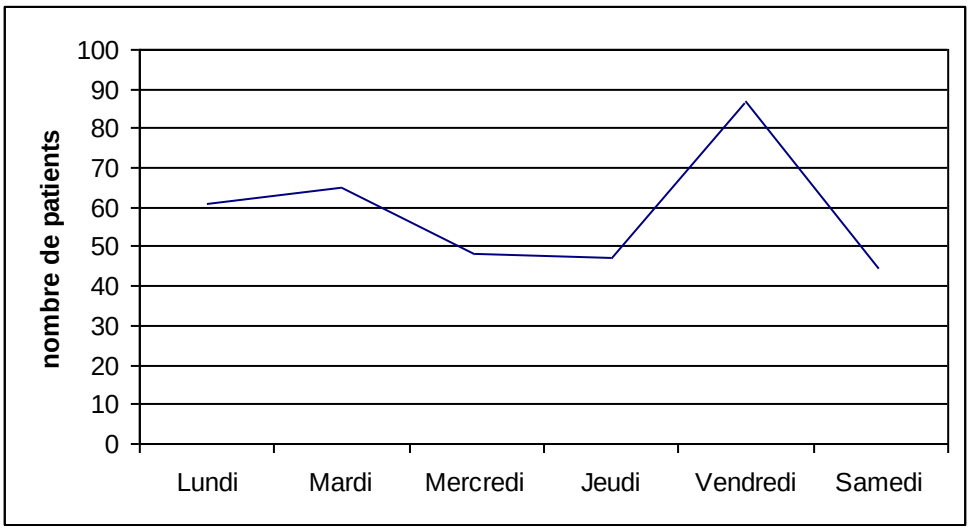


Figure 2. Répartition hebdomadaire des patients

24.7% des patients étaient adressés un vendredi contre 17.3% en début de semaine, ceci est en partie expliqué par l'arrivée du week-end et l'anticipation par les médecins généralistes d'une éventuelle complication durant ces 2 jours de fermeture des cabinets médicaux.

Seulement 12.5% des patients sont venus un samedi, sans doute en raison du nombre plus limité de cabinets ouverts les samedi matins.

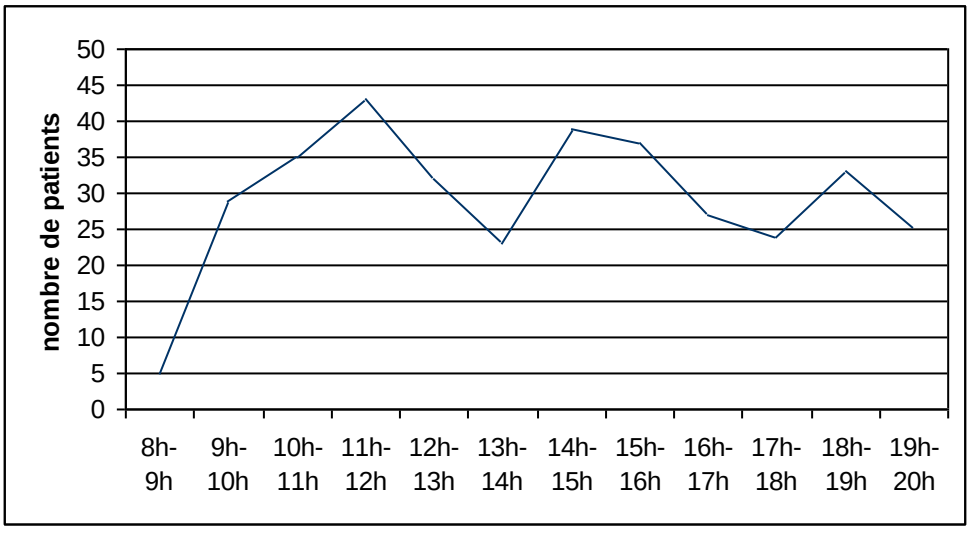


Figure 3. Répartition horaire des patients

On observe un pic d'arrivée des patients entre 11h et 12h (12.2%) puis entre 14h et 16h (21.6%) et entre 18h et 19h (9.4%).

A l'inverse la fréquentation était la plus faible entre 13h et 14h (6.5%), horaires habituels de fermeture des cabinets médicaux.

1.3. La Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU)

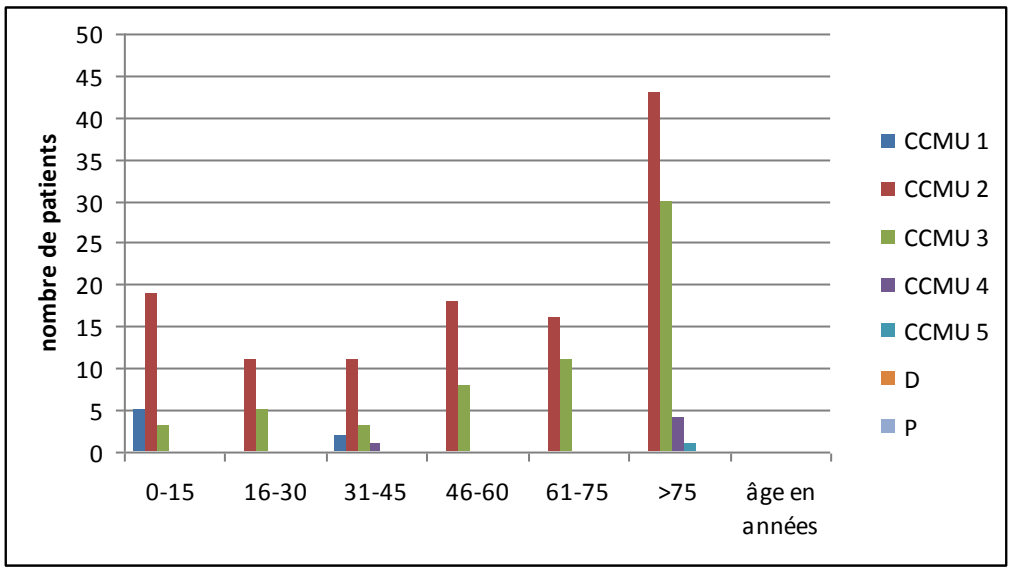


Figure 4. Répartition de la gravité en fonction de l'âge chez les femmes

0-15 ans :
CCMU 1 18.5%
CCMU 2 70.4%
CCMU 3 11.1%
CCMU 4 0%
CCMU 5 0%
CCMU D 0%
CCMU P 0%

16-30 ans :
CCMU 1 0%
CCMU 2 68.8%
CCMU 3 31.2%
CCMU 4 0%
CCMU 5 0%
CCMU D 0%
CCMU P 0%

31-45 ans :
CCMU 1 11.8%
CCMU 2 64.7%
CCMU 3 17.6%
CCMU 4 5.9%
CCMU 5 0%
CCMU D 0%
CCMU P 0%

46-60 ans :
CCMU 0%
CCMU 2 69.2%
CCMU 3 30.8%
CCMU 4 0%
CCMU 5 0%
CCMU D 0%
CCMU P 0%

61-75 ans :
CCMU 1 0%
CCMU 2 59.3%
CCMU 3 40.7%
CCMU 4 0%
CCMU 5 0%
CCMU D 0%
CCMU P 0%

>75 ans :
CCMU 1 0%
CCMU 2 55.1%
CCMU 3 38.5%
CCMU 4 5.1%
CCMU 5 1.3%
CCMU D 0%
CCMU P 0%

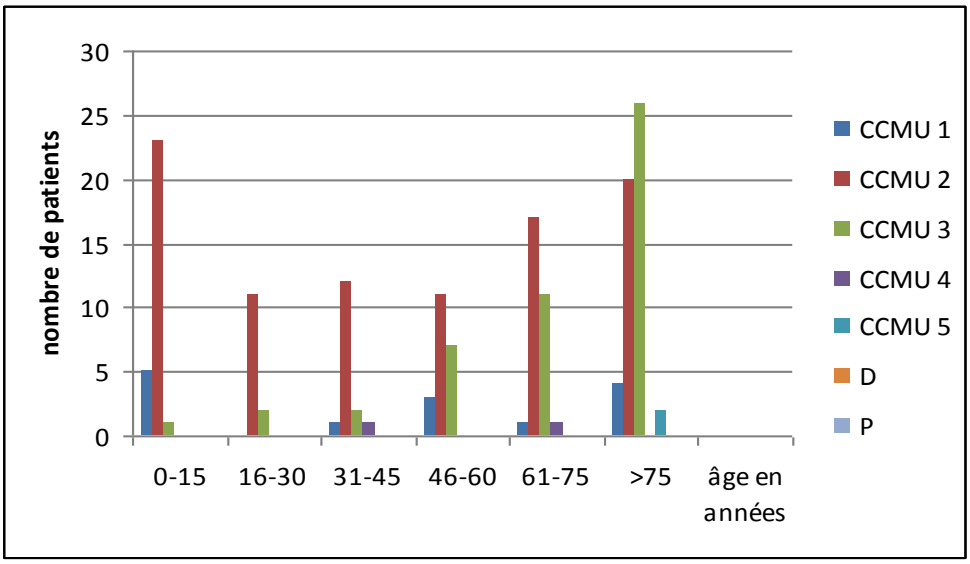


Figure 5. Répartition de la gravité en fonction de l'âge chez les hommes

0-15 ans :	**16-30 ans :**	**31-45ans :**
CCMU 1 17.2%	CCMU 1 0%	CMU 1 6.3%
CCMU 2 79.3%	**CCMU 2 84.6%**	**CCMU 2 75%**
CCMU 3 3.5%	CCMU 3 15.4%	CCMU 3 12.5%
CCMU 4 0%	CCMU 4 0%	CCMU 4 6.2%
CCMU 5 0%	CCMU 5 0%	CCMU 5 0%
CCMU P 0%	CCMU D 0%	CCMU D 0%
CCMU D 0%	CCMU P 0%	CCMU P 0%

46-60 ans :	**61-75 ans :**	**>75 ans :**
CCMU 1 14.3%	CCMU 1 3.3%	CCMU 1 7.7%
CCMU 2 52.4%	**CCMU 2 56.7%**	CCMU 2 38.5%
CCMU 3 33.3%	CCMU 3 36.7%	**CCMU 3 50%**
CCMU 4 0%	CCMU 4 3.3%	CCMU 4 0%
CCMU 5 0%	CCMU 5 0%	CCMU 5 3.8%
CCMU P 0%	CCMU D 0%	CCMU D 0%
CCMU D 0%	CCMU P 0%	CCMU P 0%

Au total :

Les deux classifications majoritaires étaient la CCMU 2 et la CCMU 3. Respectivement, elles représentaient 61.8% de l'ensemble des femmes et 58.4% de l'ensemble des hommes pour la CCMU 2 et 31.4% des femmes et 30.4% des hommes pour la CCMU 3.

La classification CCMU 2 était la plus importante dans toutes les classes d'âge chez les femmes tandis que chez les hommes la classification CCMU 3 devenait majoritaire après 75 ans.

2. Caractéristiques des médecins généralistes

48 codes postaux différents ont été enregistrés.

Tableau 2. Lieu d'exercice des médecins généralistes adressant

TARN	321 (91,2%)
AVEYRON	18 (5 ,1%)
TARN ET GARONNE	8 (2,3%)
HERAULT	2 (0,6%)
DONNEES NON DISPONIBLES	3 (0,8%)

91.2% des lettres accompagnant le patient provenaient d'un médecin généraliste du Tarn.

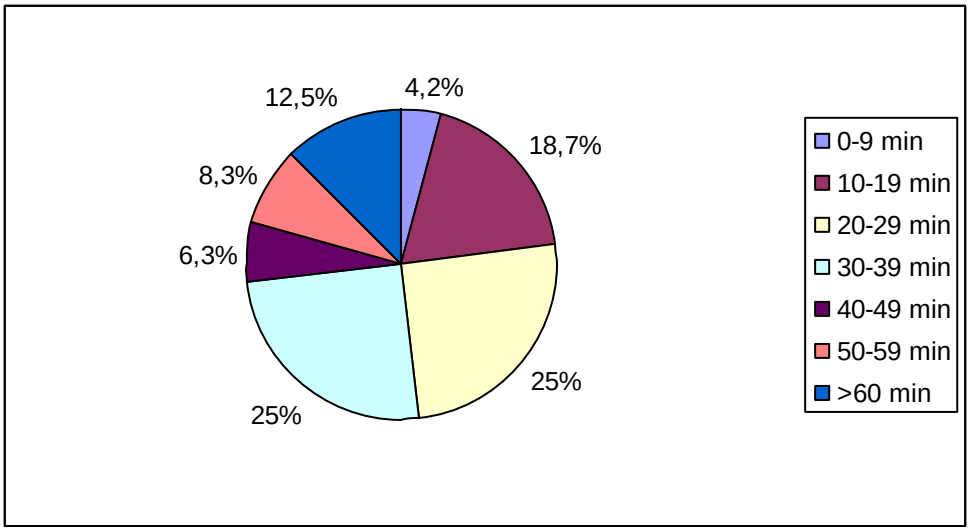


Figure 6. Distance en minutes « Cabinet-Centre Hospitalier d'Albi »

La distance moyenne en minutes entre les cabinets des médecins généralistes et le Centre Hospitalier (CH) d'Albi était de 36 minutes (écart type = 28.7).

47.9% des cabinets adressant un patient se situaient à moins 30 minutes de l'hôpital et 72.9% à moins de 40 minutes. Une proportion non négligeable de patients (12.5%) se situait à plus d'une heure de l'hôpital.

3. Motifs de recours

75.6% des motifs de recours des médecins généralistes étaient d'origine médicale contre 24.4% d'origine chirurgicale.

Parmi les 352 patients inclus, 27% étaient adressés pour un motif d'origine infectieuse.

51.4% des courriers ne faisaient mention d'aucun diagnostic suspecté.

3.1. Motifs de recours médicaux

Tableau 3. Motifs de recours médicaux n=266

Neurologique	71 (26.7%)
Gastro-entérologique	63 (23.7%)
Autre	32 (12%)
Cardiologique	30 (11.3%)
Pneumologique	25 (9.4%)
Dermatologique	15 (5.6%)
Hématologique/Cancérologique	9 (3.4%)
Nephrologique/Urologique médical	9 (3,4%)
Rhumatologique	8 (3%)
Psychiatrique	2 (0,7%)
Endocrinologique	1 (0,4%)
ORL	1 (0.4%)
Ophtalmologique	0 (0%)

Les quatre principaux motifs de recours médicaux étaient la **neurologie**, la **gastro-entérologie**, les **motifs sans pathologie spécifique d'organe** (catégorie « autre ») puis la **cardiologie**.

Nous pouvons noter qu'il existait une orientation adaptée dans l'ensemble, puisque aucun des patients n'a été adressé pour un motif ophtalmologique et seulement un patient pour un motif ORL, en effet l'hôpital ne dispose pas de ces spécialités.

Nous avons détaillé dans les tableaux suivants les principaux motifs de recours neurologiques, gastro-entérologiques, les motifs sans pathologie spécifique d'organe et les motifs cardiologiques.

Tableau 4. Motifs de recours neurologiques n=71

Pathologie vasculaire cérébrale	18 (25.4%)
Crise comitiale	4 (5.6%)
Syndrome méningé	4 (5.6%)
Malaise vagal	1 (1.4%)
Oedème cérébral	1 (1.4%)
Paralysie faciale	1 (1.4%)
Absence de diagnostic	42 (59.2%)

71 lettres mettaient en avant un motif de recours neurologique, seulement 29 médecins généralistes (40.8%) ont émis une hypothèse diagnostique.
L'urgence neuro-vasculaire était la plus fréquente (25.4%).

Tableau 5. Motifs de recours gastro-entérologiques n=63

Pathologie vésiculaire	7(11.1%)
Gastro-entérite	5 (7.9%)
Diverticulite	3 (4.8%)
Hémorragie digestive	2 (3.2%)
Pancréatite	1 (1.6%)
Invagination intestinale aigue	1 (1.6%)
Absence de diagnostic	44 (69.8%)

Sur 63 motifs de recours gastro-entérologiques, seulement 30.2% de diagnostics étaient avancés par les médecins généralistes.

Le diagnostic le plus fréquent était la pathologie vésiculaire.

Tableau 6. Autres motifs de recours médicaux n=32

Fièvre	12 (37.5%)
Altération de l'état général (AEG)	9 (28.1%)
Douleur non précisée	3 (9.4%)
Chute	3 (9.4%)
Trouble métabolique	2 (6.3%)
Intoxication médicamenteuse	1 (3.1%)
Perturbation de communication	1 (3.1%)
Sevrage alcoolique	1 (3.1%)

La fièvre et l'altération de l'état général étaient les deux motifs sans pathologie spécifique d'organe les plus fréquents.

Tableau 7. Motifs de recours cardiologiques n=30

TVP (embolie pulmonaire ou phlébite)	8 (26.7%)
Trouble du rythme	4 (13.3%)
Insuffisance cardiaque aigue	3 (10%)
Syndrome coronarien	2 (6.7%)
Syncope	1 (3.3%)
Absence de diagnostic	12 (40%)

Parmi les motifs de recours cardiologiques, nous avons retrouvé 40% d'absence de diagnostic de la part des médecins généralistes. La pathologie la plus fréquente avancée était la thrombose veineuse profonde (TVP).

A noter des erreurs d'orientation de quelques patients puisque 2 syndromes coronariens ont été envoyés aux urgences du CH alors qu'il ne dispose pas de plateau de coronarographie.

3.2. Motifs de recours chirurgicaux

Tableau 8. Motifs de recours chirurgicaux n=86

Orthopédique/Traumatologique	59 (68.6%)
Viscéral	27 (31.4%)
Urologique	0 (0%)
Gynécologique- Obstétrical	0 (0%)
Vasculaire	0 (0%)

Là encore, nous observons une bonne orientation des patients, en effet le CH ne dispose pas de spécialité urologique ou vasculaire, quant aux pathologies gynécologiques ou obstétricales, les patientes sont adressées directement dans le service concerné.

Nous avons détaillé dans les tableaux suivants les motifs de recours orthopédiques et viscéraux.

Tableau 9. Motifs de recours orthopédiques n=59

Plaie	5 (8.5%)
Fracture du poignet	5 (8.5%)
Pathologie cutanée et des phanères	3 (5.1%)
Fracture du fémur	3 (5.1%)
Fracture de la cheville/pied	3 (5.1%)
Fracture de clavicule	3 (5.1%)
Luxation de prothèse	2 (3.4%)
Fracture de côtes	2 (3.4%)
Entorse de cheville	1 (1.6%)
Absence de diagnostic	32 (54.2%)

45.8% des médecins généralistes avaient avancé une hypothèse diagnostic, les deux diagnostics les plus fréquents étaient les plaies et la fracture du poignet.

Tableau 10. Motifs de recours viscéraux n=27

Syndrome appendiculaire	16 (59.3%)
Syndrome occlusif	3 (11.1%)
Pathologie proctologique	3 (11.1%)
Hernie	2 (7.4%)
Absence de diagnostic	3 (11.1%)

88.9% des médecins généralistes avaient une hypothèse diagnostic motivant un recours chirurgical viscéral, la pathologie la plus fréquente était le syndrome appendiculaire.

3.3. Motifs de recours infectieux

Nous avons voulu savoir quelle était la part de motifs de recours infectieux parmi toutes les pathologies motivant le médecin généraliste à adresser son patient aux urgences. Il en ressort que 27% des patients étaient adressés pour ce motif.

3.4. Répartition des motifs de recours

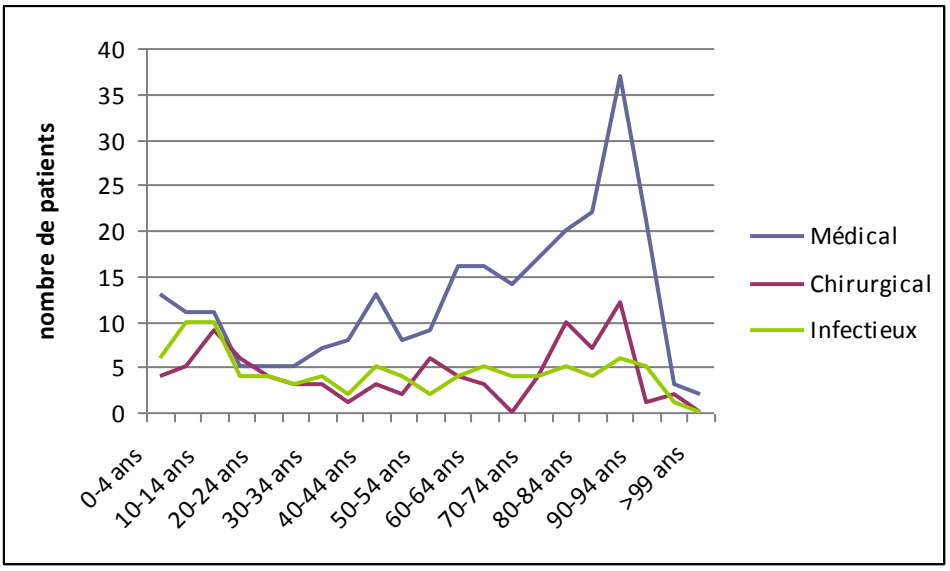


Figure 7. Répartition des motifs de recours en fonction de l'âge

La pathologie infectieuse concernait surtout les enfants, en effet les 0-14 ans représentaient 27.4% des patients adressés pour un problème infectieux.

Les motifs de recours chirurgicaux étaient eux surtout représentés aux deux extrêmes de la population avec 10% des 10-14 ans, 11% des 75-79 ans et 13.3% des 85-89 ans.

Les motifs de recours médicaux prédominaient, on observait une augmentation de ce recours avec l'âge, 62% des patients adressés pour un problème médical avaient entre 55 et 94 ans.

4. Prise en charge pré hospitalière

Pour 66 patients, il était noté une prise en charge pré hospitalière spécifique par le médecin généraliste, ce qui représente 18.8% des patients adressés.

Les actes réalisés sont résumés ci-dessous.

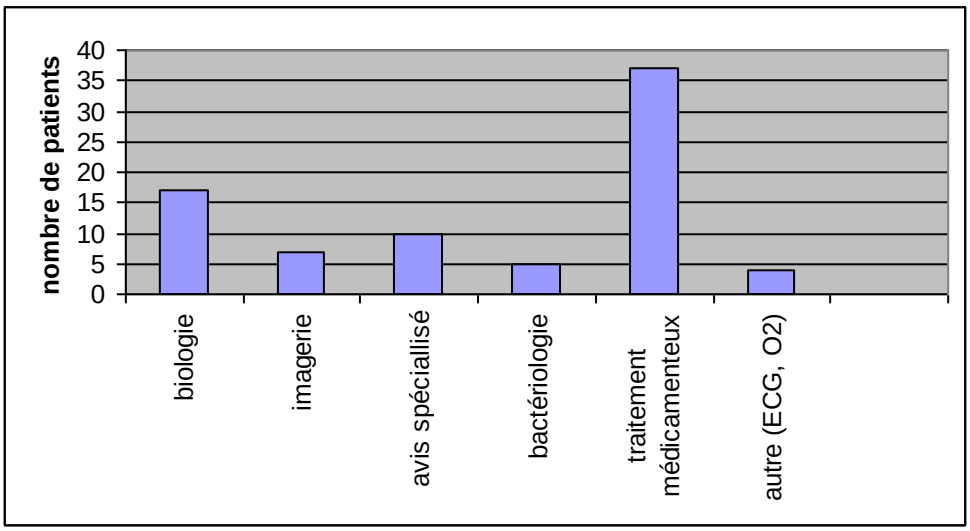


Figure 8. Actes réalisées par les médecins généralistes en pré hospitalier

Les actes les plus fréquemment réalisés étaient l'administration d'un traitement médicamenteux, en effet 56% des patients en ont bénéficié, suivi de la biologie (25.7%), la prise d'un avis spécialisé (15.1%), l'imagerie (10.6%), venaient ensuite la bactériologie (7.6%) et des actes plus rares (ECG, oxygénothérapie) (6%).

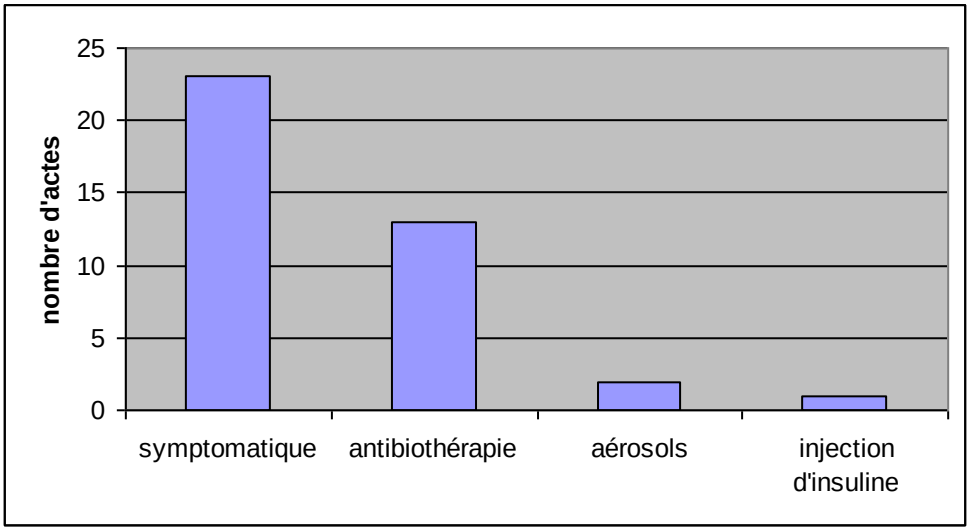


Figure 9. Traitements médicamenteux réalisés en pré hospitalier

Le traitement symptomatique était le plus fréquent, représentant 59% des actes réalisés en pré hospitalier.

Venaient ensuite l'administration d'une antibiothérapie représentant 33.3% des actes réalisés, la réalisation d'aérosols (5.1%) et l'injection d'insuline (2.6%).

5. Prise en charge aux urgences

5.1. Examens réalisés

319 patients inclus dans notre étude ont bénéficié d'un bilan complémentaire aux urgences, soit 90.6% des patients.

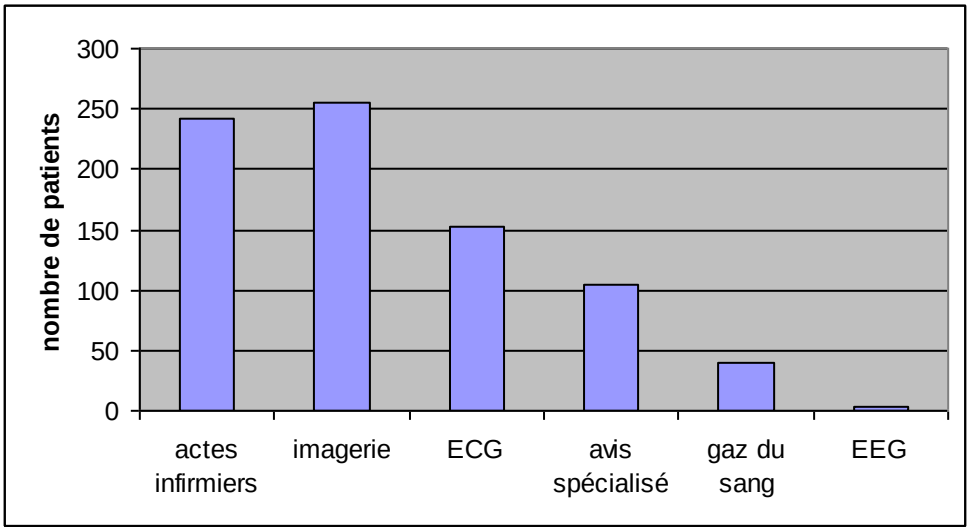


Figure 10. Bilans complémentaires réalisés aux urgences

Des actes paramédicaux étaient réalisés chez 75.8% des patients, ces actes étaient en majorité des intra-veineuses en série, des prises de sang ou des aérosols (correspondant à AMI 1.5 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), ils représentaient 45.4% des actes réalisés par l'équipe infirmière) et la pose de voies veineuses (correspondant à AMI 3 de la classification NGAP) qui représentait 40.3% des actes para médicaux réalisés.

Une imagerie était effectuée chez 255 patient soit 79.9% des patients adressés, un ECG était réalisé chez 47.6% des patients et un avis spécialisé était requis pour 32.6% des patients.

Enfin, 12.5% des patients ont bénéficié de gaz du sang et 0.9% d'un EEG.

Tableau 11. Imageries réalisées aux urgences n=311

Radiographie	193 (62.1%)
TDM	89 (28.6%)
Echographie	28 (9%)
Scintigraphie	1 (0.3%)
IRM	0 (0%)

La radiographie était l'imagerie la plus fréquemment réalisée aux urgences, suivie du TDM, de l'échographie et de la scintigraphie. Aucune IRM n'a été réalisée durant cette étude.

5.2. Durée de prise en charge

Nous avons étudié la durée de prise en charge des patients aux urgences. Ce délai correspondait au temps passé par le patient aux urgences, du moment où il arrivait, qu'un dossier était constitué et le moment où il sortait des urgences. Nous ne pouvions calculer ce temps à partir du moment où le patient était pris en charge par un médecin car le dossier informatisé des urgences ne disposait pas de cette variable.

Par ailleurs, ce délai n'a pu être calculé que pour les patients retournant à domicile après examen et ceux hospitalisés dans un service traditionnel, il n'a pu être calculé pour les patients hospitalisés dans la ZSTCD, en effet là encore le logiciel informatisé des urgences ne prenait pas en compte l'heure à laquelle le patient était hospitalisé dans cette ZSTCD.

176 patients ont été hospitalisés, dont 145 dans un service autre que la ZSTCD ce qui représentait 82.4% des patients hospitalisés. Pour ces patients le délai de prise en charge est détaillé dans la figure 11.

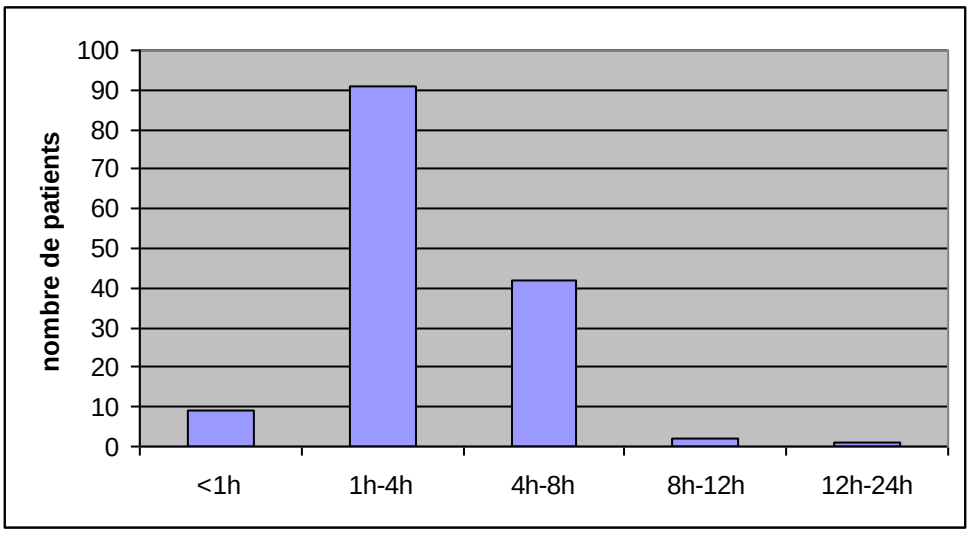


Figure 11. Délai de prise en charge en heures des patients hospitalisés (en dehors de la ZSTCD)

6.2% des patients hospitalisés avaient une durée de prise en charge inférieure à 1 heure, 62.7% avaient une durée de prise en charge comprise entre 1 heure et 4 heures, 29% avaient une durée de prise en charge entre 4 heures et 8 heures, 1.4% entre 8 heures et 12 heures et 0.7% une durée de prise en charge supérieure à 12 heures.

La durée moyenne de prise en charge de la totalité des patients adressés était de 4h22 minutes (soit 262 minutes, écart type = 334.8), cette moyenne descendait à 2h52 minutes si l'on ne prenait pas en compte les patients hospitalisés en ZSTCD.

La durée moyenne de prise en charge des patients hospitalisés (en dehors de la ZSTCD) était de 3h27 minutes (soit 207 minutes, écart type = 129.1)

La durée moyenne de prise en charge des patients non hospitalisés était de 2h24 minutes (soit 144 minutes, écart type = 91.6)

La durée moyenne de prise en charge sur cette même période, de l'ensemble des patients qui se sont présentés aux urgences était de 2h34 minutes (15).

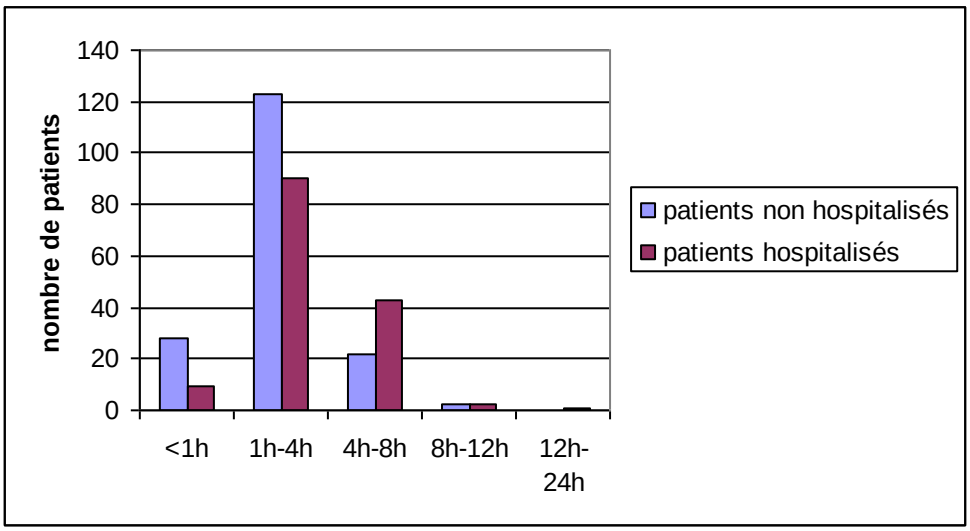


Figure 12. Durée de prise en charge en heures des patients, en fonction du caractère hospitalisé ou non

La durée de prise en charge semblait plus courte chez les patients non hospitalisés, en effet, 16% des patients adressés qui retournaient à domicile par la suite avaient une prise en charge dans l'heure qui suivait leur arrivée contre seulement 6.2% des patients hospitalisés (p=0.006).

70.3% des patients non hospitalisés aveint une durée de prise en charge comprise entre 1 heure et 4 heures contre 51.1% des patients hospitalisés (p=0.12). Cette différence n'était pas statistiquement significative.

La tendance s'inversait à partir de 4 heures de prise en charge puisque 31.7% des patients hospitalisés par la suite avaient une durée de prise en charge supérieure à 4 heures contre 13.7% des patients non hospitalisés (p<0.001).

6. Concordance entre le diagnostic du médecin généraliste et le diagnostic posé par l'urgentiste

Un diagnostic était évoqué sur 48.6% des courriers.
52% des diagnostics posés par le médecin généraliste correspondaient avec le diagnostic retenu par le médecin urgentiste.

7. Concordance entre le diagnostic du médecin généraliste et le diagnostic de sortie d'hospitalisation

176 patients ont été hospitalisés (50%), parmi ces patients on retrouvait une hypothèse diagnostic sur la lettre du médecin généraliste pour 94 patients seulement. 4 diagnostics n'ont pu être comparés faute de courrier de sortie d'hospitalisation enregistré dans le dossier informatique. Il y avait au final 90 diagnostics comparables.

74.4% des diagnostics avancés par les médecins généralistes correspondaient au diagnostic final à la sortie d'hospitalisation.

8. Devenir des patients

Un patient sur deux adressé par un omnipraticien a été hospitalisé.

8.1. En fonction de l'âge

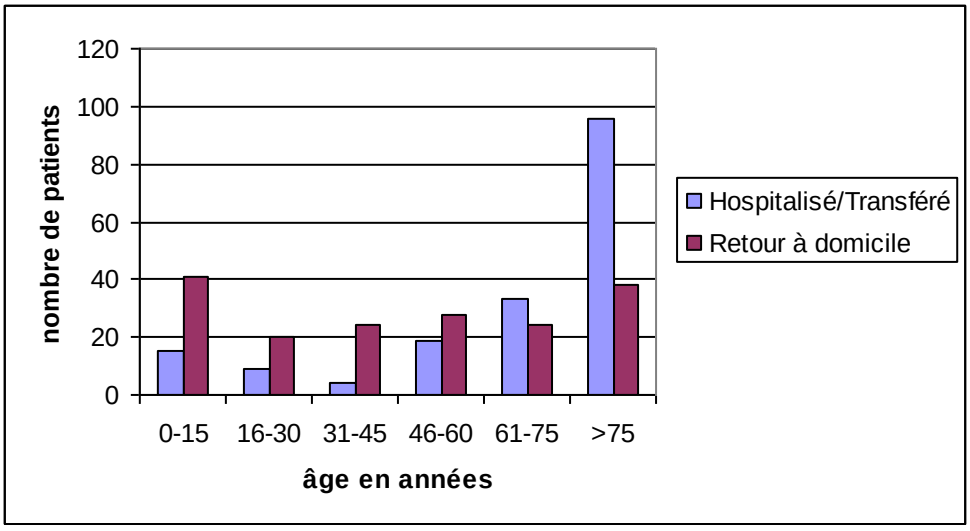


Figure 13. Devenir des patients en fonction de l'âge

Chez les 0-15 ans, 73.2% des patients rentraient à domicile contre 26.8% qui étaient hospitalisés (p=0.0001)

Chez les 16-30 ans, 69% des patients retournaient à domicile contre 31% qui étaient hospitalisés (p=0.0316)

Chez les 31-45 ans, 85.7% des patients rentraient à domicile contre 14.3% qui étaient hospitalisés (p<0.0001)

Chez les 46-60 ans, 59.6% des patients retournaient à domicile contre 40.4% qui étaient hospitalisés (p= 0.12)

Chez les 61-75 ans, 57.9% des patients étaient hospitalisés contre 42.1% qui rentraient à domicile (p=0.2)

Chez les plus de 75 ans, 71.6% des patients étaient hospitalisés contre 28.4% qui rentraient à domicile (p<0.0001)

Au total : jusqu'à 45 ans, les patients adressés par un médecin généraliste avaient plus de chance de rentrer à domicile après examen aux urgences, à l'inverse après 75 ans, ils avaient plus de chance de se faire hospitaliser.
Nous ne pouvions conclure sur les tranches d'âge 46-60 ans et 61-75 ans.

8.2. En fonction de la distance séparant le cabinet du Centre Hospitalier

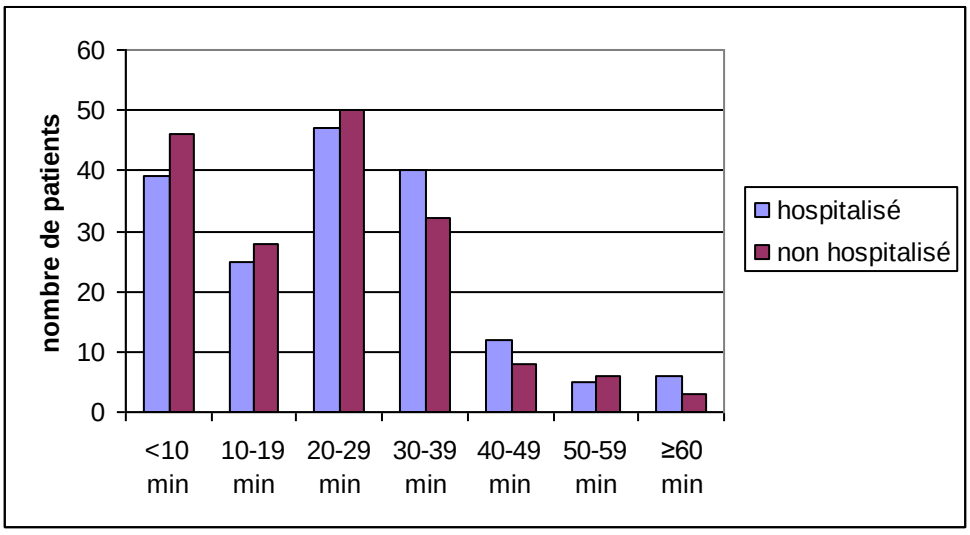


Figure 14. Devenir du patient en fonction de la distance séparant le cabinet adressant et le Centre Hospitalier

45.9% des patients qui sont à moins de 10 minutes des urgences étaient hospitalisés contre 54.1% qui retournaient à domicile (p=0.38)

47.2% des patients situés entre 10 et 19 minutes des urgences étaient hospitalisés contre 52.8% qui retournaient à domicile (p=0.65)

48.5% des patients situés entre 20 et 29 minutes des urgences étaient hospitalisés contre 51.5% qui ne l'étaient pas (p=0.72)

55.6% des patients situés entre 30 et 39 minutes de l'hôpital étaient hospitalisés contre 44.4% qui ne l'étaient pas (p=0.28)

60% des patients situés entre 40 et 49 minutes de l'hôpital étaient hospitalisés conte 40% qui le l'étaient pas (p=0.35)

45.5% des patients situés entre 50 et 59 minutes de l'hôpital étaient hospitalisés contre 54.5% qui ne l'étaient pas (p=0.76)

Enfin 66.7% des patients situés à plus d'une heure de l'hôpital étaient hospitalisés contre 33.3% qui ne l'étaient pas (p=0.31).

Nous ne pouvions donc pas conclure sur l'influence de la distance séparant le cabinet de l'hôpital d'Albi et le caractère « hospitalisé » ou non du patient.

IV. DISCUSSION

1. Motifs de recours

Dans notre étude, nous avons voulu déterminer quels été les motifs de recours qui motivaient les médecins généralistes à adresser leurs patients aux urgences du centre hospitalier d'Albi. Il en ressort que ces motifs étaient médicaux dans 75.6% des cas et chirurgicaux dans 24.4% des cas, par ailleurs 27% de l'ensemble des patients étaient adressés pour un motif infectieux. Lorsque l'on regarde les travaux déjà effectués par le passé, nous remarquons que ces résultats sont similaires à ceux d'une étude menée en 2010 (16) qui mettait en évidence le fait que les médecins généralistes avaient adressé au cours des trente derniers jours leurs patients aux urgences pour un motif médical dans 71% des cas et chirurgical dans 29% des cas.

L'analyse plus approfondie de chaque recours nous a permis de voir que les quatre principaux motifs de recours médicaux étaient la pathologie neurologique (26.7%) suivie de la gastro-entérologie (23.7%), la pathologie non spécifique d'organe (12%) et la cardiologie (11.3%). Sur le plan chirurgical, l'orthopédie/traumatologie dominait avec 68.6% des motifs de recours suivie de la pathologie viscérale (31.4%).

Si l'on compare aux données de l'ORUMIP pour l'ensemble des passages sur la même période que notre étude, nous observons que parmi les quatre premiers groupes de diagnostic, les trois premiers concernaient la traumatologie : 16% pour la traumatologie du membre supérieur, 13.7% pour la traumatologie du membre inférieur et 11% pour la traumatologie de la tête et du cou. Le quatrième diagnostic concernait les douleurs abdominales et la pathologie digestive en général (9.2%) (15).
Cette différence de diagnostics principaux s'explique donc par l'orientation ou non du patient aux urgences par un médecin.

En effet, la plupart des patients consultent spontanément aux urgences pour des problèmes traumatologiques sans passer par leur médecin traitant.
D'après l'étude de la DREES de 2003, 70% des 6-15 ans consultent pour un traumatisme, 62% chez les 16-25 ans et 53% chez les 26-50 ans (17) et les usagers envoyés par leur médecin traitant le sont le plus souvent pour des problèmes somatiques non traumatologique (54%) (6).

En revanche, nos principaux motifs de recours divergent de ceux retrouvés dans la littérature. En effet, selon un travail de thèse mené en 2008 dans l'Essonne, la cardiologie et la pneumologie étaient les premiers motifs de recours avancés par les médecins généralistes (20%) suivis de la pathologie digestive en générale (médicale et chirurgicale) (18.9%), la pathologie non spécifique d'organe (17.9%) et la neurologie (9.3%) (18).
De même, dans une autre étude réalisée en Haute-Normandie, les quatre premiers motifs de recours médicaux étaient la cardiologie (25.9%), la neurologie (10%), la pneumologie (6.5%) puis la gastro entérologie (6.1%) (16). Une troisième étude menée en 2009 à Marseille mettait en avant comme principaux motifs de recours médicaux la pathologie digestive (23.3%), cardiologique (13.1%), infectieuse (12.3%) et l'altération de l'état général (11%).
Ces différences sont probablement expliquées par la différence de population en terme d'âge et de pathologie ainsi que du plateau technique de l'hôpital, par exemple l'hôpital d'Albi ne dispose pas de table de coronarographie, aussi les motifs de recours cardiologiques sont moins fréquents.

En ce qui concerne les motifs de recours chirurgicaux, l'orthopédie/traumatologie représentait 68.6% des cas et la pathologie viscérale 31.4% des cas. A l'échelon local, ces données sont tout à fait cohérentes dans le sens où l'hôpital ne dispose que de ces deux spécialités chirurgicales dont l'accès se fait via les urgences dans la majorité des cas. En effet, il n'y a pas de prise en charge urologique ou vasculaire sur ce site et concernant la pathologie gynécologique et obstétricale, les patientes sont adressées directement dans le service concerné par le médecin généraliste. En revanche, la comparaison avec les études citées précédemment est plus compliquée,

la pathologie viscérale étant souvent regroupée avec la gastro-entérologie (18), les seule données comparables ne retrouvaient pas la même répartition (16).

Nous avons vu dans notre étude que les patients adressés par un médecin généraliste ne représentaient que 9% de l'ensemble des passages sur cette même période, malgré un biais incontestable de recrutement, ces chiffres avancés nous montrent que peu de patients consultent leur médecin traitant avant de se rendre aux urgences.
Selon une enquête réalisée en 2002, si 87% des usagers des urgences disent avoir un médecin « habituel », à peine plus d'un quart ont essayé de le joindre (6). Les arguments avancés par ces patients sont qu'ils n'ont pas pensé à joindre leur médecin (33%) ou que c'était en dehors de ses horaires de rendez-vous.
Les raisons les plus courantes les ayant motivé à venir directement aux urgences étaient la proximité de l'établissement, le sentiment d'urgence ou de gravité et le besoin d'un plateau technique spécialisé.

Cependant la trajectoire des personnes âgées apparaît très spécifique, toujours dans cette étude, la moitié des plus de 70 ans disent s'être rendus aux urgences sur avis de leur médecin traitant, ce que confirme notre étude puisque près de la moitié des patients adressés par un médecin généralistes avaient plus de 70 ans (44.9%). Une seconde étude montrait qu'au-delà de 80 ans, plus des deux tiers des patients avaient bénéficié d'une orientation médicale préalable avant leur arrivée aux urgences (17).

L'étude de la concordance des diagnostics nous a permis de constater que 52% des diagnostics des médecins généralistes correspondaient aux diagnostics des urgentistes, cette proportion peut sembler faible mais elle est en partie liée aux biais de cette étude : tous les généralistes ne faisaient pas état systématiquement d'un diagnostic sur leur lettre et les diagnostics portés par les urgentistes étaient plus des « groupes de diagnostics » que des pathologies précises. En revanche, la concordance était plus importante (74.4%) avec le diagnostic de sortie

d’hospitalisation, en effet l’hospitalisation permettait dans la majorité des cas de réellement poser un diagnostic précis.

De nombreuses études ont essayé de mettre en évidence le caractère approprié ou non du recours aux urgences par le médecin généraliste. Une étude de 2007 retrouvait les résultats suivants : 67% des recours au SAU étaient jugés médicalement justifiés, 12% justifiés pour des raisons sociales et 21% étaient non justifiés. En ce qui concerne la pertinence de l’hospitalisation des patients adressés par un médecin généraliste, 92.3% des hospitalisations étaient considérées appropriées (18).
Dans notre étude, à aucun moment nous n’avons voulu juger du caractère approprié ou non du recours aux urgences par le médecin généraliste, chaque situation étant différente que ce soit en terme de patient, de pathologie, de lieu, d’horaire ou encore de moyens techniques à disposition. Mais au regard de ces études il parait important de souligner que le recours aux urgences sur demande d’un omnipraticien est majoritairement justifié.

2. Trajectoire des patients

45.7% des patients de cette étude étaient des hommes soit un sex-ratio de 0.84. La moyenne d’âge était de 57 ans.

Ils provenaient du domicile dans 99.4% des cas et s’étaient rendus aux urgences essentiellement par un moyen personnel dans 58% des cas ou par transport sanitaire privé dans 34.6% des cas.

Dans notre étude, les médecins généralistes adressaient des patients essentiellement classés CCMU 2 (60.2%) et CCMU 3 (30.9%) c'est-à-dire des patients jugés stables pour lesquels un acte complémentaire diagnostic ou thérapeutique était nécessaire ou des patients dont l’état était susceptible de s’aggraver sans engager le pronostic vital avec décision d’un acte diagnostic ou thérapeutique.

Ces données sont comparables à celles d'une étude menée en 2007 où les patients adressés par un médecin généraliste étaient essentiellement classés CCMU 2 (54%) et CCMU 3 (41%) (19) et avec celle d'une étude menée en 2009(20).

47.9% des cabinets adressant un patient aux urgences se situaient à moins de 30 minutes de l'hôpital, nous avons vu que nous ne pouvions conclure à un éventuel lien entre la distance séparant le cabinet du médecin et le caractère hospitalisé ou non du patient. La distance moyenne séparant les cabinets des omnipraticiens et l'hôpital pour les patients hospitalisés était de 33.9 minutes contre 36 minutes pour tous les patients adressés par un médecin généraliste.

Pour 18.8% de nos patients, il était noté une prise en charge pré hospitalière sur le courrier du médecin. Les actes les plus fréquents étaient l'administration d'un traitement médicamenteux et la réalisation d'examens biologiques. Devallois-Ameziane D. a mis en évidence dans son travail de thèse que 22.7% des patients adressés par un médecin généraliste bénéficient d'examens complémentaires préalables à leur admission aux urgences (20), une autre étude a mis en avant un taux plus important, 33% des patients adressés ont reçus un traitement pré hospitalier (18).
En ce qui concerne la prise en charge aux urgences, nous avons mis en évidence que 90.6% des patients adressés par un médecin généraliste avaient bénéficié d'examens complémentaires, résultats comparables à une autre étude (18), qui étaient par ordre de fréquence : l'imagerie, la réalisation d'actes infirmiers, l'ECG, la prise d'un avis spécialisé, la réalisation de gaz du sang et enfin l'EEG. Toujours selon ce même travail de thèse précédemment cité, il avait été mis en évidence que les patients adressés par un médecin généraliste bénéficient de plus d'examens complémentaires (que ce soit la biologie, l'ECG, l'imagerie, la prise d'avis spécialisé) que les patients qui ne sont pas adressés par un médecin (20).

La durée de prise en charge aux urgences était plus longue chez les patients hospitalisés, ce que mettait déjà en évidence une étude de 2009 (20), en effet ces

patients bénéficient généralement de plus d'examens complémentaires aux urgences étant donné un état jugé plus sérieux que les patients qui rentrent à domicile.

Un patient sur deux était hospitalisé (50% versus 49.7%), un patient était décédé aux urgences (0.3%). Selon une enquête nationale menée en 2002 dans 150 services d'urgence de France, 19% des passages aux urgences avaient donné lieu à un transfert dans une unité d'hospitalisation. Ces patients hospitalisés étaient adressés par un médecin dans 60% des cas (17). Chelly J., dans son travail de thèse, retrouvait un taux d'hospitalisation de 54.5% parmi les patients adressés par un médecin généraliste (18), de même d'autres études ont montré des taux d'hospitalisation plus important chez les patients adressés par un médecin généraliste que pour ceux qui se présentaient spontanément (19,20).
Le taux d'hospitalisation global au CH d'Albi sur cette même période était de 18.8%.
Nous avons pu mettre en évidence qu'après 75 ans, les patients adressés avaient plus de chance de se faire hospitaliser.Avant 45 ans, ces derniers rentraient davantage à domicile. L'étude de la DREES de 2002 mettait déjà en avant une augmentation du taux d'hospitalisation avec l'âge (17).

Devant un taux d'hospitalisation aussi important, nous pourrions nous demander si certains patients ne pourraient pas être hospitalisés directement, évitant ainsi un temps d'attente important aux urgences et un délai de prise en charge également conséquent. Selon les études, il a été démontré que 10 à 15% des patients adressés aux urgences pourraient bénéficier d'une prise en charge directe dans un service de spécialité (21,22). Toutefois, dans une étude de 2005, il apparaissait que 60% des demandes d'hospitalisation par les médecins généralistes directement dans des services spécialisés aboutissaient à un échec par manque de place ou l'absence d'interlocuteur (23). Ces hospitalisations ne semblaient cependant ni toujours souhaitées par les services spécialisés, ni toujours souhaitables, la passage par les urgences permettant « d'éviter » l'hospitalisation une fois sur trois (24).

3. Limites de l'étude

- Liées aux critères d'inclusion :

Nous n'avons inclus que les patients qui avaient eu un contact préalable avec un médecin généraliste, qui se traduisait par un courrier avec lequel le patient se présentait aux urgences. Cependant, certains médecins ne remettent pas de courrier systématiquement à leurs patients lorsqu'ils les adressent aux urgences, d'autres préfèrent un contact téléphonique direct avec les urgentistes.
Par ailleurs, cette étude s'est déroulée en dehors des horaires de la permanence des soins afin d'avoir un maximum de patients adressés par un omnipraticien de ville, cependant certains patients se présentaient après 20h en semaine ou bien après 12h le samedi alors qu'ils avaient vu leur médecin avant.

- Liées au recueil des données :

Toutes les lettres des médecins généralistes n'ont pu être mises de coté de manière exhaustive durant cette étude, bien que nous ayons limité ce recueil en journée, certaines lettres échappaient au personnel d'accueil.
Par ailleurs, les médecins généralistes ne faisaient pas toujours mention d'une prise en charge pré hospitalière dans leur courrier lorsqu'il y en avait une, de même 51.4% des courriers ne faisaient mention d'aucun diagnostic suspecté. A ce sujet, un travail de thèse avait abouti sur la proposition d'une lettre type du médecin généraliste à l'attention des urgentistes afin d'écrire l'essentiel et de ne pas oublier certaines informations qui permettent une prise en charge plus rapide du patient (20).
En ce qui concerne le dossier informatisé des urgences, l'horaire d'hospitalisation dans la ZSTCD n'était pas renseigné, les patients étant toujours considérés aux urgences. Ainsi la durée de prise en charge de ces patients ne pouvait être calculée.

- Liées à la période de l'étude :

Cette étude s'est déroulée sur trois mois mais il est évident que les pathologies varient en fonction de la période de l'année, les résultats seraient certainement différents notamment en hiver.

4. Les patients de plus de 75 ans

Comme nous l'avons vu précédemment, la trajectoire des personnes âgées apparaît très spécifique parmi les usagers des urgences.
En effet, l'augmentation prévisible de ces usagers va de pair avec le vieillissement de la population, les plus de 75 ans atteindront 15% de la population en 2050 d'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) (25).
De nombreuses études se sont intéressées à cette tranche de la population qui représente 10 à 30% des passages aux urgences (17,26–30). Dans notre étude, les plus de 75 ans représentaient 38.9% des patients adressés par un médecin généraliste. Selon un autre travail de thèse, les plus de 60 ans représentaient plus de 60% des patients adressaient par un généraliste et il avait été mis en évidence que les médecins généralistes adressaient plus de personnes âgées et de patients avec des difficultés de communication (20). Selon une autre étude, les plus de 75 ans représentaient 29.4% des patients adressés par un omnipraticien (18). Une étude de la DREES avait mis en évidence que la moitié des plus de 70 ans disaient s'être rendus aux urgences sur avis de leur médecin traitant ou d'un autre médecin (6). Le passage aux urgences des personnes âgées semble constituer, pour une partie d'entre elles, un mode privilégier d'accès à l'hôpital, préalable à une hospitalisation.

Selon une étude sur les caractéristiques des usagers des urgences de plus de 75 ans en France, 60.4% de ces patients étaient classés CCMU 1 ou 2, le motifs principal de recours était somatique dans 69.5% des cas et les quatre premiers diagnostics étaient l'affection cardio-vasculaire, la pathologie pulmonaire, neurologique puis digestive. La moitié de ces patient était hospitalisée (31). Ceci permet d'émettre un profil des usagers de plus de 75 ans : ils font appel aux SU par l'intermédiaire d'un médecin dans plus de ¾ des cas, ils utilisent plus de transports professionnels et viennent pour un motif d'admission médical.

Cependant, la prise en charge de ces patients âgés perturbe le fonctionnement des SU, en effet leur temps de passage est pratiquement deux fois plus long que celui

des autres patients (28) ce qui démontre la nécessité d'une réorganisation de la prise en charge de ces personnes âgées. Une étude avait montré la nécessité d'améliorer les filières de soins en amont des services d'urgence et d'optimiser les réseaux de soins dans le cadre de la prise en charge de la personne âgée (32). Ces personnes âgées sont principalement hospitalisées dans des services de médecine dont 61.3% vers des services de spécialité et 18.7% vers les services de gériatrie (33,34). Le faible pourcentage d'hospitalisation dans les services de gériatrie est expliqué par le manque de lits, mais l'utilité d'une hospitalisation apparaît elle toujours évidente ? Devant l'augmentation croissante de cette population, des solutions ont été proposées pour trouver une meilleure réponse que l'hospitalisation dans un service de médecine :

- Hospitalisation vers un service de soins de suite et de réadaptation directement depuis les urgences (35).
- Mise en place d'une structure d'hébergement temporaire pour les personnes âgées présentant une perte d'autonomie (36).
- Mise en place d'un accueil gérontologique médicosocial aux urgences composé d'un médecin gériatre et d'une assistante sociale pour les personnes âgées n'ayant pas de problème aigu, ce qui a permis d'éviter une hospitalisation pour 36.1% des patients évalués aux urgences (37).

Une conférence de consensus a été mise en place sur la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans aux urgences (38). Contrairement aux idées reçues, les motifs de consultations des personnes âgées aux urgences sont, dans près de 90% des cas, justifiés par une pathologie aigue ou sub-aigue nécessitant une prise en charge hospitalière mais pas nécessairement dans l'urgence (26). Le jury de cette conférence de consensus recommande les faits suivants :

- Un recours au réseau gérontologique et non pas l'admission aux urgences, dans certaines circonstances.
- Information large sur les filières de soins gériatriques et leur utilisation par le Comité Local d'Information et de Coordination.
- Un document informatif doit accompagner le patient consultant aux urgences (état civil, traitement, mode de vie etc.…).

- L’accord du patient est à rechercher avant tout transfert aux urgences, ou à défaut celui de la personne de confiance.
- Repérer la fragilité de toute personne âgée, utilisation d’outils pour la repérer, adaptés à la pratique de la SU (Annexe 2).
- La voie veineuse ne doit pas être systématique et la pose de sonde urinaire justifiée par une rétention aigue d’urine ou la nécessité de surveiller la diurèse.
- Prévenir les réadmissions précoces.

Il propose des alternatives à l’hospitalisation traditionnelle :

- Le retour à domicile organisé avec mise en place d’aides à domicile par l’assistante sociale des urgences.
- L’activation du réseau gérontologique
- L’hébergement temporaire ou l’accueil de jour.

Même s’il existe un manque de places évident dans les services de gériatrie, la création de Courts Séjours Gériatriques (CSG), d’Unités Mobiles de Gériatrie (UMG) et leur multiplication dans les hôpitaux démontre la volonté d’améliorer la prise en charge des personnes âgées. Cette conférence de consensus n’est qu’un outil de plus afin d’optimiser leur prise en charge aux urgences.

V. CONCLUSION

Cette étude nous a permis de mettre en évidence que les médecins généralistes adressaient leurs patients aux urgences du centre hospitalier d'Albi essentiellement pour des motifs médicaux (75.6%) : neurologiques, gastro entérologiques, symptômes sans pathologie spécifique d'organe et cardiologiques. La pathologie chirurgicale représentaient 24.4% et la pathologie infectieuse 27% de l'ensemble des recours. Ces patients étaient plus âgés que la population générale fréquentant les urgences, ils provenaient du domicile et s'étaient rendus aux urgences par moyen personnel ou ambulance pour la majorité d'entre eux. Seulement 18.8% des patients ont bénéficié d'une prise en charge pré hospitalière. En revanche presque tous les patients ont bénéficié d'examens complémentaires aux urgences (90.6%). Le taux d'hospitalisation était également plus important (50%) que le taux d'hospitalisation global sur cette même période (18.8%), les plus de 75 ans ayant plus de chance de se faire hospitaliser. C'est justement sur ces patients âgés, qui représentaient 38.9% des patients adressés, qu'il faut essayer d'axer notre prise en charge « en urgence ». En effet, ces patients souvent poly pathologiques et fragiles passent plus de temps aux urgences que les autres patients, source de potentielles complications et dont l'intérêt pour eux serait une prise en charge plus rapide voire directe dans des services spécialisés ou bien pour qui il faudrait développer des alternatives à l'hospitalisation lorsque le problème médical n'est pas au premier plan.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. CARRASCO V. L'activité des services d'urgences en 2004. DREES. 2006;(524):8p.

2. COLLET M, GOUYON M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. DREES. 2007;(607):8p.

3. Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées. Etude des déterminants conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-chirurgicale à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville. Recto Verso. 2004;5:2.

4. Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées. Rapport annuel sur l'activité des structures d'urgence en midi-Pyrénées. 2010:224p.

5. BARLET M, COLLIN C, BIGARD M et al. Offre de soins de premiers recours: proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. DREES. 2012;(817):4p.

6. BAUBEAU D, CARRASCO V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DREES. 2003;(215):12p.

7. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France: situation au 1er Janvier 2011.

8. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Midi-Pyrénées. Situation au 1er Juin 2011

9. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Circulaire n°195/DHOS/01/2003 du 16 Avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

10. Ministère de la santé et des solidarités. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

11. GENTILE S, AMADEI E, BOUVENOT J et al. Attitudes et comportements des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé Publique. 2004;16:63-74.

12. INSEE. Evolution de la population totale au 1er Janvier 2011, Midi-Pyrénées.

13. INSEE. Populations légales 2009 de la commune, Albi.

14. Code de la santé publique. Décret n° 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique. 1995 Mai. Rapport No.: 109.

15. Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées. Activité du service d'urgences du centre hospitalier d'Albi. 2012 Août page 13p.

16. SEVRIN Y. Motivation de médecins généralistes de Haute-Normandie pour adresser leurs patients aux urgences. Comparaison en fonction des caractéristiques des médecins [Thèse de Médecine]. Rouen; 2010;54.

17. CARRASCO V, BAUBEAU D. Les usagers des urgences premiers résultats d'une enquête nationale. DREES. 2003;(212):8p.

18. CHELLY J. Identification et analyse des motifs de recours des médecins généralistes aux urgences adultes [Thèse de médecine]. Paris XI; 2010;5025.

19. GODEMENT J, JUVIN P, ZANKER C. Pertinence du recours au service d'accueil des urgences (SAU) par les omnipraticiens de ville. JEUR. 2008;21(S1):A42.

20. DEVALLOIS-AMEZIANE D. L'influence du médecin généraliste dans la prise en charge des patients aux urgences [Thèse de Médecine]. Marseille; 2010;887.

21. GREGO JC, SENDE J, HAYON J et al. Place des médecins généralistes dans le recours aux soins d'un service d'accueil des urgences. Rean Urg. 1999;8:159.

22. DERAME G, EL KOURI D, HAMIDOU M et al. Les passages non justifiés au service d'accueil urgences: proposition d'une offre de soins différenciée. Presse Med. 2004;33:780-783.

23. ANDRONIKOF M, THALMANN A. Programmation d'une hospitalisation sur appel du médecin généraliste, évaluation de l'organisation de 4 spécialités par l'utilisation de cas simulés. Presse Med. 2005;34:847-850.

24. ROY PM, MAGUEMOUN E, PAGE JD et al. Enquête auprès des médecins traitants: faut il favoriser l'hospitalisation directe? Rean Urg. 1999;8:150.

25. BRUTEL C. Projection de population à l'horizon 2050. INSEE Première. mars 2001;(762).

26. ROTTNER J. Critères de non-hospitalisation de la personne âgée de plus de 75 ans: aspect médical. JEUR. 2004;17(3):269-274.

27. FERRY-HMIDOUCH R, PICHOT DU MEZERAY A. Quels sont les critères d'admission dans un service d'urgence d'une personne âgée de plus de 75 ans?: –Vivant à domicile – Vivant dans une institution non médicalisée – Vivant dans une institution médicalisée. Comment éviter les réadmissions précoces aux urgences? JEUR. 2004;17(3):299-302.

28. BAILLEUX S, OUALID H, BOUAZIZ D et al. Influence de la fréquentation d'un SAU par les personnes âgées de plus de 75 ans sur le temps de passage aux urgences. JEUR. mai 2007;20:38.

29. BLONDELET I. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Critères de non-hospitalisation: aspect social. JEUR. 2004;17(3):275-277.

30. PETITOT C, CHAPUIS F, TOUZET S et al. Passages inappropriés des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier: enquête prospective. Revue de Gériatrie. 2008;33:761-769.

31. LAZAROVICI C, SOMME D, CARRASCO V et al. Caractéristiques, consommation des ressources des usagers de services d'urgences de plus de 75 ans en France. Presse Med. 2006;35(12-C1):1804-1810.

32. BELLOU A, DE KORWIN J-D, BOUGET J et al. Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques. Rev Med Interne. 2003;24(9):602-612.

33. FANELLO S, MOUTEL L, HOUSSIN L et al. Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service d'admissions et urgences d'un grand hôpital. Santé Publique. 1999;11:465-82.

34. BELLOU A, ZERROUALI R, MANEL J et al. Devenir des patients âgés de plus de 60 ans après passage au service d'accueil des urgences. Rev Med Interne. 1998;(19):57.

35. NIZARD J, POTEL G, DUBOIS C et al. Transfert direct de patients âgés de plus de 70 ans d'un Service d'Accueil et d'Urgences Médicale vers un service de Soins de Suite et de Réadaptation. Définition des conditions de transfert. Rev Gériatrie. 1996;21:601-608.

36. REY-BELLET P, DAVID S, GAILLE G et al. Hébergement médicosocial temporaire: alternative à l'hospitalisation classique? Médecin Sociale et Préventive. 1997;42:11-20.

37. GENTRIC A, DUQUESNE F, GRAZIANA A et al. L'accueil gérontologique médicosocial aux urgences: une alternative à l'hospitalisation des personnes âgées en médecine? Rev Med Interne. 1998;19:85-90.

38. Recommandations du jury. Conférence de consensus. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. JEUR. 2004;17:183-201.

VII. ANNEXES

Annexe 1. Classification Clinique des Malades aux Urgences

CCMU 1 Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostic et thérapeutique aux urgences (exemple : état grippal, traumatisme crânien bénin sans perte de connaissance).

CCMU 2 Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostic ou thérapeutique aux urgences (exemple : pneumonie non compliquée).

CCMU 3 Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, n'engageant pas le pronostic vital et décision d'acte diagnostic ou thérapeutique aux urgences (exemple : douleur angineuse avec modification électro cardiographique).

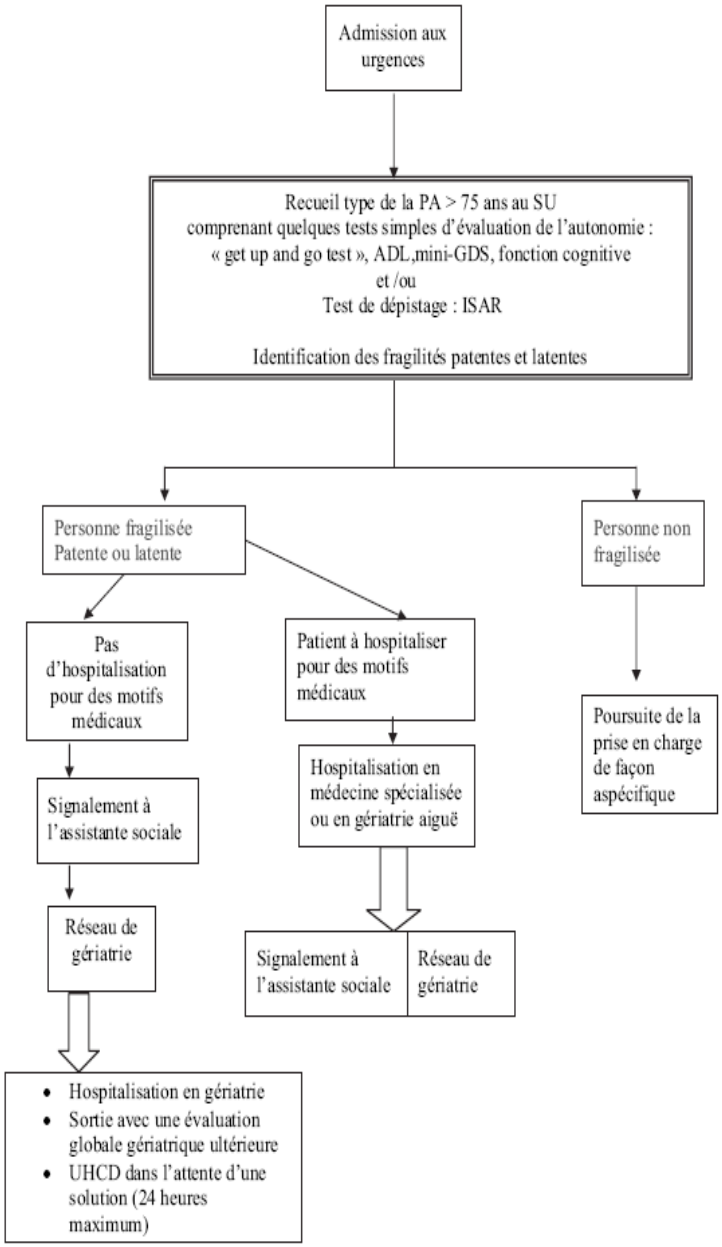
CCMU 4 Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences (exemple : oedème aigu du poumon avec défaillance respiratoire).

CCMU 5 Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences (exemple : arrêt cardio respiratoire).

CCMU P Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.

CCMU D Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

Annexe 2. Stratégie diagnostique et d'orientation de la personne âgée de plus de 75 ans quel que soit le motif de recours au service d'urgence



VIII. INDEX

Activité régulière : exercice d'une activité au même endroit.

Bassin de vie : le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements de la vie courante et à l'emploi.

AEG : Altération de l'Etat Général

AMI : Actes Médicaux Infirmiers

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CSG : Court Séjour Gériatrique

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

ECG : Electrocardiogramme

EEG : Electroencéphalogramme

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

ORUMIP : Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées

PDSA : Permanence De Soins Ambulatoires

POSU : POle Spécialisé des Urgences

SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences

SU : Structures d'Urgences

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

TDM : Tomodensitométrie

TVP : Thrombose Veineuse Profonde

UMG : Unité Mobile Gériatrique

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

ZSTCD : Zone de Surveillance de Très Courte Durée

Patients referred by their GP (General Practitioner) to emergency department of Albi's hospital: description and analysis of the grounds of appeal.

A study was conducted at the emergency department of Albi's hospital, Tarn, between 16th May 2011 to 21st August 2011 in order to highlight the reasons why GPs address their patients to the emergency department and to study the trajectory of these patients. Statistical analysis showed that the patients were referred primarily for medical reasons (75.6% of cases), primarily neurological. 18.8% had benefited from pre hospital care, 90.6% underwent additional tests at the emergency department and one patient out of two was hospitalized. 38.9% of patients were over 75 years old. This study provides a reflection on the management of elderly patients in emergency department, often sent after consulting their doctor. Their support is extended due to their poly-pathology thus potential source of complications due to their fragility. Alternatives and recommendations are put in place to optimize their care.

Key words: emergency department- general practitioner- appeal- care- hospitalization

BOUDY LAPOUGE Magali

Les patients adressés par leur médecin généraliste aux urgences du centre hospitalier d'Albi : description et analyse des motifs de recours.

Toulouse le 15 Janvier 2013

Une étude a été réalisée aux urgences du centre hospitalier d'Albi, Tarn, du 16 Mai 2011 au 21 Août 2011 afin de mettre en évidence les raisons pour lesquelles les médecins généralistes adressent leurs patients aux urgences et d'étudier la trajectoire de ces patients. L'analyse statistique a mis en évidence que les patients étaient adressés essentiellement pour des motifs médicaux (75.6% des cas), en premier lieu neurologique. 18.8% ont bénéficié d'une prise en charge pré hospitalière, 90.6% d'examens complémentaires aux urgences et un patient sur deux a été hospitalisé. 38.9% des patients avaient plus de 75 ans. Cette étude permet une réflexion sur la prise en charge des patients âgés aux urgences, souvent adressés après avis de leur médecin traitant. Leur prise en charge est rallongée du fait de leurs poly-pathologies donc source potentielle de complications en lien avec leur fragilité. Des alternatives et des recommandations se mettent en place afin d'optimiser leur prise en charge.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots Clés : urgences- médecin généraliste- recours- prise en charge- hospitalisation

---

Faculté de Médecine Purpan- 37 allées Jules Guesde- 31073 TOULOUSE Cedex

---

Directeur de thèse : Dr Anne STRATEMAN