

Faculté de Médecine

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 13 octobre 2022

Par Morgane Le Ho

Née le 10 novembre 1995 à Caen

Etat des lieux des recours et devenir des patients pris en charge aux urgences : étude prospective au centre hospitalier de Brive-la- Gaillarde

Thèse co-dirigée par les Docteur Alexandre CHEDAILLE et Nadège LAUCHET

Examineurs :

Mme. Le Professeur Nathalie DUMOITIER PU-MG

Mme. Le Docteur Nadège LAUCHET MCA-MG

Mr. Le Docteur Thomas LAFON PHU

Mr. Le Docteur Alexandre CHEDAILLE

Mme. Le Docteur Charlène KLINTZ

Présidente

Juge

Juge

Directeur de thèse

Membre invité



Faculté de Médecine

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 13 octobre 2022

Par Morgane Le Ho

Née le 10 novembre 1995 à Caen

Etat des lieux des recours et devenir des patients pris en charge aux urgences : étude prospective au centre hospitalier de Brive-la- Gaillarde

Thèse co-dirigée par les Docteur Alexandre CHEDAILLE et Nadège LAUCHET

Examineurs :

Mme. Le Professeur Nathalie DUMOITIER PU-MG

Mme. Le Docteur Nadège LAUCHET MCA-MG

Mr. Le Docteur Thomas LAFON PHU

Mr. Le Docteur Alexandre CHEDAILLE

Mme. Le Docteur Charlène KLINTZ

Présidente

Juge

Juge

Directeur de thèse

Membre invité



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Philippe BERTIN**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

| | |
|-------------------------------|--|
| ABOYANS Victor | CARDIOLOGIE |
| ACHARD Jean-Michel | PHYSIOLOGIE |
| AJZENBERG Daniel | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE |
| ALAIN Sophie | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| AUBARD Yves | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| AUBRY Karine | O.R.L. |
| BERTIN Philippe | THERAPEUTIQUE |
| CAIRE François | NEUROCHIRURGIE |
| CHARISSOUX Jean-Louis | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| CLAVERE Pierre | RADIOTHERAPIE |
| CLEMENT Jean-Pierre | PSYCHIATRIE D'ADULTES |
| CORNU Elisabeth | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE |
| COURATIER Philippe | NEUROLOGIE |
| DAVIET Jean-Christophe | MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION |
| DESCAZEAUD Aurélien | UROLOGIE |
| DES GUETZ Gaëtan | CANCEROLOGIE |
| DRUET-CABANAC Michel | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL |

| | |
|------------------------------------|---|
| DURAND-FONTANIER Sylvaine | ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE) |
| FAUCHAIS Anne-Laure | MEDECINE INTERNE |
| FAUCHER Jean-François | MALADIES INFECTIEUSES |
| FAVREAU Frédéric | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| FEUILLARD Jean | HEMATOLOGIE |
| FOURCADE Laurent | CHIRURGIE INFANTILE |
| GAUTHIER Tristan | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| GUIGONIS Vincent | PEDIATRIE |
| HANTZ Sébastien | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| HOUETO Jean-Luc | NEUROLOGIE |
| JACCARD Arnaud | HEMATOLOGIE |
| JACQUES Jérémie | GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE |
| JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile | IMMUNOLOGIE |
| JESUS Pierre | NUTRITION |
| JOUAN Jérôme | CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE |
| LABROUSSE François | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES |
| LACROIX Philippe | MEDECINE VASCULAIRE |
| LAROCHE Marie-Laure | PHARMACOLOGIE CLINIQUE |
| LIENHARDT-ROUSSIE Anne | PEDIATRIE |
| LOUSTAUD-RATTI Véronique | HEPATOLOGIE |
| LY Kim | MEDECINE INTERNE |
| MABIT Christian | ANATOMIE |
| MAGNE Julien | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION |
| MAGY Laurent | NEUROLOGIE |
| MARCHEIX Pierre-Sylvain | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE |

| | |
|--------------------------------------|---|
| MARIN Benoît | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION |
| MARQUET Pierre | PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE |
| MATHONNET Muriel | CHIRURGIE DIGESTIVE |
| MELLONI Boris | PNEUMOLOGIE |
| MOHTY Dania | CARDIOLOGIE |
| MONTEIL Jacques | BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE |
| MOUNAYER Charbel | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE |
| NATHAN-DENIZOT Nathalie | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION |
| NUBUKPO Philippe | ADDICTOLOGIE |
| OLLIAC Bertrand | PEDOPSYCHIATRIE |
| PARAF François | MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE |
| PLOY Marie-Cécile | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| PREUX Pierre-Marie | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION |
| ROBERT Pierre-Yves | OPHTALMOLOGIE |
| ROUCHAUD Aymeric | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE |
| SALLE Jean-Yves | MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION |
| STURTZ Franck | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| TCHALLA Achille | GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT |
| TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre | ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES |
| TOURE Fatouma | NEPHROLOGIE |
| VALLEIX Denis | ANATOMIE |
| VERGNENEGRE Alain | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION |
| VERGNE-SALLE Pascale | THERAPEUTIQUE |
| VIGNON Philippe | REANIMATION |

| | |
|----------------------------|---|
| DAURIAT Benjamin | HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE |
| DUPONT Marine | HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE |
| DURIEUX Marie-Fleur | PARASITOLOGIE |
| GILBERT Guillaume | ANESTHESIE REANIMATION |
| HERMINEAUD Bertrand | LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE |
| LABRIFFE Marc | PHARMACOLOGIE |
| LADES Guillaume | BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE |
| LEFEBVRE Cyrielle | ANESTHESIE REANIMATION |
| LOPEZ Stéphanie | MEDECINE NUCLEAIRE |
| MEYER Sylvain | BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE |
| PASCAL Virginie | IMMUNOLOGIE CLINIQUE |
| ROUX-DAVID Alexia | ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE |

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

| | |
|----------------------------|--|
| ALBOUYS Jérémie | HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE |
| ARGOULON Nicolas | PNEUMOLOGIE |
| ASLANBEKOVA Natella | MEDECINE INTERNE |
| BAÏSSE Arthur | REANIMATION POLYVALENTE |
| BERRAHAL Insaf | NEPHROLOGIE |
| BOSCHER Julien | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| BRISSET Josselin | MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES |
| CAUDRON Sébatien | RADIOLOGIE |
| CAYLAR Etienne | PSYCHIATRIE ADULTE |
| CENRAUD Marie | NEUROLOGIE |
| CHAUBARD Sammara | HEMATOLOGIE |
| CHAUVET Romain | CHIRURGIE VASCULAIRE |

| | |
|------------------------------------|---|
| CISSE Fatou | PSYCHIATRIE |
| COMPAGNON Roxane | CHIRURGIE INFANTILE |
| DARBAS Tiffany | ONCOLOGIE MEDICALE |
| DESCHAMPS Nathalie | NEUROLOGIE |
| DESCLEE de MAREDSOUS Romain | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| DESVAUX Edouard | MEDECINE GERIATRIQUE |
| DOUSSET Benjamin | CARDIOLOGIE |
| DUPIRE Nicolas | CARDIOLOGIE |
| DUVAL Marion | NEPHROLOGIE |
| FIKANI Amine | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE |
| FORESTIER Géraud | RADIOLOGIE |
| FROGET Rachel | CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie) |
| GEYL Sophie | GASTROENTEROLOGIE |
| GUILLAIN Lucie | RHUMATOLOGIE |
| HESSAS-EBELY Miassa | GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE |
| LALOZE Jérôme | CHIRURGIE PLASTIQUE |
| LAUVRAY Thomas | PEDIATRIE |
| LEMNOS Leslie | NEUROCHIRURGIE |
| MAURIANGE TURPIN Gladys | RADIOTHERAPIE |
| MEUNIER Amélie | ORL |
| MICLE Liviu-Ionut | CHIRURGIE INFANTILE |
| MOWENDABEKA Audrey | PEDIATRIE |
| PARREAU Simon | MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE |
| PELETTE Romain | CHIRURGIE UROLOGIE ET ANDROLOGIE |
| PEYRAMAURE Clémentine | ONCOLOGIE MEDICALE |

| | |
|-----------------------------|--|
| SALLEE Camille | GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE |
| SANSON Amandine | REANIMATION POLYVALENTE |
| SANCHEZ Florence | CARDIOLOGIE |
| SERY Arnaud | ORL |
| TARDIEU Antoine | GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE |
| TORDJMAN Alix | GYNECOLOGIE MEDICALE |
| TRICARD Jérémy | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE |
| VAIDIE Julien | HEMATOLOGIE CLINIQUE |
| VERLEY Jean-Baptiste | PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT |
| VERNAT-TABARLY Odile | OPHTALMOLOGIE |
| VIDAL Thomas | OPHTALMOLOGIE |

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BERTRAND Adeline

RUDELLE Karen

SEVE Léa

Praticiens Hospitaliers Universitaires

| | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| CHRISTOU Niki | CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE |
| COMPAGNAT Maxence | MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION |
| HARDY Jérémie | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE |
| LAFON Thomas | MEDECINE D'URGENCE |
| SALLE Henri | NEUROCHIRURGIE |

Remerciements

Aux membres du jury,

A Madame le Professeur Nathalie Dumoitier, je vous remercie pour l'enseignement que vous m'avez apporté durant ces trois années d'internat. Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus profond respect.

A Madame le Docteur Nadège Lauchet, merci infiniment pour ta gentillesse et ta disponibilité sans faille que ce soit en tant qu'enseignante, tutrice, maître de stage et enfin en tant que directrice de thèse. Merci pour ton investissement dans tous ces rôles. Tes conseils avisés et tes corrections m'ont été précieux.

A Monsieur le Docteur Alexandre Chedaille, merci de m'avoir aidée à me lancer dans ce travail et d'avoir accepté de le diriger. Merci pour la confiance et le soutien que tu m'as apportés dès le début de mon internat. Tu as largement contribué à ma formation et tu m'as permis de gagner confiance en moi. Pour tout cela, je te suis profondément reconnaissante.

A Monsieur le Docteur Thomas Lafon, vous me faites l'honneur de vous intéresser à mon travail et de juger cette thèse. Recevez ici mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Charlène Klintz, merci pour ta spontanéité, ton humour et ta joie de vivre. Travailler avec toi est un réel plaisir, ne change pas. Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury.

A ceux qui m'ont appris,

A l'ensemble du personnel du service des urgences de Brive, j'ai adoré partager avec vous mon premier semestre d'internat et vous revoir lors des gardes des semestres suivants.

Merci au Dr Nauche, à Cécile, Julie, Vincent, Marc, Jeremy, Marion, Pauline, Théo et tous les médecins pour leur encadrement et leurs conseils qui ont grandement contribué à ma formation.

Merci à Solène, Alexis, Maël, Thibault, Robin, Séverine, Marion, Hugo, Adeline, Magali, Nelly, Aurélie ... et tout le personnel paramédical pour leur bonne humeur, leur investissement et leur professionnalisme. Vous êtes de belles personnes, c'était un plaisir de travailler avec vous. Je suis très heureuse de vous avoir rencontré.

Merci enfin à tous ceux qui ont participé au recueil de données. Sans votre aide et votre coopération ce travail n'aurait pas pu aboutir.

A l'ensemble du personnel du service de maladies infectieuses, rhumatologie et médecine interne du CH de Brive, merci pour votre accueil et pour tout ce que vous m'avez appris.

Particulièrement, merci à Xavier et à Adel pour toutes ces visites ponctuées de pauses café qui m'ont permises de progresser tant dans le domaine médical que dans le domaine de la pâtisserie ... Merci pour votre humour parfois (souvent) limite qui a rendu cette période COVID plus gaie.

A l'ensemble du personnel du service de pédiatrie du CH de Brive et notamment au Dr Anne Fargeot-Espaliat, je vous remercie d'avoir contribué à ma formation.

A mes maitres de stage ambulatoires,

Au Dr Grimaud et au Dr Millan, merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale. J'espère un jour être un aussi bon médecin que vous.

Au Dr Piry-Siou, merci de m'avoir fait découvrir la médecine en milieu rural dans un aussi joli cadre à Eymoutiers. J'admire ton implication envers tes patients et ton organisation. J'ai beaucoup appris à tes cotés.

Au Dr Boghina, merci pour tout ce que tu m'as appris. Dans le domaine de la Gynécologie, mais également sur l'humanité au travers de tes réflexions passionnantes. Nos discussions entre chaque patiente étaient toujours constructives.

Au Dr Tricart et au Dr Parot, merci de m'avoir fait découvrir différents modes d'exercice de la médecine générale. Merci pour votre écoute et vos conseils constructifs.

Au Dr Houdard, merci tout d'abord pour votre implication dans notre enseignement facultaire. Merci également pour votre disponibilité et vos conseils précieux en tant que maitre de stage. Votre rigueur est un exemple pour moi. Travailler avec vous est un réel plaisir.

A mes amis,

A Eug, Elise, Mathou, Soso, Léa, Nini et Cam : la team Cataaaaaaaane. Merci pour tous ces fous rires, pour ces voyages et ces week-ends de pur bonheur qui permettent de déconnecter, de décompresser mais pas forcément de se reposer ... Vous êtes les personnes sur qui je peux compter et à qui je peux me confier. Une belle amitié, déjà beaucoup d'aventures ensemble et pleins d'autres à venir.

A tous mes ratons : PP, Cam, Loloye, Juju, Paul S., Paul A., Boudenne, Margaux, Botho, Dadek, Alex, Jenny, Léa, Jeannou, Elisa, Maé, Antoine B., Antoine Q., Toto Huc, Toto Poussot. Merci pour ces moments inoubliables de l'externat. Que ce soit les journées interminables à réviser à la BU ou les innombrables soirées passées ensemble, tous ces moments ont marqué mon externat. Vous êtes complètement fous, mais tellement drôles et sincères. Malgré l'internat qui nous a réparti aux quatre coins de la France, on a su garder contact et j'espère que cela va continuer. Vous êtes uniques.

A Laura, Julia, Julie, Kita, merci pour ces belles années lycée. Nos chemins se sont un peu éloignés mais c'est toujours un grand bonheur de vous retrouver. **Laura,** merci d'avoir partagé la P1 avec moi. Une année difficile mais bien plus drôle à tes cotés.

A Simon, Lucie, Camille et Marielle, mes p'tits filous, certainement la plus belle rencontre de mon internat. Merci pour cette coloc mémorable. **A Clauclau** qui nous a rejoint en cours de route. J'espère que notre amitié va perdurer et que nous saurons nous retrouver malgré des projets personnels qui risquent de nous éloigner un peu (beaucoup pour Camille).

A mes co-internes Julie, Emma, Marie-Camille et Myriam, merci pour ces bons moments à P10 et en pédiatrie.

A ma famille,

A mes parents, merci de m'avoir chouchoutée depuis la P1 jusqu'à la fin de mon internat. Merci de m'avoir soutenue dans les moments de doute et d'avoir toujours cru en moi. J'espère vous rendre fière. **Papa**, merci infiniment pour ton implication dans ce travail qui s'éloigne pourtant de tes compétences. Ton aide, ta bienveillance et ta gentillesse m'ont été plus que précieuses. **Maman**, merci pour tout l'amour et le soutien que tu me donnes. Vous êtes les meilleurs parents du monde.

A ma Manou, la meilleure des grands-mères, qui aurait aimé que je devienne homéopathe... Merci d'avoir toujours été là pour moi. Je t'aime « comme ça et comme ça ». **A mon papi** qui n'est plus là mais qui, je suis sûre, est fière de moi là où il est.

A Sophie, Marie-Christine et Jean-François, merci d'être toujours là pour moi même si nos retrouvailles ont été plus rares ces dernières années. J'espère pouvoir venir vous rendre visite plus souvent désormais.

A ma belle-famille, Micheline, Peio et Baptiste, merci de me faire sentir comme chez moi lorsque vous me recevez. Merci pour ces délicieux pique-niques dans la voiture entre Bayonne et Limoges qui rendent les trajets plus courts ... Vous êtes ma deuxième famille.

A Guillaume, bientôt 8 ans que tu fais partie de ma vie et j'espère que ce n'est que le début. Merci d'avoir pris le temps de relire et de corriger mes différents travaux durant mon internat ... Tu as su supporter et canaliser mon stress durant ces longues études par ton calme et ta patience. Je ne sais pas si j'y serais arrivée sans toi. J'admire la personne que tu es, tu me rends heureuse, je t'aime.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations :

AEG : Altération de l'Etat Général

AME : Aide Médicale de l'Etat

ANPDE : Association Nationale des Puéricultrices(teurs) Diplômé(e)s et des Etudiants

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignant(e)

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNH : Certificat de Non Hospitalisation

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement et Personnes Agées Dépendantes

ESI : Emergency Severity Index

FPU : Forfait Patient Urgences

IAO : Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation

IDE : Infirmier(e) Diplômé d'Etat

IPA : Infirmier(e) de Pratiques Avancées

MEP : Médecin à Exercice Particulier

MMG : Maison Médicale de Garde

MTS : Manchester Triage Scale

PDS : Permanence Des Soins

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Table des matières

| | |
|--|----|
| Liste des abréviations : | 17 |
| Introduction | 23 |
| I. Contexte | 24 |
| I.1. Définitions | 24 |
| I.1.1. Urgences | 24 |
| I.1.2. Parcours de soins | 24 |
| I.1.3. Permanence des soins (PDS) | 25 |
| I.2. L'offre de soins de l'agglomération de Brive et des alentours | 26 |
| I.2.1. Département de la Corrèze : démographie | 26 |
| I.2.2. Les médecins généralistes libéraux | 26 |
| I.2.3. La permanence des soins | 26 |
| I.2.4. L'hôpital public | 29 |
| I.2.4.1. Les services (2020) | 29 |
| I.2.4.2. Les urgences de l'hôpital de Brive | 30 |
| I.2.4.2.1. Activité du service (Tableau 1 ; Figure 3) | 30 |
| I.2.4.2.2. Présentation du service | 31 |
| I.2.4.2.3. Organisation du service | 31 |
| I.2.5. L'offre de soins privée | 32 |
| II. Matériel et méthodes | 33 |
| II.1. Objectifs | 33 |
| II.2. Type d'étude | 33 |
| II.3. Population | 33 |
| II.4. Temps de recueil | 33 |
| II.5. Méthode de recueil des données | 34 |
| II.6. Analyse statistique | 35 |
| II.7. Protection des données patients | 36 |
| III. Résultats | 37 |
| III.1. Les caractéristiques de la population étudiée | 38 |
| III.1.1. Le genre | 38 |
| III.1.2. L'âge | 38 |
| III.1.3. Lieu de résidence | 39 |
| III.2. Déclaration de médecin traitant | 39 |
| III.2.1. Dans la population d'étude | 39 |
| III.2.2. En fonction de l'âge | 40 |
| III.3. Nombre de passages aux urgences par patient | 41 |
| III.3.1. Dans la population d'étude | 41 |
| III.3.2. En fonction du suivi ou non par un médecin traitant | 42 |
| III.4. Horaire de consultation | 43 |
| III.4.1. Dans la population d'étude | 43 |
| III.4.2. En fonction du suivi ou non par un médecin traitant | 44 |
| III.5. Parcours de soins avant la prise en charge aux urgences | 45 |
| III.5.1. Dans la population d'étude | 45 |
| III.5.2. En fonction de l'âge | 46 |
| III.5.3. En fonction du suivi ou non par un médecin traitant | 47 |
| III.6. Moyen de transport utilisé | 48 |

| | |
|---|----|
| III.6.1. Dans la population d'étude..... | 48 |
| III.6.2. En fonction du parcours de soins..... | 48 |
| III.7. Raisons évoquées par les patients venus spontanément | 49 |
| III.7.1. Dans la population d'étude..... | 49 |
| III.7.2. En fonction du suivi ou non par un médecin traitant | 50 |
| III.8. Motif de consultation | 51 |
| III.8.1. Dans la population d'étude..... | 51 |
| III.8.2. En fonction du suivi ou non par un médecin traitant | 52 |
| III.8.3. En fonction du parcours de soins..... | 53 |
| III.9. Prise en charge et devenir des patients ayant consulté aux urgences..... | 54 |
| III.9.1. Circuit d'orientation | 54 |
| III.9.2. Examens complémentaires | 54 |
| III.9.2.1. Dans la population d'étude | 54 |
| III.9.2.2. En fonction du parcours de soins | 55 |
| III.9.3. Orientation finale | 56 |
| III.9.3.1. Dans la population d'étude | 56 |
| III.9.3.2. En fonction de l'âge | 57 |
| III.9.3.3. En fonction du parcours de soins | 57 |
| III.9.3.4. En fonction du moyen de transport..... | 59 |
| IV. Discussion..... | 60 |
| IV.1. Les forces et faiblesses de l'étude | 60 |
| IV.1.1. Les forces de l'étude..... | 60 |
| IV.1.2. Les faiblesses de l'étude | 60 |
| IV.2. Principaux résultats de l'étude | 61 |
| IV.3. Comparaisons des résultats avec les données de la littérature | 61 |
| IV.3.1. Données socio-démographiques | 61 |
| IV.3.2. Parcours de soins | 62 |
| IV.3.3. Venues spontanées aux urgences | 64 |
| IV.3.3.1. Lien statistique avec la déclaration d'un médecin traitant..... | 65 |
| IV.3.3.2. Lien statistique avec l'âge | 66 |
| IV.3.4. Horaires des consultations | 67 |
| IV.3.5. Motifs des consultations | 69 |
| IV.3.6. Prises en charge et orientations | 69 |
| IV.4. Perspectives | 71 |
| Conclusion..... | 73 |
| Références bibliographiques | 74 |
| Annexes | 77 |
| Serment d'Hippocrate..... | 82 |

Table des illustrations

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Secteurs mobiles de la permanence des soins en Corrèze | 27 |
| Figure 2 : Secteurs fixes de la permanence des soins en Corrèze | 28 |
| Figure 3 : Evolution du nombre annuel de passages aux urgences de Brive entre 2010 et 2021 | 31 |
| Figure 4 : Diagramme de flux | 37 |
| Figure 5 : Répartition des patients selon l'âge (années) | 38 |
| Figure 6 : Répartition des patients selon la distance domicile-urgences en véhicule | 39 |
| Figure 7 : Répartition des patients en fonction du suivi ou non par un médecin traitant | 39 |
| Figure 8 : Répartition du suivi ou non par un médecin traitant en fonction de l'âge | 40 |
| Figure 9 : Répartition des patients en fonction du nombre de passages aux urgences sur 1 an | 41 |
| Figure 10 : Nombre de passages aux urgences en fonction du suivi ou non par un médecin traitant | 42 |
| Figure 11 : Répartition horaire du nombre de passages aux urgences sur la semaine | 43 |
| Figure 12 : Comparaison des répartitions horaires du nombre de passages entre les jours de semaine et de week-end | 43 |
| Figure 13 : Répartition horaire des patients en fonction du suivi ou non par un médecin traitant | 44 |
| Figure 14 : Répartition des patients en fonction du parcours de soins avant la prise en charge aux urgences | 45 |
| Figure 15 : Répartition des patients selon leur parcours de soins en fonction de l'âge | 46 |
| Figure 16 : Répartition des patients selon leur parcours de soins en fonction du suivi ou non par un médecin traitant | 47 |
| Figure 17 : Répartition des patients selon le moyen de transport utilisé pour venir aux urgences | 48 |
| Figure 18 : Répartition des patients venus avec leur véhicule personnel selon leur parcours de soins | 48 |
| Figure 19 : Raisons évoquées par les patients venus sans avis médical préalable | 49 |
| Figure 20 : Répartition des patients venus spontanément selon leur suivi par un médecin traitant en fonction de la raison de leur venue spontanée | 50 |
| Figure 21 : Répartition des différents motifs de consultation | 51 |
| Figure 22 : Répartition des motifs médicaux | 51 |
| Figure 23 : Répartition des motifs de consultation en fonction du suivi ou non par un médecin traitant | 52 |
| Figure 24 : Répartition des patients selon leur parcours de soins en fonction des motifs de consultation | 53 |

| | |
|--|----|
| Figure 25 : Répartition des patients selon les examens complémentaires effectués..... | 54 |
| Figure 26 : Proportion de patients ayant bénéficié d'une imagerie et/ou d'un examen biologique en fonction de leur parcours de soins | 55 |
| Figure 27 : Répartition des patients selon l'orientation finale | 56 |
| Figure 28 : Proportion de patients hospitalisés en fonction de l'âge (années)..... | 57 |
| Figure 29 : Répartition des patients selon leur parcours de soins en fonction de leur orientation finale | 58 |
| Figure 30 : Orientation des patients venus spontanément sans avis médical préalable..... | 58 |
| Figure 31 : Répartition des patients selon le moyen de transport utilisé pour venir aux urgences en fonction de leur orientation finale..... | 59 |

Table des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Nombre annuel de passages aux urgences de Brive entre 2010 et 2021 | 30 |
| Tableau 2 : Lien statistique entre l'âge et la déclaration d'un médecin traitant | 40 |
| Tableau 3 : Lien statistique entre le nombre de passages annuels aux urgences et la déclaration d'un médecin traitant..... | 42 |
| Tableau 4 : Lien statistique entre l'horaire de consultation aux urgences et la déclaration d'un médecin traitant | 44 |
| Tableau 5 : Lien statistique entre l'âge et le parcours de soins..... | 46 |
| Tableau 6 : Lien statistique entre la déclaration d'un médecin traitant et le parcours de soins | 47 |
| Tableau 7 : Lien statistique entre la raison de la venue spontanée aux urgences et la déclaration d'un médecin traitant..... | 50 |
| Tableau 8 : Lien statistique entre le motif de consultation aux urgences et la déclaration d'un médecin traitant..... | 52 |
| Tableau 9 : Lien statistique entre le motif de consultation aux urgences et le parcours du soin | 53 |
| Tableau 10 : Lien statistique entre les examens complémentaires reçus et le parcours de soins | 55 |
| Tableau 11 : Lien statistique entre l'orientation finale et le parcours de soins | 58 |
| Tableau 12 : Lien statistique entre l'orientation finale et le moyen de transport utilisé pour venir aux urgences | 59 |

Introduction

L'engorgement des services d'urgence constitue un problème de santé publique d'actualité.

Selon la société française de médecine d'urgence, le nombre de consultations aux urgences est en augmentation constante et a même doublé en un peu plus de 20 ans. De plus, entre 2010 et 2020, le nombre de structures d'urgences a diminué de près de 14% et il en est de même pour les structures d'urgences pédiatriques avec une chute de plus de 26% (1).

On observe parallèlement à cette hausse du flux de patients, un changement dans les motifs de recours aux urgences. Ces services étaient anciennement réservés aux « urgences vitales » et se retrouvent aujourd'hui confrontés aux demandes de « consultations non programmées ».

Dans son rapport public annuel de 2019, la cour des comptes considérait qu'environ 20 % des patients des urgences hospitalières n'auraient pas dû fréquenter ces structures (2).

L'augmentation de ces demandes de soins non programmés est principalement attribuée au vieillissement de la population, à la hausse des maladies chroniques, à la facilité d'accès aux examens complémentaires via le service des urgences et à la diminution de la démographie médicale avec une offre de soins insuffisante en libéral (3)(4).

L'enjeu actuel est donc l'éducation des patients au système de santé afin de les inciter à consulter différemment tout en leur garantissant des alternatives en termes d'offre de soins.

De plus, le coût d'un passage aux urgences est bien plus important que celui d'une consultation chez un médecin généraliste soulevant l'intérêt économique que représente cette patientèle. En effet, d'après la caisse nationale d'assurance maladie, le coût moyen global d'un passage aux urgences est de 227 euros contre 25 euros pour une consultation chez un généraliste (5). Il est donc primordial d'essayer de diminuer cette affluence pour que perdure notre système de santé.

D'après l'American College of Emergency Physicians, relève de la médecine d'urgence un patient « dont les symptômes sont apparus subitement et sont assez graves pour qu'une personne prudente, possédant un niveau courant de connaissances en santé, soit amenée à croire qu'une visite médicale urgente et/ou non prévue est nécessaire » (6). Cette définition rapporte à la notion de parcours de soins et sous-entend que le patient devrait être orienté aux urgences par un professionnel de santé.

Le médecin généraliste tient un rôle essentiel dans le respect du parcours de soins et reste le médecin de premier recours. Il peut parfois être limité par son plateau technique mais a la capacité d'orienter le patient vers une structure adaptée avec un délai approprié. Il peut également être limité par son emploi du temps souvent chargé avec des rendez-vous programmés plusieurs jours à l'avance.

L'analyse du parcours de soins des patients des urgences permettrait de proposer des solutions adaptées afin de limiter cet encombrement par la réduction des recours injustifiés aux urgences en remplaçant la médecine générale aux cœurs de ces prises en charge.

I. Contexte

I.1. Définitions

I.1.1. Urgences

L'urgence est définie dans le Larousse comme une « situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement ». (7)

En pratique, la notion d'urgence est perçue différemment selon que l'on se place du côté du patient, du médecin généraliste ou de l'urgentiste.

D'après le Dr Gentile, « Pour le médecin urgentiste, l'urgence est d'abord vitale, pour le généraliste il s'agit d'un soin non programmé qui interrompt son activité et pour le patient, l'urgence est synonyme de rapidité d'intervention, la notion de gravité n'étant pas forcément au premier plan et le fait d'être pris en charge rapidement semblant être la préoccupation première, que ce soit pour des raisons médicales ou pas » (4).

On peut donc distinguer :

- Les urgences vitales et les urgences vraies nécessitant une prise en charge rapide le plus souvent dans un service d'urgence
- Les urgences ressenties ou le patient estime lui-même nécessiter d'une prise en charge urgente malgré l'absence de symptômes majeurs
- Les demandes de soins non programmés ne bénéficiant pas d'une définition unanime mais correspondant au recours spontané à la médecine de patients souffrant d'un problème de santé qui ne relève pas de l'urgence vitale mais dont la prise en charge ne peut être ni anticipée ni retardée (8)

Les soins non programmés ne devraient donc pas relever du domaine de l'urgence cependant ils nécessitent une prise en charge rapide dans les 24-48h le plus souvent.

I.1.2. Parcours de soins

Institué par la loi du 13 août 2004, le parcours de soins a pour objectifs de faire bénéficier chaque usager d'un suivi médical coordonné, d'une gestion rigoureuse de son dossier médical et d'une prévention personnalisée.

Cela suppose de désigner un médecin traitant qui doit être consulté préférentiellement, notamment avant toute consultation d'un autre professionnel (dit « correspondant »), pour des soins complémentaires ou des examens (9).

D'après le référentiel métier de médecine générale, l'activité professionnelle du médecin généraliste comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Le médecin traitant peut agir personnellement ou faire appel à d'autres professionnels selon ses besoins et ses ressources disponibles, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services (10).

Le rôle du médecin traitant est donc d'assurer un premier niveau de recours aux soins en prenant en charge les problèmes de santé aigus et chroniques, de coordonner le suivi médical et d'orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés.

I.1.3. Permanence des soins (PDS)

La permanence des soins est une organisation de l'offre de soins libérale ou hospitalière dont l'objectif est de maintenir la continuité et l'égalité d'accès aux soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux (11).

Elle permet de répondre aux demandes de soins non programmés :

- Tous les jours de 20h à 8h
- Les samedis à partir de midi jusqu'à 20h
- Les dimanches et jours fériés de 8h à 20h
- Le lundi lorsqu'il précède un jour férié et le vendredi lorsqu'il suit un jour férié, de 8h à 20h

Concernant la PDS pour la période comprise entre 20h et 8h, l'organisation peut être différente selon le territoire et cette tranche horaire est articulée en lien avec les établissements de santé en fonction des besoins propres à chaque territoire. De ce fait, certains territoires sont dépourvus de médecin effecteurs en nuit profonde.

La PDS est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins, exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé et centres de santé, ainsi que par les médecins exerçant dans les associations de permanence des soins (12).

Il s'agit d'une obligation collective qui repose sur la base du volontariat individuel. En cas de manque de volontaires, le Code de la Santé Publique prévoit une possibilité pour le préfet de recourir à des réquisitions (article L.6314-1 du code de la santé publique).

L'accès au médecin de la PDS fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national par le Centre 15 ou un numéro spécifique mis en place dans chaque région.

Le médecin régulateur contacté décide en fonction de la gravité de la situation :

- D'orienter le patient vers le cabinet d'un médecin de garde ou dans une maison médicale de garde pour une consultation
- D'envoyer un médecin de garde en visite à domicile
- D'envoyer une ambulance ou un SMUR et de conduire le patient dans un service d'urgence

Dans certaines régions, l'accès au médecin de permanence est également assuré par les numéros des centres d'appel des associations de PDS (SOS Médecins), si ceux-ci sont interconnectés avec le centre de régulation et ont signé une convention avec l'établissement siège du service d'urgence. Elles peuvent dans ces cas répondre aux demandes dans leurs zones d'intervention.

L'organisation de la PDS peut aussi s'appuyer sur des maisons médicales de garde (MMG). Il s'agit de structures assurant la prise en charge des soins non programmés de médecine générale.

La plupart sont rattachées à des centres hospitaliers. L'accès se fait généralement via le 15 sauf pour celles adossées à un SAU pour lesquelles l'accès peut être direct via l'IAO.

I.2. L'offre de soins de l'agglomération de Brive et des alentours

I.2.1. Département de la Corrèze : démographie

En 2018, la Corrèze comptait 240 600 habitants. Ce taux reste relativement stable depuis 10 ans.

La moitié des Corrèziens sont âgés de 48 ans ou plus et un quart a plus de 65 ans, situant le département au troisième rang des plus âgés en Nouvelle-Aquitaine, derrière la Creuse et la Dordogne (13).

I.2.2. Les médecins généralistes libéraux

En France en 2021, le tableau de l'Ordre recensait 85 364 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice) soit une diminution de 9% des effectifs depuis 2010 et une diminution de 0.9% depuis 2020 (14).

La densité moyenne de médecins généralistes en activité en 2021 était de 122,7 pour 100 000 habitants selon le conseil national de l'ordre des médecins.

Les Hautes-Alpes constituent le département le plus dense en médecins généralistes avec un taux de 221 médecins pour 100 000 habitants. Mayotte enregistre la plus faible densité : 48 généralistes pour 100 000 habitants (14).

En Corrèze elle est de 86 pour 100 000 habitants (15) et l'effectif des médecins généralistes en activité a diminué de 17,4% entre 2010 et 2021 et de 2,8% entre 2020 et 2021.

La ville de Brive compte actuellement 42 médecins généralistes libéraux pour 47 000 habitants (16). Parmi eux, 15 sont des médecins à exercice particulier (MEP) avec une activité dédiée à la médecine du sport, à l'esthétique ou à l'ostéopathie par exemple et n'exercent plus la médecine générale.

I.2.3. La permanence des soins

Le secteur de la permanence des soins du bassin de Brive regroupe 22 communes corrèziennes et compte 87 300 habitants (17).

La participation des médecins est basée sur le volontariat. Cependant, le tableau de garde doit être complet et en cas d'absence de volontaires, l'ARS effectue une réquisition après sollicitation de l'URPS.

Il existe une exception concernant la ville de Brive qui est la seule commune du bassin briviste où les gardes de nuit profonde entre 00h et 8h peuvent ne pas être assurées.

Il n'y a pas de maison médicale de garde ni d'association SOS médecin en Corrèze pour l'instant.

L'organisation de la permanence des soins se compose :

- D'un médecin effecteur : tous les jours de 20h à 8h
- De deux médecins effecteurs :
 - o Les samedis de 12h à 20h
 - o Les dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h.

Ces derniers effectuent des gardes mobiles et fixes à la fois. Les secteurs de gardes fixes (le jour) et mobiles (la nuit) sont superposables à Brive et s'étendent sur un rayon de 25-30 km autour de la ville.

Les autres secteurs de la Corrèze (Uzerche, Ussel et Tulle) ont un périmètre d'intervention plus large pour les gardes mobiles, de 50 à 60 km (Figure 1 ; Figure 2).

Cela peut s'expliquer par une densité de population plus importante. En effet le bassin de Brive recense plus d'un tiers de la population de la Corrèze.

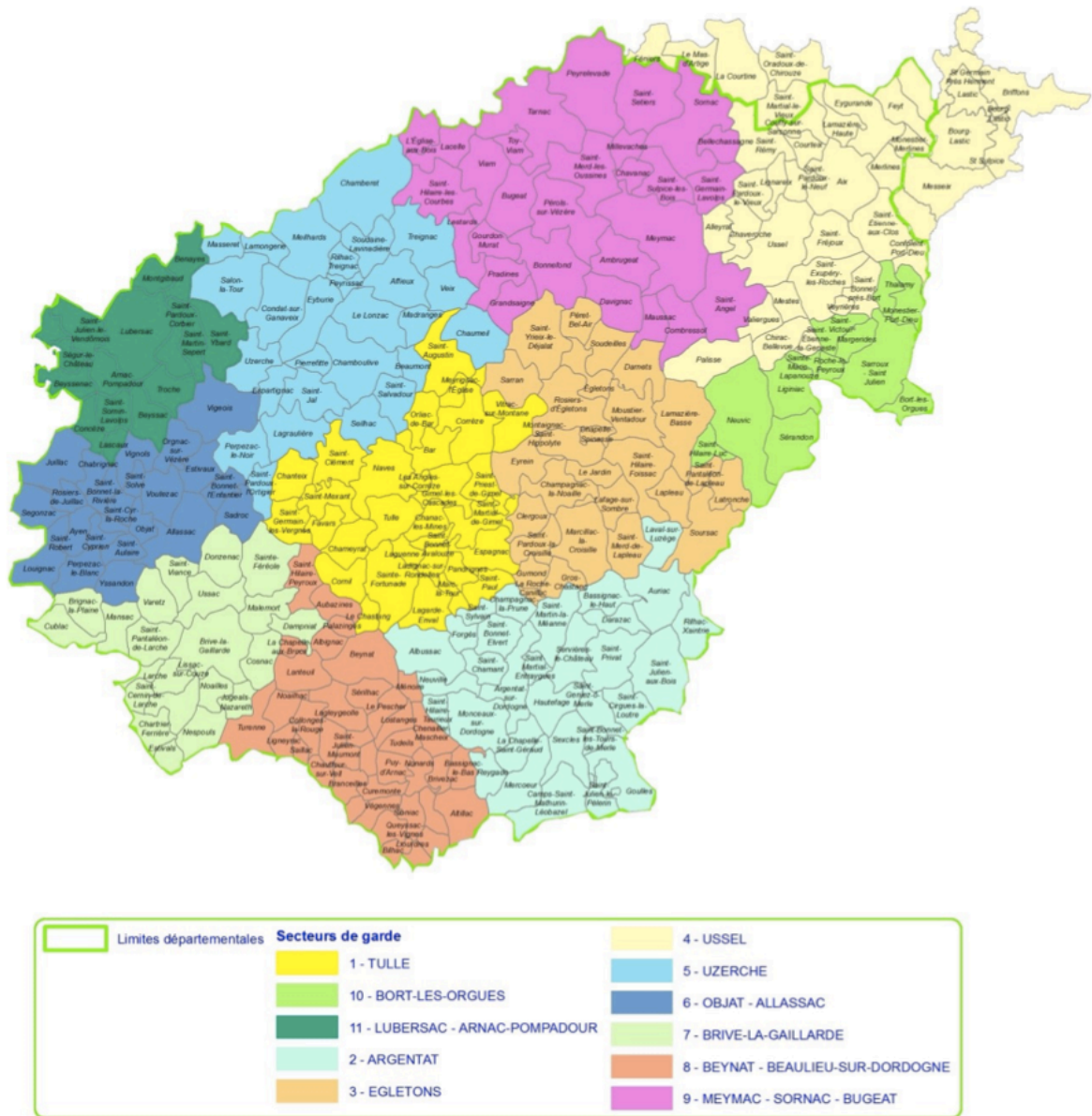


Figure 1 : Secteurs mobiles de la permanence des soins en Corrèze

Source : Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires, Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine

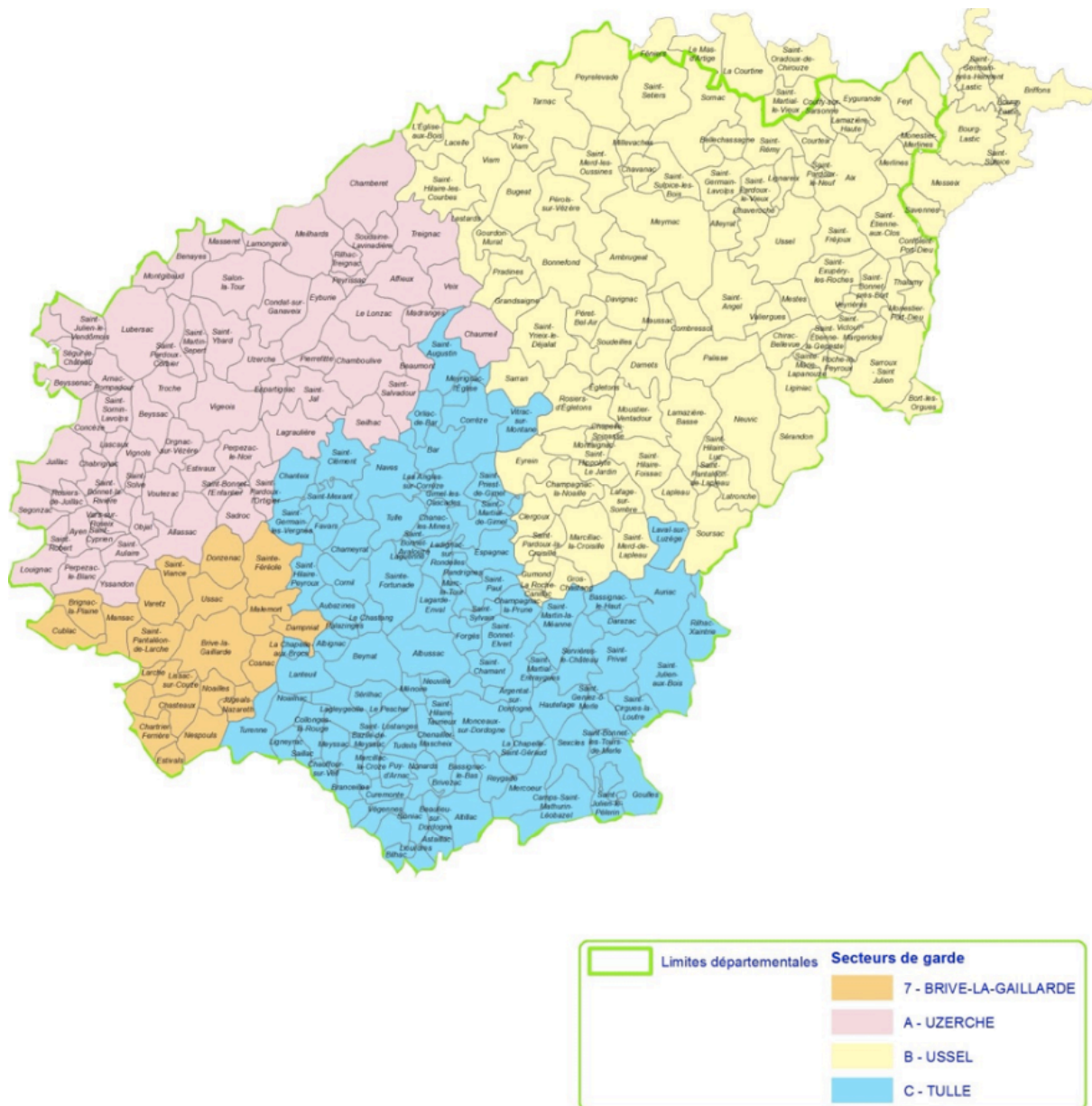


Figure 2 : Secteurs fixes de la permanence des soins en Corrèze

Source : Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires, Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine

I.2.4. L'hôpital public

I.2.4.1. Les services (2020)

Le centre hospitalier de Brive dispose de 650 places d'hospitalisation complète et de 149 d'hospitalisation de jour réparties sur différents pôles (18) :

- Un pôle chirurgical
 - o Anesthésie
 - o Chirurgie orthopédique
 - o Chirurgie urologique
 - o Chirurgie viscérale et digestive
 - o Chirurgie vasculaire et thoracique
 - o Chirurgie ophtalmologique, ORL et odontologie
 - o Unité ambulatoire médico-chirurgicale
- Un pôle médical
 - o Unité d'évaluation et de traitement de la douleur
 - o Hépatogastro-entérologie
 - o Médecine interne, rhumatologie, maladies infectieuses et tropicales
 - o Médecine physique et réadaptation
 - o Neurologie
 - o Pneumologie
 - o Soins de suite et de réadaptation polyvalents
- Un pôle mère enfant
 - o Gynécologie
 - o Maternité de niveau 2 avec environ 1330 naissances par an
 - o Pédiatrie et néonatalogie
- Un pôle de cancérologie
 - o Hospitalisation complète et de jour d'oncologie et d'hématologie
 - o Radiothérapie
- Un pôle gériatrique
 - o Centre gériatrique et de gérontologie clinique
 - o Accueil de jour thérapeutique
 - o EHPAD de Bel Air
 - o Plateforme de répit pour les aidants
- Un pôle de surveillance médicale continue
 - o Cardiologie

- Hémodialyse
- Néphrologie
- Médecine intensive et réanimation
- Unité médico-chirurgicale polyvalente
- Urgences, unité d'hospitalisation de courte durée, SMUR
- Un pôle psychiatrique
 - Psychiatrique adulte
 - Psychiatrique juvéno-infantile
 - Unité d'addictologie
- Un pôle médico-technique avec un service de radiologie (radiologies standards, scanner, échographies, IRM, mammographies, panoramiques dentaires), un laboratoire et une pharmacie.

I.2.4.2. Les urgences de l'hôpital de Brive

I.2.4.2.1. Activité du service (Tableau 1 ; Figure 3)

Durant l'année 2021, 41 588 patients ont été pris en charge aux urgences de Brive soit une moyenne de 114 passages par jour environ.

En 2010, on comptait en moyenne 89 passages par jour. 25 patients supplémentaires sont donc accueillis quotidiennement.

En effet, le nombre annuel de consultations n'a cessé d'augmenter entre 2010 et 2019 avec une hausse de plus de 33% en moins de 10 ans.

Entre 2019 et 2020, on constate une baisse d'activité de 15%. Cette période correspond au début de l'épidémie de Covid-19 en France. En 2021, l'activité a repris rapidement avec une hausse de 12%.

Tableau 1 : Nombre annuel de passages aux urgences de Brive entre 2010 et 2021

| Année | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Nb de passage | 32583 | 32666 | 33146 | 33510 | 35211 | 36963 | 38120 | 41306 | 42337 | 43651 | 37238 | 41588 |

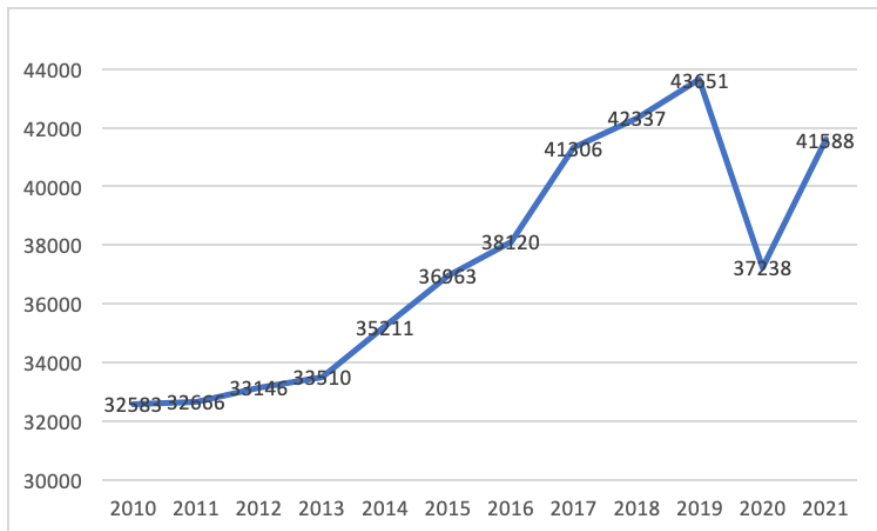


Figure 3 : Evolution du nombre annuel de passages aux urgences de Brive entre 2010 et 2021

I.2.4.2.2. Présentation du service

Le service des urgences accueille, prend en charge et oriente les patients 24 heures sur 24 et 365 jours par an pour toutes les pathologies médico-chirurgicales et psychiatriques, adultes et pédiatriques.

Il travaille en coordination avec les autres services hospitaliers et est en lien avec tous les spécialistes de l'établissement.

Les enfants de moins de 1 mois sont vus en consultation par le pédiatre de garde et les urgences obstétricales sont accueillies directement dans le service de gynécologie et d'obstétrique.

La prise en charge spécifique des AVC se déroule dans le cadre d'une consultation de télémedecine avec l'Unité Neuro-Vasculaire du CHU de Limoges.

Les urgences assurent également une surveillance et des soins rapprochés dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) avant sortie ou orientation vers un autre service.

Le service comporte 2 équipes de SMUR. Elles prennent en charge les patients en détresse vitale où qu'ils soient, avec une équipe composée d'un médecin urgentiste, d'un infirmier et d'un ambulancier.

I.2.4.2.3. Organisation du service

Lors de l'arrivée des patients aux urgences, ceux-ci sont accueillis, évalués, triés et orientés dans un circuit approprié à leur motif de consultation.

Ce travail est effectué par un infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) à l'aide de l'échelle FRENCH triage validé par la SFMU (Annexe 1). Cette échelle permet de trier les patients en 5 catégories selon le degré d'urgence. Les patients classés en tri 1 sont ceux présentant une détresse vitale nécessitant des soins immédiats. Ceux classés en tri 5 correspondent aux patients pouvant patienter en salle d'attente ou être orientés vers une consultation au sein d'une maison médicale de garde.

Ce poste d'accueil et d'orientation a été créé en 2018 face à l'afflux croissant de malades afin d'optimiser leur prise en charge.

Il existe deux types de circuit d'orientation :

- Le circuit court est réservé aux patients consultant pour un motif le plus souvent traumatique ou relevant de la médecine générale et pouvant se déplacer en marchant ou en fauteuil. La plupart de ces patients ne nécessitent pas ou peu d'examens complémentaires. Ce circuit est géré par 1 médecin, 1 interne et 1 aide-soignant (AS).
- Le circuit long est réservé aux patients présentant une urgence vitale ou relative. Les patients sont pris en charge dans des box, installés sur un brancard. 10 box sont disponibles parmi lesquels 3 sont des SAUV réservés aux patients présentant des signes de gravité, 1 est consacré à la pédiatrie et 1 à la psychiatrie. 2 médecins, 2 internes, 2 IDE et 2 AS s'occupent de ces box.

Après avoir vu le médecin et dans l'attente des résultats des examens complémentaires, les patients sont installés dans une salle d'attente comprenant 4 places de brancard. Celle-ci est donc rapidement encombrée et en période de forte affluence de nombreux patients se retrouvent contraints d'attendre dans les couloirs des urgences.

Une fois le diagnostic posé, les patients devant être hospitalisés sont orientés soit dans un service de l'hôpital soit à l'UHCD.

L'UHCD est un service rattaché aux urgences qui peut accueillir des patients pour une courte durée, généralement inférieure à 24h, avant un retour à domicile ou dans l'attente d'une hospitalisation au sein d'un service de l'hôpital.

I.2.5. L'offre de soins privée

La clinique des Cèdres située à 3 km de l'hôpital de Brive dispose d'une « maison d'aide au diagnostic » (MAD) ayant pour ambition d'accueillir des patients pour des soins non programmés, qu'ils soient adressés ou venus d'eux même. Ce service est ouvert 7 jours sur 7, de 8h à 20h, et peut accueillir des pathologies variées à l'exception de la pédiatrie et des traumatismes graves.

La clinique Saint-Germain est située à côté de l'hôpital mais ne possède pas de service d'accueil des urgences ni de système assurant une permanence des soins.

II. Matériel et méthodes

II.1. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de dresser un état des lieux du parcours de soins des patients pris en charge dans le service des urgences de l'hôpital de Brive.

Les objectifs secondaires sont :

- Analyser la prise en charge et le devenir des patients
- Envisager des solutions pour améliorer le respect du parcours de soins en renforçant le rôle du médecin généraliste comme coordonnateur des soins
- Envisager des solutions pour faciliter la prise en charge des consultations non programmées en dehors des services d'urgence

II.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective, monocentrique se déroulant dans le service des urgences du centre hospitalier de Brive-la-Gaillarde.

II.3. Population

La population cible concernait tous les patients pris en charge aux urgences durant la période de l'étude.

Une note explicative sur le projet de l'étude a été remise à chaque patient se présentant à l'accueil des urgences et leur accord était recueilli préalablement à la collecte des informations par les IDE (Annexe 2).

Seuls les patients ne souhaitant pas participer à l'étude ou n'étant pas en capacité de donner leur accord n'étaient pas inclus. Pour les patients mineurs, l'autorisation orale d'un représentant légal était nécessaire pour l'inclusion dans l'étude.

II.4. Temps de recueil

L'étude s'est déroulée 24h/24 durant 7 jours du 1^{er} octobre 2021 à 8h30 jusqu'au 7 octobre 2021 à 8h30.

La durée de 7 jours consécutifs et un recueil continu sur 24h ont été choisis afin d'avoir des données sur des jours différents et des horaires en dehors des heures d'ouverture des cabinets de médecine générale.

Le but était d'évaluer le parcours de soins durant les heures ouvrables des cabinets libéraux et pendant la permanence des soins.

II.5. Méthode de recueil des données

Une partie des données ont été recueillies à l'accueil des urgences via un cahier contenant des tableaux pré remplis avec simplement l'étiquette du patient concerné à coller et des cases à cocher permettant un recueil rapide des informations (Annexe 3).

Les données concernées étaient :

- L'identité du patient : nom, prénom, sexe, date de naissance via l'étiquette d'identification apposée
- Le suivi ou non par un médecin traitant
- Le mode de transport utilisé pour venir à l'hôpital : moyen personnel, véhicule de secours (ambulance, SMUR, pompiers) ou forces de l'ordre
- La personne ayant adressé le patient aux urgences : médecin, centre de régulation médicale, forces de l'ordre ou venue spontanée sans avis médical préalable
- Enfin une colonne était réservée aux patients venus spontanément afin d'en déterminer la raison. Une seule réponse parmi les quatre suivantes était possible :
 - o Mon médecin traitant n'était pas disponible pour me recevoir en consultation
 - o Je n'ai pas essayé de joindre mon médecin traitant
 - o Je n'ai pas de médecin traitant
 - o Je ressens des symptômes qui me semblent urgents et qui ne peuvent pas attendre

Ce sont les IDE postés successivement à l'accueil qui ont rempli les tableaux durant toute la durée de l'étude. Ceux-ci avaient préalablement été avertis par mail de l'étude et des modalités de recueil des informations (Annexe 4).

Le questionnaire a été testé sur plusieurs patients à l'accueil des urgences avant le début de l'étude afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions. J'étais également disponible pour répondre aux questions des IDE en cas d'incompréhension de leur part.

Le reste des données ont été obtenues via une extraction de fichier à partir du logiciel ResUrgences.

Cette extraction a été faite a posteriori et concernait l'ensemble des patients pris en charge aux urgences durant la période de l'étude pour les données suivantes :

- Code postal de résidence
- Date et heure de prise en charge
- Motif de consultation
- Orientation en circuit court ou long
- Orientation finale
- Prescription ou non d'une imagerie
- Prescription ou non d'un examen biologique
- Nombre de passages aux urgences du CH de Brive sur les 12 mois précédents

Pour chaque dossier, l'analyse des motifs de consultation a permis de les regrouper dans les catégories suivantes :

- Motifs médicaux eux même répartis en sous catégories :
 - Fièvre
 - Malaise
 - AEG - Chute - Anémie
 - Douleur articulaire - Douleur de membre
 - Douleur abdominale - Trouble digestif
 - Toux - Dyspnée
 - Problème ORL - Odontologique
 - Problème dermatologique - Allergologique
 - Problème ophtalmologique
 - Problème cardiovasculaire - Douleur thoracique
 - Problème gynécologique ou urologique
 - Problème neurologique - Céphalées
- Motifs traumatiques
- Motifs psychiatriques
- Autres motifs : Certificat de Non Hospitalisation (CNH), demande de certificat descriptif, violence

L'ensemble des données ont été retranscrites dans un tableur via le logiciel Microsoft Excel et seules les données concernant les patients interrogés par les IDE à l'accueil ont été conservées et analysées après anonymisation.

Le nom, le prénom, la date de naissance ainsi que le numéro d'identification du patient n'ont pas été conservés.

II.6. Analyse statistique

Les résultats ont été présentés sous forme d'effectifs ou pourcentages pour les variables qualitatives et sous forme de moyenne, médiane et d'écart-type pour les variables quantitatives à l'aide de l'outil Microsoft Excel.

L'analyse statistique des résultats a d'abord été descriptive puis comparative à partir de tableaux de contingence contenant des variables qualitatives, nominales avec des échantillons indépendants (non appariés).

Ces comparaisons statistiques ont été réalisées avec le test du Chi2 à l'aide du site internet BiostaTGV. Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses était $\leq 0,05$.

II.7. Protection des données patients

Un accord de l'université de Limoges a été obtenu préalablement à l'initiation de l'étude assurant la conformité de l'étude au règlement général sur la protection des données (RGPD).

L'exploitation des résultats sans usage de nom, prénom, date de naissance ou numéro patient a permis la confidentialité et donc le respect des principes fondamentaux de la protection de la vie privée des personnes concernées.

III. Résultats

L'étude a été réalisée sur une semaine complète du 1^{er} au 7 octobre 2021.

Durant la semaine il y a eu 797 admissions aux urgences soit une moyenne de 114 patients pris en charge chaque jour.

Le nombre de patients pour lesquels les données ont pu être recueillies en totalité à l'accueil s'élève à 569.

Les données n'ont pas pu être recueillies pour 217 patients par manque de temps à l'accueil du fait d'un flux de patient trop important ou par refus de participation.

Certaines données étaient manquantes pour 11 patients qui ont donc été exclus de l'analyse (Figure 4).

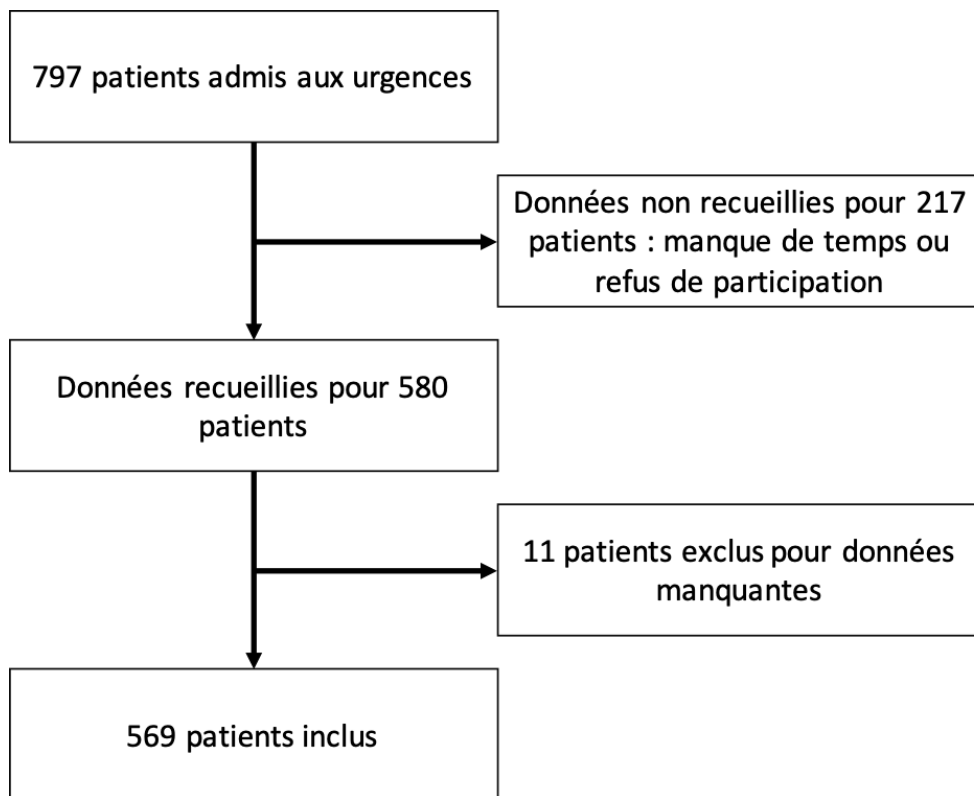


Figure 4 : Diagramme de flux

III.1. Les caractéristiques de la population étudiée

III.1.1. Le genre

Sur les 569 patients, 301 (53%) étaient des hommes et 268 (47%) étaient des femmes soit un sexe ratio Homme-Femme de 1,12.

III.1.2. L'âge

Les patients inclus étaient âgés de 1 mois à 99 ans au moment de l'étude avec une moyenne d'âge de 42 ans, un écart-type de 29 ans et une médiane de 39 ans.

La tranche d'âge comprenant le plus de patients était celle des moins de 18 ans avec 131 admissions suivie de celle des 18-30 ans avec 96 patients.

On note également une proportion importante de patients dans la tranche d'âge des plus de 80 ans comptant 92 patients (Figure 5).

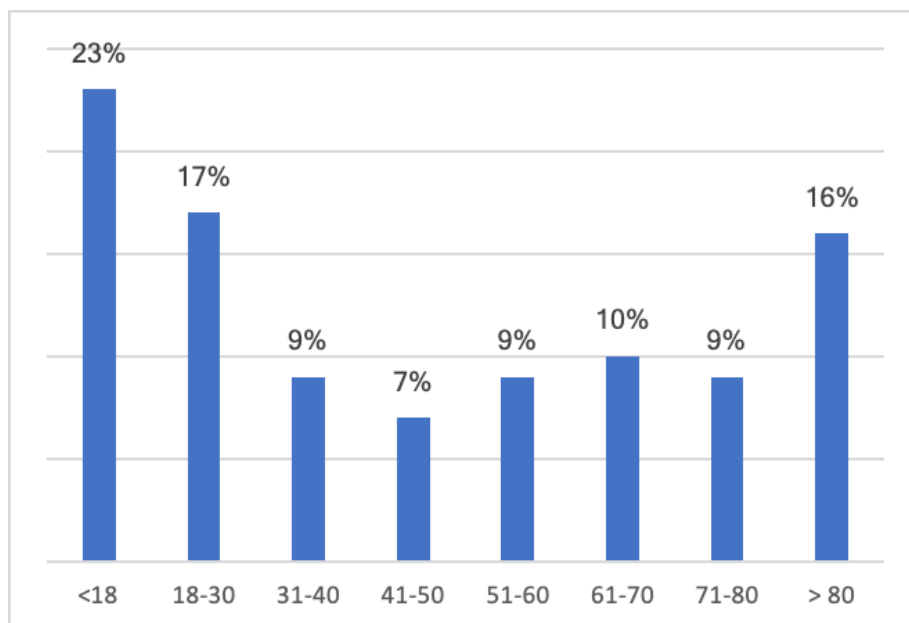


Figure 5 : Répartition des patients selon l'âge (années)

III.1.3. Lieu de résidence

La plupart des patients habitaient à moins de 20 minutes de l'hôpital (Figure 6).

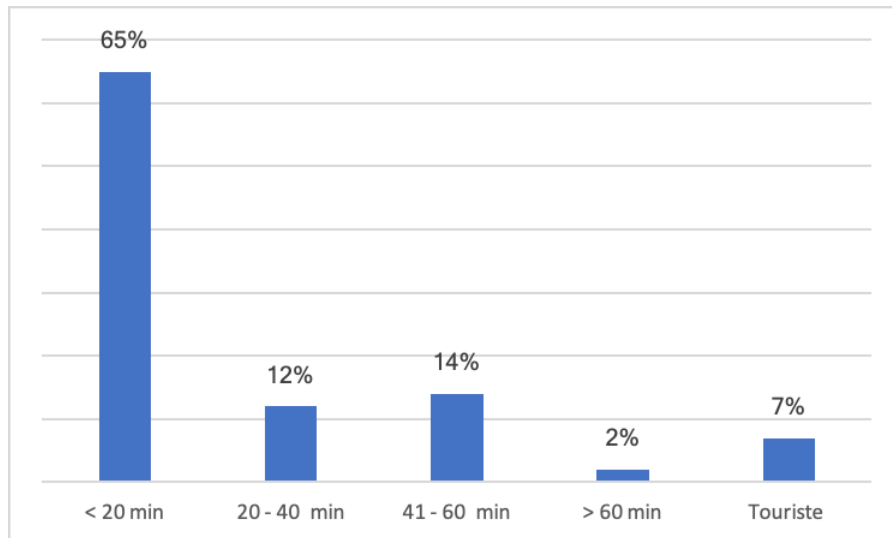


Figure 6 : Répartition des patients selon la distance domicile-urgences en véhicule

III.2. Déclaration de médecin traitant

III.2.1. Dans la population d'étude

460 patients soit un peu plus de 80% des patients pris en charge ont déclaré avoir un médecin traitant, 109 n'en avaient pas (Figure 7).

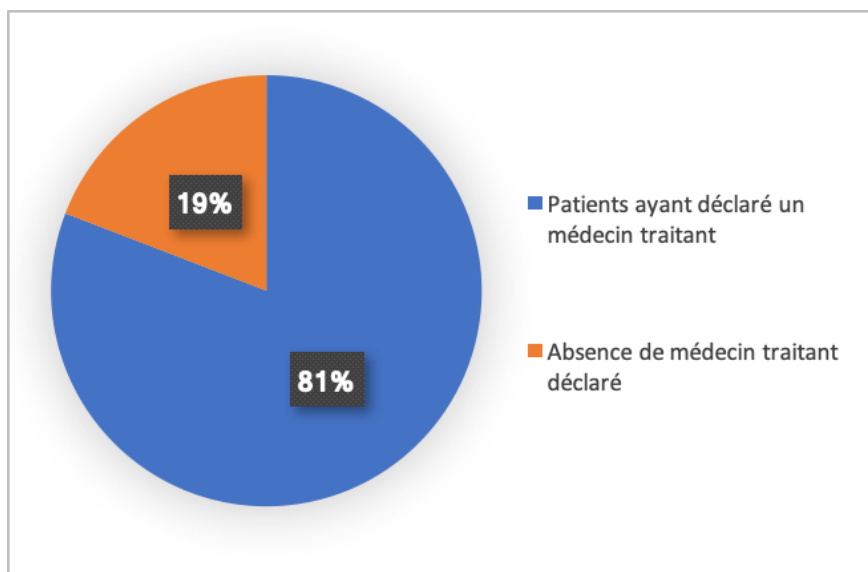


Figure 7 : Répartition des patients en fonction du suivi ou non par un médecin traitant

III.2.2. En fonction de l'âge

La classe d'âge la moins suivie par un médecin traitant concernait les 18-30 ans. Après 60 ans, plus de 85% des patients étaient suivis par un médecin (Figure 8).

L'analyse statistique ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre les différentes classes d'âges pour le suivi ou non par un médecin traitant ($p=0,06$).

Il existe cependant une différence significative entre les moins de 30 ans et les plus de 60 ans ($p=0,02$). Ces derniers étant statistiquement plus suivis par un médecin traitant (Tableau 2).

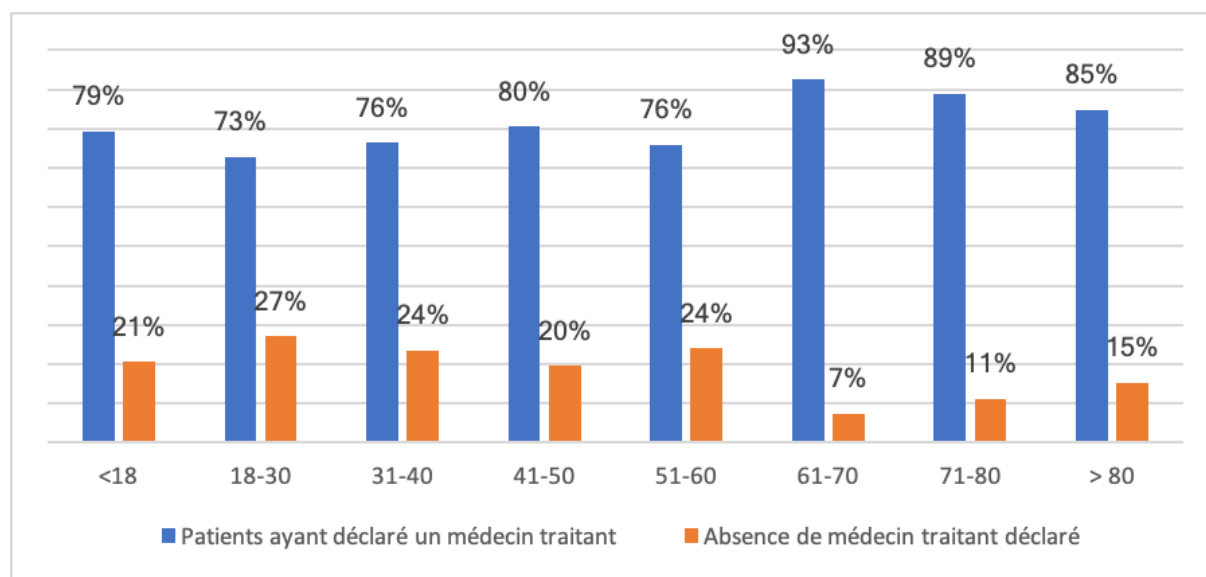


Figure 8 : Répartition du suivi ou non par un médecin traitant en fonction de l'âge

Tableau 2 : Lien statistique entre l'âge et la déclaration d'un médecin traitant

| | Patients ayant déclaré un médecin traitant | Absence de médecin traitant déclaré | Test | p |
|---------------------|--|-------------------------------------|------|------|
| Age (années) | | | | |
| < 18 | 104 | 27 | Chi2 | 0,06 |
| 18-30 | 70 | 26 | | |
| 31-40 | 39 | 12 | | |
| 41-50 | 33 | 8 | | |
| 51-60 | 38 | 12 | | |
| 61-70 | 50 | 4 | | |
| 71-80 | 48 | 6 | | |
| > 80 | 78 | 14 | | |
| < 30 | 174 | 53 | Chi2 | 0,02 |
| > 60 | 176 | 24 | | |

III.3. Nombre de passages aux urgences par patient

III.3.1. Dans la population d'étude

Le nombre moyen de consultations aux urgences de l'hôpital de Brive par patient sur l'année écoulée entre octobre 2020 et octobre 2021 était de 4 avec un écart-type de 5 et une médiane de 3.

Les différentes classes de répartition pour cette donnée ont été choisies de façon arbitraire (Figure 9).

Plus de 70% des patients étaient déjà venus au moins une fois aux urgences dans l'année.

- 164 sont venus pour la première fois sur l'année écoulée.
- 255 sont venus entre 2 et 5 fois.
- 89 sont venus entre 5 et 10 fois.
- 48 sont venus plus de 10 fois. Le nombre maximal de consultations pour une même personne était de 49.

L'information était manquante lors de l'extraction des données pour 13 patients.

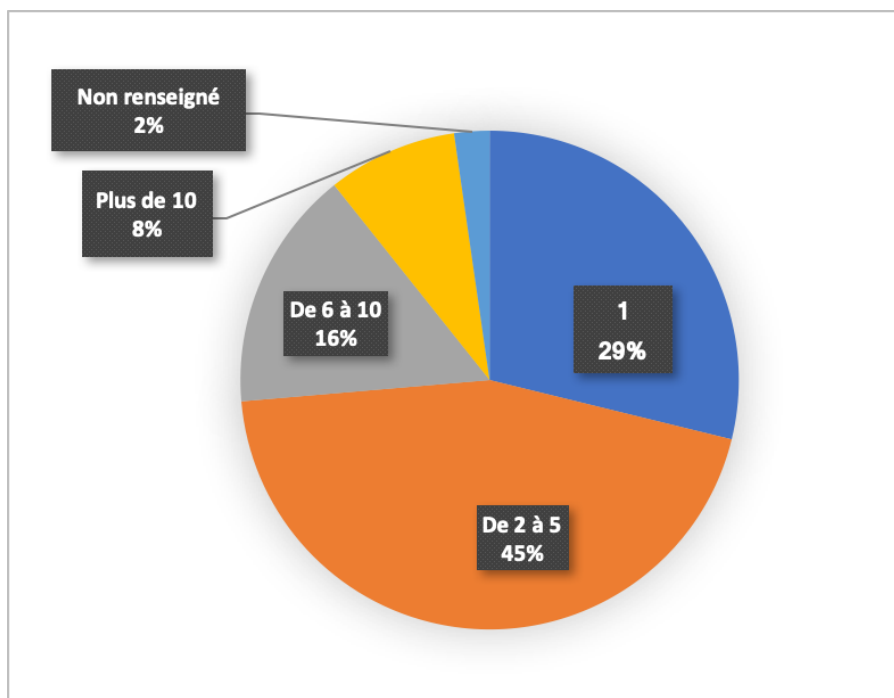


Figure 9 : Répartition des patients en fonction du nombre de passages aux urgences sur 1 an

III.3.2. En fonction du suivi ou non par un médecin traitant

On constate que parmi les personnes ayant un médecin traitant, 72% d'entre eux sont venus au moins 2 fois sur l'année.

Cette proportion est moins importante chez les patients n'ayant pas de médecin traitant avec 37% d'entre eux qui ne sont venus qu'une fois (Figure 10).

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le fait d'être suivi ou non par un médecin traitant et le nombre de passages aux urgences par patient ($p=0,13$) (Tableau 3).

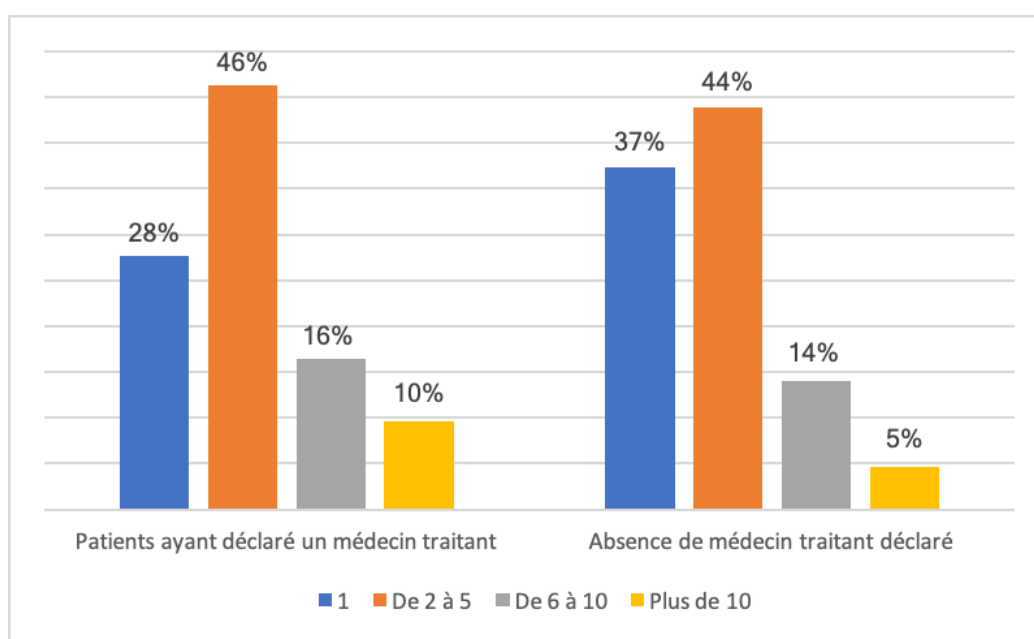


Figure 10 : Nombre de passages aux urgences en fonction du suivi ou non par un médecin traitant

Tableau 3 : Lien statistique entre le nombre de passages annuels aux urgences et la déclaration d'un médecin traitant

| | Patients ayant déclaré un médecin traitant | Absence de médecin traitant déclaré | Test | p |
|---|--|-------------------------------------|------|------|
| Nb de passage aux urgences sur l'année | | | | |
| 1 | 124 | 40 | Chi2 | 0,13 |
| De 2 à 5 | 208 | 47 | | |
| De 6 à 10 | 74 | 15 | | |
| Plus de 10 | 43 | 5 | | |

III.4. Horaire de consultation

III.4.1. Dans la population d'étude

L'analyse du nombre de passages par tranche horaire de 2h sur la semaine de l'étude a montré un pic de consultations à partir de 10h et une diminution du nombre de passages à partir de 20h.

Le nombre de consultations entre minuit et 8h du matin était constant (Figure 11).

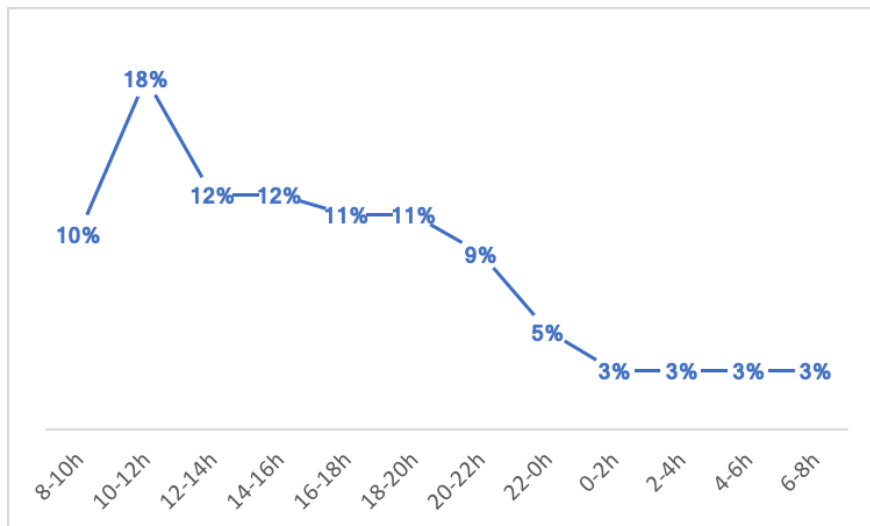


Figure 11 : Répartition horaire du nombre de passages aux urgences sur la semaine

Lorsque l'on compare le nombre de passages sur les mêmes tranches horaires entre les jours de semaine et les jours de week-end, on constate une légère augmentation du nombre de consultations la nuit le week-end avec toujours un pic à 10h (Figure 12).

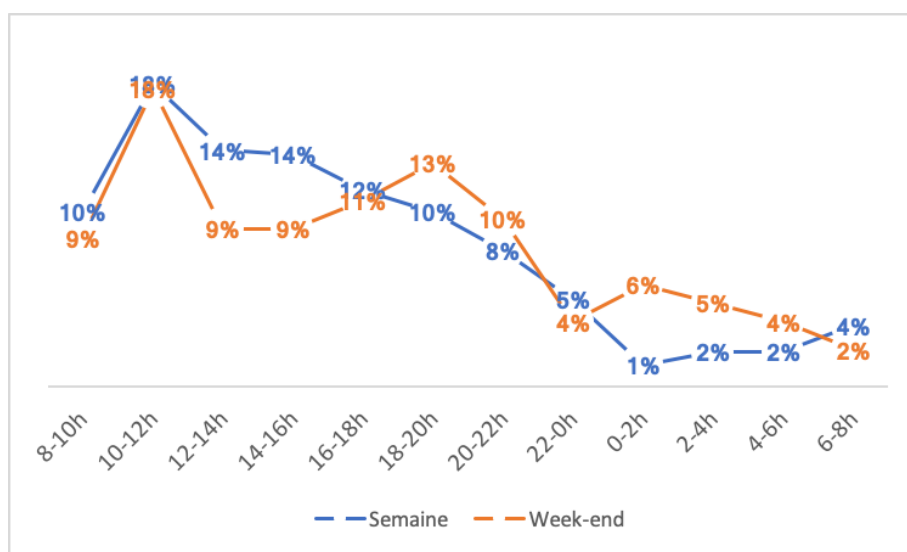


Figure 12 : Comparaison des répartitions horaires du nombre de passages entre les jours de semaine et de week-end

III.4.2. En fonction du suivi ou non par un médecin traitant

On constate une différence statistiquement significative dans les horaires de passage entre les patients suivis par un médecin traitant et ceux qui n'en ont pas ($p=2.10^{-3}$) (Tableau 4).

Les patients n'ayant pas de médecin traitant ont consulté plutôt la semaine pendant les horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale entre 8h et 20h.

Moins d'un tiers a consulté la semaine après 20h et très peu sont venus le week-end.

Parmi les patients suivis par un médecin traitant, la moitié ont consulté à un horaire où le cabinet de leur médecin généraliste était fermé (Figure 13).

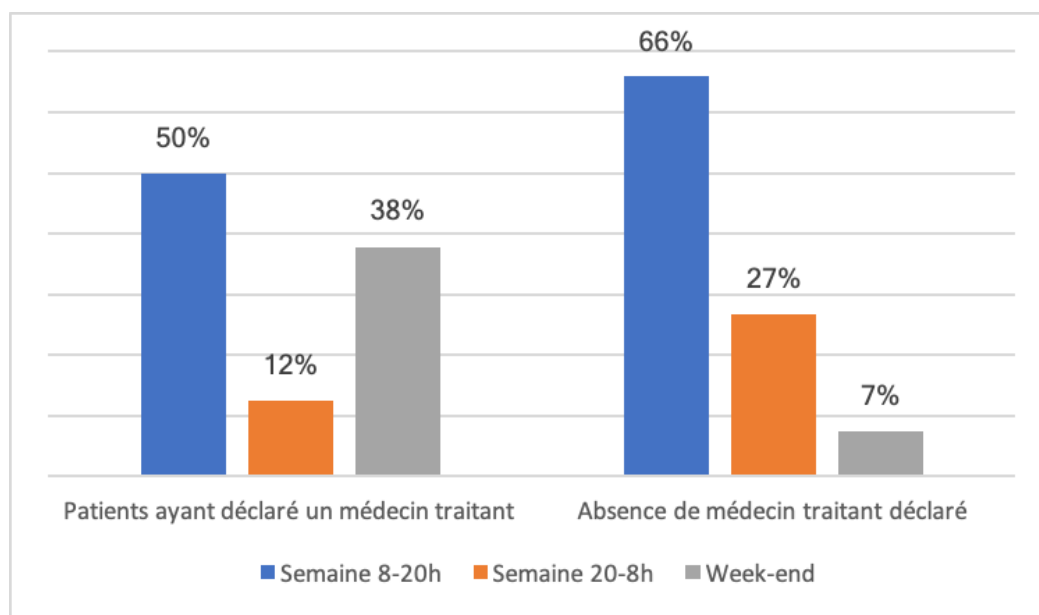


Figure 13 : Répartition horaire des patients en fonction du suivi ou non par un médecin traitant

Tableau 4 : Lien statistique entre l'horaire de consultation aux urgences et la déclaration d'un médecin traitant

| | Patients ayant déclaré un médecin traitant | Absence de médecin traitant déclaré | Test | p |
|--------------------------------|--|-------------------------------------|------|--------------------|
| Horaire de consultation | | | | |
| Semaine 8-20h | 229 | 72 | Chi2 | 2.10 ⁻³ |
| Semaine 20-8h et WE | 231 | 37 | | |

III.5. Parcours de soins avant la prise en charge aux urgences

III.5.1. Dans la population d'étude

Un peu plus de la moitié de la population de l'étude, soit 292 patients, a consulté directement les urgences sans avis médical préalable.

170 patients ont été adressés par la régulation et 100 par un médecin (Figure 14).

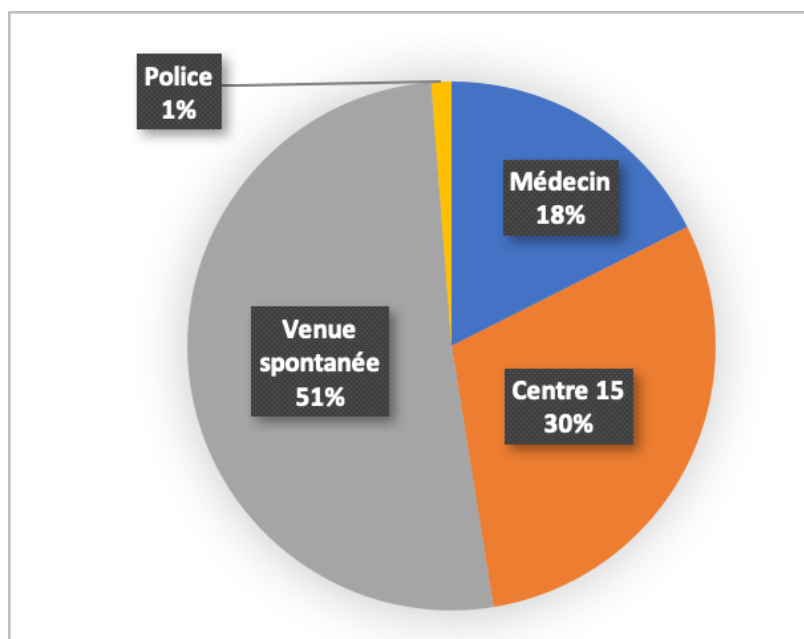


Figure 14 : Répartition des patients en fonction du parcours de soins avant la prise en charge aux urgences

III.5.2. En fonction de l'âge

L'analyse statistique montre une différence significative entre les différentes classes d'âge pour le parcours de soins ($p=1,98.10^{-28}$) (Tableau 5).

Les patients de moins de 40 ans et notamment les moins de 18 ans sont plus venus de façon spontanée que le reste de la population alors que la majorité des patients de plus de 40 ans ont été adressés par un médecin ou la régulation médicale (Figure 15).

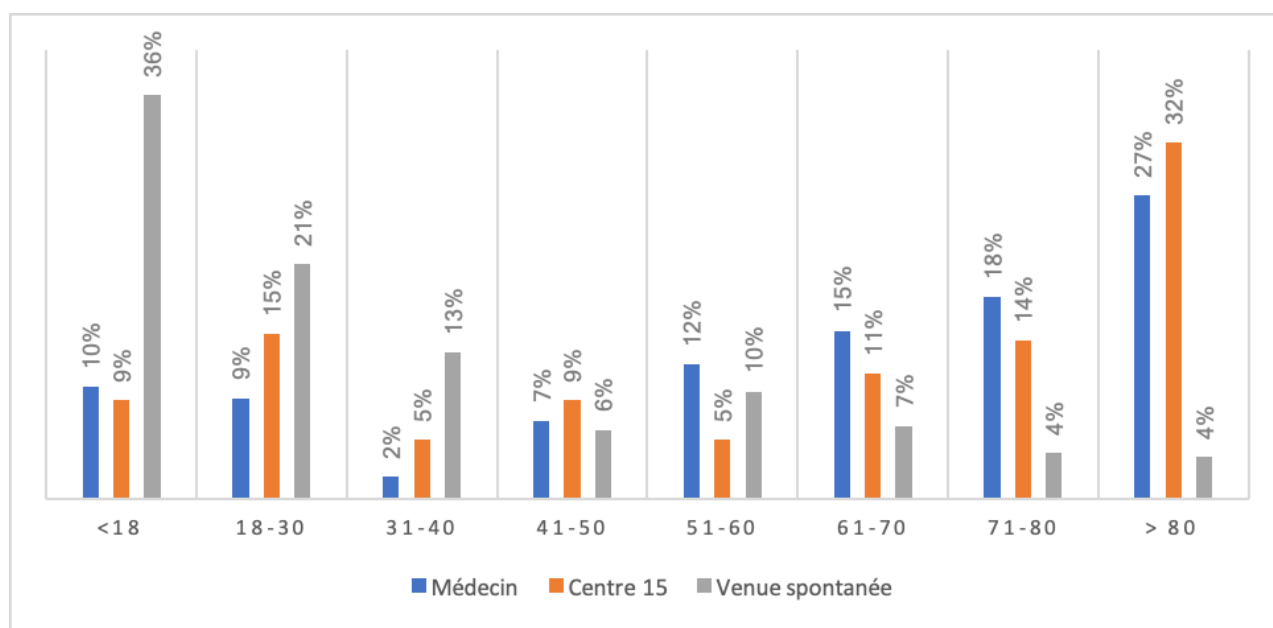


Figure 15 : Répartition des patients selon leur parcours de soins en fonction de l'âge

Tableau 5 : Lien statistique entre l'âge et le parcours de soins

| Age (années) | Patients adressés par le 15 ou un médecin | Patients venus spontanément | Test | p |
|--------------|---|-----------------------------|------|------------------------|
| < 18 | 25 | 105 | Chi2 | 1,98.10 ⁻²⁸ |
| 18-30 | 34 | 61 | | |
| 31-40 | 11 | 38 | | |
| 41-50 | 22 | 18 | | |
| 51-60 | 21 | 28 | | |
| 61-70 | 34 | 19 | | |
| 71-80 | 42 | 12 | | |
| > 80 | 81 | 11 | | |

III.5.3. En fonction du suivi ou non par un médecin traitant

Parmi les patients suivis par un médecin traitant, seulement 98 ont été adressés aux urgences par celui-ci et 223 sont venus de façon spontanée.

La majorité des patients ne disposant pas de médecin traitant sont venus directement sans avis médical préalable (Figure 16).

L'analyse statistique montre une différence significative entre les patients ayant déclaré et ceux n'ayant pas déclaré de médecin traitant sur le parcours de soins ($p=3.10^{-3}$) : les patients sans médecin traitant sont plus venus de façon spontanée (Tableau 6).

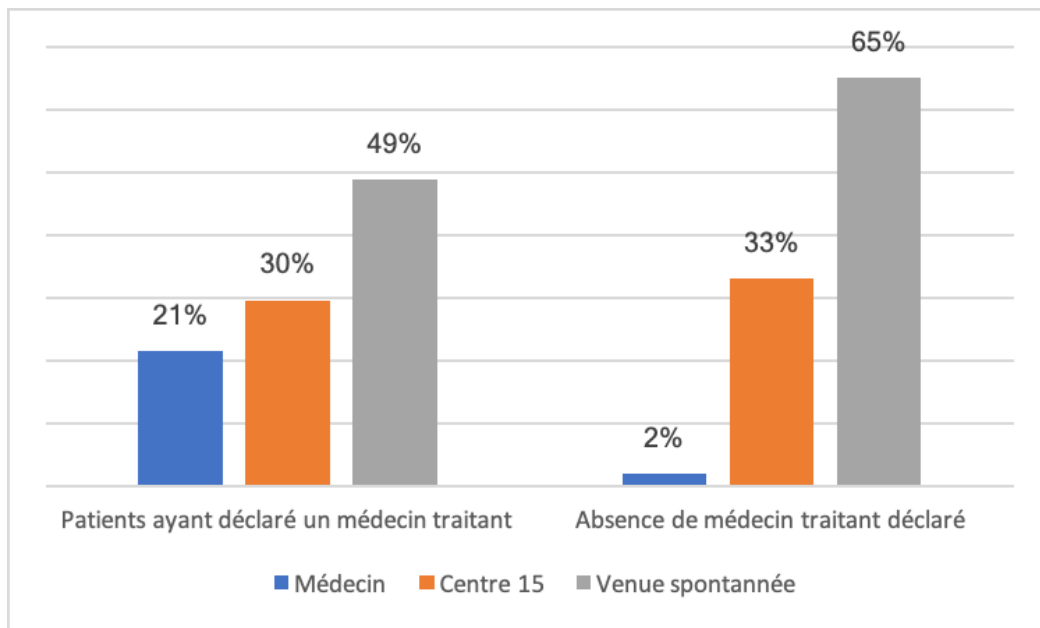


Figure 16 : Répartition des patients selon leur parcours de soins en fonction du suivi ou non par un médecin traitant

Tableau 6 : Lien statistique entre la déclaration d'un médecin traitant et le parcours de soins

| | Patients adressés par le 15 ou un médecin | Patients venus spontanément | Test | p |
|---|---|-----------------------------|------|--------------------|
| Patients ayant déclaré un médecin traitant | 233 | 223 | Chi2 | 3.10 ⁻³ |
| Absence de médecin traitant déclaré | 37 | 69 | | |

III.6. Moyen de transport utilisé

III.6.1. Dans la population d'étude

369 patients sont venus aux urgences par un moyen personnel.

122 ont été transportés en ambulance, 62 par les pompiers et seulement 9 ont été pris en charge par le SMUR (Figure 17).

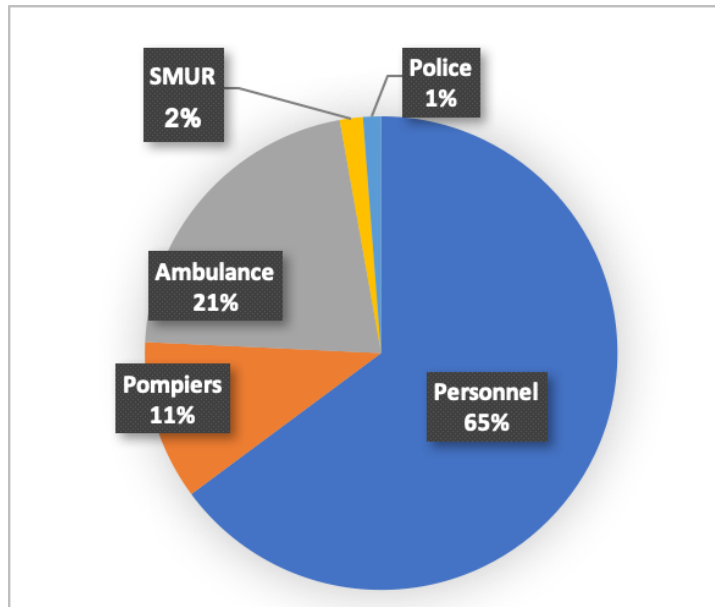


Figure 17 : Répartition des patients selon le moyen de transport utilisé pour venir aux urgences

III.6.2. En fonction du parcours de soins

Parmi les personnes venues avec leur véhicule personnel, près de 80% n'ont pas pris d'avis médical avant de consulter aux urgences.

21% ont été orientées par leur médecin ou le centre 15 (Figure 18).

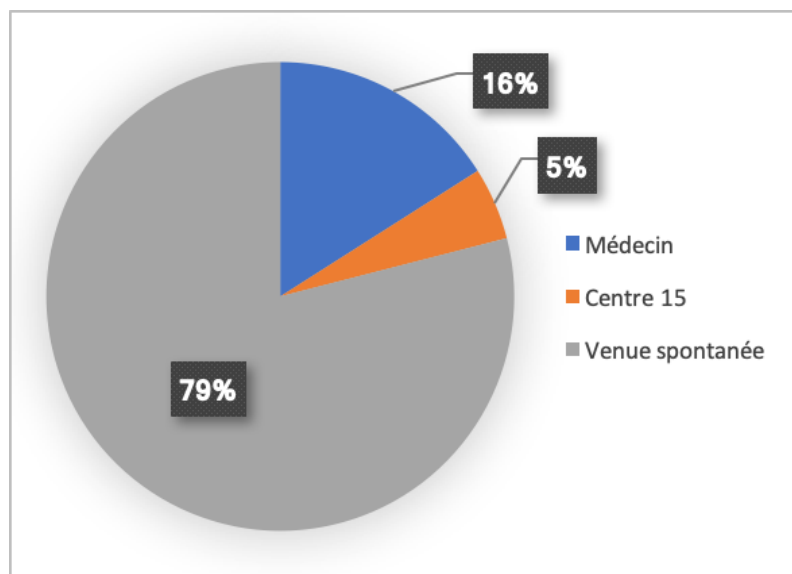


Figure 18 : Répartition des patients venus avec leur véhicule personnel selon leur parcours de soins

III.7. Raisons évoquées par les patients venus spontanément

III.7.1. Dans la population d'étude

Au cours de l'étude, il était demandé à tous les patients venus de façon spontanée, la raison pour laquelle ils n'avaient pas pris d'avis médical avant de se présenter aux urgences.

Près de la moitié des patients ont déclaré ressentir une urgence ne pouvant pas attendre (Figure 19).

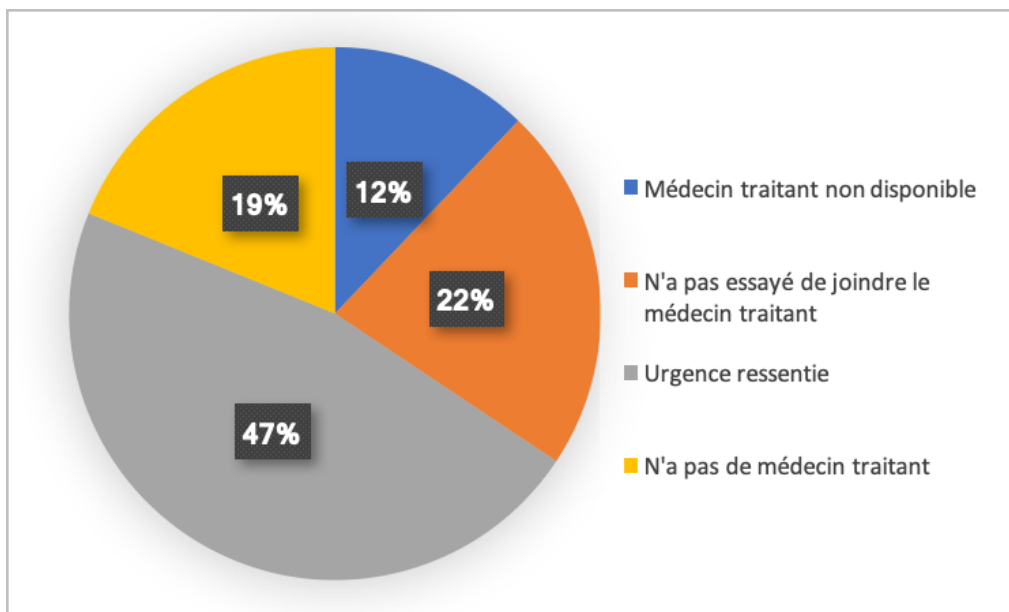


Figure 19 : Raisons évoquées par les patients venus sans avis médical préalable

III.7.2. En fonction du suivi ou non par un médecin traitant

L'analyse statistique montre une différence statistiquement significative entre les groupes de patients suivis ou non par un médecin traitant sur la raison évoquée de leur venue spontanée ($p=3,45.10^{-11}$) (Tableau 7).

On constate que les patients suivis par un médecin traitant sont plus venus pour une sensation d'urgence alors que cette raison a très peu été évoquée par les patients n'ayant pas de médecin traitant.

Ces derniers déclaraient principalement l'absence de médecin traitant comme raison de leur venue aux urgences (Figure 20).

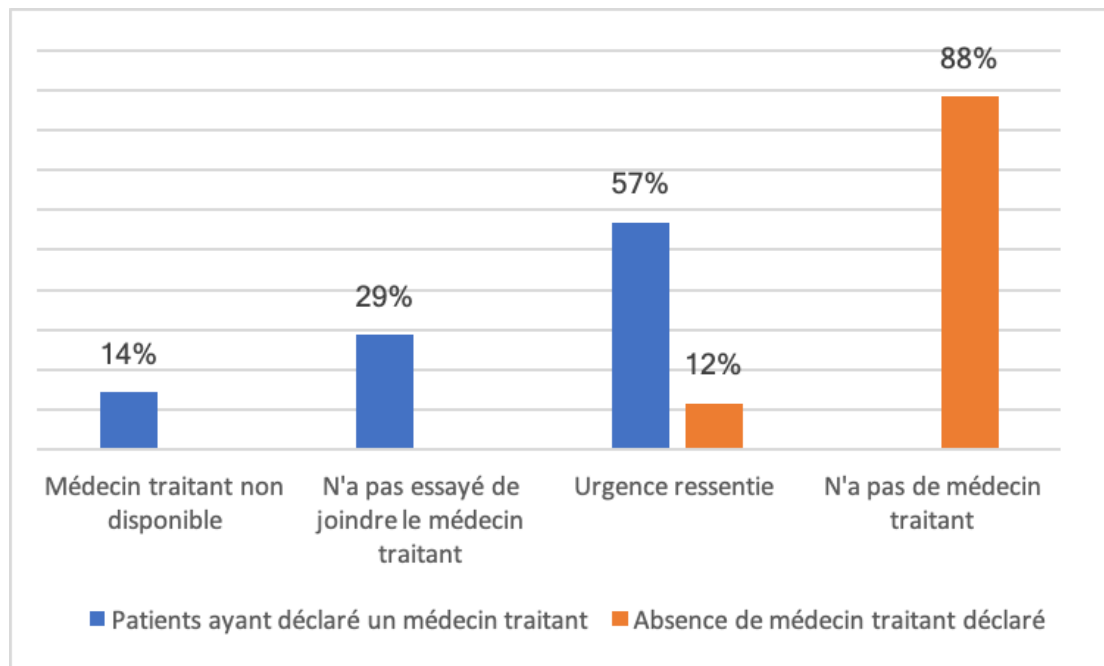


Figure 20 : Répartition des patients venus spontanément selon leur suivi par un médecin traitant en fonction de la raison de leur venue spontanée

Tableau 7 : Lien statistique entre la raison de la venue spontanée aux urgences et la déclaration d'un médecin traitant

| | Patients ayant déclaré un médecin traitant | Absence de médecin traitant déclaré | Test | p |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|------|------------------------|
| Raison de la venue spontanée | | | | |
| Urgence ressentie | 131 | 8 | Chi2 | 3,45.10 ⁻¹¹ |
| Autre | 99 | 61 | | |

III.8. Motif de consultation

III.8.1. Dans la population d'étude

Les motifs de consultations ont été séparés en 4 catégories : médicaux, traumatiques, psychiatriques et autres (demande de certificat descriptif, CNH, violence ...).

Près de 70% des consultations concernaient un motif médical (Figure 21).

Parmi les motifs médicaux, ce sont les troubles digestifs qui étaient majoritaires, suivis des problèmes cardiologiques et neurologiques (Figure 22).

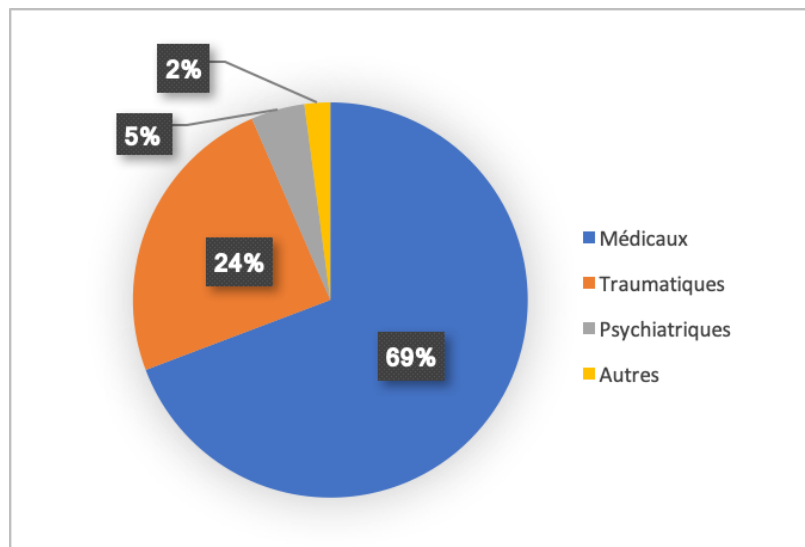


Figure 21 : Répartition des différents motifs de consultation

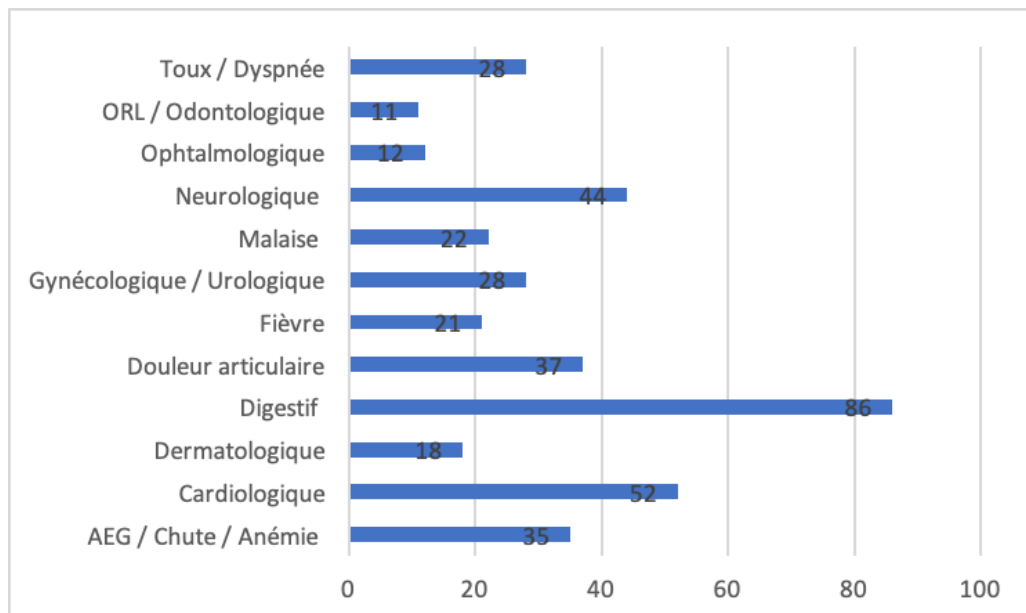


Figure 22 : Répartition des motifs médicaux

III.8.2. En fonction du suivi ou non par un médecin traitant

Il n'y a pas de différence significative concernant les motifs de consultation entre les patients suivis par un médecin traitant par rapport à ceux qui n'en ont pas ($p=0,78$) (Figure 23) (Tableau 8).

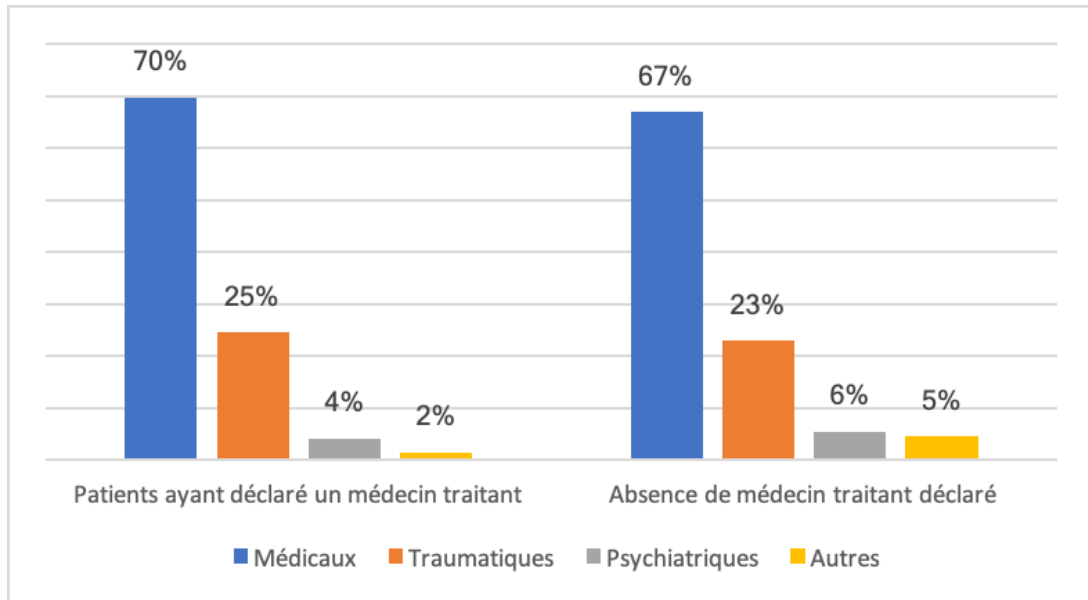


Figure 23 : Répartition des motifs de consultation en fonction du suivi ou non par un médecin traitant

Tableau 8 : Lien statistique entre le motif de consultation aux urgences et la déclaration d'un médecin traitant

| | Patients ayant déclaré un médecin traitant | Absence de médecin traitant déclaré | Test | p |
|-----------------------|--|-------------------------------------|------|------|
| Motifs | | | | |
| Médicaux | 321 | 73 | Chi2 | 0,78 |
| Traumatiques | 113 | 25 | | |
| Psychiatriques | 19 | 6 | | |

III.8.3. En fonction du parcours de soins

L'analyse statistique montre qu'il existe une différence significative entre les patients venus spontanément et ceux ayant été adressés concernant leur motif de consultation ($p=7.10^{-3}$), (Tableau 9).

Les patients venus spontanément sans avis médical préalable ont plus eu recours aux urgences pour un motif traumatique que les patients adressés (Figure 24).

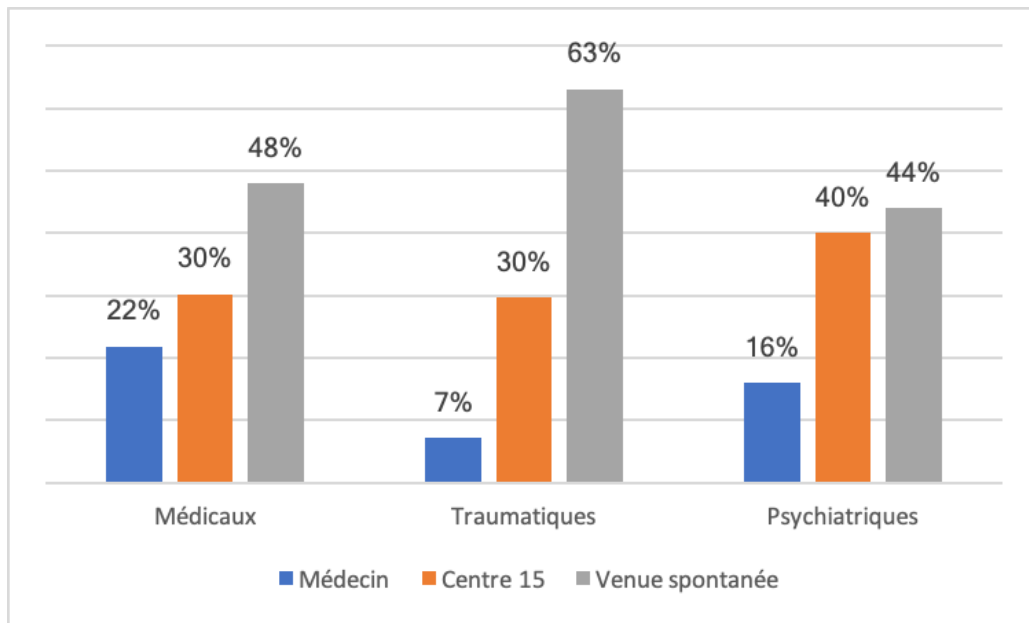


Figure 24 : Répartition des patients selon leur parcours de soins en fonction des motifs de consultation

Tableau 9 : Lien statistique entre le motif de consultation aux urgences et le parcours du soin

| | Patients adressés par le 15 ou un médecin | Patients venus spontanément | Test | p |
|-----------------------|---|-----------------------------|------|-------------|
| Motifs | | | | |
| Médicaux | 205 | 189 | Chi2 | 7.10^{-3} |
| Traumatiques | 51 | 87 | | |
| Psychiatriques | 14 | 11 | | |

III.9. Prise en charge et devenir des patients ayant consulté aux urgences

III.9.1. Circuit d'orientation

Sur l'ensemble des patients pris en charge à l'accueil des urgences, 415 soit 73% ont été orientés au circuit long et 154 soit 27% au circuit court.

III.9.2. Examens complémentaires

III.9.2.1. Dans la population d'étude

La majorité des patients pris en charge ont bénéficié d'un examen biologique et/ou d'une imagerie (Figure 25).

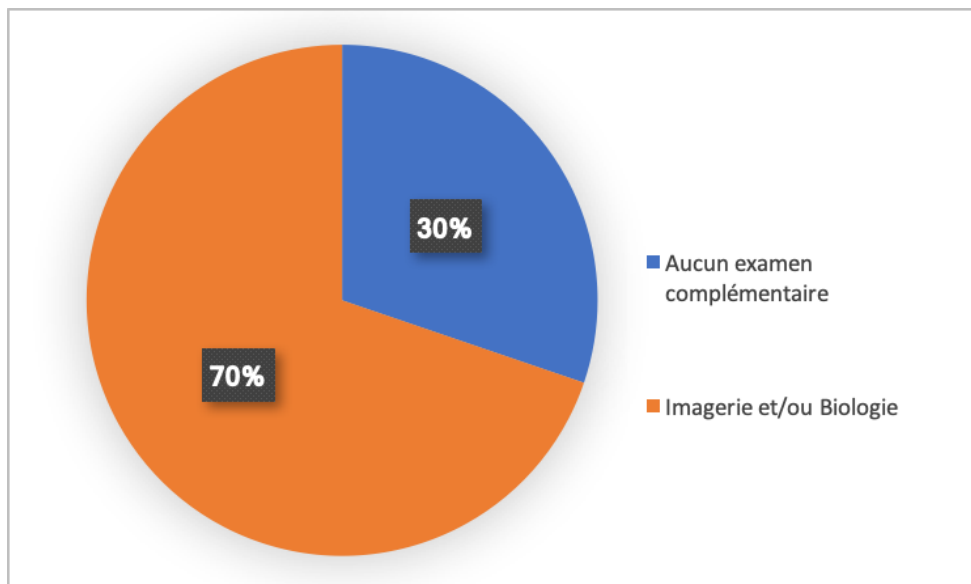


Figure 25 : Répartition des patients selon les examens complémentaires effectués

III.9.2.2. En fonction du parcours de soins

L'analyse statistique montre une différence significative entre les patients venus spontanément et ceux ayant pris un avis médical avant de venir aux urgences concernant les examens complémentaires reçus ($p=8,28.10^{-14}$) (Tableau 10).

Les patients adressés aux urgences suite à un avis médical ont bénéficié de plus d'examens complémentaires que ceux venus de leur plein gré.

Parmi les patients venus spontanément sans avis médical préalable, 43% n'ont pas eu d'examen biologique ni d'imagerie (Figure 26).

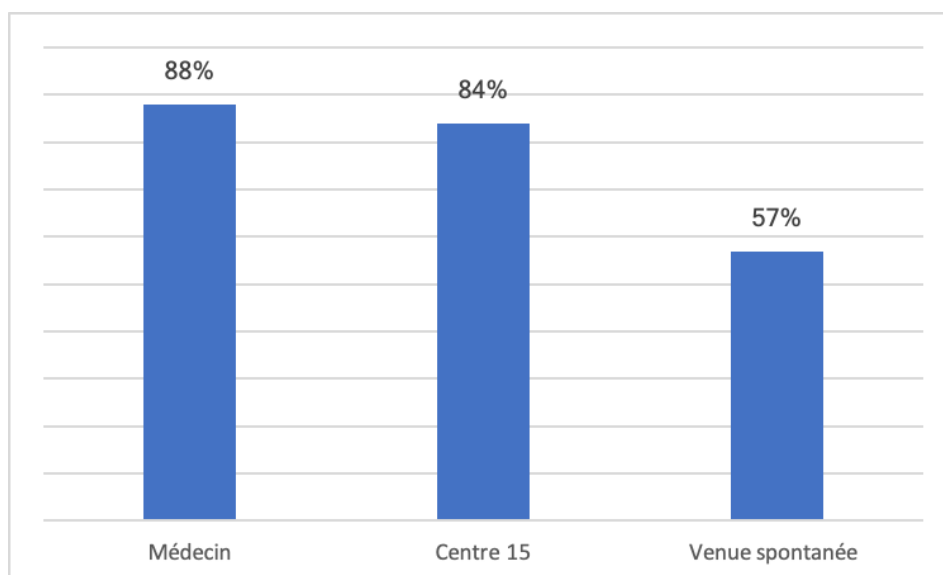


Figure 26 : Proportion de patients ayant bénéficié d'une imagerie et/ou d'un examen biologique en fonction de leur parcours de soins

Tableau 10 : Lien statistique entre les examens complémentaires reçus et le parcours de soins

| | Patients adressés par le 15 ou un médecin | Patients venus spontanément | Test | p |
|--------------------------------|---|-----------------------------|------|-----------------|
| Examens complémentaires | | | | |
| Oui | 231 | 166 | Chi2 | $8,28.10^{-14}$ |
| Non | 39 | 126 | | |

III.9.3. Orientation finale

III.9.3.1. Dans la population d'étude

399 patients sont rentrés à domicile suite à leur prise en charge aux urgences. Moins d'un tiers a été hospitalisé.

5 patients ont été transférés dans un autre hôpital et 7 sont partis de leur plein gré avant de rencontrer le médecin ou sans les résultats des examens complémentaires effectués (Figure 27).

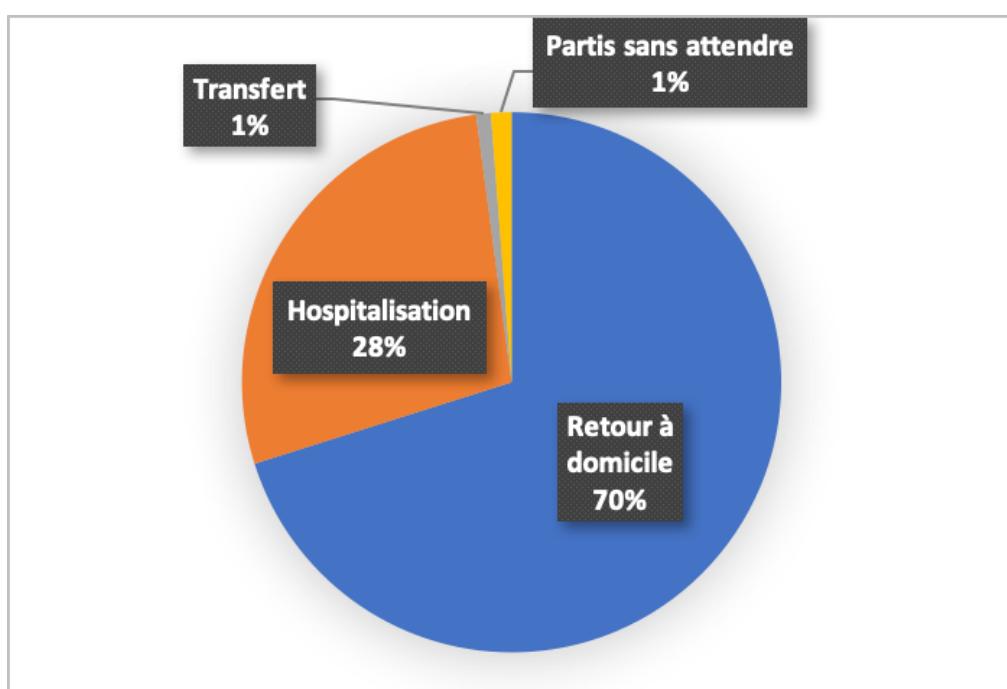


Figure 27 : Répartition des patients selon l'orientation finale

III.9.3.2. En fonction de l'âge

On constate une forte augmentation du taux d'hospitalisation chez les plus de 70 ans et notamment chez les plus de 80 ans (Figure 28).

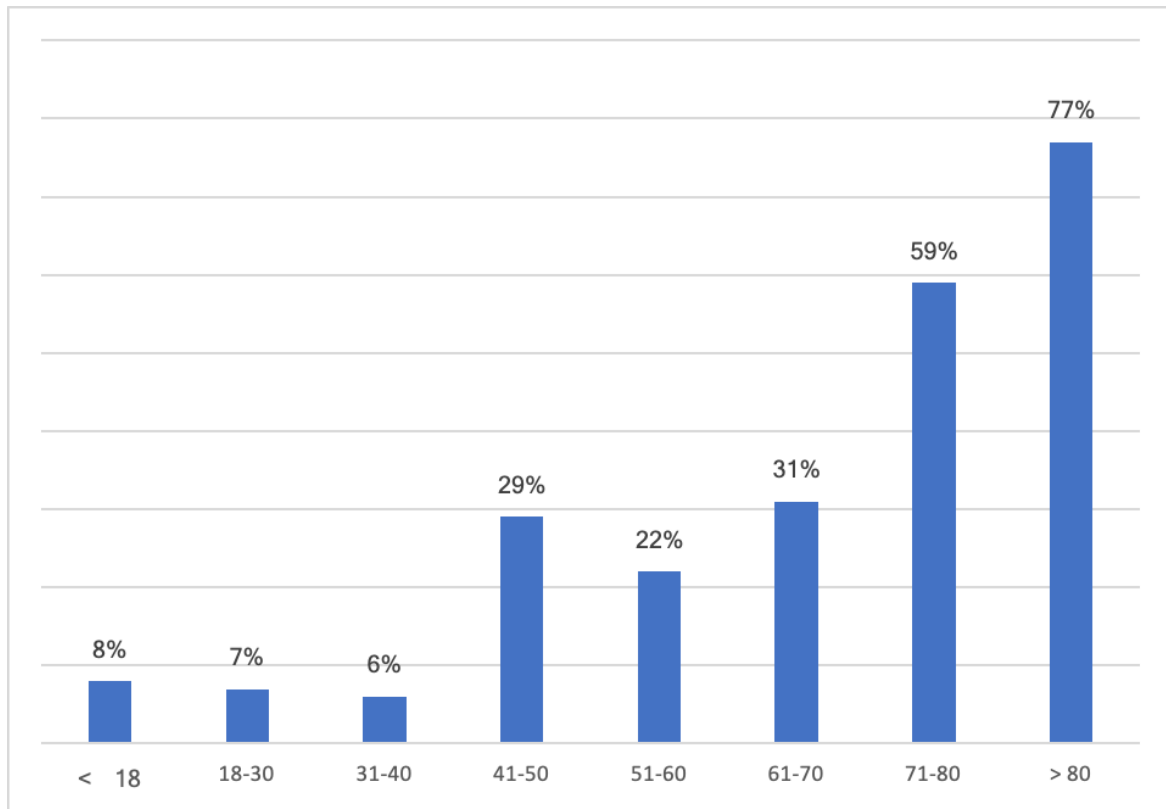


Figure 28 : Proportion de patients hospitalisés en fonction de l'âge (années)

III.9.3.3. En fonction du parcours de soins

Les patients venus spontanément aux urgences ont statistiquement moins été hospitalisés que les patients adressés par leur médecin ou le centre 15 ($p=3,70.10^{-25}$) (Tableau 11).

En effet, plus de 80% des patients hospitalisés ont été adressés et 65% des patients non hospitalisés sont venus aux urgences sans avis médical préalable (Figure 29).

Parmi les patients venus spontanément sans avis médical préalable 90% n'ont pas été hospitalisés (Figure 30).

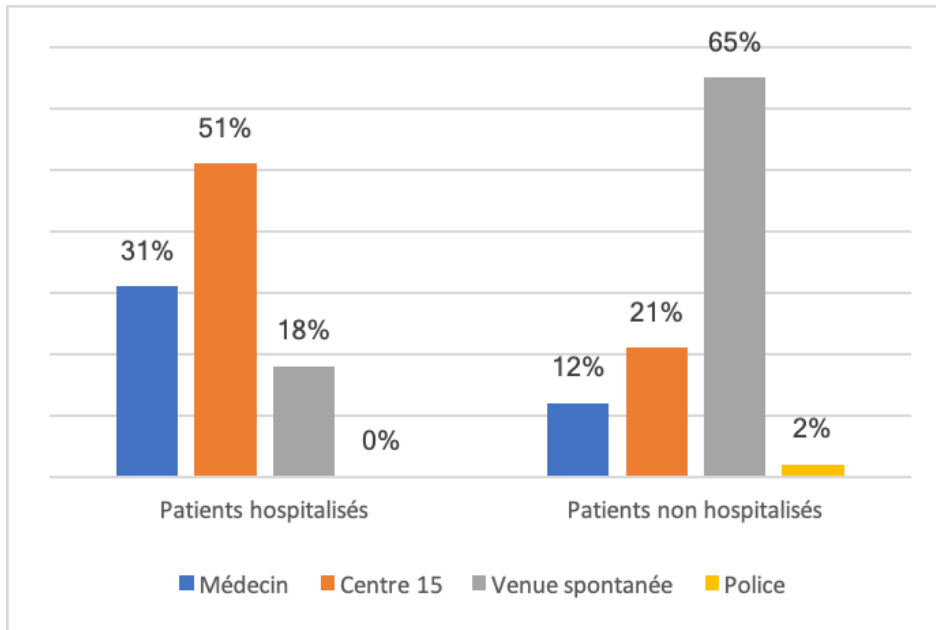


Figure 29 : Répartition des patients selon leur parcours de soins en fonction de leur orientation finale

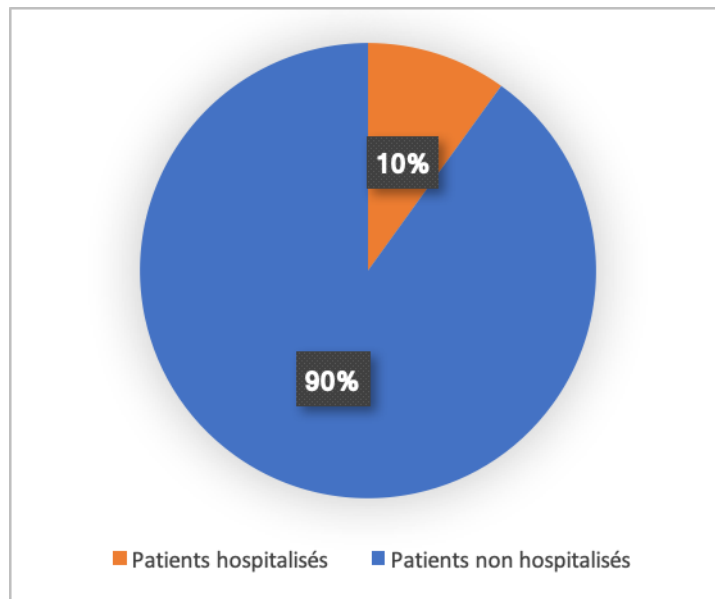


Figure 30 : Orientation des patients venus spontanément sans avis médical préalable

Tableau 11 : Lien statistique entre l'orientation finale et le parcours de soins

| | Patients adressés par le 15 ou un médecin | Patients venus spontanément | Test | p |
|---------------------------|---|-----------------------------|------|------------------------|
| Orientation finale | | | | |
| Hospitalisé | 134 | 29 | Chi2 | 3,70.10 ⁻²⁵ |
| Non hospitalisé | 136 | 263 | | |

III.9.3.4. En fonction du moyen de transport

La majorité des patients non hospitalisés sont venus aux urgences avec leur véhicule personnel et 64% des patients hospitalisés sont venus en ambulance ou ont été transportés par les pompiers (Figure 31).

L'analyse statistique montre une différence significative entre les patients hospitalisés et non hospitalisés selon le moyen de transport utilisé pour se rendre aux urgences ($p=2,28.10^{-26}$) (Tableau 12).

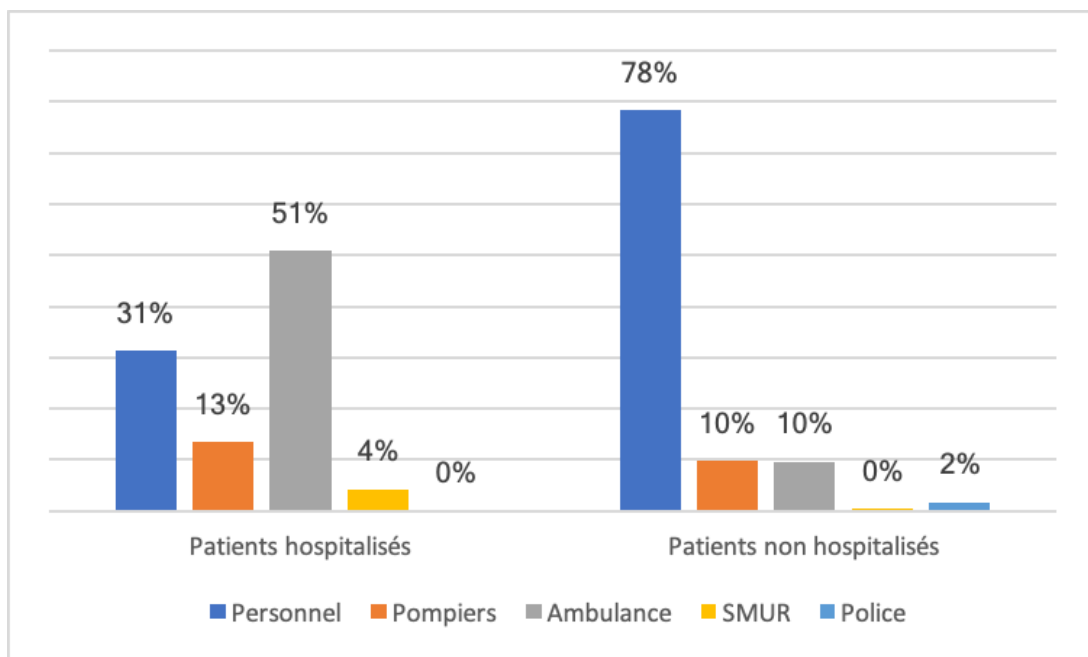


Figure 31 : Répartition des patients selon le moyen de transport utilisé pour venir aux urgences en fonction de leur orientation finale

Tableau 12 : Lien statistique entre l'orientation finale et le moyen de transport utilisé pour venir aux urgences

| | Patients venus par un moyen personnel | Patients venus par un autre moyen | Test | p |
|---------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|------|-----------------|
| Orientation finale | | | | |
| Hospitalisé | 51 | 112 | Chi2 | $2,28.10^{-26}$ |
| Non hospitalisé | 318 | 88 | | |

IV. Discussion

IV.1. Les forces et faiblesses de l'étude

IV.1.1. Les forces de l'étude

Les données ont été recueillies pour 569 patients, soit pour 71% des patients ayant consulté. Ce taux de participation est similaire dans d'autres études (19).

En moyenne, 114 patients ont été pris en charge quotidiennement durant la semaine. Cette moyenne est identique à celle enregistrée sur l'année 2021. L'activité des urgences au cours de l'étude était donc représentative de l'activité moyenne des urgences de Brive.

De plus, l'étude a été réalisée hors période de forte endémie de COVID-19 et en dehors des vacances scolaires d'été afin de limiter l'inclusion de patients en vacances ne résidant pas dans la région de la Corrèze et ceux ne pouvant pas être reçus par leur médecin traitant en congé durant les mois d'été. Ces critères ont été choisis afin d'obtenir un échantillon représentatif de la population consultante habituelle.

Enfin, cette étude a été réalisée de façon prospective et bénéficie donc d'une supériorité par rapport à une étude rétrospective. Les biais de classement ont également été réduits grâce à l'inclusion des patients de façon prospective.

Tout patient se présentant aux urgences était susceptible d'être inclus dans l'étude, il n'y a donc pas de biais de recrutement.

IV.1.2. Les faiblesses de l'étude

Notre étude n'a été réalisée que dans un seul centre ce qui limite la généralisation des résultats obtenus du fait d'un biais de sélection. Il aurait pu être intéressant d'inclure d'autres services d'urgence de la région ou du département dans cette étude afin de renforcer la validité externe.

La période du recueil de données est trop courte pour être représentative d'une tendance générale aux urgences du centre hospitalier de Brive. Un recueil sur une durée plus longue à différentes périodes de l'année aurait permis de limiter les biais de sélection.

Lorsque les patients ont été interrogés à l'accueil des urgences, les questions ont été posées verbalement par une tierce personne et l'enquêteur peut avoir entraîné une suggestion en les posant engendrant un biais de classement.

Pour limiter ce biais, nous avons premièrement formé les enquêteurs en les informant sur la méthode de recueil et en testant le questionnaire à l'accueil des urgences avant le début de l'étude.

Deuxièmement, nous avons essayé de poser des questions simples et fermées permettant une meilleure compréhension et facilitant le codage des informations. L'inconvénient était de limiter les possibilités d'expression du patient et donc d'empêcher une exhaustivité des réponses.

L'idéal aurait été de réaliser des entretiens avec chaque patient et de recueillir des réponses libres, mais cela est difficilement réalisable dans un contexte d'urgence.

D'autre part, il existe un biais de minimisation chez les patients interrogés. Certains ont pu penser que le questionnaire allait entraîner une modification de leur prise en charge. Une note d'information leur a été remise préalablement au recueil afin de limiter ce biais.

Enfin, l'identité du patient étant mentionnée lors du premier recueil afin d'accéder à son dossier par la suite, cela pouvait entraîner un risque de modification des réponses par crainte de jugement de valeur.

IV.2. Principaux résultats de l'étude

Nos résultats montrent que la majorité des patients sont venus aux urgences par leurs propres moyens et de façon spontanée sans prendre d'avis médical au préalable.

Plus de 80% des patients étaient suivis par un médecin traitant. La plupart habitaient à moins de 20 minutes de l'hôpital et étaient déjà venus aux urgences dans l'année.

La majorité des patients venus spontanément ont déclaré avoir ressenti une urgence ne pouvant pas attendre. Cette déclaration était plus faible chez les patients n'ayant pas de médecin traitant. Moins de 15% des consultations spontanées faisaient suite à l'indisponibilité du médecin généraliste.

La proportion de patients âgés de moins de 30 ans était prédominante. Ces derniers étaient également moins suivis par un médecin traitant et venaient plus de façon spontanée.

Le motif de consultation le plus fréquent concernait les douleurs abdominales. Les patients ont consulté plutôt la journée que la nuit, pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux entre 8h et 20h.

70% des patients ont bénéficié d'examens complémentaires et 30% ont été hospitalisés. Le taux d'hospitalisation augmentait fortement après 70 ans. 80% des hospitalisés ont été adressés par le 15 ou leur médecin traitant.

IV.3. Comparaisons des résultats avec les données de la littérature

IV.3.1. Données socio-démographiques

La population était majoritairement composée d'hommes avec un sexe ratio de 1,12, identique à celui de l'étude de la DRESS en 2013 sur le plan national (20).

L'âge moyen de la population était de 42 ans et est semblable à celui de la population française en 2021 (21).

Selon l'étude nationale de la DRESS en 2002 sur les usagers des urgences de 150 centres différents (22), les personnes qui consultaient étaient majoritairement situées aux âges extrêmes de la vie.

Les résultats de notre étude sont concordants avec ce constat puisque les classes d'âge des moins de 18 ans et des plus de 80 ans représentaient près de 40% de notre population (Figure 5).

La proportion d'enfants pris en charge aux urgences s'élevait à environ 25% et moins de 10% d'entre eux ont été hospitalisés. De plus, parmi les patients venus spontanément, la population pédiatrique est largement majoritaire avec 36% de venues directes sans avis médical.

Selon le livre blanc de l'ANPDE en 2018, 60% des consultations aux urgences pédiatriques relèveraient des conseils de puériculture (23).

Une étude réalisée au CHU de Nice a montré que la mise en place d'un circuit court, avec des consultations délocalisées, dédié à la prise en charge des urgences pédiatriques pour motif médical permettait une diminution des délais d'attente ainsi qu'une amélioration de leur prise en charge (24).

L'hôpital de Brive ne dispose pas d'urgences pédiatriques à l'heure actuelle. Face à l'importance que représente cette population, la création d'un circuit dédié à la prise en charge des enfants directement dans un service de pédiatrie permettrait de diminuer de près d'un quart l'encombrement des urgences.

On pourrait également envisager une première évaluation par des puéricultrices pour répondre de façon plus ajustée aux problématiques qui relèvent davantage de l'accompagnement parental que des urgences pédiatriques.

Dans l'étude de la DRESS en 2013, la venue aux urgences était motivée par la proximité géographique pour 1 patient sur 5 (20). Dans notre étude, 65% des patients habitaient à moins de 20 minutes des urgences (Figure 6), montrant la relation entre la proximité hôpital-domicile et le recours aux urgences.

IV.3.2. Parcours de soins

En France, en 2019, 9,9% des français n'avaient pas déclaré de médecin traitant (25).

Parmi les patients pris en charges aux urgences dans notre étude, près de 20% n'étaient pas suivis par un médecin traitant (Figure 7). Ces chiffres sont similaires dans d'autres études et montrent que la proportion de patients sans médecin traitant est plus importante aux urgences que dans la population générale (20)(19)(26).

Seulement 30% des patients venaient pour la première fois en 1 an (Figure 9). L'analyse statistique n'a pas montré de différence significative entre le fait d'être suivi ou non par un médecin traitant et le nombre de consultations annuelles aux urgences (Figure 10).

Ce résultat est également retrouvé dans l'étude des Dr Parent et Houzé sur les recours spontanés aux urgences du Centre Hospitalier Métropole Savoie sans consultation médicale préalable (19).

Le fait d'être suivi par un médecin traitant n'influence donc pas sur le nombre de passages aux urgences par patient.

Selon une étude parue en 2000, la répétition des consultations dans les services des urgences serait le reflet de plusieurs dysfonctionnements. L'alcoolisme, la précarité et les pathologies chroniques seraient des facteurs prédictifs de consultations répétées (27).

Moins de 20% des patients ont été adressés aux urgences par leur médecin. En effet, un peu plus de la moitié de la population a consulté de façon spontanée sans avis médical préalable (Figure 14).

Ces résultats sont concordants avec l'étude nationale de la DRESS de 2013 (20) montrant que dans six cas sur dix, la venue aux urgences résultait de l'initiative du patient ou d'un proche et que la majorité s'y rendait par leur propres moyens. Celle des Dr Parent et Houzé (19) retrouvait également 56% de consultation spontanées.

La proportion importante de venues spontanées laisse suggérer qu'il existe un manque de connaissance des patients vis-à-vis de la notion de parcours de soins et de la place du médecin traitant en tant que coordonnateur des soins.

Mis en place en 2004 par l'assurance maladie, le parcours de soins consiste à consulter en priorité son médecin traitant avant d'autres professionnels de santé dans un objectif de rationalisation des soins (28). Son respect conditionne la prise en charge des dépenses de santé. A défaut, les patients s'exposent à des majorations financières. Cependant, les services d'urgence ne sont pas concernés par cette majoration laissant toujours la liberté aux patients de consulter spontanément.

L'absence d'avance de frais lors d'une consultation aux urgences pourrait être une des motivations des patients pour s'y rendre directement plutôt que d'aller voir un médecin généraliste. Cette supposition n'a pas été étudiée dans notre étude mais d'autres indiquent que cet argument est rarement évoqué par les patients comme raison de leur venue aux urgences (29)(20)(19)(30).

Rappelons cependant que depuis janvier 2022, chaque patient qui se rend aux urgences pour des soins non programmés sans être hospitalisé doit régler un « forfait patient urgences (FPU) » d'un montant 19,61 euros (31). Cette somme est intégralement remboursée par les mutuelles par la suite.

Ce nouveau forfait n'intègre donc pas la notion de respect du parcours de soins mais pourrait dissuader certaines personnes consultant les urgences plutôt que leur médecin généraliste en raison de l'absence d'avance de frais. Cependant, le FPU est difficilement applicable en pratique car dépendant de l'orientation finale du patient. Il n'est donc pas appliqué dans certains services d'urgence comme à l'hôpital de Brive.

Afin d'encourager le respect du parcours de soins, on pourrait envisager une majoration financière similaire à la majoration du ticket modérateur appliquée en libéral pour les patients se présentant aux urgences sans y avoir été référé en dehors des urgences vitales.

Cette majoration pourrait également être appliquée pour les consultations inappropriées aux urgences. En effet, selon différentes études, la part des consultations « inappropriées » aux urgences est estimée à 30% en moyenne, mais cette notion reste difficile à définir (22)(32)(33).

Une enquête d'opinion sur les attitudes et comportements des usagers face à une urgence réelle ou ressentie réalisée en 2004, a montré que les patients avaient une démarche cohérente en fonction des horaires d'ouverture des cabinets médicaux et en fonction de ce qu'ils ressentaient comme urgent ou non. Cependant la majorité manquaient d'informations sur l'offre de soins à leur disposition et surtout sur le système de garde libéral (4).

Dans l'étude de la DRESS en 2002, 80% des patients connaissaient l'existence d'un médecin de garde et 9% disaient ne pas savoir comment s'y prendre pour connaître le nom du médecin de garde, qu'ils aient ou non connaissance de son existence (22).

Il paraît donc indispensable de renforcer l'éducation et l'information des patients quant aux rôles du médecin traitant et aux possibilités de prise en charge en cas de besoin d'une consultation non programmée.

La production de campagnes d'information nationales, régionales ou locales permettrait d'informer les patients sur la notion de parcours de soins, la présence d'un service de régulation via le « 15 » ainsi que sur l'offre de soins disponible dans les différentes régions (MMG, médecins et pharmacies de garde, SAS, services d'urgences...).

Ces campagnes pourraient être réalisées par le biais d'affiches dans les cabinets médicaux, les services d'urgence, les hôpitaux ainsi que dans les espaces publics. De même, des publicités télévisées ou via les réseaux sociaux à l'aide de slogans publicitaires permettraient de sensibiliser une grande partie de la population sur ces thématiques.

En juillet 2022, le Ministère de la santé et de la prévention a lancé une campagne d'information afin d'inciter les français à appeler leur médecin traitant ou le 15 avant de se rendre aux urgences. Des slogans publicitaires ont donc été diffusés par le biais de la radio, des réseaux sociaux et d'affiches (34).

D'après certaines études, les patients consultant le plus de manière inappropriée seraient ceux n'ayant pas déclaré de médecin traitant (30). Cette population semble devoir être ciblée en priorité. Un document pourrait leur être envoyé leur proposant de déclarer un médecin traitant, leur expliquant le parcours coordonné de soins et les incitant à faire des démarches médicales avant de venir aux urgences.

Enfin, on pourrait envisager remettre des prospectus explicatifs aux urgences aux patients n'ayant pas respecté le parcours de soins.

L'accessibilité aux examens complémentaires est une des raisons les plus fréquemment évoquées dans la littérature justifiant le recours aux urgences sans avis médical préalable (29)(20)(19)(30). Il conviendrait donc de mettre à disposition des médecins généralistes un accès facilité aux examens complémentaires et aux avis spécialisés.

C'est ce que les ARS cherchent à promouvoir à travers le développement de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Il s'agit de réseaux de professionnels de santé permettant la mise en place d'une coordination entre médecins généralistes, spécialistes et professionnels paramédicaux au sein d'un même territoire.

Elles ont pour but de prendre en charge, suivre et assurer la continuité des soins des patients avec une coordination ville-hôpital facilitée à l'aide de plateformes internet et de réunions régulières entre les différents partenaires.

L'objectif est d'atteindre 1000 CPTS dans toute la France d'ici 2022 (35). Ces réseaux doivent pouvoir non seulement faciliter la prise en charge et l'orientation des patients vers les urgences en cas de besoin mais également leur permettre d'accéder à des spécialistes libéraux et des soins en ville de façon plus aisée.

IV.3.3. Venues spontanées aux urgences

Nous avons recherché dans notre étude quels étaient les déterminants associés aux patients consultant spontanément les urgences.

IV.3.3.1. Lien statistique avec la déclaration d'un médecin traitant

Selon nos résultats, les patients n'ayant pas de médecin traitant viennent statistiquement plus de façon spontanée que ceux ayant un médecin traitant (Figure 16).

Seuls 14% des patients ayant un médecin traitant ont indiqué que la raison de leur venue spontanée était liée à l'indisponibilité de leur médecin (Figure 20). Un résultat semblable est retrouvé dans l'étude du Dr Vaillant indiquant qu'environ 10% des patients ont eu recours aux urgences faute de médecin généraliste disponible en ville (26).

Cela sous-entend que les médecins généralistes sont plutôt disponibles et organisés pour répondre aux demandes de leurs patients. Ce constat rejoint une étude sur la gestion des soins non programmés en médecine générale en Gironde montrant que les médecins généralistes avaient majoritairement mis en place une gestion spécifique pour la prise en charge des soins non programmés (8).

Plus de la moitié des patients ayant un médecin traitant sont venus de façon spontanée pour une urgence ressentie et environ 30% d'entre eux n'ont pas essayé de le joindre (Figure 20).

Parmi les patients venus spontanément et n'ayant pas de médecin traitant, seulement 12% sont venus pour une urgence ressentie. Les autres ont déclaré ne pas avoir de médecin traitant comme raison de leur venue aux urgences (Figure 20).

L'analyse statistique montre bien une différence significative entre les patients suivis ou non par un médecin traitant concernant la raison de leur venue aux urgences sans avis médical préalable. Les patients ayant un médecin traitant viennent principalement pour une urgence ressentie alors que ceux qui n'en ont pas viennent car ils n'ont pas de médecin traitant. Ces derniers viennent donc probablement pour des motifs moins graves, peut être non urgents et pouvant relever de la médecine générale.

Dans l'hypothèse où certains patients viendraient aux urgences en raison de l'absence de suivi par un médecin traitant et de l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous en médecine générale, le développement du « Service d'Accès aux Soins » (SAS) pourrait permettre de diminuer le nombre de consultations inappropriées aux urgences.

Il s'agit d'un nouveau service d'orientation de la population dans son parcours de soins proposé dans le cadre du « Pacte pour la refondation des urgences » de 2019 et réaffirmé lors du Ségur de la santé en 2020 (1).

L'objectif est de faciliter la prise en charge des soins non programmés par la médecine de ville pour les patients qui ne relèveraient pas des urgences hospitalières grâce à un partenariat étroit entre les acteurs de santé hospitaliers et de ville d'un même territoire.

Le SAS permettrait au patient d'accéder à toute heure à un professionnel de santé qui pourra lui fournir un conseil médical, lui proposer une téléconsultation, l'orienter selon la situation vers une consultation non programmée en ville, vers un service d'urgence ou déclencher l'intervention d'un SMUR par exemple.

Une phase pilote a été menée en 2021 dans 13 régions de métropole et d'outre-mer couvrant 40% de la population française aussi bien en zone urbaine qu'en territoire de désertification médicale (36).

Un numéro d'appel a été mis à disposition pour les patients n'ayant pas pu obtenir de rendez-vous médical avec leur médecin traitant. Un assistant de régulation médicale écoutait, estimait le degré d'urgence et orientait l'appelant en fonction de ses besoins vers :

- Une pharmacie de garde, un centre antipoison, une structure médico-sociale, un réseau gériatrique, psychiatrique ou de périnatalité ...
- Un médecin régulateur d'urgence qui jugeait de la nécessité d'orienter le patient vers un service d'urgence, de déclencher un véhicule de SMUR, une ambulance ou les services de secours
- Un opérateur de soins non programmés qui pouvait orienter le patient en médecine générale avec une prise de rendez-vous pour une consultation ou une visite à domicile via une plateforme numérique

L'objectif était de développer ce service à l'ensemble du territoire à l'issue de cette phase pilote en 2022. En Nouvelle-Aquitaine depuis mai 2022, certains SAS sont déjà opérationnels en Gironde et dans la Vienne et d'autres ouvriront dans l'année (37).

Le déploiement de ce dispositif en Corrèze est prévu pour novembre 2022 et permettrait de désengorger les urgences des patients qui ne relèvent pas d'une consultation d'urgence.

IV.3.3.2. Lien statistique avec l'âge

Les patients jeunes et notamment les moins de 30 ans viennent statistiquement plus de façon spontanée que les patients plus âgés.

En effet, près de 60% des patients venus spontanément concernaient les moins de 30 ans alors qu'ils ne représentaient que 15% après 60 ans (Figure 15).

Ce constat n'est pas nouveau puisque selon l'étude de la DRESS en 2002, ce mode d'arrivée direct concernait au moins 80% des patients de moins de 50 ans alors qu'au-delà de 80 ans, plus des deux tiers avaient bénéficié d'une orientation médicale préalable (22).

Les moins de 30 ans, qui représentaient 40% des patients de notre étude, ont également significativement moins déclaré avoir un médecin traitant que les plus de 60 ans : 75% versus 85% (Figure 5, Figure 8).

En supposant que les patients jeunes viennent plus de façon spontanée que les patients plus âgés en raison de l'absence de médecin traitant vers qui s'orienter en cas de problème de santé, on peut se demander si le motif de leur consultation relève bien du domaine de l'urgence.

Le nombre de passages aux urgences qui n'est pas plus important pour les patients n'ayant pas de médecin traitant pourrait donc être expliqué par le fait que ces derniers sont moins âgés et en meilleure santé avec un besoin de recours à une consultation médicale moins fréquent.

Ces suppositions peuvent expliquer que l'on retrouve une proportion importante de patients jeunes dans la population d'étude.

IV.3.4. Horaires des consultations

Le rythme des arrivées aux urgences dans notre étude est semblable à celui décrit dans l'étude de la DRESS de 2002 (22). On constate en effet une augmentation rapide des consultations à partir de 8h avec un pic entre 10h et 12h suivi d'une diminution progressive dans l'après-midi et d'un rythme minimal et constant entre minuit et 8h du matin (Figure 12).

L'analyse statistique montre que les patients n'ayant pas de médecin traitant consultent plus pendant les horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale.

Seulement 7% des patients n'ayant pas de médecin traitant ont consulté le week-end contre 38% des patients suivis par un médecin (Figure 13).

Cela laisse suggérer que les patients n'ayant pas de médecin traitant consultent plus pour des motifs non urgents leur permettant de décider de l'horaire de leur venue.

La conséquence d'éventuelles consultations non urgentes est l'encombrement des urgences pouvant entraîner des retards d'assistance et de traitement. La réorientation des patients non urgents vers des maisons médicales de garde (MMG) pourrait apporter une solution à ce dysfonctionnement.

En Nouvelle-Aquitaine, on comptait 23 MMG en 2019. Plusieurs d'entre elles ne fonctionnent que sur une partie des horaires de PDSA.

La Corrèze fait partie des 5 départements de Nouvelle-Aquitaine dépourvus de MMG. Une étude a été réalisée entre 2018 et 2019 par l'Observatoire Régional de la santé de Nouvelle-Aquitaine afin de connaître la perception des médecins libéraux du bassin de Brive à la création d'une MMG (17).

56 médecins des bassins de Brive et d'Allasac ont répondu à l'étude et les principaux résultats montraient que :

- La moitié des répondants participaient à la PDSA en semaine et 70% le week-end
- 70% d'entre eux étaient favorables à la création d'une MMG et près de 50% étaient prêts à y travailler à titre personnel
- 75% pensaient qu'une telle structure pourrait désengorger les urgences
- 61% y voyaient un avantage en termes de sécurité, confort de travail, diagnostic et prise en charge par rapport à la PDSA
- Les avis étaient divergents quant à sa localisation (au sein de l'hôpital, à proximité dans des locaux indépendants ou en ville)
- La majorité souhaitait une plage horaire de 20h à 00h en semaine ainsi qu'une ouverture de la MMG les week-ends et jours fériés

Les constats de cette étude sont donc plutôt favorables à la mise en place d'une Maison Médicale de garde au cœur du bassin de Brive.

D'après notre étude, l'activité des urgences étant plus faible à partir de minuit en semaine et en week-end, une ouverture jusqu'à 00h pourrait être suffisante et permettrait de prendre en charge les consultations non programmées relevant de la médecine générale afin de désengorger les urgences.

Une disposition à proximité de l'hôpital y faciliterait l'orientation des patients par l'IAO ou un médecin à l'accueil des urgences.

Ce triage a fait l'objet de recommandations en 2013 puis en 2018 par la Société Française de Médecine d'Urgence (38). Il peut être fait à l'aide de différentes échelles telles que :

- L'Emergency Severity Index (ESI)
- La Manchester Triage Scale (MTS)
- La French Triage qui est actuellement utilisée aux urgences de Brive (Annexe 1)
- La Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU) également utilisée aux urgences de Brive

L'objectif de ce triage est avant tout de repérer les patients nécessitant des soins urgents afin de réduire leurs délais de prise en charge. La réorientation des patients « non urgents » vers une MMG permettrait une prise en charge plus rapide et optimale des « patients urgents » par une équipe soignante plus disponible.

Aux urgences de Brive, de Janvier à Juin 2022, le pourcentage de patients classés tri 5 à l'aide de l'échelle French triage à leur arrivée s'élevait à 14,6%. Soit autant de patients qui auraient pu être pris en charge au sein d'une maison médicale.

L'étude du Dr Vaillant étudiant l'acceptation de la réorientation des patients « non urgents » se présentant aux Urgences d'Agen vers des structures de médecine générale comme les MMG a montré un taux d'acceptation de 79% de la part des patients (26).

De même, l'étude du Dr Morcant montre que plus de 4 patients sur 5 auraient accepté une consultation avec un médecin généraliste si elle leur avait été proposée à leur arrivée aux urgences (30).

La création d'une maison médicale à proximité des urgences de Brive dédiée à la prise en charge des soins non programmés est actuellement à l'étude. Une ouverture est espérée avant la fin de l'année 2022.

Certains critères restent à définir tels que l'accès des patients à la MMG, le financement de la MMG, l'articulation avec le SAU, l'organisation et la rémunération des professionnels y participant.

Le rôle des associations SOS médecins est aussi prépondérant dans la prise en charge des consultations non programmées. De plus, elles assurent une permanence des soins la nuit. Leur installation en Corrèze permettrait de soulager les médecins généralistes de la région en supprimant certains secteurs de garde.

D'après le livre blanc de la médecine d'urgence, en 2015 les structures de type SOS médecin assuraient 60% de la demande de soins non programmés dans les zones urbaines où elles étaient implantées (39).

Aujourd'hui, la fédération SOS Médecins France déclare assurer 80% de la couverture libérale de la permanence des soins en milieu urbain et périurbain (40).

Les médecins de SOS médecin interviennent à domicile pour des situations nécessitant un avis médical rapide mais ne relevant pas de la médecine d'urgence. Ces interventions font

suite à la décision du Samu-centre 15 ou à un appel direct via un numéro national accessible à tous.

Ils peuvent également délivrer un conseil médical en réponse à une demande exprimée par un patient lorsqu'une visite à domicile n'est pas jugée nécessaire par le médecin.

La prise en charge à domicile garantit l'accès aux soins des patients ne pouvant pas se déplacer et une meilleure gestion des coûts en santé grâce à la réduction du nombre de transports et d'hospitalisation.

De plus, grâce à l'interconnexion avec le 15, SOS Médecin peut basculer le patient qui appelle après qualification de sa demande vers la régulation et vice versa.

IV.3.5. Motifs des consultations

L'étude des motifs de consultation a montré une majorité de recours aux urgences pour des motifs médicaux. L'enquête réalisée par la DRESS en 2003 montrait des taux égaux entre les motifs médicaux et traumatiques (22). D'autres études retrouvent des résultats similaires aux nôtres avec une prédominance de motifs médicaux pour douleurs abdomino-pelviennes (41).

On ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre les patients ayant un médecin traitant et ceux qui n'en ont pas pour le motif de consultation (Figure 23).

On aurait pu penser que les personnes suivies par un médecin traitant viendraient plus pour des motifs traumatiques, regroupant des pathologies plus difficiles à prendre en charge en médecine générale (suspicion de fractures ou plaies par exemple avec nécessité de radiographies ou de sutures).

De même, on aurait pu supposer qu'elles consulteraient leur médecin traitant en priorité pour un motif médical comme une douleur abdominale qui représente le motif le plus fréquent de recours aux urgences dans notre étude (Figure 22).

Cependant, les patients ayant consulté pour un motif traumatique sont significativement plus venus de façon spontanée que les patients ayant consulté pour un motif médical (Figure 24). Inversement, la majorité des patients venus pour un motif médical ont été adressés par un médecin ou le centre 15.

IV.3.6. Prises en charge et orientations

Un peu moins d'un tiers des patients n'a pas bénéficié d'examens complémentaires aux urgences (Figure 25).

Parmi ceux-ci, la proportion de patients venus spontanément est significativement plus importante que celle des patients ayant été adressés (Figure 26). Le même constat est retrouvé dans l'étude du Dr Casanova en Gironde (29).

Ceci ne signifie pas pour autant qu'ils n'aient pas justifié d'une prescription médicamenteuse ou d'une ordonnance mais cela laisse supposer que certains d'entre eux auraient pu être pris en charge en médecine générale ou bien directement par leur pharmacien.

En effet, intégrer les pharmaciens dans la prise en charge des consultations non programmées permettrait de limiter les consultations ne relevant pas d'un service d'urgence et de soulager les médecins généralistes débordés.

Cette perspective a été expérimentée par certaines pharmacies bretonnes suite à un appel à projet lancé par l'ARS Bretagne dont l'objectif est de garantir l'accès aux soins et le suivi des patients dans les territoires sous-médicalisés (42).

Le projet nommé « OSyS » pour Orientation dans le Système de Soins a débuté en juin 2021 pour une durée de un an et demi et rassemble 50 pharmacies réparties sur 9 territoires qualifiés de déserts médicaux.

L'objectif est de réduire les consultations médicales et le recours aux urgences hospitalières par une dispensation protocolaire de médicaments ou une orientation des patients vers une consultation médicale adaptée.

Le pharmacien assure un triage des patients à l'aide d'algorithmes reposant sur des arbres décisionnels et peut ensuite :

- Dispenser des médicaments d'automédication pour des pathologies bénignes et courantes en soins primaires (angine, lombalgie, céphalée, plaie simple ...) avec un rappel 1 à 3 jours plus tard pour s'assurer de l'amélioration clinique du patient
- Orienter le patient vers une consultation physique ou une téléconsultation médicale
- Orienter le patient vers un service d'urgence, un service de médecine de garde (maison médicale de garde ou SOS médecin) ou le centre 15

Suite à la consultation avec le pharmacien, un courrier peut être adressé au médecin traitant afin d'assurer le respect de la coordination des soins.

L'organisation d'un tel dispositif au sein du bassin de Brive requiert la mise en place de protocoles bien précis entre les services des urgences, les pharmacies et les médecins généralistes mais pourrait être une solution à la prise en charge des consultations non programmées.

Suite à leur prise en charge aux urgences, 70% des patients sont rentrés chez eux (Figure 27).

Ce résultat est proche de celui de l'étude nationale de la DRESS en 2013 (20) montrant qu'après un passage aux urgences, les trois quarts des patients rentraient chez eux et que seuls 20% étaient hospitalisés.

Le taux d'hospitalisation augmentait avec l'âge pour atteindre près de 80% chez les plus de 80 ans (Figure 28).

Les patients venus spontanément étaient significativement moins hospitalisés que les patients adressés par leur médecin ou le centre 15 (Figure 29).

En effet, 90% des patients venus spontanément n'ont pas été hospitalisés. Ce résultat est semblable à celui retrouvé dans d'autres études réalisées à Angoulême et en Savoie (43)(19).

De même, les patients venus par un moyen personnel étaient moins hospitalisés que les patients transportés médicalement. (Figure 31).

Les patients hospitalisés sont ainsi plus souvent des personnes âgées qui elles-mêmes sont plus souvent adressées aux urgences médicalement. Se pose alors la question de savoir si ces personnes âgées sont adressées pour une consultation médicale urgente ou bien pour avoir accès à une hospitalisation non programmée.

En pratique, il arrive fréquemment que certains services hospitaliers refusent de faire des entrées directes en demandant aux médecins d'adresser les patients aux urgences malgré des appels directs dans le service par le médecin adressant le patient.

Cela entraîne une surcharge de travail aux urgences et un retard de prise en charge pour le patient qui doit patienter aux urgences. Ce constat personnel est également rapporté par le Docteur Mathias Wargon, chef de service des urgences de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis, dans son livre « *Hôpital : un chef-d'œuvre en péril* » publié en 2022 (44).

IV.4. Perspectives

Plusieurs propositions ont déjà été évoquées précédemment telles que le renforcement de l'information de la population concernant le parcours de soins et la permanence des soins, le développement des SAS et des CPTS, la création de maisons médicales de garde, la multiplication des associations SOS médecins et l'intégration des pharmaciens dans la prise en charge des soins non programmés.

Ces dispositifs sont en cours de déploiement sur le territoire national mais ne sont pas encore tous disponibles en Corrèze.

D'autres solutions peuvent être envisagées à court terme.

Il ressort de notre étude un besoin de prise en charge des soins non programmés principalement entre 8h et 20h. Ces horaires correspondent aux horaires habituels d'un médecin généraliste en semaine.

On pourrait par exemple envisager la création de réseaux regroupant les médecins généralistes exerçant dans un même secteur avec, chaque jour, un médecin mettant à disposition des plages horaires libres afin de prendre en charge des consultations non programmées. Ces créneaux disponibles ne seraient pas uniquement réservés aux patients suivis par le médecin.

L'objectif serait de renforcer le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des soins non programmés sans alourdir leur activité quotidienne en anticipant les demandes et en aménageant spécifiquement leur emploi du temps.

Les patients pourraient être adressés par les urgences, le centre de régulation, les pharmaciens ou bien les autres médecins généralistes en cas d'indisponibilité de leur part pour recevoir leurs patients.

Cet aménagement nécessiterait une désignation des médecins en amont, comme un système de garde.

Afin d'encourager les médecins généralistes à participer à cette organisation, on pourrait envisager la création d'une cotation spécifique majorée par rapport à une consultation de médecine générale. Cependant, il est préférable que cette majoration soit prise en charge pour le patient afin de garantir son adhésion.

L'utilisation des moyens de communication modernes (carte e-santé, communication de dossiers patients via internet ou mon espace santé) pourrait éviter des pertes de temps dans la saisie de données administratives ou médicale et favoriser la coordination entre les différents acteurs de santé. De même, la téléconsultation pourrait aider à la prise en charge de certaines consultations non programmées.

Renforcer le rôle des personnels paramédicaux pourrait également être une solution pour la prise en charge de ces consultations.

Cette proposition est déjà effective au Royaume-Uni depuis de nombreuses années. Dans les services de permanence des soins, les médecins sont remplacés autant que possible par des infirmiers et d'autres professions paramédicales. Un programme de formation a été conçu spécifiquement par le système de santé britannique (NHS) pour les guider dans l'organisation et les doter des compétences nécessaires pour assurer leur rôle (45).

Ce système est également en train de se développer en France. En effet, en 2016, suite à la loi de modernisation de notre système de santé, les pouvoirs publics français ont choisi d'encadrer et d'autoriser un nouveau métier : les infirmiers de pratique avancée (IPA) (46).

L'objectif de cette profession est d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées.

Les IPA peuvent ainsi réaliser des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques, des prescriptions d'examens complémentaires, de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire ou des renouvellements de prescriptions médicales.

Ce rôle ne peut être exercé qu'au sein d'une équipe de soin coordonnée par un médecin et dans les domaines d'interventions définis :

- Oncologie, hématologie
- Néphrologie, dialyse, maladie rénale chronique
- Psychiatrie, santé mentale
- Pathologies chroniques stabilisées et poly-pathologies courantes en soins primaires

Récemment, l'arrêté du 25 octobre 2021 a défini un cinquième domaine d'intervention : « urgences ».

Les situations sur lesquelles peuvent intervenir les IPA après décision de l'urgentiste sont nombreuses (tachycardie, dyspnée, insuffisance cardiaque, intoxication médicamenteuse et non médicamenteuse, brûlure ...). De plus, le texte précise que ces professionnels de santé sont compétents pour prendre en charge un patient et établir des conclusions cliniques dès lors qu'un médecin de la structure d'urgence intervient au cours de la prise en charge, pour certaines situations présentant un moindre degré de gravité (Hypertension artérielle sans signes fonctionnels, hyperthermie isolée, céphalées et migraines habituelles ...) (47).

Les premiers IPA de spécialité « urgences » ont été diplômés en 2022 et seuls quelques établissements ont pu bénéficier de leurs services. Les premiers constats semblent encourageants avec une réduction des délais de prise en charge (48).

La généralisation de cette profession pourrait être une des solutions à apporter pour répondre à la problématique actuelle des urgences concernant l'encombrement de ces services.

Conclusion

Les problèmes liés au fonctionnement des urgences font régulièrement la une des médias depuis plusieurs mois. De nombreux établissements ont été contraints de fermer leurs urgences la nuit ou en totalité durant l'été 2022 faute de moyens humains et matériels suffisant à la prise en charge correcte des patients.

Plusieurs rapports et éditoriaux ont été écrits sur ce sujet oscillant entre deux grands axes de réflexion. D'une part, le manque de lit en milieu hospitalier, le manque de personnel et l'insuffisance des salaires expliqueraient une grande partie des difficultés de fonctionnement. D'autre part, les urgences seraient encombrées par la prise en charge de soins non programmés ne relevant pas du domaine de l'urgence.

Notre étude a montré que plus de la moitié des patients se rendaient aux urgences de façon spontanée et par leurs propres moyens plutôt pendant les heures d'ouverture des cabinets médicaux. Ces patients disposaient pour la majorité d'un suivi par un médecin traitant mais 30% d'entre eux n'ont pas essayé de le joindre avant de venir.

La principale raison évoquée par les patients venus spontanément était l'urgence ressentie.

Le taux d'hospitalisation était inférieur à 30% et concernait essentiellement des personnes âgées adressées par leur médecin traitant ou par la régulation du centre 15.

La part des consultations ne relevant pas du service des urgences reste difficilement quantifiable. Il pourrait être intéressant de compléter cette étude en essayant de déterminer la proportion de patients susceptibles de pouvoir être pris en charge en médecine générale afin d'évaluer l'intérêt que pourrait apporter la création d'une maison médicale à proximité des urgences. Il serait aussi nécessaire d'estimer le taux d'acceptation de la part des patients à une réorientation depuis les urgences vers une autre structure dédiée à la prise en charge des soins non programmés.

Une étude sur le fonctionnement des cabinets libéraux du bassin briviste concernant l'organisation et la gestion des urgences ainsi que leurs moyens d'accès aux examens complémentaires pourrait également enrichir ce travail.

Les difficultés de gestion de la régulation de la demande de soins non programmés et de l'organisation de la permanence des soins ne sont pas nouvelles. Les mêmes problèmes se posaient déjà il y a plusieurs années dans la plupart des pays européens et les propositions sur ce thème étaient similaires à celles envisagées aujourd'hui en France.

Ces pistes de travail correspondent aux conclusions que l'on peut apporter à cette étude pour améliorer la prise en charge des soins non programmés dans le respect du parcours de soins.

Premièrement, la population doit être sensibilisée au parcours de soins coordonné pour une utilisation plus rationnelle des urgences. Ensuite, il semble nécessaire de renforcer la coordination des soins et la communication entre médecine de ville et hospitalière et de faciliter l'accès aux examens complémentaires à l'aide notamment des outils numériques modernes. Enfin, la mise en place d'une organisation spécifique dédiée à la prise en charge des soins non programmés associée à la participation de personnels paramédicaux doit être encouragée.

Références bibliographiques

1. Actualités de l'Urgence - APM [Internet]. SFMU. 2020 [cité 15 janv 2022]. Disponible sur: https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/la-hausse-des-passages-aux-urgences-a-ralenti-en-2019-analyse-apmnews-/new_id/66734
2. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités. Cour des comptes. 2019.
3. Martin L. Soins non programmés : un défi organisationnel. Concours Méd. 2021;(3):18-27.
4. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie: Santé Publique. 2004;Vol. 16(1):63-74.
5. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. Sénat. 2021 [cité 26 août 2021]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6857.html>
6. Braun F. Organisation de la médecine d'urgence en France. Rev Prat. 2015;65(1):34-40.
7. Définitions : urgence, urgences - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 22 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>
8. Chevillot D, Zamord T, Durieux W, Gay B. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde. Santé Publique. 2021;33(4):517-26.
9. Qu'est-ce-que le parcours de soins ? [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 12 janv 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/liberte-de-choix-et-acces-aux-soins/article/qu-est-ce-que-le-parcours-de-soins>
10. Nicodeme R, Deau X. Document de Références en MEDECINE GENERALE à l'usage des Commissions de qualification du CNOM [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2008 [cité 9 juill 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_medecine_generale_.pdf
11. La permanence et continuité des soins [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 12 janv 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/permanence-et-continuite-des-soins/article/la-permanence-et-continuite-des-soins>
12. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires [Internet]. ARS Nouvelle-Aquitaine. [cité 31 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/66428/download?inline>
13. En Corrèze, un habitant sur deux vit dans l'aire de Brive-la-Gaillarde [Internet]. Insee Analyses Nouvelle-Aquitaine. 2021 [cité 21 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5764381#tableau-figure2>
14. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil national de l'ordre des médecins [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
15. Densité de médecins généralistes libéraux [Internet]. L'Observatoire des Territoires. 2021 [cité 15 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/densite-de-medecins-generalistes-liberaux>
16. Annuaire santé d'ameli.fr [Internet]. ameli.fr. 2021 [cité 10 juill 2022]. Disponible sur: http://annuaire.sante.ameli.fr/professionnels-de-sante/recherche/liste-resultats-page-1-par_page-20-tri-aleatoire.html
17. Ferley JP, Da Silva O. Création d'une Maison Médicale de Garde à Brive-la-Gaillarde [Internet]. ORS Nouvelle-Aquitaine. 2019 [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2019/12/71.MMG_Brive.pdf
18. Activités et chiffres clés [Internet]. Centre Hospitalier de Brive. 2021 [cité 16 janv 2022]. Disponible sur: <https://ch-brive.fr/le-centre-hospitalier/competences-et->

organisation/activites-chiffres-cles/

19. Parent T, Houzé C. Recours spontanés aux urgences du Centre Hospitalier Métropole Savoie sans consultation médicale préalable: étude descriptive de la population [Thèse d'exercice : Médecine]. Université Grenoble Alpes; 2016.
20. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation [Internet]. DRESS. 2014 [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er889.pdf>
21. Âge moyen et âge médian de la population [Internet]. Insee statistique. 2022 [cité 7 août 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476>
22. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale [Internet]. DRESS : Etudes et résultats. 2003 [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er212.pdf>
23. Guernalec-Levy G. Des puéricultrices pour désengorger les urgences pédiatriques [Internet]. Gynger. 2019 [cité 11 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.gynger.fr/des-puericultrices-pour-desengorger-les-urgences-pediatriques/>
24. Demonchy D, Haas H, Gillet Vittori L, Montaudie I, Piccini-Bailly C, Tran A. Un circuit court pour désengorger les services d'accueil des urgences pédiatriques. J Eur Urgences Réanimation. nov 2015;27(3):117-25.
25. Patients sans Médecin traitant, mythe ou réalité ? [Internet]. MG France. 2019 [cité 29 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/actualite/profession/2142-patients-sans-medecin-traitantmythe-ou-realite>
26. Vaillant J. Acceptation et limites de la réorientation des patients "non urgents" se présentant aux Urgences vers des structures de médecine générale [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Bordeaux; 2020.
27. Mandelberg J, Kuhn R, Kohn M. Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users. Acad Emerg Med. 2000;7(6):637-46.
28. Parcours de soins coordonnés [Internet]. Solidarité-santé.gouv. 2009 [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-3.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000062d84df855a553c25c3c970e55dbd6a269c17bd5863ba6a664c0a1217b8be6f085cf9d833143000bae08f464a29e7ba53dda213ba6e3854c59b306fc1ccd2407400af2ed9e5cbcd631d53bf212c1ee09b561ab4c6b4e7ef
29. Casanova L. Devenir des patients en fonction du mode de recours dans les urgences de Gironde [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Bordeaux; 2018.
30. Morcant F. Etat des lieux des consultations aux urgences du centre hospitalier d'Abbeville relevant de la médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. Jules Verne Amiens; 2015 [cité 12 juin 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01283954/document>
31. Forfait patient urgences (FPU) [Internet]. ameli.fr. 2022 [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/forfait-patient-urgences-fpu>
32. Minost J. Quel est l'impact de l'absence de médecin traitant sur les recours aux urgences ? [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Paris Diderot; 2009.
33. Billemont M, Kansao, Allo J, Meyniard O, Vignaux J, Pourriat J. Evaluation du recours au service d'accueil des urgences du groupe hospitalier Cochin-Port Royal, à partir de 245 consultations spontanées. J Eur Urgences. 2008;3(21):91-2.
34. Des mesures pour les urgences [Internet]. Ministère de la Santé. 2022 [cité 4 août 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/des-mesures-pour-les-urgences>
35. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-communautés-professionnelles-territoriales-de-santé>
36. Service d'accès aux soins (SAS) : la garantie d'un accès aux soins partout et à toute heure [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 31 mai 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/article/service-d-acces-aux-soins-garantie-d-un-acces-aux-soins-partout-a-toute-heure>

37. Tensions aux urgences : l'ARS Nouvelle-Aquitaine travaille activement en lien étroit avec les établissements de santé pour en limiter les impacts du 17 mai 2022 [Internet]. ARS Nouvelle-Aquitaine. 2022 [cité 31 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/communique-de-presse-tensions-aux-urgences-lars-nouvelle-aquitaine-travaille-activement-en-lien>
38. Le triage en structure des urgences Recommandations formalisées d'experts [Internet]. SFMU. 2013 [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: https://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf
39. SAMU urgences de france. Organisation de la médecine d'urgence en France, un défi pour l'avenir. Les propositions de SAMU urgences de France [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
40. Guérin P. SOS Médecins dans la permanence des soins ambulatoires (PDSA) [Internet]. SOS MÉDECINS. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://sosmedecins-france.fr/actualite/sos-medecins-dans-la-permanence-des-soins-ambulatoires-pdsa/>
41. Sorcinelli J. Etat des lieux des consultations spontanées au Service d'Accueil des Urgences en 2017: devenir des patients et évaluation des recours.
42. Charrondiere H. Des pharmacies bretonnes expérimentent l'orientation des patients et la dispensation protocolisée [Internet]. Les Echos Etudes. 2021 [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.lesechos-etudes.fr/blog/actualites-21/des-pharmacies-bretonnes-experimentent-lorientation-des-patients-et-la-dispensation-protocolisee-9989>
43. Bouniort L. Venues spontanées aux urgences du centre hospitalier d'Angoulême pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecine générale : déterminants, pertinence et orientation [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Poitiers; 2012.
44. Wargon M. Hôpital : un chef-d'oeuvre en péril. Paris: Fayard; 2022. 177 p.
45. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. Régulation de la demande de soins non programmés en Europe. Comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède. Rev Fr Aff Soc. 2006;(2-3):91-119.
46. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022 [cité 11 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
47. Infirmier en pratique avancée, mention urgences [Internet]. SNPI. 2021 [cité 11 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.syndicat-infirmier.com/Infirmier-en-pratique-avancee-mention-urgences.html>
48. Renaud A. Les premiers infirmiers en pratique avancée « urgences » : cinq mousquetaires sur le terrain [Internet]. Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession. 2022 [cité 11 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.actusoins.com/365267/les-premiers-infirmiers-en-pratique-avancee-urgences-cinq-mousquetaires-sur-le-terrain.html>

Annexes

| | |
|---|----|
| Annexe 1. Echelle FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital Triage | 78 |
| Annexe 2. Note d'information adressée aux patients préalablement à l'inclusion dans l'étude | 79 |
| Annexe 3. Tableau de recueil des informations à l'accueil des urgences | 80 |
| Annexe 4. Note d'information adressée aux IDE | 81 |

Annexe 1. Echelle FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital Triage

FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

DESCRIPTION GENERALE DES TRIS

| Tri | Situation | Risque d'aggravation | Perte de chance en cas d'attente | Actes hospitaliers prévisibles | Hospitalisation prévisible | Actions | Délais d'intervention | Installation |
|-----|--|----------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------|---|--|---|
| 1 | Détresse vitale majeure | Dans les min | ++++ | ≥ 5 | ≥ 90% | Support d'une ou des fonctions vitales | Sans délai (IDE et Médecin) | SAUV |
| 2 | Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère* | Dans l'heure | +++ | ≥ 5 | ≥ 80% | Traitement de l'organe ou lésion traumatique | Infirmière < 10 min Médecin < 20 min | SAUV ou Box |
| 3A | Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable Comorbidité(s) lourde(s) ou patient adressé** | Dans les 24 h | ++ | ≥ 3 | ≥ 50% | Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement | Médecin < 60 min, puis IDE si besoin | Box ou SAUV ou salle d'attente |
| 3B | Idem Tri 3A Patient sans comorbidité lourde | Dans les 24 h | + | ≥ 3 | ≥ 30% | Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement | Médecin < 90 min, puis IDE si besoin | Box ou salle d'attente |
| 4 | Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable | Non | 0 | 1 ou 2 | ≥ 10% | Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée | Médecin < 120 min, puis IDE si besoin | Box ou salle d'attente |
| 5 | pas d'atteinte fonctionnel ou lésionnelle évidente | Non | 0 | 0 | | pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique | Médecin < 240 min | Box ou salle d'attente ou maison médicale de garde |

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

** patient adressé par médecin le jour même aux urgences

Source : SFMU

Annexe 2. Note d'information adressée aux patients préalablement à l'inclusion dans l'étude

Information dans le cadre de la participation à une recherche pour une thèse de médecine générale

Dans le cadre de l'obtention d'une thèse de médecine générale, Morgane Le Ho (interne) réalise une étude dirigée par le Dr Chedaille sur le parcours de soin de patients pris en charge aux urgences de Brive.

L'objectif de cette étude est d'analyser les recours aux urgences des patients en vue de proposer des solutions pour améliorer le parcours de soin des patients pris en charge aux urgences.

Les personnes concernées par cette recherche sont toutes les personnes prises en charges aux urgences de Brive entre le 01/10/21 et le 07/10/21.

La participation à cette enquête est facultative. La non réponse aux questions n'entraîne aucune conséquence.

Les données collectées demeureront strictement confidentielles et ne sont consultables que par le chercheur et le directeur de la recherche.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données (v. cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits). Les données collectées seront conservées pendant 2 ans.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans le cadre de cette enquête, vous pouvez contacter la déléguée à la protection des données par voie électronique : dpd@unilim.fr ou par courrier postal à l'adresse de l'Université de Limoges.

Annexe 3. Tableau de recueil des informations à l'accueil des urgences

| Etiquette | Médecin traitant | Transport | Adressé par | <u>SI</u> venue spontanée : pourquoi ? |
|-----------|--|---|---|---|
| | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Personnel <input type="checkbox"/> Pompiers <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> SMUR <input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> | Médecin traitant <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> Venue spontanée <input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> | MT non disponible <input type="checkbox"/> N'a pas essayé de joindre le MT <input type="checkbox"/> Sensation d'urgence ressentie par le patient <input type="checkbox"/> N'a pas de MT <input type="checkbox"/> |
| | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Personnel <input type="checkbox"/> Pompiers <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> SMUR <input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> | Médecin traitant <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> Venue spontanée <input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> | MT non disponible <input type="checkbox"/> N'a pas essayé de joindre le MT <input type="checkbox"/> Sensation d'urgence ressentie par le patient <input type="checkbox"/> N'a pas de MT <input type="checkbox"/> |
| | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Personnel <input type="checkbox"/> Pompiers <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> SMUR <input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> | Médecin traitant <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> Venue spontanée <input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> | MT non disponible <input type="checkbox"/> N'a pas essayé de joindre le MT <input type="checkbox"/> Sensation d'urgence ressentie par le patient <input type="checkbox"/> N'a pas de MT <input type="checkbox"/> |
| | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Personnel <input type="checkbox"/> Pompiers <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> SMUR <input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> | Médecin traitant <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> Venue spontanée <input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> | MT non disponible <input type="checkbox"/> N'a pas essayé de joindre le MT <input type="checkbox"/> Sensation d'urgence ressentie par le patient <input type="checkbox"/> N'a pas de MT <input type="checkbox"/> |

Annexe 4. Note d'information adressée aux IDE

Thèse Morgane Le Ho

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse visant à étudier le moyen de recours aux urgences des patients, quelques données à recueillir à l'accueil des urgences me sont nécessaires.

Ce recueil aura lieu sur 7 jours consécutifs, votre aide me sera précieuse et je vous en serai très reconnaissante.

Pour tout patient pris en charge, je vous demande de remplir le cahier comme suit après recueil oral du consentement du patient :

1. Coller son étiquette
2. Demander s'il a un médecin traitant
3. Demander le moyen de venue : moyen personnel, VSL / ambulance, pompier, SMUR ou police
4. Demander s'il a été adressé aux urgences par un médecin, le 15 ou s'il est **venu spontanément**
5. **Si venue spontanée** => demander la raison de la venue aux urgences : sensation d'urgence ou défaut de médecin traitant (n'en a pas ou n'a pas pu avoir de rdv)

Merci pour tout,
Morgane LE HO

Pour toute question ou remarque, n'hésitez pas à m'appeler ou à m'écrire

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Etat des lieux des recours et devenir des patients pris en charge aux urgences : étude prospective au centre hospitalier de Brive-la-Gaillarde

Introduction : Le phénomène d'engorgement des urgences constitue un enjeu de santé publique. Le nombre de consultations a doublé en 20 ans et cette hausse semble parallèle à la multiplication des « consultations non programmées ». L'objectif de cette étude était de décrire le parcours de soins et le devenir des patients pris en charge aux urgences afin de proposer des solutions pour que perdure notre système de soins. **Méthode** : Nous avons réalisé une étude observationnelle, prospective, monocentrique aux urgences du centre hospitalier de Brive la Gaillarde entre le 1 et le 7 octobre 2021. **Résultats** : Les données ont été analysées pour 71% des personnes ayant consulté. La classe d'âge la plus représentée concernait les moins de 30 ans. La majorité des patients sont venus par leurs propres moyens, sans avis médical préalable pour une urgence ressentie. 80% étaient suivis par un médecin traitant. Moins de 15% des consultations spontanées faisaient suite à l'indisponibilité du médecin généraliste. Les patients ont consulté plutôt pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux entre 8h et 20h. 70% ont bénéficié d'examen complémentaires et 30% ont été hospitalisés. 80% des hospitalisés ont été adressés par le 15 ou leur médecin traitant. **Conclusion** : Le renforcement de l'éducation des patients concernant le parcours de soins coordonnés et la mise en place d'une organisation spécifique dédiée à la prise en charge des soins non programmés font partie des solutions à envisager.

Mots-clés : urgences, consultations non programmées, parcours de soins

Review of medical care and future needs of Accident and Emergency (A & E) patients : prospective study of the hospital in Brive-la-Gaillarde

Introduction : The phenomenon of saturating the Accident and Emergency (A & E) department entails a danger to public health. The number of consultations has doubled over the last twenty years and this rise has coincided with the increase in the number of « unscheduled consultations ». The aim of this study is to analyse the health care program and experiences of the patients admitted to emergency units in order to provide a long lasting healthcare service. **Method** : We carried out an observational and prospective study based on the A & E of the main hospital in Brive-la-Gaillarde between the 1st and 7th October 2021. **Results** : The data analysed was based on 71 % of A & E patients who had been consulted. The majority of the patients represented in the study were aged under 30. Most patients arrived by their own means of transport and with no medical prescription for an emergency consultation. 80 % of these patients were followed by a General Practitioner (G.P.). Just under 15% of unscheduled consultations were due to the unavailability of the patient's G.P. The patients tended to consult during office hours of medical practices from 8 a.m. to 8 p.m. 70 % of patients benefitted from further consultations and 30 % were hospitalized. 80 % of those hospitalized had been admitted following a 15 call or through their G.P. **Conclusion** : The strengthening of the patients' education with regards the coordinated healthcare and the setting up of an organization dedicated specifically to unscheduled healthcare are areas that need to be addressed.

Keywords : Accident and Emergency department, unscheduled consultations, coordinated healthcare

