

THÈSE

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

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 9 JUIN 2015

PAR CORALIE GAYRAUD

SUJET DE LA THÈSE :

« Évaluation de la gravité et orientation d'un patient vers un service d'accueil des urgences
par le médecin généraliste exerçant en zone blanche. »

DIRECTEUR DE THESE : Dr PHILIPPE NEKROUF

JURY : Président : Pr DOMINIQUE LAUQUE

Assesseur : Pr STÉPHANE OUSTRIC

Assesseur : Pr MARC VIDAL

Assesseur : Dr SERGE BISMUTH

Assesseur : Dr PHILIPPE NEKROUF

TABEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADORI M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B.	Professeur Honoraire	M. FABIE
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. CABARRQT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALCLOS	Professeur Honoraire	M. BONAFE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSIE
Professeur Honoraire	M. FARRÉ J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROCHE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENGS M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. DESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. GUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. DOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. FONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAI		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTE	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFF	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H.	Hématologie, Transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancerologie
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. DEGUINE O.	D.R.L.
M. DUCOMMUN B.	Cancerologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE D.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	G.R.L.
M. GZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biochimie Informatique Médecine
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
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.	Cancerologie
Mme NOURHASHEM F.	Généralité
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie Générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER CH.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE O. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-BAUZY D.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul.
M. BUREAU G.	Hépatogastro-Entérologie
M. CALVAS J.	Généralité
M. CARRIERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER CH.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict.
M. COGNARD C.	Neurosciences
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt. Kinés.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIE P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEGON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J.M.	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYCUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER D.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-Entérologie
M. RIONCAU J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNET F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Cl.	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRAC S.

Médecine Générale

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. AGAR Ph.	Pédiatrie
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. BUSCAILL L.	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Réconstructrice
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAÏDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELSLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DIDIER A.	Pharmacologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Préventive
Mme HAMARE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADET.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Radiation
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTANG L. (C.E)	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU R.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUG B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Général

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLET F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUIAN L.	Uro-Arthrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBIN G.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECHAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ BROUQUET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RADUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUMBARD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI P.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Otologie
M. ROUX F. E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERDEZ'S.	O.R.L.
Mme URD-COSTE E.	Anatomie Pathologique

M.C.U. - P.H.

M. APOÏL P. A.	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Généraliste
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUCILL S.	Nutrition
Mme CASSANG S.	Pharmacologie
Mme CONCINI D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme du GLISEZENSKY L.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGLET A M.	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. RIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomatologie Maxillo-Faciale
M. KIRZIN S.	Chirurgie générale
Mme LAPEYRIE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Analyse Pathologique
Mme LE TINTER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme BAGAB J.	Biophysique
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUME R.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophthalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICORE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL F.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSANG N.	Généraliste
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN I.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOUT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T.	Pédiatrie
Mme ESCOFFROL Y.	Médecine du Travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU G.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du développement et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Généraliste
Mme MAUPAS E.	Biochimie
M. MEUSSET R.	Biologie du développement et de la reproduction
Mme PERIGUET B.	Nutrition
Mme NASH N.	Neurologie
Mme PRADOAUDE I.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. ROMGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

M.C.U.

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME.	Médecine Générale
Mme ESCOFFROU B.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEROUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

Monsieur le professeur Dominique LAUQUE,

Je vous remercie de m'avoir fait l'immense honneur de présider mon jury de thèse.
Veuillez recevoir mon profond respect.

Monsieur le professeur Stéphane OUSTRIC,

Je vous remercie encore chaleureusement de nous avoir permis de mener à bien nos projets professionnels, et de nous épanouir pleinement dans la médecine générale.
Merci pour votre investissement exemplaire dans le DUMG, qui nous permet d'acquérir les clés nécessaires pour débiter sereinement notre activité.

Monsieur le professeur Marc VIDAL,

Veuillez recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail.

Monsieur le docteur Serge BISMUTH,

Vous m'avez fait l'honneur de présider mon jury de DES, et vous me faites à nouveau l'honneur de siéger à mon jury de thèse. Merci pour votre présence.

Philippe,

Les mots me manquent pour exprimer toute la reconnaissance et le respect que j'ai pour toi.

Merci de m'avoir confortée dans mon choix d'exercer la médecine générale.

Merci de m'avoir fait découvrir le projet du RSPNA et de m'y avoir impliquée.

Merci de m'avoir appris à gérer une consultation.

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse.

Au-delà de la rigueur, de la patience et de l'investissement dont tu as fait preuve pour m'aider à donner naissance à ce travail, il est pour moi hautement symbolique que tu aies dirigé ma thèse, et j'en suis très fière...

À Fanny PELISSIER, Jean-Christophe GALLART, Sabrina GROLLEAU et Laure POURCEL, sans qui ce travail n'aurait pu être possible, merci pour votre aide.

Une pensée particulière pour Fanny, avec qui j'ai beaucoup communiqué, merci pour le temps et l'attention que tu m'as accordés.

À Philippe et Sylvie, nos « papa et maman de la médecine ! », merci pour votre gentillesse, votre dévouement, merci pour tout ce que vous m'avez appris et m'apprenez encore...merci de m'avoir accueillie dans votre magnifique projet.

À Christine et sa jolie famille, je suis ravie de commencer à exercer mon métier à tes côtés, merci pour ta bonne humeur, ton dynamisme, tes conseils...et tes desserts !

À Agnès, qui m'a permis de mener une grossesse sereine et avec qui j'ai hâte de travailler.

À Sandrine, merci d'avoir la pêche, la banane et la patate madame la diet !

À Karine...quel plaisir de travailler avec une secrétaire en or comme toi !

À tous les professionnels de santé de la Maison de Santé Aubrac-Laguiolle, Thomas, Virginie, toutes les infirmières et infirmiers.

À Sophie et Salim, merci pour tous ces supers moments passés ensemble durant nos longues études, j'espère que l'on pourra se rapprocher géographiquement pour se voir plus souvent...

À Virginie, notre nounou d'enfer ! Merci de t'occuper de nos loulous avec tant d'attention, de tendresse, de disponibilité...nous avons une confiance aveugle en toi, merci pour tout...

À Claire, Will et leur « baby » d'amour prévu pour août...

À Toni, Laure, et leurs adorables princesses, Jade et Ea.

À Nancy, ma meilleure amie de toujours...« l'amitié fleurit en toute saison »... merci pour les milliers de souvenirs que j'ai à tes côtés. Je vous souhaite à toi, Mickaël et votre petit bout de chou, tout le bonheur du monde...

À Maryline, je vous souhaite réussite et épanouissement dans votre projet, vous le

méritez...

À Cassandra, merci de partager des tranches de vie à nos côtés avec tant d'amour, de joie et de générosité.

À Samuel, merci pour ta sincérité, ta gentillesse, tu as la vie devant toi, croque-la !

À mamie Carmen et nos discussions interminables au téléphone... « Ca y est ma fille, tu es docteur... » t'entends-je dire...

À papy Robert, que j'aurais aimé connaître davantage...

À mamie Noëlle, merci pour tout ce que tu m'as apporté, merci pour ces souvenirs d'enfance heureuse, merci pour nos balades à travers la nature, merci pour nos discussions sur tout, merci pour tes pascadous... !

À mon papy Claude, qu'est-ce que j'aurais aimé t'avoir à mes côtés en ce jour si important... j'espère que tu es fier de moi... merci d'avoir été aussi généreux, bienveillant, souriant... merci pour tous les souvenirs que j'ai avec toi...

À Viviane, ma marraine, j'espère que tes projets se réaliseront car tu le mérites vraiment. Merci d'être présente pour tous les moments importants de ma vie.

À Thomas, mon cousin, je te souhaite de réussir dans tes études et de t'épanouir pleinement.

À Cyril, merci pour nos fous rires (que peu de gens comprennent !), notre complicité, nos jeux d'enfants, nos discussions de « grands »... Tu as une place fondamentale dans ma vie.

À Charles, que j'aurais toujours tendance à appeler « petit Charles » même si tu fais une tête de plus que moi... ! Merci d'avoir été le premier bébé que j'ai materné... je suis fière de toi, tu as trouvé ta voie, maintenant fonce ! Merci pour ta tendresse, ton humour, ta générosité.

À Jean-François, tu es un beau-frère en or et je suis très fière que tu fasses partie de la famille. Merci pour ta sincérité, ta bonne humeur, ton altruisme, ta cuisine !!!

À mes parents, sans qui je ne soutiendrais pas ma thèse aujourd'hui...merci pour tous les sacrifices que vous avez faits, merci de m'avoir permis de faire le métier que j'aime.

À ma maman, qui m'a donné la force d'aller jusqu'au bout de mes rêves...merci d'être une mère attentionnée, dévouée, aimante...merci d'être une maman en or...

À mon papa, qui m'a tant appris sur la vie...merci de m'avoir donné des clefs pour braver les difficultés, merci d'avoir gardé cette bienveillance qui me rassure toujours...même à 30 ans...

Enfin, à Guillaume, l'amour de ma vie, merci pour toutes ces années passées à tes côtés...et pour toutes celles à venir ! Merci de me connaître mieux que personne, merci de m'avoir permis de réaliser ce qui est essentiel dans la vie, merci de nous permettre d'être des gamins, des amants, des parents, des médecins...je t'aime.

À ma petite Maëlle chérie, tu es une petite fille extraordinaire, dégourdie et curieuse... Garde ton énergie, ta joie de vivre, ta gentillesse...je suis très fière de toi... je t'aime très fort mon cœur.

À mon petit Louis d'amour, qui a vécu l'élaboration de cette thèse in et extra utero ! Tu es un bébé adorable qui respire le bien être...merci pour tous ces moments magiques que je passe à tes côtés...je t'aime de tout mon cœur.



SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

TABLE DES MATIERES :

I. INTRODUCTION.....	1
1. Caractéristiques du bassin de santé d'Espalion.....	1
2. Contexte.....	1
3. Objectifs de l'étude.....	2
 II. MATERIELS ET METHODE.....	2
1. Type d'étude.....	2
2. Le questionnaire.....	3
3. Modalités de distribution et de récupération des questionnaires.....	4
4. Recueil des données des urgences.....	4
5. Population d'étude.....	5
a. Critères d'inclusion.....	5
b. Critères d'exclusion.....	5
6. Période d'inclusion.....	5
7. Analyse des données.....	5
a. Aide méthodologique.....	5
b. Tests statistiques utilisés.....	5
c. Logiciel utilisé.....	6
 II. RESULTATS.....	6
1. Exhaustivité des variables.....	6
2. Etude descriptive.....	7
a. Médecins généralistes.....	7
➤ Âge.....	8
➤ Sexe.....	8
➤ Commune d'exercice.....	8
➤ Mode d'exercice.....	9

➤ Formation complémentaire dans l'urgence.....	9
b. Les patients.....	9
➤ Âge.....	9
➤ Sexe.....	10
➤ Département du lieu de vie.....	10
➤ Lieu de vie.....	10
➤ Entourage des patients vivant à domicile.....	10
c. Consultations.....	11
➤ Notion d'urgences.....	11
➤ Motifs de consultation.....	11
➤ Gravité.....	13
➤ Déterminants de l'orientation du patient vers un SAU.....	14
➤ Horaires de consultation.....	16
d. Prise en charge aux urgences.....	16
➤ Régulation par le Centre 15.....	16
➤ Moyens de transport.....	17
➤ Contact avec le SAU.....	17
➤ Courrier.....	18
➤ Gravité.....	18
➤ Diagnostics retenus aux urgences.....	19
➤ Durée moyenne de séjour.....	19
3. Etude analytique.....	20
a. Comparaison des CCMU.....	20
b. Caractéristiques des patients et des consultations.....	21
c. Regroupements diagnostiques.....	22
d. Correspondance des CCMU.....	24
e. Focus sur l'évaluation CCMU 2 par le médecin généraliste.....	25

III.DISCUSSION.....	26
1. Réponse à l’objectif principal.....	26
2. Qualité et validité de la méthode et des résultats.....	27
a. Pertinence de la méthodologie.....	27
b. Limites de l’étude.....	27
3. Réponse à l’objectif secondaire – les caractéristiques du bassin de santé d’Espalion en matière de recours aux urgences.....	28
a. Les déterminants majeurs conduisant le médecin généraliste à adresser son patient aux urgences.....	28
b. Une faible prévalence des CCMU 1.....	28
c. Une majorité de CCMU 2.....	28
d. CCMU 3, 4 et 5.....	29
e. Les patients de plus de 75 ans.....	30
f. Les motifs de recours les plus fréquents.....	31
g. La rédaction du courrier destiné au médecin urgentiste.....	32
 IV.CONCLUSION.....	 33
 BIBLIOGRAPHIE.....	 34
 ANNEXES.....	 37

I. INTRODUCTION :

1. Caractéristiques du bassin de santé d'Espalion :

Le bassin de santé d'Espalion compte deux spécificités : une population âgée et une situation en zone blanche avec en plus un relief montagneux qui peut compliquer l'accès aux soins.

En 2007, il comptait 27 609 habitants pour une superficie de 1 531 km² soit une densité de population de 18 habitants/km².

16,4% de sa population soit 4 516 habitants est âgée de 75 ans et plus (pour rappel : 13% de la population en Aveyron, 10,1% en Midi-Pyrénées et 8,5% en France métropolitaine) (Recensement de population INSEE 2007).

La totalité du bassin est situé en « zone blanche » [1], c'est-à-dire à plus de 30 minutes d'un SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation) ou d'un SAU (service d'accueil des urgences) (*Annexe 1*).

2. Contexte :

En décembre 2012, le Ministère de la Santé a lancé un Pacte Territoire Santé, comprenant 12 engagements. L'engagement n°9 est de garantir pour chaque Français, d'ici 2015, « un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes et désengorger les services d'urgences » [2].

Une enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières datant de mars 2013 a mis en évidence, pour le département voisin de la Lozère (démographiquement et géographiquement comparable au Nord Aveyron), que le problème de fond de l'augmentation constante du nombre de passages aux urgences était un problème d'amont contrairement aux « grands centres d'urgences en zone urbaine » qui posent davantage un problème d'aval. En effet, la problématique principale des « urgences en milieu rural de montagne » est d'« assurer un service public dans des régions montagneuses, difficiles d'accès, avec un faible nombre de médecins généralistes » [3].

En 2013, le nombre de passages aux urgences de Rodez – soit 27 729 passages – a augmenté de 6% par rapport à 2012. Le bassin de santé d'Espalion a enregistré un taux de recours aux urgences de 11,1%, soit +1,1 points par rapport à 2012 [4]. Ces derniers

chiffres doivent être lus avec prudence car le bassin de santé d'Espalion compte des zones où les patients sont adressés aux urgences de Saint-Flour ou Aurillac, pour lesquelles nous n'avons pas de données.

« Le nombre de patients admis aux urgences pour des motifs qualifiés de "non urgents" (Classification Clinique des Malades des Urgences 1 ou CCMU 1) (*Annexe 2*) est souvent rendu responsable de l'engorgement des urgences. Une meilleure connaissance du profil clinique et des facteurs associés à la venue de ces patients pourrait permettre une optimisation de l'organisation de l'offre de soins » [4].

3. Objectifs de l'étude :

L'engagement n°9 du Pacte Territoire Santé, un nombre de passages aux urgences en constante augmentation, une volonté de désengorgement des urgences lié principalement à une cause d'amont pour ce type de bassin de santé, m'ont conduit à mener une étude sur la genèse du recours aux urgences dans le bassin de santé d'Espalion.

De plus, je me suis posé la question de l'impact potentiel de l'éloignement du premier SAU sur l'évolution de la gravité de l'état clinique du patient, le temps qu'il soit pris en charge par le médecin urgentiste.

L'objectif principal de cette étude est de voir s'il existe une différence significative entre la codification CCMU par le médecin généraliste exerçant en zone blanche et le médecin urgentiste à l'hôpital.

L'objectif secondaire est la réalisation d'une étude descriptive des principales caractéristiques du recours aux urgences par le médecin généraliste concernant le bassin de santé d'Espalion.

II. MATERIEL ET METHODES :

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive et analytique centrée sur le bassin de santé d'Espalion.

Elle a visé d'une part à comparer la cotation de la gravité de la situation clinique par le médecin généraliste adressant le patient aux urgences et le médecin urgentiste recevant ce

même patient, et d'autre part à dresser les principales caractéristiques du bassin de santé d'Espalion concernant le recours aux urgences par le médecin généraliste.

2. Le questionnaire :

Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire (*Annexe 3*) remis aux médecins généralistes exerçant dans le bassin de santé d'Espalion, visant à étudier la genèse du recours aux urgences.

Il comportait trois pages. La première n'a été remplie qu'une seule fois lors de la rencontre avec le médecin. Les initiales de ce dernier ont été reportées sur les deux autres pages afin de l'identifier.

Les variables étudiées ont été :

- Concernant le médecin : l'âge, le sexe, la commune d'exercice, le mode d'exercice, l'existence ou non d'une compétence dans le domaine de l'urgence.
- Concernant la consultation : la date, l'heure, l'acte (consultation ou visite, urgence ou non), les 3 premières lettres du nom du patient, les 3 premières lettres du prénom, sa date de naissance, le code postal de son lieu de vie, le type de lieu de vie, le motif de la consultation en utilisant la nomenclature de l'Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées (ORU-MiP).
- Concernant l'orientation du patient vers un SAU : la cotation de la CCMU par le médecin (préalablement explicitée pour chaque niveau de gravité), les critères pris en compte par le médecin pour adresser le patient au SAU en différenciant ceux liés au patient, ceux liés à l'entourage ou à l'environnement, ceux liés au médecin ou au système de santé, et la possibilité d'indiquer une autre réponse.
- Concernant les modalités d'admission aux urgences : notion d'une régulation par le Centre 15 ou non, le mode de transport choisi, notion de contact téléphonique des urgences avant l'arrivée du patient et la rédaction ou non d'un courrier par le médecin.
- Commentaires libres.

Une consultation ou une visite a été définie comme « urgente » lorsqu'elle n'était pas programmée.

3. Modalités de distribution et de récupération des questionnaires :

Les médecins généralistes exerçant dans le bassin de santé d'Espalion ont été contactés une première fois par téléphone pour leur demander s'ils voulaient participer au recueil de données. Ceux ayant accepté ont été rencontrés physiquement pour remise et explication du questionnaire.

Quatre questionnaires leur ont été remis, avec la consigne d'en compléter un par patient inclus.

Une fois les quatre questionnaires remplis, le médecin avait pour consigne de me contacter par mail ou téléphone pour que je vienne les récupérer à son cabinet médical.

4. Recueil des données des urgences :

Après récupération de tous les questionnaires, les données des urgences des patients concernés ont été recueillies.

Concernant les patients adressés aux urgences du centre hospitalier d'Aurillac, le médecin responsable du Département de l'Information Médicale (DIM) m'a transmis les données par mail.

Concernant les patients adressés aux urgences du centre hospitalier de Rodez, et après accord avec le DIM, le chef de service des urgences et le chef de pôle, j'ai recueilli les données le 8 décembre 2014 en me connectant au logiciel DxCare® pour consulter le dossier de passage aux urgences.

Les données des urgences recueillies ont été :

- La CCMU
- Le diagnostic retenu
- La durée moyenne de séjour

Ces données ont pu être retrouvées grâce à la date de la consultation par le médecin généraliste, les trois premières lettres du nom et du prénom du patient, sa date de naissance, son sexe et le code postal de son lieu de vie.

5. Population d'étude :

a. Critères d'inclusion :

Tout patient vu en visite ou consultation, urgente ou non, par un médecin généraliste exerçant dans le bassin de santé d'Espalion, et ayant été adressé aux urgences pouvait être inclus dans l'étude.

b. Critères d'exclusion :

Ont été exclus de l'étude les questionnaires ne comportant pas assez de données pour pouvoir identifier le patient, ou complétés avec des données rétrospectives en dehors de la période d'inclusion.

6. Période d'inclusion :

La période d'inclusion allait du 8 août au 18 novembre 2014.

7. Analyse des données :

a. Aide méthodologique :

Cette étude a pu être réalisée grâce à l'aide d'une équipe de statisticiens et médecins de santé publique de l'ORU-MiP, qui a participé à l'élaboration du questionnaire et traité les données recueillies.

b. Tests statistiques utilisés :

Les variables quantitatives ont été décrites avec la moyenne, l'écart-type et la médiane. Les tableaux ont été réalisés, lorsque cela était nécessaire, avec les données manquantes puis sans donnée manquante.

Pour la comparaison de la CCMU, nous avons utilisé le test apparié de McNemar. Pour la comparaison des autres variables qualitatives, nous avons utilisé le test du Chi2

(effectifs théoriques supérieurs à 5), ou le test exact de Fischer (effectifs théoriques inférieurs à 5).

c. Logiciel utilisé :

Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel STATA[®], version 12.0.

III. RESULTATS:

1. Exhaustivité des variables :

Tableau 1. Exhaustivité des variables relatives aux médecins.

<u>Variables</u>	<u>Données manquantes</u>	<u>Exhaustivité</u>
Âge	0	100,0
Sexe	0	100,0
Commune d'exercice	0	100,0
Mode d'exercice	0	100,0

Tableau 2. Exhaustivité des variables relatives aux patients.

<u>Variables</u>	<u>Données manquantes</u>	<u>Exhaustivité</u>
Âge	5	93,2
Sexe	0	100,0
Commune d'exercice	0	100,0
Mode d'exercice	0	100,0
Code postal du patient	6	91,8
Lieu de vie du patient	2	97,2
Situation familiale du patient	19	74,3

Tableau 3. Exhaustivité des variables relatives aux consultations.

<u>Variables</u>	<u>Données manquantes</u>	<u>Exhaustivité</u>
Type de consultations	2	97,3
En urgence	16	78,9
CCMU médecin généraliste	0	100,0
Horaires de consultation	12	84,2
Régulation par le Centre 15	2	97,3
Mode de transport	0	100,0
Contact des urgences	4	94,7
Rédaction d'un courrier	2	97,3
CCMU médecin urgentiste	36	52,6
DMS urgences + hospitalisation	18	76,3
DMS urgences	43	43,4

2. Etude descriptive :

a. Médecins Généralistes :

Sur les 24 médecins généralistes exerçant dans le bassin de santé d'Espalion, 9 n'ont pas participé.

Au total, 15 médecins soit 62.5% ont participé à l'étude.

➤ **Âge :**

La moyenne d'âge des médecins est de 56,4 ans, avec un écart-type de 10,1, un âge médian de 61 ans et des extrêmes allant de 33 à 66 ans.

➤ **Sexe :**

La population de médecins se compose de 10 hommes (66,7 %) et 5 femmes (33,3 %), soit un sex-ratio égal à 2.

➤ **Commune d'exercice :**

Tableau 4. Communes d'exercice des médecins généralistes ayant participé à l'étude.

<u>Communes d'exercice :</u>	<u>Valeur absolue :</u>	<u>Pourcentage :</u>
ESPALION	3	20
LAGUIOLE	2	13,3
SAINT-AMANS DES CÔTS	2	13,3
SAINT-GENIEZ D'OLT	2	13,3
SAINTE-GENEVIEVE SUR ARGENCE	2	13,3
ENTRAYGUES	1	6,6
MUR DE BARREZ	1	6,6
SAINT-CHELY D'AUBRAC	1	6,6
THERONDELS	1	6,6
Total :	15	100

➤ **Mode d'exercice :**

Parmi les 15 médecins inclus, 6 exercent en cabinet seul (40 %), 5 exercent en cabinet de groupe (33,3 %) et 4 exercent en maison de santé (26,7 %).

➤ **Formation complémentaire dans l'urgence :**

Parmi les 15 médecins, 6 sont médecins sapeurs-pompiers (40%), 1 a la CAMU (6,6%) et 1 a un diplôme universitaire d'oxylogie (6,6%).

b. Les patients :

74 patients ont été inclus dans cette étude. Parmi eux, 2 patients ont été vus 2 fois au cours de la période d'étude.

➤ **Âge :**

Sur 69 données d'âge recueillies, la moyenne était de 65,1 ans, avec un écart-type de 22,9, un âge médian de 72,2 ans et des extrêmes allant de 8 mois et 12 jours à 95,2 ans.

Tableau 5. Effectifs des classes d'âge de la population incluse.

<u>Classes d'âge :</u>	<u>Valeur absolue :</u>	<u>Pourcentage :</u>
0 – 15 ans	4	5,8
15 – 74 ans	32	46,4
75 ans et plus	33	47,8
Total :	69	100

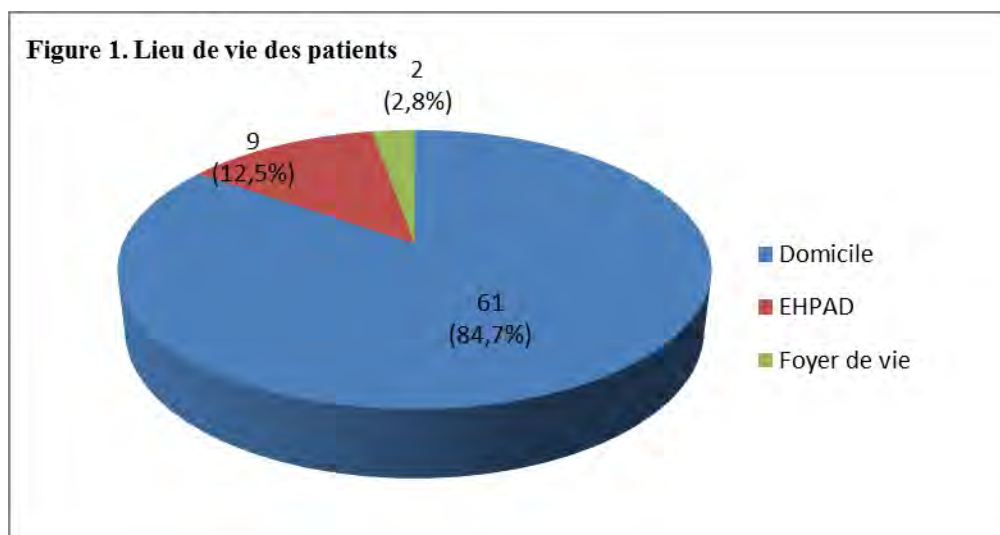
➤ **Sexe :**

Sur les 74 patients, on comptait 51 hommes soit 68,9 %, et 23 femmes soit 31,1 % (sex-ratio égal à 2,21).

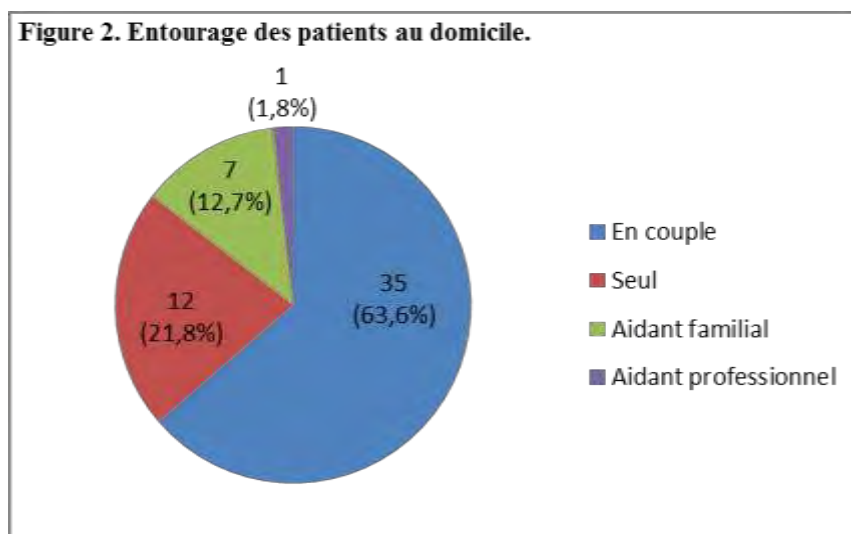
➤ **Département du lieu de vie :**

96 % des patients provenaient du département de l'Aveyron, 4 % provenaient d'un autre département (Cantal et région parisienne).

➤ **Lieu de vie :**



➤ **Entourage des patients vivant à domicile :**



35 patients vivaient en couple (47,3 %), 12 vivaient seuls (16,2%), 7 avait un aidant familial (9,5%), 1 avait un aidant professionnel (1,3 %). Pour 19 patients, soit 25,7 %, les données sont manquantes. La figure 2 représente la répartition des entourages des patients au domicile sans prise en compte des données manquantes.

c. Consultations :

76 consultations ont été recensées. Parmi elles, on comptait 45 visites (59,2 %), 29 consultations au cabinet (38,2 %), et 2 données manquantes (2,6 %).

➤ Notion d'urgence :

Sur 76 patients vus, 40 (52,63 %) l'ont été en urgence, 20 (26,32 %) ont été vus dans le cadre du planning prévu, et pour 16 d'entre eux (21,05%) cette donnée n'a pas été renseignée.

➤ Motifs de consultation :

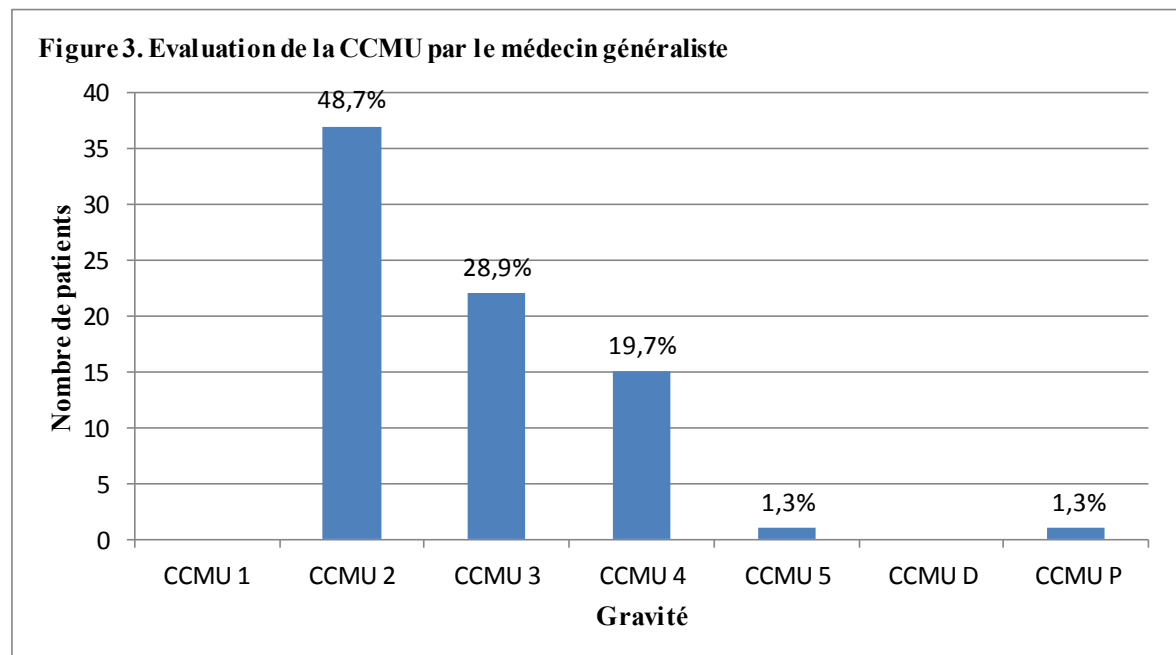
Les trois motifs de consultation les plus fréquents sont les douleurs abdominales et les pathologies digestives qui représentent 18,4 % des consultations, puis les accidents domestiques pour 17,1 % des consultations et les douleurs thoraciques/pathologies cardio-vasculaires pour 15,8 % (*Tableau 6*).

Tableau 6. Analyse descriptive des motifs de consultation :

<u>Motifs de consultation :</u>	<u>Valeur absolue :</u>	<u>Pourcentage :</u>
Douleurs abdominales/Pathologies digestives	14	18,4
Accidents domestiques	13	17,1
Douleurs thoraciques/Pathologies cardio-vasculaires	12	15,8
Malaises/Lipothymies	11	14,5
Fièvre/Infectiologie générale	8	10,5
Douleurs de membre/Rhumatologie/Orthopédie	8	10,5
Signes généraux/Autres pathologies	5	6,6
Accidents de sport/Loisirs	4	5,3
Céphalées/Pathologies neurologiques hors SNP (*)	3	3,9
Accidents de travail agricole ou autre	2	2,6
Douleurs pelviennes/Pathologies uro-génitales	2	2,6
Dyspnée/Pathologies des voies aériennes inf	2	2,6
Ophtalmo/ORL/Stomato/Carrefour aéro-digestif	2	2,6
Troubles du psychisme/Pathologie psychiatrique	2	2,6
Autres motifs décrits par les médecins	15	19,71
Total :	103	137,91

Motifs de consultation selon nomenclature ORU-MiP. Un même patient a pu présenter plusieurs motifs de consultation à la même date. Le pourcentage est calculé par rapport au nombre total de consultations (76).

(*) SNP : Système Nerveux Périphérique



➤ Gravité :

Tableau 7. Effectifs des différentes cotations de gravité par le médecin généraliste.

<u>Gravité :</u>	<u>Valeur absolue :</u>	<u>Pourcentage :</u>
CCMU 1	0	0
CCMU 2	37	48,7
CCMU 3	22	28,9
CCMU 4	15	19,7
CCMU 5	1	1,3
CCMU D	0	0
CCMU P	1	1,3
Total :	76	100

Presque la moitié des patients sont cotés CCMU 2 par le médecin généraliste (*Figure 3*), il n'y a aucune cotation CCMU 1.

➤ Déterminants de l'orientation du patient vers un SAU :

Les principaux critères retenus par le médecin généraliste pour adresser son patient aux urgences sont en premier lieu les critères liés au système de santé dont « Difficulté/Impossibilité technique/Nécessité du plateau technique hospitalier » dans 60,5 % des cas et « Conseil/Doute/Suspicion diagnostique/pronostique » dans 51,3 % des cas (*Tableau 8.d*).

En second lieu viennent les critères liés au patient, avec un « Important risque d'aggravation/AEG » dans 30,3 % des cas et « Comorbidités/Fragilité/Risque de chute » dans 28,9 % des cas (*Tableau 8.a*).

Tableau 8.a. Critères liés au patient dans la décision d'une orientation vers un SAU.

<u>Critères liés au patient :</u>	<u>Valeur absolue :</u>	<u>Pourcentage :</u>
- Important risque d'aggravation/AEG	23	30,3
- Comorbidités/Fragilité/Risque de chute	22	28,9
- Risque vital engagé	16	21,1
- Âge	13	17,1
- Récidive d'une pathologie récente	13	17,1
- Traumatisme physique/psychologique	12	15,8
- Douleur non contrôlée	11	14,5
- Incapacité physique/dépendance/troubles mentaux	9	11,8
- Demande du patient/Exigence du patient	1	1,3
Total	120	157,9

Plusieurs critères ont pu être choisis pour un même patient. Le pourcentage est exprimé par rapport au nombre total de consultations (76).

Tableau 8.b. Critères liés à l'environnement dans la décision d'une orientation vers un SAU.

Demande de l'entourage	12	92,3
Niveau socio-économique	1	7,7
Total :	13	100

Tableau 8.c. Causes d'un maintien au domicile impossible.

Patient trop « lourd » pour l'aidant	8	50
Patient vivant seul	8	50
Total :	16	100

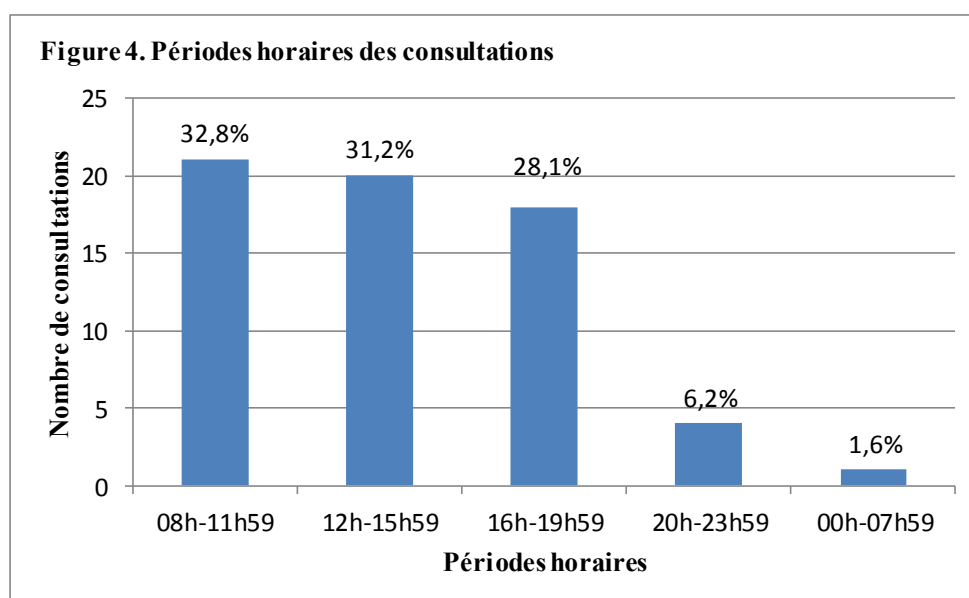
Tableau 8.d. Critères liés au système de santé dans la décision d'une orientation vers un SAU.

<u>Critères liés au système de santé :</u>	<u>Valeur absolue :</u>	<u>Pourcentage :</u>
- Difficulté/Impossibilité technique/Nécessité du plateau technique hospitalier	46	60,5
- Conseil/Doute/Suspicion diagnostique/pronostique	39	51,3
- Avis manifeste du médecin correspondant (régulateur, hospitalier, spécialiste d'organe)	7	9,2
- Hospitalisation récente < 1 mois	5	6,6
- Risque iatrogénique	5	6,6
- Patient non connu	4	5,3

- Demande de l'entourage professionnel/Exigence	3	3,9
de l'entourage professionnel (IDE, aide-soignante, autre professionnel de santé, sapeur-pompier, gendarmerie, aide à domicile,...)		
- Eloignement notable entre lieu de vie et SAU le plus proche	2	2,6
- Manque de temps médecin	2	2,6
Total :	113	148,6

Plusieurs critères ont pu être choisis pour un même patient. Les pourcentages sont exprimés par rapport au nombre total de consultations (76).

➤ Horaires de consultation :



d. Prise en charge aux Urgences :

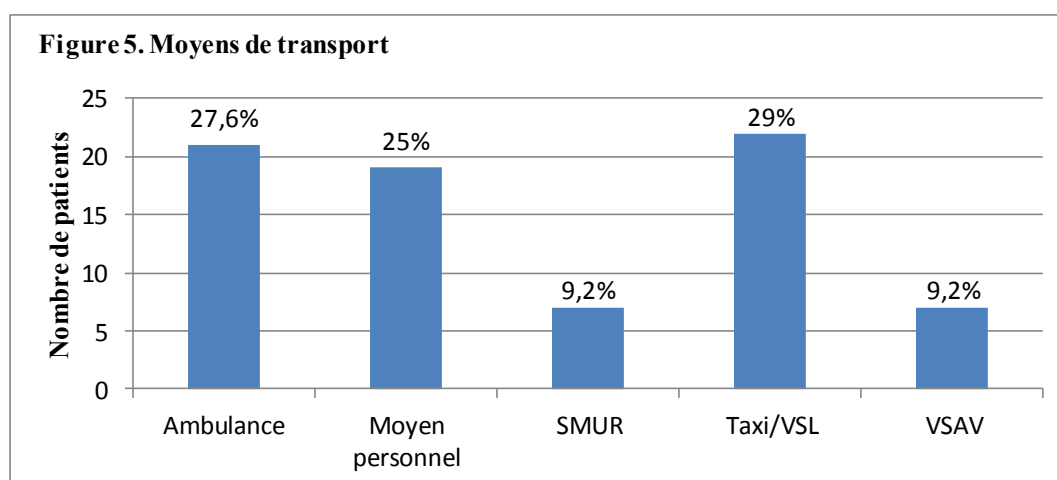
➤ Régulation par le Centre 15 :

Tableau 9. Régulation par le Centre 15 des situations cliniques rencontrées par le médecin généraliste.

<u>Régulation par le Centre 15</u>	<u>Valeur absolue</u>	<u>Pourcentage</u>
NON	61	82,4
OUI	13	17,6
Total	74	100

➤ Moyens de transport :

Les trois moyens de transports les plus prescrits par le médecin généraliste pour adresser son patient aux urgences sont le taxi/VSL dans 29 % des cas, puis l'ambulance dans 27,6 % des cas et dans 25 % des cas, le patient se rend aux urgences par un moyen personnel (*Figure 5*).



Moyen de transport choisi par le médecin généraliste pour adresser son patient au SAU, pour les 76 consultations.

➤ Contact avec le SAU :

Tableau 10. Contact avec le SAU par le médecin généraliste.

<u>Prise de contact avec le SAU</u>	<u>Valeur absolue</u>	<u>Pourcentage</u>
OUI	40	55,5
NON	32	44,5
Total	72	100

➤ Courrier :

Tableau 11. Rédaction d'un courrier médical par le médecin généraliste à destination du médecin urgentiste.

<u>Rédaction d'un courrier</u>	<u>Valeur absolue</u>	<u>Pourcentage</u>
OUI	65	87,8
NON	9	12,2
Total	74	100

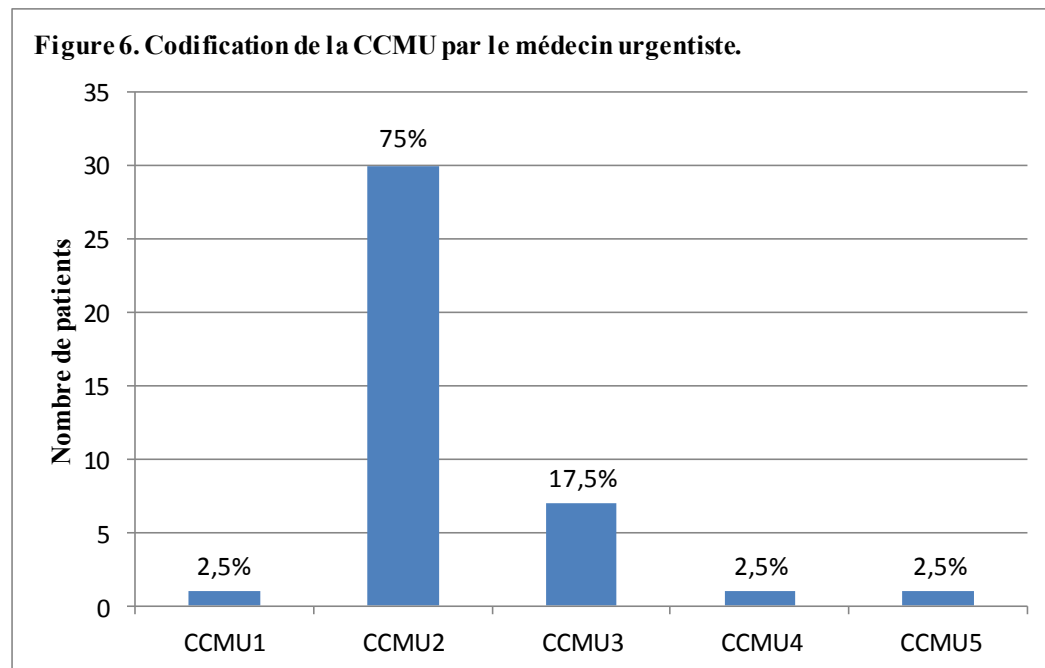
➤ Gravité :

Sur 76 patients, 36 n'ont pas eu de cotation CCMU par le médecin urgentiste, soit 47,4%. Les pourcentages des effectifs des différentes cotations de gravité ont été calculés en excluant les données manquantes (*Tableau 12*).

La majorité des patients (75 %) ont été cotés CCMU 2 (*Figure 6*).

Tableau 12. Effectifs des différentes cotations de gravité par le médecin urgentiste.

<u>CCMU :</u>	<u>Valeur absolue :</u>	<u>Pourcentage :</u>
1	1	2,5
2	30	75
3	7	17,5
4	1	2,5
5	1	2,5
D	0	0
P	0	0
Total :	40	100



➤ **Diagnostics retenus aux urgences :**

Les diagnostics précis retenus par le médecin urgentiste pour les patients concernés sont consultables en annexe (*Annexe 4*).

➤ **Durée moyenne de séjour :**

La durée moyenne de séjour (urgences plus ou moins hospitalisation) est de 5,5 jours en moyenne, avec un écart-type de 7,1, une médiane de 2,5 jours et des extrêmes allant de 0 à 37 jours, pour les 58 patients ayant cette donnée renseignée.

La durée moyenne de séjour aux urgences uniquement est de 3,6 heures en moyenne, avec un écart-type de 8,64, une médiane de 0 jour et des extrêmes allant de 0 à 1 jour, pour les 33 patients ayant cette donnée renseignée.

3. Etude analytique :

a. Comparaison des CCMU :

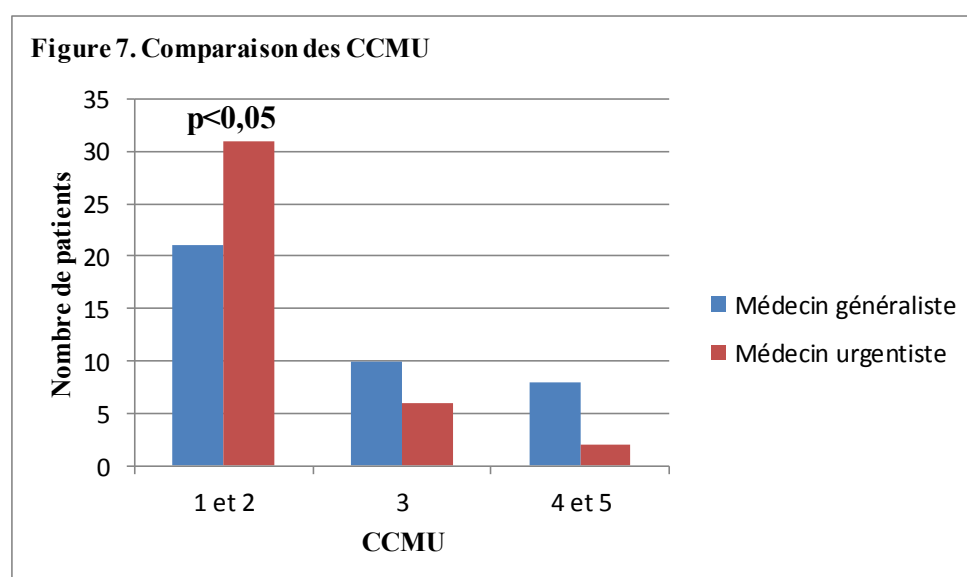
Il existe une différence significative ($p = 0,0213$) entre la cotation CCMU du généraliste et de l'urgentiste concernant les patients cotés CCMU 1 et 2 (*Tableau 13*).

Cette différence est également significative pour les patients cotés uniquement CCMU 2 (21 soit 53,8 % pour le généraliste versus 32 soit 82,05 % pour l'urgentiste avec $p = 0,049$).

Tableau 13. Comparaison des CCMU cotées par le médecin généraliste et l'urgentiste.

<u>CCMU</u>	<u>Médecin</u> <u>généraliste</u>	<u>Médecin urgentiste</u>	<u>p</u>
1 et 2	21 (53,8 %)	31 (79,5 %)	0,0213
3	10 (25,6 %)	6 (15,4 %)	Non significatif
4 et 5	8 (20,5 %)	2 (5,1 %)	Non significatif
Total	39 (100 %)	39 (100 %)	

Comparaison des CCMU lorsque celles-ci ont été cotées par le médecin généraliste et le médecin urgentiste, d'où un effectif réduit à 39.



b. Caractéristiques des patients et des consultations :

Tableau 14. Caractéristiques des patients et des consultations en fonction de l'heure de consultation.

Heure de consultation	08h-11h59 (n=21)	12h-15h59 (n=20)	16h-19h59 (n=18)	20h-23h59 (n=4)	00h-07h59 (n=1)
Âge moyen	66,2	70,0	57,4	60,4	50,8
Sex-ratio	3,2	1,8	2,6	1	1
Lieu de vie = domicile	19 (95,0 %)	16 (80,0 %)	14 (77,8 %)	3 (75,0 %)	1 (100 %)
Vus en visite	14 (70,0 %)	14 (70,0 %)	7 (41,2 %)	2 (50,0 %)	1 (100 %)
Vus en urgence	10 (58,8 %)	9 (56,2 %)	12 (75,0 %)	2 (66,7 %)	1 (100 %)
1 ^{er} motif de consultation	Malaises/ Lipothymies 6 (28,6 %)	Douleur abdo/ Path. Dig. 4 (20,0 %)	Douleur abdo/ Path.dig 6 (33,3 %)	Douleurs thoraciques/ Path. cardio vasculaires 2 (50,0 %)	Malaises/ Lipothymies 1 (100 %)
CCMU 4 et 5	5 (23,8 %)	4 (20,0 %)	2 (11,1 %)	2 (50,0 %)	0

Les caractéristiques des patients et des consultations en fonction de la commune de consultation sont consultables en Annexe 5.

Tableau 15. Caractéristiques des patients et des consultations en fonction de la CCMU.

CCMU	CCMU 1 et 2 (n=37)	CCMU 3 (n=22)	CCMU 4 et 5 (n=16)
Âge moyen	57,5	73,2	71,8
Sex-ratio	4,2	1,4	1

Lieu de vie = domicile	34 (91,8 %)	15 (71,4 %)	12 (80,0 %)
Vus en visite	17 (47,2 %)	15 (68,2 %)	12 (80,0 %)
Vus en urgence	20 (64,5 %)	12 (80,0 %)	8 (61,5 %)
1^{er} motif de consultation	Accident domestique 9 (25,0 %)	Douleur abdo/ Path.dig. 6 (28,6 %)	Douleurs thoraciques/ Path. Cardio-vasculaires 6 (40,0 %)
Horaire	08h-11h59 11 (35,5 %)	12h-15h59 8 (42,1 %)	08h-11h59 5 (38,5 %)

c. Regroupements diagnostiques :

Tableau 16. Regroupements diagnostiques des motifs de consultation en médecine générale.

<u>Motifs de consultation</u>	<u>Valeur absolue</u>	<u>Pourcentage</u>
Pathologie traumatique :	21	27,6
- Accident de la circulation	0	0
- Accident de travail	2	2,6
- Accident de sport et loisirs	4	5,3
- Accident domestique	15	19,7
Pathologie digestive	14	18,4
Pathologie cardio-vasculaire	24	31,5
Pathologie infectieuse	9	11,8
Pathologie orthopédique	8	10,5
Signes généraux/Autres pathologies	15	19,7

Pathologie neurologique	4	5,2
Pathologie uro-génitale	2	2,6
Pathologie pulmonaire	2	2,6
Pathologie ORL	2	2,6
Pathologie psychiatrique	2	2,6
Total :	103	135,1

Les pourcentages sont exprimés par rapport au nombre total de consultations (76).

Tableau 17. Regroupement des diagnostics établis aux urgences.

<u>Diagnostic du médecin urgentiste</u>	<u>Valeur absolue</u>	<u>Pourcentage</u>
Pathologie traumatique	14	18,4
Pathologie digestive	13	17,1
Signes généraux/Autres pathologies	13	17,1
Pathologie cardio-vasculaire	9	11,8
Pathologie pulmonaire	5	6,5
Pathologie orthopédique	2	2,6
Pathologie neurologique	1	1,3
Pathologie infectieuse	0	0
Pathologie uro-génitale	0	0
Pathologie ORL	0	0
Pathologie psychiatrique	0	0
Total :	57	74,8

Les pourcentages sont exprimés par rapport au nombre total de consultations (76).

d. Correspondance des CCMU :

Tableau 18. Correspondance de la cotation des CCMU par le médecin généraliste et le médecin urgentiste.

<u>Evaluation des CCMU</u>	<u>Valeur absolue</u>	<u>Pourcentage</u>
Identique (même codification)	18	46,1
Moins importante par l'urgentiste	16	41,0
Plus importante par l'urgentiste	5	12,8
Total	39	100,0

Un patient évalué CCMU 2 par le médecin généraliste :

- l'est également par l'urgentiste dans 80,95% des cas,
- est évalué CCMU 1 par l'urgentiste dans 4,76% des cas,
- et CCMU 3 dans 14,29% des cas.

Un patient coté CCMU 2 par le médecin urgentiste :

- l'est également par le médecin généraliste dans 56,67% des cas,
- est évalué CCMU 3 par le généraliste dans 23,33% des cas,
- et CCMU 4 dans 20% des cas (*Tableau 19*).

Tableau 19. Comparaison des cotations des CCMU patient par patient.

CCMU généraliste	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
CCMU urgentiste	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3
CCMU généraliste	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	P
CCMU urgentiste	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	4	2	2	2	2	2	2	5	3

e. Focus sur l'évaluation CCMU 2 par le médecin généraliste :

Le profil type du patient coté CCMU 2 dans le bassin de santé d'Espalion est plutôt un homme (sex ratio = 1,2), d'âge moyen de 59,5 ans vivant au domicile dans 91,6 % des cas, ayant majoritairement consulté au cabinet (52,7 %) en urgence dans 64,5 % des cas. Les principaux motifs de consultations sont en premier lieu un traumatisme dû à un accident domestique (25 %), puis les douleurs et pathologies abdominales (16,6 %) et enfin les douleurs thoraciques (13,8 %) (*Tableau 20*).

Tableau 20. Caractéristiques des 37 patients évalués CCMU 2 par les médecins généralistes et déterminants dans leurs choix de les adresser aux urgences.

<u>Patients CCMU 2 (évalués par le médecin généraliste)</u>	<u>Valeur absolue</u>	<u>Pourcentage</u>
Âge moyen	59,5	—
Sex-ratio	1,2	—
Lieu de vie = domicile	33	91,6
Consultation au cabinet	19	52,7
Consultation en urgence	20	64,5
Motifs de consultation (les 3 plus fréquents) : n=36		
- Trauma : accident domestique	9	25,0
- Douleur abdo/Pathologie digestive	6	16,6
- Douleurs thoraciques/Pathologie cardio-vasculaire	5	13,8
Critères liés au patient (les 2 plus fréquents) : n=31		
- Important risque d'aggravation/AEG	8	25,8
- Âge	7	22,5
Critères liés à l'environnement : n=7		
- Demande de l'entourage	6	85,7
Critères liés au système de santé (les 2 plus fréquentes) : n=36		

- Difficulté/Impossibilité technique/Nécessité du plateau technique hospitalier	24	66,6
- Conseil/Doute/Suspicion diagnostique	17	47,2

IV. DISCUSSION :

1. Réponse à l'objectif principal :

L'étude montre une différence significative ($p = 0,0213$) entre la codification CCMU faite par le médecin généraliste exerçant en zone blanche et le médecin urgentiste pour ce qui concerne les CCMU 1 et 2. Vingt-et-un patients, soit 53,8%, sont cotés CCMU 1 ou 2 par le médecin généraliste versus 31 soit 79,5% par le médecin urgentiste sur les 39 patients ayant eu une double cotation. Il n'est par contre pas possible de répondre à la question pour les autres codifications CCMU (résultats non significatifs).

La correspondance dans la codification CCMU montre que le médecin urgentiste a tendance à coter l'état clinique du patient de façon « moins grave » que le médecin généraliste.

Les hypothèses pouvant expliquer ce résultat sont :

- Une possible évolutivité de l'état clinique du patient du fait du délai de prise en charge lié à l'éloignement (« zone blanche »), pouvant dans cette hypothèse s'améliorer dans la majorité des cas avant évaluation par le médecin urgentiste.
- Une évaluation inappropriée de la CCMU par le médecin généraliste qui n'utilise pas cet outil en pratique. De plus, aux urgences, la CCMU est réalisée à la fin de l'interrogatoire, du bilan des fonctions vitales et de l'examen clinique qui peut comprendre une glycémie capillaire, une bandelette urinaire, un micro-hématocrite, un électrocardiogramme et une mesure de la saturation percutanée [5]. Les médecins généralistes ne possèdent pas toujours ces équipements.
- Une évaluation inadéquate de la gravité peut-être liée, pour les médecins généralistes les plus anciennement installés, à une formation initiale plus axée à l'époque sur « les connaissances médicales spécialisées ou hospitalières », donc

moins adaptée aux situations rencontrées en médecine générale, comme le suggère un article publié en 2009 dans la Revue Médicale Suisse [6].

2. Qualité et validité de la méthode et des résultats :

a. Pertinence de la méthodologie :

L'étude a été réalisée de manière prospective avec un objectif principal défini à priori.

Les questionnaires ont été remis physiquement et expliqués de vive voix, avec réponses aux questions éventuelles et échanges sur le remplissage du questionnaire.

La qualité du traitement des données a été rendue possible grâce à une équipe de professionnels en analyse statistique concernant en particulier la médecine d'urgence.

b. Limites de l'étude :

L'effectif total est trop faible, ce qui rend l'analyse de données délicate.

Les CCMU sont peu renseignées dans les résumés de passage aux urgences, ce qui rend les résultats non significatifs pour les CCMU 3, 4 et 5.

Il existe un biais de méthodologie : le recueil des données des urgences du CH d'Aurillac s'est fait indirectement par échange postal avec le responsable du département d'information médicale (DIM), ce qui multiplie les risques d'erreurs de saisie.

On peut également noter un biais de sélection car, manquant de données, des questionnaires ont été redistribués uniquement sur les communes de Sainte-Geneviève sur Argence et Laguiole.

3. Réponse à l'objectif secondaire - les caractéristiques du bassin de santé d'Espalion en matière de recours aux urgences :

a. Les déterminants majeurs conduisant le médecin généraliste à adresser son patient aux urgences :

Les principaux critères retenus par le médecin généraliste exerçant en « zone blanche » pour adresser son patient aux urgences sont avant tout liés à une difficulté d'accès à un plateau technique (60,5 % des cas), ou à la nécessité de l'avis d'un correspondant devant un doute diagnostique (51,3 % des cas). Juste derrière vient le risque d'aggravation de l'état clinique du patient ou une altération de son état général (30,3 % des cas), ce qui est corrélé à la pathologie aigue présentée. En troisième position les comorbidités/fragilité et risque de chute (28,9% des cas) qui témoignent de la prise en compte de l'état clinique antérieur et de l'environnement du patient.

b. Une faible prévalence des CCMU 1 :

Qu'il s'agisse de la cotation réalisée par le médecin généraliste (0) ou bien celle du médecin urgentiste (1 soit 2,5 %), le nombre de patients cotés CCMU 1 est bien moindre qu'à l'échelle départementale (12,0 %) et par rapport au centre hospitalier de Rodez (11,1 %) [4]. Cette interprétation a toutefois une limite en raison du faible nombre de patients de l'étude comparé aux chiffres de l'ORU-MiP. Les hypothèses pouvant expliquer cette différence peuvent se formuler sur le versant « médecin généraliste » : permanence d'accès aux soins efficace, comme décrite dans la circulaire DHOS du 23 mars 2007 [7], mais également sur le versant « patient » : la population rurale semble vouloir éviter le recours aux urgences quand cela ne s'avère pas indispensable, d'autant plus que l'éloignement du premier SAU est souvent dissuasif. Ceci est confirmé par le rapport annuel 2013 de l'ORU-MiP qui place le taux de recours aux urgences du bassin de santé d'Espalion parmi les plus faibles de la région (11,1 %) [4].

c. Une majorité de CCMU 2 :

Qu'il s'agisse du médecin généraliste ou du médecin urgentiste, la majorité des patients vus ont été cotés CCMU 2 (48,7 % pour le généraliste versus 75 % pour l'urgentiste).

Ces résultats sont en accord avec les chiffres recensés dans le département de l'Aveyron (77,7% sur 77 050 passages aux urgences avec une CCMU renseignée dans 57,2 % des cas) et du centre hospitalier de Rodez (81,2 % sur 27 729 passages aux urgences avec une CCMU renseignée dans 44,2 % des cas). [4]

Les principaux motifs de consultations sont en premier lieu un traumatisme dû à un accident domestique, puis viennent les douleurs et pathologies abdominales et enfin les douleurs thoraciques. La cotation des douleurs thoraciques en CCMU 2 est discutable car il est difficile, devant ce symptôme, même après examen clinique, de s'assurer de la stabilité de l'état clinique du patient.

Ces données peuvent appuyer l'intérêt qu'aurait la mise en place de filières de soins spécifiques, comme cela a été proposé en septembre 2012 comme « ébauche de solutions » à la problématique de la surcharge des urgences lors des premières assises de l'Urgence [8].

Ces filières de soins spécifiques d'une pathologie (traumatologie, pathologies digestives, soins palliatifs et fin de vie...) ou d'une classe de population (pédiatrie, gériatrie, patients démunis...) doivent répondre aux besoins identifiés de la population, et doivent se mettre en place à l'échelle d'un territoire de santé en incluant les établissements publics, les PSPH (établissements privés participant au service public hospitalier) et les établissements privés [9].

La majorité des patients adressés aux urgences l'ont été pour « Difficulté/Impossibilité technique/Nécessité du plateau technique hospitalier » et « Conseil/Doute/Suspicion diagnostique ». Ce constat pourrait conduire à réaliser une autre étude pour évaluer l'équipement du médecin généraliste exerçant en « zone blanche » en vue de mieux s'adapter aux « difficultés et impossibilités techniques » qu'il rencontre... même si, comme le montre une étude sur l'équipement du cabinet médical datant de 2001, les médecins généralistes exerçant en zone rurale semblent être mieux équipés que leurs confrères exerçant en zone urbaine [10].

d. CCMU 3, 4 et 5 :

La part des patients cotés CCMU 3, 4 et 5 est notable car elle représente 20,5 % des patients sur les 39 cotés par le médecin urgentiste, et presque la moitié (49,9 %) des patients cotés par les médecins généralistes. Par rapport aux chiffres du département, ce

taux est important même si la différence d'effectifs entre l'étude et les données de l'ORU-MiP rend l'interprétation délicate. En effet, les CCMU 3,4 et 5 comptent pour 9,3 % des gravités renseignées pour le département de l'Aveyron et pour 7,5 % des passages aux urgences du centre hospitalier de Rodez [4].

Le point commun de ces CCMU est le caractère instable de l'état clinique du patient. Compte-tenu de la distance entre les lieux de consultation du bassin de santé d'Espalion et les Urgences de Rodez ou bien d'Aurillac, et du fait que le pronostic des patients graves dépende de la rapidité des actions thérapeutiques mises en place [11], des mesures ont dû être prises pour réduire le délai d'intervention.

Or l'objectif n'est pas de réduire la part de ces patients, mais plutôt de voir quelles solutions pourraient optimiser leur prise en charge.

Les premières formations de Médecins Correspondant du SAMU, nommés « Médecins Sapeurs-Pompiers Intervenant à la demande du Samu » dans le bassin de santé d'Espalion, devraient débuter en septembre 2015. Ce dispositif a pour but de réduire le délai d'intervention pour les patients jugés graves, en envoyant sur place un médecin généraliste du secteur formé et équipé pour l'urgence, dans l'attente de l'arrivée d'une équipe de SMUR [12].

L'objectif premier de ce dispositif est de diminuer les pertes de chance pour les patients situés à plus de 30 minutes du premier SAU ou SMUR, mais, comme le montre une évaluation des missions des médecins correspondants du SAMU dans le Haut-Doubs, il contribue aussi à diminuer le nombre de sorties SMUR (possibilité d'annulation de ces sorties par le médecin correspondant du SAMU) et permet le maintien à domicile de certains patients après évaluation médicale [13].

La mise en place d'une antenne SMUR, la rationalisation des « HéliSmur » et l'intégration des hélicoptères sanitaires autres que les « HéliSmur » dans un schéma de fonctionnement régional, voire inter-régional selon les zones, peuvent être des pistes à privilégier [8].

e. Les patients de plus de 75 ans :

Comme déjà mentionné, la proportion de patients âgés de 75 ans et plus est beaucoup plus élevée dans le bassin de santé d'Espalion (47,8 % des patients sur 69 patients dont l'âge a été renseigné) qu'au niveau départemental (18,6 % sur 77 050

passages aux urgences) et au niveau du centre hospitalier de Rodez (18,9 % sur 27 729 passages aux urgences).

De ce fait, la proportion de personnes âgées adressées aux urgences est plus importante. Aussi, comme le mentionne le rapport de synthèse de l'Inspection Générale des Affaires Sociales de mai 2011, ce recours élevé aux urgences est un marqueur visible d'une organisation des soins aux personnes âgées qui intègre encore difficilement leur spécificité [14].

Des mesures telles que la mise en place de consultations non programmées ou d'hospitalisations en accès direct permettant aux patients de ne pas passer par les urgences ou d'être réorientés dès l'accueil [15], le développement d'outils de coordination permettant le partage progressif des cultures professionnelles [14] (fiche de liaison Ville-Hôpital, dossier médico-social partagé, réseaux gérontologiques, interventions des équipes mobiles de gériatrie, nouveaux moyens de communication entre médecins hospitaliers et médecins de ville tels que la messagerie sécurisée de santé, télémédecine [16]), le contournement des urgences pour les patients en fin de vie [17, 18] ont leur place dans ce bassin de santé.

À noter, l'existence d'une Unité de Gériatrie Aigue au centre hospitalier de Rodez, dans le but de structurer une filière spécifiquement gériatrique de prise en charge des urgences, comme indiqué dans le rapport d'information de l'Assemblée Nationale déposé par la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales [19].

f. Les motifs de recours les plus fréquents :

Ce sont les « Douleurs abdominales/Pathologies digestives » (18,4 %), les « Accidents domestiques » (17,1 %) et les « Douleurs thoraciques/Pathologies cardio-vasculaires » (15,8 %).

Ces trois premiers motifs de recours aux urgences sont cohérents avec ceux retrouvés à l'échelle départementale et au sein du centre hospitalier de Rodez [4].

Par contre, les résultats de l'enquête nationale de la DREES sur la genèse du recours aux urgences réalisée au cours de la journée du 11 juin 2013, placent en premier motif de recours la traumatologie, puis viennent les « symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques ou de laboratoires peu précis », et enfin « fatigue, céphalées, fièvre » [20].

g. La rédaction du courrier destiné au médecin urgentiste :

Dans cette étude le médecin urgentiste a été contacté par le médecin généraliste dans un peu plus de la moitié des cas (55,5%), mais un courrier a été rédigé dans la majorité des cas (87,8 %).

Concernant le tri des patients aux urgences, il a été montré dans une étude prospective datant de 2013 que ce courrier a peu d'influence sur le choix du niveau de priorité fixé à l'admission aux urgences par l'infirmière sauf lorsque des signes de gravité sont mentionnés alors qu'ils n'ont pas été vus par l'infirmière d'accueil. Dans ce cas, l'infirmière revoit son niveau de priorité dans le sens plus urgent [21].

Bien que ce résultat soit à lire avec prudence, la provenance géographique pourrait peut-être être mentionnée sur le courrier, et considérée comme critère à prendre en compte dans le niveau de priorisation, du fait du caractère potentiellement « plus grave » des patients adressés aux urgences venant d'une zone blanche telle que le bassin de santé d'Espalion.

V. CONCLUSION :

Le questionnaire a été élaboré avec un groupe de travail de l'ORU-MIP. Il a permis de répondre à deux attentes : exploiter des données me permettant de répondre aux objectifs fixés dans l'introduction, mais aussi à des fins purement descriptives, raison pour laquelle tous les résultats n'ont pas été discutés.

Cette étude, même modeste en terme de puissance, a permis de travailler sur un bassin de santé rural, avec ses particularités démographiques et géographiques, pour lequel on trouve très peu de données dans la littérature. Elle a également contribué à l'obtention de données « côté médecin généraliste » alors que la plupart des études traitent des données obtenues aux Urgences.

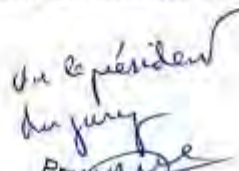
Bien que l'effectif de cette étude ne permette pas d'exploiter tous les résultats, la différence significative entre la cotation CCMU par le généraliste et l'urgentiste pourrait être expliquée par une possible notion d'évolutivité dans l'état clinique du patient, probablement en rapport avec la distance et donc le délai de prise en charge par le médecin urgentiste.

Dans cette étude, cette évolutivité est plutôt rassurante, même s'il existe certainement un biais lié à l'utilisation inhabituelle de la CCMU par le généraliste. Il serait intéressant de savoir ce qu'il en est des patients cotés CCMU 3, 4 et 5 par le médecin généraliste afin d'appuyer la nécessité de mettre en place des dispositifs pour réduire le délai de prise en charge des patients présentant une situation d'urgence dans ce bassin de santé. Cela pourrait inciter les médecins y exerçant à participer aux dispositifs de Médecins-Pompiers Intervenant à la demande du SAMU, ou simplement affiner leur formation à l'urgence.

Toulouse le 20.05.15

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
J.P. VINEL



*Le Président
du jury*

Professeur D. LAUQUE
SERVICE DES URGENCES
Place du Docteur Baylac - TSA 4003
31059 TOULOUSE Cedex 13
N° RPPS : 1000280011

BIBLIOGRAPHIE :

1. SAVIO C.

Les zones blanches. Mise en place d'une couverture Médicale. Evaluation du dispositif.

Disponible sur :

<http://www.cmupl.org/OLD-SITE/07/COMM07/comm03.pdf>

2. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Engagement 9 : garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015. 9 août 2013.

Disponible sur :

<http://www.sante.gouv.fr/engagement-9-garantir-un-acces-aux-soins-urgents-en-moins-de-30-minutes-d-ici-2015,13418.html>

3. CASH E, CASH R, DUCASSÉ JL, HAULT C, MATTHIEU F, RICHARD T. Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières. Études et recherches – mars 2013 :125. Disponible sur :

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud125.pdf>

4. ORU-MiP (Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées) Rapport annuel 2013 : 115-130-140. Disponible sur :

<https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2014/06/ORU-MiP-Rapport-Annuel-2013.pdf>

5. SFMU (Société Francophone de Médecine d'Urgence) Cahier des charges national pour l'informatisation des services d'urgences. Disponible sur :

http://www.sfmur.org/documents/ressources/referentiels/informatisation/cdc_sfmur_annexes_V1_1.pdf

6. OMBELLI J, CORNUZ J, PECOUD A, BISCHOFF T, BONVIN R.

Enseignement pré-gradué de la médecine ambulatoire à la PMU : quelques repères.

Rev Méd Suisse 2009 ; 2394-2401 (227) : 1.

7. CirculaireDHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B no 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. Disponible sur :

<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>

8. GIROUD M, CARLI P, RICARD HIBON A, PATERON D, ROY P-M, BRAUN F *et al.*

Samu-Urgences de France Paris, Les 1ères assises de l'urgence 13 septembre 2012.

Disponible sur :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Riou_-_Assises_de_l_urgence_-_recommandations_de_Samu-Urgences_de_France.pdf

9. CORIAT P, BRAUN F, GENET J-P, GOLDSTEIN P, NAZAC A, POL B *et al.*
Propositions sur la composition, les missions et le champ d'action du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins, Mai 2008, page 22. Disponible sur :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Pierre_Coriat.pdf
10. LE GOAZOU M-F.
L'équipement du cabinet médical.
Revue Exercer 2003 (76), [basé sur l'enquête réalisée par le Dr Florence Tournoux pour sa thèse de Doctorat en médecine soutenue en 2001 à l'Université de Lyon sur " Le matériel du cabinet médical du médecin généraliste et son utilisation. Enquête auprès des médecins généralistes du département de l'Ain. "]. Disponible sur :
http://www.campus-umvf.cnge.fr/materiel/Equipement_cabinet.pdf
11. ALLO J-C, CLAESSENS Y-E, DHAINAUT J-F.
Critères cliniques de gravité aux urgences.
Médecine d'Urgence 2006.
Paris, Elsevier Masson SAS, 2006 : 521-530.
12. Médecins Correspondants du SAMU Guide de déploiement de juillet 2013, Ministère chargé de la santé, Direction générale de l'offre de soins. Disponible sur :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf
13. MARLIER R, LAMBERT C, COSSUS J, LABOUREY J-M, DESMETTRE T, CAPELLIER G.
Evaluation des Missions des Médecins Correspondants du SAMU dans le Haut-Doubs.
Disponible sur :
<http://www.sfm.u.org/Urgences/urgences2014/donnees/communications/resume/posters/P063.pdf>
14. FOUQUET A, TREGOAT J-J, SITRUK P.
L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge.
Rapport de synthèse, mai 2011. Disponible sur :
http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/L_impact_des_modes_d_organisation_sur_la_prise_en_charge_du_grand_age.pdf
15. Ministère de la santé, de la famille, et des personnes handicapées.
Plan « urgences », 2004. Disponible sur :
http://www.vie-publique.fr/documents-vp/plan_urgences.pdf
16. LASBORDES P, Député de l'Essonne.
La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être.
Rapport remis à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ex-ministre de la santé et des sports, 15 octobre 2009. Disponible sur :
http://www.automesure.com/library/pdf/Rapport_Telesante_-_decembre_2009.pdf

17. LAUQUE D, BOUGET J, LEJONC J-L, DE DECKER L, BOURRIER P, BLEICHNER G *et al.*

Groupe de travail constitué à l'initiative de la SFMU (Société Francophone de Médecine d'Urgence).

L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions, mai 2005. Disponible sur :

http://www.sfm.u.org/documents/ressources/referentiels/Aval_SU_SFMU_mai_2005.pdf

18. BILLAULT C, BOESPFLUG O, AUBLET-CUVELIER B, JAFFREUX P, SCHMIDT J. Le service des urgences : un lieu de passage « obligé » pour mourir à l'hôpital ? EM mars 2004 ; 17 (n°HS 1) : 41

19. Rapport d'information n°3672 déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la prise en charge des urgences médicales et présenté par Georges COLOMBIER, député. Février 2007. Disponible sur :

<http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i3672.asp>

20. BOISGUERIN B, VALDELIEVRE H.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Ministère des Finances et des Comptes publics

Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Ministère du Travail, de l'Emploi et du Dialogue social

Etudes et résultats : n°889, juillet 2014. Disponible sur :

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er889.pdf>

21. CHAUVEAU P, MAZET-GUILLAUME B, BARON C, ROY P-M, TANGUY M, FANELLO S.

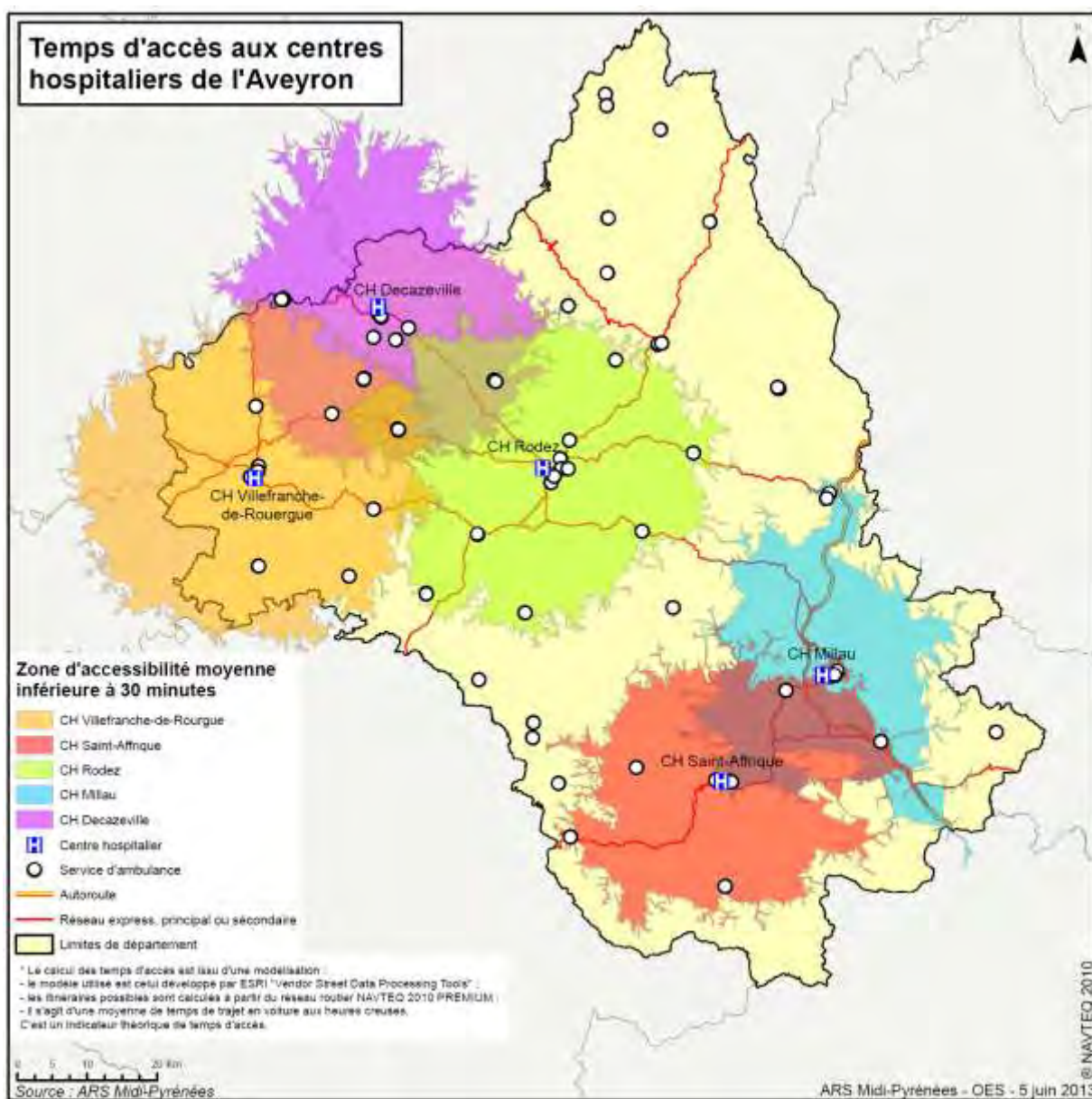
Impact du contenu du courrier médical sur la qualité du triage initial des patients adultes admis aux urgences.

Santé Publique-Pratiques et organisation des soins 2013 n°4. Disponible sur :

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/sante-publique-pratiques-et-organisation-des-soins/les-articles-de-la-revue/sante-publique-2013-n-4/courrier-medical-et-qualite-du-triage-aux-urgences.php>

ANNEXE 1 :

Carte des bassins de santé du département de l'Aveyron.



ANNEXE 2 :

Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée (CCMU) :

Source : Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées.

La CCMU modifiée classe selon 7 degrés de gravité les patients de l'urgence pré hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier. C'est le médecin SMUR ou de l'accueil qui détermine à la fin de l'examen clinique initial ce degré. L'examen clinique comprend interrogatoire, examen physique et éventuellement E.C.G, SpO2, glycémie capillaire, bandelette urinaire ou hémocrite par micro méthode.

Cette classification est issue de la CCMU à 5 classes à laquelle a été ajoutée 2 nouvelles classes :

- CCMU D, patients déjà décédés à l'arrivée du SMUR ou aux urgences, aucune manœuvre de réanimation n'est entreprise

- CCMU P, patients souffrant d'une pathologie psychiatrique dominante sans atteinte somatique instable associée.

Définitions :

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

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

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

ANNEXE 3 :

Questionnaires remis aux médecins généralistes :

Questionnaire Médecin (à ne remplir qu'une fois)

A – Vous (Le médecin)

1 – Votre commune d'exercice :

☐ Entraygues

☐ Estaing

☐ Espalion

☐ Saint-Côme

☐ Saint-Geniez

☐ Sainte-Geneviève

☐ Saint-Amans

☐ Laguiole

☐ Saint-Chély

☐ Mur-de-Barrez

☐ Thérondels

2 – Votre cabinet :

☐ Individuel

☐ Groupe

☐ Maison de Santé

3 – Vous êtes :

☐ Homme

☐ Femme

4 – Votre âge :

5 – Formation complémentaire dans le domaine de l'urgence :

☐ Médecin Sapeur-Pompier

☐ DU d'Oxylogie

☐ CAMU/DESC

QUESTIONNAIRE PATIENT

Initiales médecin

A – La consultation

1 – Date :

2 – Heure :

3 – ☐ Consultation au cabinet

☐ Visite

Urgence : ☐ Oui ☐ Non

B – Le patient

1 – Initiales (*) :

2 – Genre : ☐ Homme

☐ Femme

(*) 3 premières lettres du NOM + 3 premières lettres du Prénom (ex. : « NOMPré »)

3 – Date de naissance :

4 – Code postal du lieu de vie :

5 – Type de lieu de vie : ☐ Domicile

☐ EHPAD

☐ Foyer de vie

6 – Si domicile : ☐ Seul

☐ En couple

☐ Aidant familial

☐ Aidant professionnel

C – Le motif de consultation

Motifs traumatiques : ☐ Accident circulation – ☐ Accident travail : agricole ou autre

☐ Accident sport loisirs – ☐ Accident domestique ☐ Agression

☐ Tentative de suicide

☐ Douleurs abdominales/Pathologies digestives

☐ Douleurs pelviennes/Pathologies uro- génitales ou obstétricales

☐ Douleurs thoraciques/Pathologies cardio-vasculaires

☐ Dyspnées/Pathologie des voies aériennes inférieures

☐ Malaises/Lipothymies...

☐ Céphalées/Pathologies neurologiques hors SNP

- ☐ Douleurs de membre/Rhumatologie/Ortho/SNP(*)
- ☐ Troubles du psychisme/Pathologies psychiatriques
- ☐ Dermato-allergologie/Pathologies cutanéomuqueuses
- ☐ Toxicologie/Intox aiguës non alimentaires
- ☐ OPH, ORL, stomato et carrefour aéro-digestif
- ☐ Fièvre/Infectiologie générale ou SP
- ☐ Signes généraux/Autres pathologies
- ☐ Autres motifs, précisez :

D – L'orientation au SAU

1 – Comment qualifiez-vous la gravité de la situation ?

- ☐ **CCMU 5** (*Pronostic vital engagé – Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation*)
- ☐ **CCMU 4** (*Situation pathologique engageant le pronostic vital sans gestes de réanimation immédiat*)
- ☐ **CCMU 3** (*État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel pouvant s'aggraver sans mise en jeu du pronostic vital*)
- ☐ **CCMU 2** (*État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable – Décision d'acte complémentaire diagnostique [biologie, imagerie...] ou thérapeutique [petite chirurgie, traitement orthopédique...]*)
- ☐ **CCMU 1** (*État clinique jugé stable – Examen clinique simple sans réalisation d'acte complémentaire*)
- ☐ **CCMU P** (*Patient souffrant d'un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable associée*)
- ☐ **CCMU D** (*Patient décédé à votre arrivée mais néanmoins adressé au SAU*)

2 – Quel(s) critère(s) prenez-vous en compte pour décider de l'orientation de votre patient vers les Urgences ?

(Plusieurs réponses possibles – ATTENTION : uniquement celles motivant votre décision)

a – Liés au patient :

- ☐ Risque vital engagé
- ☐ Important risque d'aggravation/AEG
- ☐ Récidive d'une pathologie récente
- ☐ Sexe
- ☐ Âge
- ☐ Comorbidités/Fragilité/Risque de chute
- ☐ Incapacité physique/Dépendance/Troubles mentaux
- ☐ Traumatisme physique/psychologique
- ☐ Douleur non contrôlée
- ☐ Demande du patient/Exigence du patient

b – Liés à l'entourage/à l'environnement :

- ☐ Demande de l'entourage/Exigence de l'entourage
- Maintien au domicile impossible : ☐ Patient vivant seul ☐ Patient trop « lourd » pour l'aidant
- ☐ Niveau socio-économique

c – Liés au médecin/à l'entourage professionnel/au système de santé :

- ☐ Conseil/Doute/Suspicion diagnostique/pronostique
- ☐ Patient non connu
- ☐ Risque iatrogénique récente < 1 mois
- ☐ Hospitalisation
- ☐ Difficulté/Impossibilité technique sur place/Nécessité du plateau technique hospitalier
- ☐ Éloignement notable entre lieu de vie et SAU le plus proche
- ☐ Manque de temps médecin
- ☐ Avis manifeste du médecin correspondant (régulateur/hospitalier/spécialiste d'organe)
- ☐ Demande de l'entourage professionnel/Exigence de l'entourage professionnel (IDE, aide-soignante, autre professionnel de santé, sapeur-pompier, gendarmerie, aide à domicile...)

d – Autre (réponse libre)

E- Les modalités d'admission

Régulation par le Centre 15 ? ☐ oui ☐ non

Moyen de transport choisi : ☐ SMUR ☐ VSAV non médicalisé ☐ Ambulance

☐ Taxi-VSL ☐ Moyen perso

Avez-vous pris le temps de contacter les urgences avant l'arrivée du patient ?

☐ oui ☐ non

Avez-vous pris le temps de rédiger un courrier destiné au médecin du SAU ?

☐ oui ☐ non

E – Commentaires libres

ANNEXE 4 :

Diagnostics établis par les médecins urgentistes concernant 57 patients (19 données manquantes) :

Diagnostics :	Valeur absolue :	Pourcentage :
Douleur abdominale	2	3,5
Douleur thoracique	2	3,5
Fièvre	2	3,5
Fracture ouverte doigt	2	3,5
AEG/Ulcère artériel des MI	1	1,7
Angiocholite	1	1,7
Anémie	1	1,7
Anémie ferriprive	1	1,7
Anémie à explorer	1	1,7
Arythmie	1	1,7
Choc cardiogénique	1	1,7
Cholécystite aigue gangréneuse	1	1,7
Chondrocalcinose	1	1,7
Chute, perte d'équilibre	1	1,7
Constipation	1	1,7
Contusion pied	1	1,7
Digestif : tumeur occlusive	1	1,7
Douleur abdominale fonctionnelle	1	1,7
Douleur abdominale sans gravité	1	1,7
Douleur d'arthrose	1	1,7
Douleur faciale atypique	1	1,7

Défaillance cardio-respiratoire/	1	1,7
Néoplasie pulmonaire		
Démence	1	1,7
EP + Insuffisance rénale	1	1,7
Ecchymose thoraco-abdominale	1	1,7
Entorse de cheville	1	1,7
Epanchement pleural	1	1,7
Erysipèle, TVP ou allergie	1	1,7
Fracture Pouteau-Colles	1	1,7
Fracture bi-malléolaire	1	1,7
Fracture du bassin	1	1,7
Fracture du Radius + déplacement	1	1,7
GEA	1	1,7
Hématome au mollet + thrombocytémie	1	1,7
Lithiase pancréatique	1	1,7
Luxation de rotule	1	1,7
Malaise	1	1,7
Malaise vagale	1	1,7
OAP ischémique	1	1,7
OH aigue + Douleur thoracique	1	1,7
Plaie cuisse, suture	1	1,7
Plaie du pied	1	1,7
Plaie du pied : suture	1	1,7
Pneumopathie	1	1,7
Pneumothorax + hémithorax	1	1,7
Péricardite	1	1,7
Réaction iatrogène au Remicade	1	1,7
SCA non ST+ Tropo+	1	1,7

Stase stercorale	1	1,7
Syndrome appendiculaire	1	1,7
TC/PC	1	1,7
TVP	1	1,7
Ulcère gastrique	1	1,7
Total :	57	100

ANNEXE 5 :

Caractéristiques des patients et des consultations en fonction de la commune de consultation :

Commune d'exercice	Entraygues (n = 4)	Espalion (n = 12)	Laguiole (n = 20)	Mur-de- Barrez (n = 4)
Âge moyen	80,4	74,0	53,9	-
Sex-ratio	4	0,5	1,5	0
Lieu de vie = Domicile	3 (75 %)	9 (75 %)	18 (90 %)	1 (33,3 %)
Visites	3 (100 %)	8 (66,7 %)	9 (45 %)	3 (75 %)
En urgence	4 (100 %)	5 (83,3 %)	14 (70 %)	3 (100 %)
1 ^{er} motif de consultation	Accident domestique 2 (50 %)	Douleurs thoraciques/ Path. Cardio- vasculaires 3 (27,3 %)	Douleurs abdo/Path. Digestives 5 (25 %)	Accident domestique 2 (50 %)
CCMU 4 et 5	2 (50 %)	3 (25 %)	4 (20 %)	1 (25 %)

Commune d'exercice	Saint- Amans (n = 8)	Saint- Chély (n = 4)	Saint- Geniez (n = 8)	Sainte- Geneviève (n = 12)	Thérondels (n = 4)
Âge moyen	70,1	69,2	59	70,5	70,3
Sex-ratio	8	4	1	12	4
Lieu de vie = Domicile	6 (75 %)	4 (100 %)	7 (100 %)	10 (83,3 %)	4 (100 %)
Visites	4 (50 %)	2 (50 %)	6 (75 %)	7 (63,6 %)	3 (75 %)
En urgence	4 (57,1 %)	2 (100 %)	4 (66,7 %)	2 (22,2 %)	2 (66,7 %)
1 ^{er} motif de consultation	Douleurs abdo/Path. Digestives 3 (37,5 %)	Douleurs de membre 2 (50%)	-	Douleurs thoraciques/ Path. Cardio- vasculaires 3 (27,3 %)	Ophtalmo/ ORL 2 (50 %)
CCMU 4 et 5	0	1 (25 %)	4 (50 %)	0	1 (25 %)

Introduction: Access to emergency care in less than 30 minutes for the general population is a public health problem. Espalion health pool is a mountainous rural area in which the elderly population resides entirely within the “white area”. The main objective of this study is to compare CCMU codification between the general practitioner (GP) working in “white area” and the emergency doctor at the hospital, for the same patient.

Method: This is an analytical, descriptive and prospective study, focusing on the Espalion health pool. Data collection was made through a questionnaire, explicated and given to the fifteen doctors who wanted to take part. Every patient saw by a GP working in Espalion health pool and sent to A&E (Accident and Emergency) has been included.

Results: There is a significant difference between the GP’s and the A&E doctor’s CCMU codification for patients in CCMU 1 and 2. Results concerning CCMU 3, 4 and 5 are not significant.

Discussion: One of the mentioned hypothesis to explain this difference is the change in the patient’s clinical status as a result of the care time due to the distance between “white area” and SAU. An aggravation risk of the patient’s clinical status could justify the creation of procedures aiming to reduce the waiting care to 30 minutes and encourage GPs to participate.

Key-words: general medicine, emergency, CCMU, white area, health pool.

Évaluation de la gravité et orientation d'un patient vers un service d'accueil des urgences
par le médecin généraliste exerçant en zone blanche.

Soutenance le 9 juin 2015 à Toulouse.

Introduction : L'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes pour l'ensemble de la population est un problème de santé publique. Le bassin de santé d'Espalion est un territoire rural de montagne dont la population âgée est entièrement située en « zone blanche ».

L'objectif principal de cette étude est de comparer la codification CCMU par le médecin généraliste exerçant en « zone blanche » à celle établie ensuite par le médecin urgentiste à l'hôpital, pour le même patient.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective descriptive et analytique centrée sur le bassin de santé d'Espalion. Le recueil de données a été réalisé grâce à un questionnaire expliqué et remis aux quinze médecins généralistes ayant participé.

Les critères d'inclusion concernent tout patient vu par un médecin généraliste exerçant dans le bassin de santé d'Espalion et ayant été adressé aux urgences.

Résultats : il existe une différence significative entre la codification CCMU du médecin généraliste et celle de l'urgentiste pour les patients en CCMU 1 et 2. Les résultats concernant les CCMU 3, 4 et 5 ne sont pas significatifs.

Discussion : Une des hypothèses évoquées pour expliquer cette différence est l'évolutivité de l'état clinique du patient du fait du délai de prise en charge lié à l'éloignement entre « zone blanche » et SAU. Un risque d'aggravation de l'état clinique du patient pourrait justifier la mise en place de dispositifs visant à réduire à 30 minutes le délai d'accès aux soins et inciter les médecins généralistes à y participer.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots-Clés : médecine générale, urgences, CCMU, zone blanche, bassin de santé.

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France

Directeur de thèse : Dr NEKROUF Philippe
