

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 14 novembre 2017 à Poitiers
par Frédéric JARRY

**Recours au Service d'Accueil des Urgences adultes du CHU de Poitiers par les
médecins généralistes**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

Madame le Professeur Virginie MIGEOT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Stevens PRINEAU

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Recours au Service d'Accueil des Urgences adultes du CHU de Poitiers par les médecins généralistes

A Monsieur Le Professeur Olivier MIMOZ,

J'ai été très sensible au fait que vous m'ayez fait l'honneur de présider mon jury de thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma plus sincère reconnaissance.

A Monsieur Le Professeur Marc PACCALIN,

Je considère comme un honneur que vous ayez accepté de porter un jugement sur ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude la plus profonde.

A Madame Le Professeur Virginie MIGEOT,

J'ai été très touché du fait que vous ayez accepté de lire et de juger ce travail et je vous prie de trouver ici l'expression de mon entière gratitude.

Au Dr Stevens PRINEAU et à son épouse Bénédicte.

Cher ami, nous nous connaissons depuis bien longtemps et j'ai été très touché
que tu aies accepté d'être mon directeur de thèse. Je te remercie de ta
gentillesse et de l'aide précieuse que tu m'as constamment dispensée toutes
ces années.

Je te remercie également de la masse de burgers Quick que tu n'as jamais
oublié de m'offrir.

Un grand merci à toi Bénédicte pour ta gentillesse que tu m'as toujours
montrée.

Au Dr Eloi PIKETTY

Que mon tuteur, mon ami et futur associé veuille bien croire à toute ma
reconnaissance. Merci de m'avoir soutenu durant tout l'internat, d'avoir été
présent et disponible à tout moment. Je suis fier et honoré de pouvoir travailler
avec le meilleur tuteur de la faculté de médecine de Poitiers.

Au Dr Franck JOSEPH THEODORE

Je te remercie, mon ami et futur associé, pour ta sympathie, tes conseils, ton aide et ta bonne humeur. J'ai hâte de travailler avec toi car tu as l'art de mettre une bonne ambiance partout où tu vas.

A mes parents et à ma sœur Nathalie,

merci de votre soutien, de votre amour et de votre aide.

Merci également à mes cousins de Chavagné (**famille BACONNEAU**), à la **famille JARRY** et à **ma famille au Japon** ; en particulier mon oncle **MASUI Kikuhiko**; je prie tous les jours pour ton prompt rétablissement.

Un grand merci au **Dr Emmanuel BLOTTIAUX** et au **Dr Ghislain RICHARD** pour leurs conseils qui m'ont été d'une aide précieuse. Merci de toute votre gentillesse.

Merci à mes vieux potes huit-six : PHI, Justine, Mat B, Mat J, Simon, Morgane Bear, Fabienne, Marie-A, Jurl Maud Juliette, Anne Cé, Yo et Yo, Naou.

Merci à mes très vieux amis de Tokyo et Hiroshima : Satoshi, Hikimoto,

Pochi, Caro, Rafa, Babo, Laeti, Yayoi, Cécile, Ghis, Kev, Marie-Noel, Elise, Isa, Amandine, Domi, Domiko, Adama, Momoko, Béné, Angeliki, Taisuke, Guill, Lio, Tomako, Monchan, Rachel et tout le groupe, merci de votre amitié.

Merci à mes potes **le surfeur Cyril** et le **sniper Anthony**.

Merci de votre amitié.

Merci à mon pote **ingénieur automobile Charly GTI** que j'ai eu la chance de rencontrer durant l'internat. Merci pour ton soutien et ton amitié à 700 ch.

Et enfin j'ai eu la chance de rencontrer de **nouveaux amis durant l'internat**, le petit Gaëtan, la grande Celia, Etienne, Céline, Adeline, la toute petite Camille et le groupe de Saintes. Merci de votre amitié et de tous les bons moments que j'ai passés avec vous.

TABLES DES MATIERES

1. INTRODUCTION	13
2. PRE-REQUIS.....	15
<u>2.1. Les médecins généraliste</u>	<u>15</u>
2.1.1. Leurs missions.....	15
2.1.2. Etat des lieux de la médecine générale en France.....	16
2.1.3. Etat des lieux de la médecine générale dans la Nouvelle Aquitaine.....	17
2.1.4. Système santé chez le Médecin Généraliste.....	17
<u>2.2. Les services d'accueil d'urgences</u>	<u>18</u>
2.2.1. Les causes de la saturation des urgences (coté professionnels des urgences).....	19
2.2.2. Les causes de la saturation des urgences (coté patients)	21
2.2.3. Les différents services des Urgences dans la Vienne_.....	23
2.2.4. Service des Urgences du CHU de Poitiers_.....	24
3. PATIENTS, MATERIEL ET METHODE.....	27
<u>3.1. Type d'étude</u>	<u>27</u>
<u>3.2. Objectifs</u>	<u>27</u>
<u>3.3. Matériel et Méthode</u>	<u>28</u>
<u>3.4. Les critères d'inclusion et d'exclusion</u>	<u>29</u>

3.5. Analyse statistique	29
4. RÉSULTATS.....	30
4.1. <u>Caractéristiques des patients consultant au SAU du CHU de Poitiers.....</u>	30
4.2. <u>Caractéristiques générales des patients consultant au SAU du CHU de Poitiers</u>	31
4.3. <u>Devenir des patients</u>	31
4.4. <u>Les patients adressés par le médecin généraliste</u>	32
4.5. <u>Motifs de recours au SAU des médecins généralistes</u>	32
4.5.1. Motifs d'entrée au SAU.....	32
4.5.2. Diagnostic d'organe.....	33
4.6. <u>Temps de passage au SAU des patients adressés par le médecin généraliste selon l'orientation</u>	34
4.7. <u>Réalisation d'examens complémentaires chez les patients adressés par les médecins généralistes</u>	36
4.7.1. Généralité.....	36
4.7.2. Type d'examens complémentaires réalisés.....	36
4.7.3. Réalisation d'examens complémentaires en fonction de l'âge.....	37
4.7.4. Réalisation d'examens complémentaires en fonction de l'orientation des patients.....	37

4.8. Orientation des patients adressés par le médecin généraliste	39
4.8.1. Généralité.....	39
4.8.2. Orientation dans un service de médecine.....	40
4.8.3. Orientation vers un service de chirurgie.....	41
4.8.4. Orientation des patients âgés d'au moins 75 ans adressés par le médecin généraliste selon le type de domicile.....	42
5. DISCUSSION.....	43
<u>5.1. Profil des patients</u>	43
5.1.1. Sexe.....	43
5.1.2. Age.....	44
<u>5.2. Motif d'entrée aux urgences</u>	44
<u>5.3. Les examens complémentaires</u>	46
<u>5.4. Orientation</u>	47
<u>5.5. Temps de passage</u>	49
<u>5.6. Particularités chez les personnes âgées d'au moins 75 ans</u>	51
<u>5.7. Biais de l'étude</u>	53
6. CONCLUSION.....	54
7. ANNEXE.....	56

7.1. Annexe n°1.....	56
7.2. Annexe n°2.....	60
8. BIBLIOGRAPHIE.....	65
9. ABREVIATIONS.....	69
10. RÉSUMÉ.....	70
11. SERMENT	71

1. INTRODUCTION

En France, au 1er janvier 2017, l'INSEE compte 66 991 000 habitants, soit une augmentation de 265 000 personnes par rapport à 2016 (correspondant à une hausse de 0,4 %). La population vieillit également¹⁰ : le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans a augmenté de 5 301 000 à 6 105 000 de 2003 à 2017, soit une augmentation de 15 %.

Parallèlement à cette augmentation et vieillissement de la population française, la demande de soins ne cesse d'augmenter alors que le nombre de médecin diminue. Cette hausse impacte tous les professionnels de santé, et donc la médecine générale et la médecine d'urgence.

Le nombre annuel de passages aux urgences ne cesse d'augmenter : en moyenne 3,5 % chaque année, soit sur la période 2003 – 2013 une augmentation de 29 %. En 2013, le volume annuel de passages dans un service d'urgences est estimé à 19,7 millions de passages correspondant à environ 50 000 passages par jour.

Au Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers, 76 544 patients ont consulté aux urgences, soit 3,7 % de plus par rapport à 2013. Cette évolution concerne tous les services d'urgence : adultes, pédiatriques, gynécologiques et obstétriques, cardiologiques et ophtalmologiques. En 2016, les urgences adultes ont enregistré 52 572 passages, soit environ 140 passages par jour.

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours. Les médecins généralistes sont ceux qui effectuent individuellement le plus grand nombre de consultations chaque jour : 22 en moyenne. En 2016, ils étaient 285 840 inscrits au Conseil de l'Ordre. Le total de consultations par jour est estimé à 2 000 000. Un tel volume fait de ces praticiens un acteur essentiel dans l'organisation des offres de soins⁸. Dans l'agenda des médecins généralistes, une consultation sur cinq est motivée par l'urgence, soit environ 35 millions de recours urgents ou non programmés. Un recours urgent ou non programmée sur 20 aboutit à une hospitalisation¹³. Une enquête menée par la DREES en 2002^{28,11} montre que 16 % des patients consultant aux urgences sont adressés par les médecins généralistes.

L'objectif de notre étude est d'analyser les patients adressés au service d'accueil des urgences adultes du CHU de Poitiers par le médecin généraliste, et leur devenir immédiat.

2. PRE-REQUIS

2.1. Les médecins généralistes

2.1.1. Leurs missions

Selon l'article L.4130-1 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), les missions du médecin généraliste de premiers recours sont les suivantes⁵ :

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoires en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi ainsi que l'éducation pour la santé,
- Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social,
- S'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients,
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge des patients,
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé,
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage,
- Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L.6314-1,
- Contribuer à l'accueil et à la formation de stagiaires de deuxième et de troisièmes cycles d'études médicales.

2.1.2. Etat des lieux de la médecine générale en France

Selon l'Atlas de la Démographie Médicale en France, 285 840 médecins sont inscrits au tableau de l'Ordre au 1er janvier 2016. 88 886 médecins généralistes exercent une activité régulière, soit une diminution de 8,4% des effectifs depuis 2007²⁹.

Les médecins généralistes vieillissent avec une moyenne d'âge de 52 ans. 27,3% sont âgés d'au moins 60 ans, tandis que les moins de 40 ans ne représentent que 16 %.

En dix ans, de 2006 à 2016, les médecins retraités enregistrent un accroissement de 87,7% de leurs effectifs tandis que le nombre d'actifs n'a augmenté, sur la même période, que de 1,2%. Les médecins généralistes sont les premiers touchés par le nombre important de départs en retraite, qui devrait se poursuivre jusqu'en 2025.

La moyenne départementale dans les régions Poitou-Charentes, Limousin, Aquitaine) de médecins généralistes en activité régulière est de 142.2 pour 100 000 habitants en 2016 avec de fortes disparités territoriales. On constate une forte implantation de généralistes dans la partie sud (la région Centre a une densité de généralistes de 111 contre 157 en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA))⁴.

Selon l'étude IRDES 2009²⁷, les généralistes déclarent travailler en moyenne entre 52 et 60 heures par semaine.

Dans le cadre libéral, en moyenne une consultation dure 16min et une visite 30min.

Le temps de travail des médecins ne cesse d'augmenter, selon DRESS 2001³³, ce temps augmente de 48h en 1992 à 51h en 2000.

2.1.3. Etat des lieux de la médecine générale dans la Nouvelle Aquitaine

Dans la Région Poitou-Charentes-Limousin-Aquitaine, la densité de médecin généralistes est de 142.2/100 000 habitants en 2016 soit 10 % de moins par rapport à 2007. Cette diminution traduit une pénurie de médecin généraliste dans notre région.

La région Poitou-Charentes-Limousin-Aquitaine²⁹ est constituée de 12 départements avec 5 939 377 habitants. POITIERS 87 435 habitants ont été recensé en 2014 à Poitiers. Dans la Vienne en 2016, la densité de médecins généralistes est de 143,9.

2.1.4. Système de santé chez le Médecin Généraliste

La continuité des soins en semaine est assurée de 8h à 20h et le samedi matin de 8h à 12h, soit 64h par semaine.

La permanence des soins²⁰ (PDS) en médecine ambulatoire peut se définir comme "une organisation mise en place avec les médecins libéraux afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins

non programmés exprimés par les patients. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20h à 8h, les dimanches et jours fériés et, éventuellement, le samedi après-midi."

L'organisation de la permanence des soins³ a été confiée aux agences régionales de santé (ARS) par la loi HPST (loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires).

La permanence des soins a pour objectif premier de renforcer les médecins libéraux dans leur rôle de premier recours pour la prise en charge des soins non programmés et désengorger les services d'urgences hospitalières¹⁹.

2.2. Les services d'accueil d'urgences

Les conditions minimales légales nécessaires pour l'ouverture d'un service d'accueil des urgences sont mentionnées dans le décret n° 2006-577 du 22 mai 2006⁹. Il faut une salle d'accueil préservant la confidentialité, un espace d'examen et de soins, au moins une salle d'accueil des urgences vitales comportant les moyens nécessaires à la réanimation immédiate et une unité d'hospitalisation de courte durée d'au moins 2 lits, dont la capacité est adaptée à la structure.

Depuis la création des services des urgences dans les années 60, leurs activités n'ont cessé d'augmenter. Entre 1990 à 1998, il existe une augmentation de 43%³².

Le nombre annuel de patients venant dans les services d'urgences¹⁵ de métropole française était passé de 10 millions en 1996 à 14 millions en 2003, soit une augmentation de 40%. Puis stagnation en 2004 ³⁶. En 2013, le volume annuel de passages dans un service d'urgences est estimé à 19,7 millions soit environ 50 000 passages par jour.

2.2.1. Les causes de la saturation des urgences (coté professionnel des urgences)

La direction des études du ministère de la Santé (Drees)^{16, 17, 26} a mené l'enquête en effectuant 110 entretiens auprès des professionnels des urgences, médecins ou personnel administratif, à la fois dans des zones très rurales comme la Lozère, des villes moyennes comme Avignon et de grandes agglomérations comme Lyon. Les résultats sont les suivants :

- une partie des patients ayant recours aux urgences auraient pu consulter un médecin généraliste,
- la prise en charge des personnes âgées, dont l'arrivée aux urgences est souvent attribuée à un « manque d'anticipation » et au faible nombre de médecins dans les maisons de retraite.

Le rapport du Sénat sur les urgences hospitalières N° 685 de 2016-2017³⁵ stipule que la hausse d'activité des services d'urgence viendrait de la commodité de l'accès aux services des urgences (59 % des personnes interrogées évoquent la commodité du recours aux urgences comme un motif de leur présence dans le service) et la défaillance du système de continuité des soins de ville.

Les statistiques collectées par la Drees comme par les observatoires régionaux des urgences (ORU) font apparaître que la majeure partie des passages aux urgences a lieu aux horaires d'ouverture des cabinets de ville. Selon la Cour des comptes, 43 % des passages aux urgences relèvent d'une simple consultation médicale, et 35 % auraient pu obtenir une réponse auprès d'un médecin généraliste. La conclusion donnée est que la médecine de ville peut et doit prendre sa part des soins non programmés non pas seulement dans le but de désengorger les urgences, mais avant tout afin d'améliorer le parcours et le suivi des patients.

Les propositions données à la manière de donner aux professionnels de ville les moyens d'assurer leurs missions tant de continuité que de PDS (permanence des soins) sont les suivantes :

- par la généralisation de bonnes pratiques existant dans certains établissements de santé (exemple= Proposition n°5 : Développer les services de gériatrie aigüe dans les établissements de santé et, chaque fois que cela est possible et pertinent, favoriser l'admission directe des personnes âgées dans ces services sans passer par les urgences.)

- améliorer la coordination entre la médecine d'urgence hospitalière et la prise en charge des soins non programmés en ville (Elargir les horaires de la permanence des soins ambulatoires au samedi matin, Renforcer le maillage du territoire en centres de santé, renforcer l'information des patients sur les acteurs de la permanence et de la continuité des soins, expérimenter une exonération totale du ticket modérateur pour l'ensemble des patients s'adressant à un professionnel de ville aux horaires de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), Généraliser le tiers-payant intégral dans l'ensemble des maisons médicales de garde (MMG), créer une lettre clé spécifique pour les consultations non programmées prises en charge par les médecins libéraux)

Et également, en renforçant la qualité de la régulation médicale.

2.2.2. Les causes de la saturation des urgences (coté patients)

Les urgences sont devenues un pivot de l'organisation sanitaire. Opérant à l'interface entre médecine de ville en l'occurrence la médecine générale et l'hôpital⁶.

Les services d'urgences hospitalières ont vu leur nombre de patients augmenter de manière continue dans les années 1990, portant le nombre total de passages à 14 000 000 par an en 2004. C'est le double par rapport à l'année 1990⁴². Les hypothèses évoquées sont les suivantes :

- leur disponibilité 24h/24h 7j/7

- un faible prix d'une simple consultation
- un avis médical pour des problèmes de santé mineurs
- problèmes sociaux
- problèmes psychologiques
- une bonne image de professionnalisme et de technicité
- consultation pour recherche d'un simple avis

Selon des études en 2004 basées sur des entretiens auprès de 100 médecins exerçant en Midi-Pyrénées¹², les patients consulteraient les SAU devant une réponse rapide, rassurante, de qualité, complète et le moins cher possible revendiqué par les patients.

Une étude effectuée en 2009 aux Urgences hospitalières de NANTERRE³⁸ montre que seuls 11% des patients ont essayé de joindre leur médecin traitant avant de prendre la décision de venir consulter aux urgences.

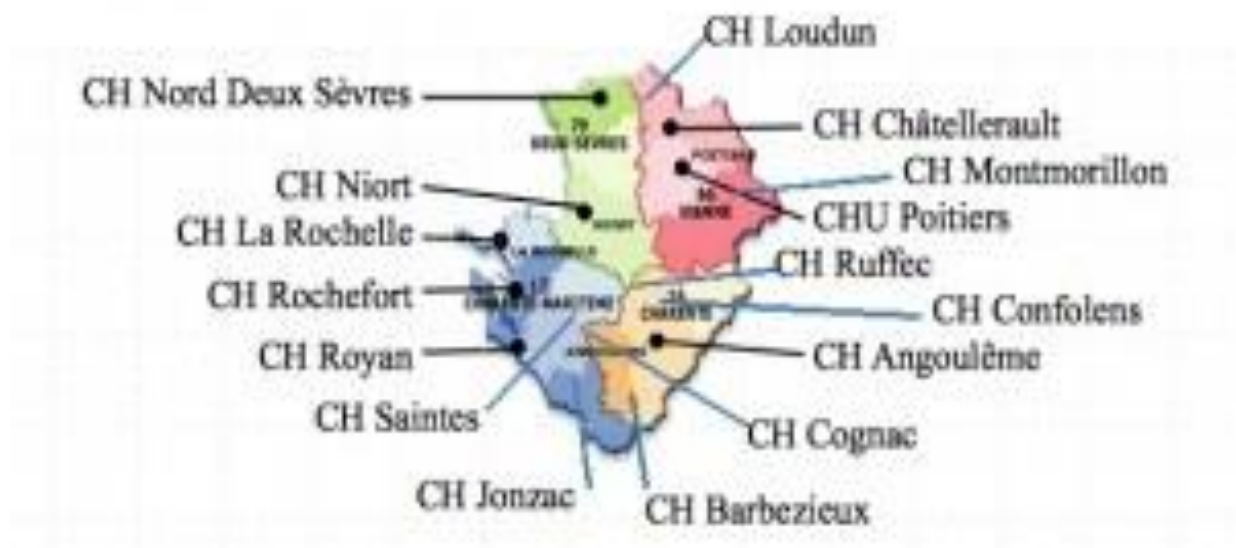
De plus la perception de notion d'urgence varie entre les médecins et les patients. Selon une enquête de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne³⁷, la demande de soins non programmés représenterait 56 % de l'activité des médecins généralistes libéraux alors que l'activité dans le cadre de l'urgence vraie n'en représenterait que 9 %.

La pénurie des médecins généralistes, l'augmentation de son temps de travail hebdomadaire donc difficulté d'obtenir un rendez-vous, la facilité d'accès au service des urgences et son attractivité peuvent être à l'origine de l'afflux de patients aux Urgences.

2.2.3. Les différents services des Urgences dans la Vienne

Les services d'accueil des urgences de la Vienne sont répartis en quatre sites distincts :

- CHU La Milétrie à Poitiers,
- Centre Hospitalier Camille Guérin à Chatellerault,
- Centre Hospitalier Theophrasie Renaudot à Loudun,
- Centre Hospitalier de Montmorillon.



Carte n°1 - Répartition des Services d'Accueil des Urgences de la région Poitou-Charentes (en rose)²³

2.2.4. Service des Urgences du CHU de Poitiers

Le service des urgences du CHU de Poitiers est composé de 5 services d'accueil avec le service d'accueil des urgences (SAU) pédiatriques, cardiologique, obstétricales / gynécologiques, ophtalmologiques et enfin le SAU adultes dont nous nous intéressons.

Le SAU Adulte de Poitiers reçoivent en moyenne 140 patients par jour².

Le SAU adultes est composé de plusieurs filières. Selon le motif d'entrée et la gravité, le patient est orienté soit à la filière médico-chirurgicale traditionnelle, à la filière courte (activité de consultation, traumatologie légère), la salle d'accueil des urgences vitales ou l'unité d'hospitalisation de courte durée.

Cette orientation des patients est réalisée dès son entrée par une infirmière et / ou un médecin d'accueil et d'orientation (MAO) selon la classification CCMU. C'est une étape primordiale pour apprécier la gravité de chacun entrant pour gérer l'accès aux différentes filières (annexe n°1).

CCMU 1	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
CCMU 2	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences
CCMU 3	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
CCMU 4	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.
CCMU 5	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

Schéma n°1 - Classification Clinique des Malades des Urgences modifiés.

- La filière courte concerne la traumatologie légère ou des pathologies bénignes pouvant nécessiter d'examens rapides (radiographie, test d'urine, ECG, glycémie). Une infirmière, un interne et un médecin urgentiste y sont dédiés.
- Les patients nécessitant des soins lourds d'urgence sont admis dans la filière médico-chirurgicale qui comprend 14 salles d'examen, une salle de suture et une salle de plâtre.
- Les patients nécessitant des soins d'extrême urgence sont admis dans le service d'accueil des urgences vitales (SAUV) immédiatement par un accès particulier pour les patients accompagnés par le SMUR ou les pompiers médicalisés (polytraumatisés, état de choc, insuffisance respiratoire aiguë). Il possède 4 salles de déchoquage qui permettent à l'équipe de la SAUV de réaliser les

premiers soins urgents, 8 boxes et 2 lits dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Les patients nécessitant une surveillance particulière sont hospitalisés dans ce secteur pendant 24h maximum en général avant d'être réorientés ou de retourner à domicile. La surveillance psycho-sociale en lien avec l'équipe de l'unité d'aide médico-psychologique (UAMP) est également effectuée dans ce secteur.

3. PATIENTS, MATERIEL ET METHODE

3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, observationnelle et monocentrique, avec une analyse prospective des données.

Tous les patients adressés au Service d'Accueil des Urgences Adultes du CHU de Poitiers par des médecins généralistes ont été retenus du 1^{er} mars au 7 juillet 2017 afin d'obtenir 1000 patients.

3.2. Objectifs

L'objectif principal est de faire une analyse descriptive des patients adressés au SAU du CHU de Poitiers entre le 1^{er} mars et le 7 juillet 2017.

Le critère de jugement principal est le taux d'hospitalisation de ces patients.

L'objectif secondaire est de décrire la prise en charge des patients adressés par leur médecin généraliste au sein du SAU du CHU de Poitiers.

3.3. Matériel et Méthode

Le recrutement des patients a été réalisé à l'aide du logiciel informatique RésUrgences, utilisés au sein du SAU.

Les critères de recherche étaient les suivants :

- parmi les patients ayant consultés au SAU adulte du CHU de Poitiers,
- information IAO avec circonstance : envoi médecin extérieur,
- sur la période du 1^{er} mars au 7 juillet 2017.

Les données recueillies sont les suivantes :

- identité,
- âge,
- sexe,
- lieu de domicile,
- motif d'entrée,
- hospitalisation ou non hospitalisation,
- service d'hospitalisation,
- temps de passage,
- examens complémentaires réalisés,
- diagnostic principal.

3.4. Les critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Les patients adressés par des médecins généralistes,
- patients d'au moins de 15 ans et 3 mois,
- pris en charge au SAU adulte du CHU de Poitiers.

Par médecin généralistes j'entends médecins généralistes non hospitaliers, thésés ou non, installés ou non, remplaçants et médecins adjoints y compris.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- patients non adressés par les médecins généralistes,
- patients non pris en charge par le SAU adultes.

3.5. Analyse statistique

La saisie des données et l'analyse statistique ont été réalisées à l'aide du logiciel Excel et de biostaTGV pour les calculs de Chi2 et le test de Student.

4. RESULTATS

4.1. Caractéristiques des patients consultant au SAU du CHU de Poitiers

Du 1er mars au 7 juillet 2017, parmi les 19 246 patients ayant consulté au SAU du CHU de Poitiers, 1000 ont été adressés par des médecins généralistes.

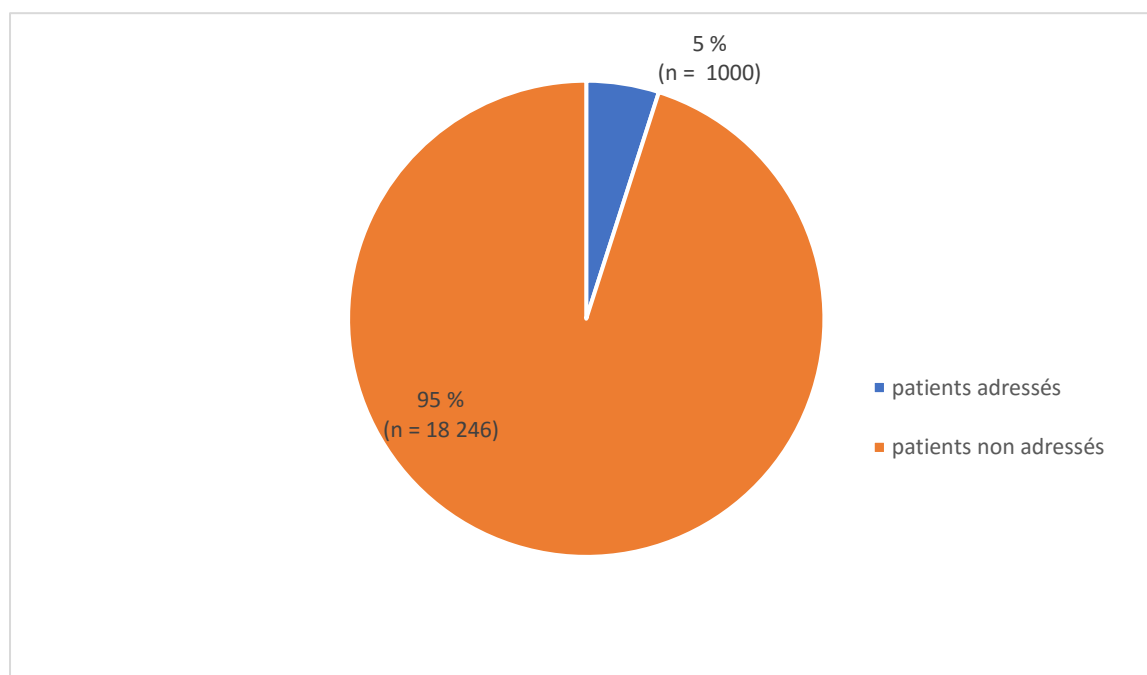


Schéma n°2 - Proportions de patients adressés par des médecins généralistes

4.2. Caractéristiques générales des patients consultant au SAU du CHU de Poitiers

Les caractéristiques des patients consultant au SAU sont reportés dans le tableau du schéma n°3, en différenciant les patients adressés ou non par leur médecin traitant.

Patient	Consultant au SAU N=19246	Adressé par médecin traitant N=1000	Non adressé par médecin traitant N=18246
<u>Sexe</u>			
Masculin	10129 (53 %)	481 (48 %)	9641 (53 %)
Féminin	9112 (47 %)	519 (52 %)	8600 (47 %)
Inconnu	5	0	5
<u>Age (ans)</u>			
Maximal	117	103	117
Minimal	15	15	15
Moyen	49	65	48
<u>Temps de passage</u>			
	6 h 06 min	7 h 30 min	6 h 02 min

Schéma n°3= tableau comparatif des patients adressés et non adressés

4.3. Devenir des patients

Patient	Consultant au SAU N=19246	Adressé par médecin généraliste N=1000	Non adressé par médecin généraliste N=18246	p
Hospitalisation	6 776 (35 %)	601 (60 %)	6 174 (34 %)	< 0,05
Retour à domicile	12 470 (65 %)	399 (40 %)	12 072 (66 %)	

Schéma n°4 - Hospitalisation des patients consultant au SAU du CHU de Poitiers

4.4. Les patients adressés par les médecins généralistes

Patient	Adressé par médecin généraliste N=1000	Agé de moins de 75 ans N=564	Agé d'au moins 75 ans N=436
<u>Sexe</u>			
Masculin	481 (48 %)	295 (52 %)	186 (43 %)
Féminin	519 (52 %)	269 (48 %)	250 (57 %)
<u>Age (ans)</u>			
Maximal	103	74	103
Minimal	15	15	75
Moyen	65	49	85
<u>Temps de passage</u>			
Maximal	1 J 6 h 48 min	1 J 4 h 45 min	1 J 6 h 48 min
Minimal	15 min	15 min	40 min
Moyen	7 h 30 min	6 h 45 min	8 h 28 min

Schéma n°5 – Caractéristiques générales des patients adressés par des médecins généralistes.

4.5. Motifs de recours au SAU des médecins généralistes

4.5.1 Motifs d'entrée au SAU

Parmi les patients adressés par les médecins généralistes, les motifs ou suspicion les plus fréquents sont renseignés dans l'histogramme suivant.

Certains termes regroupent plusieurs pathologies ou symptômes. Par exemple, les pathologies cardiovasculaires regroupent la douleur thoracique, la décompensation cardiaque, l'embolie pulmonaire ou les troubles du rythme.

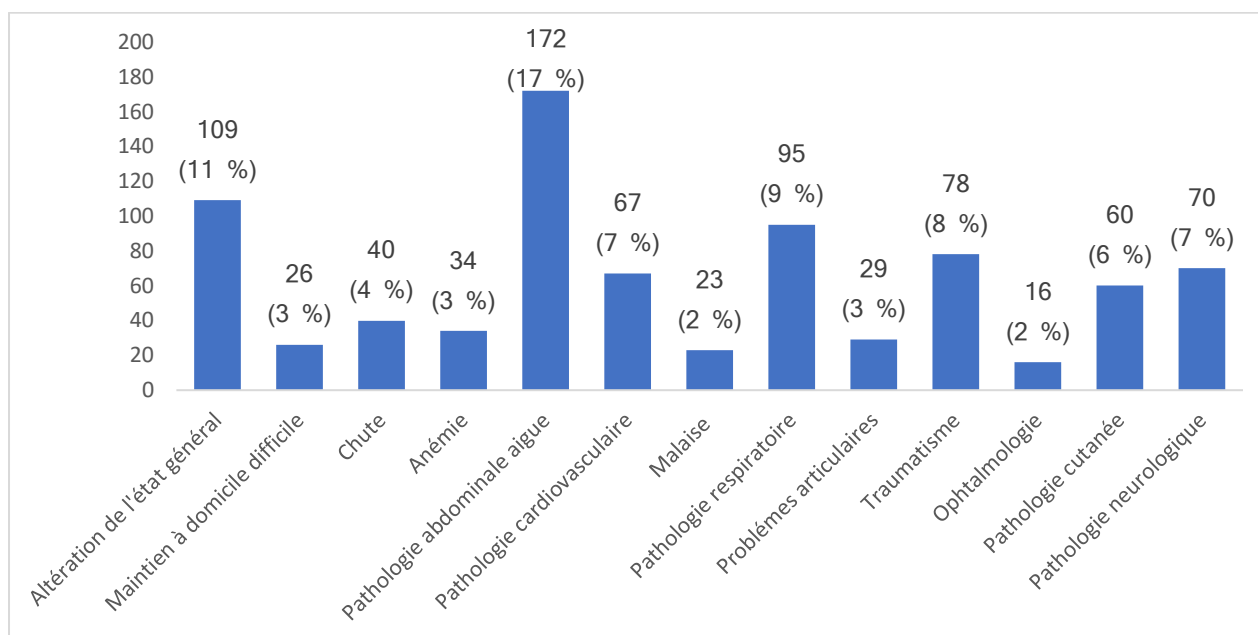


Schéma n°6 – Motifs d'entrée des patients adressés par le médecin généraliste.

4.5.2. Diagnostic d'organe

Les différents termes traduisant un symptôme, un problème social, ou une pathologie sont souvent utilisés de façon combinée pour le même patient. Il est donc difficile de classer de façon certaine un patient dans une case bien définie. Par exemple, un patient âgé adressé pour un problème de maintien à domicile peut être en rapport à une déshydratation liée à des troubles digestifs se compliquant d'une insuffisance rénale aiguë fonctionnelle. Le diagnostic principal peut être une gastroentérite aiguë associé à plusieurs diagnostics secondaires : altération de l'état général, problème de maintien à domicile, déshydratation et insuffisance rénale aiguë. L'orientation de ce patient va être l'unité gériatrique aiguë alors que le diagnostic principal est en rapport avec

l'hépto-gastro-entérologie. Nous avons donc décider d'utiliser le diagnostic principal notifié dans ResUrgences pour chaque patient adressé par le médecin généraliste afin de pouvoir dresser une statistique des motifs de recours par pathologie d'organe.

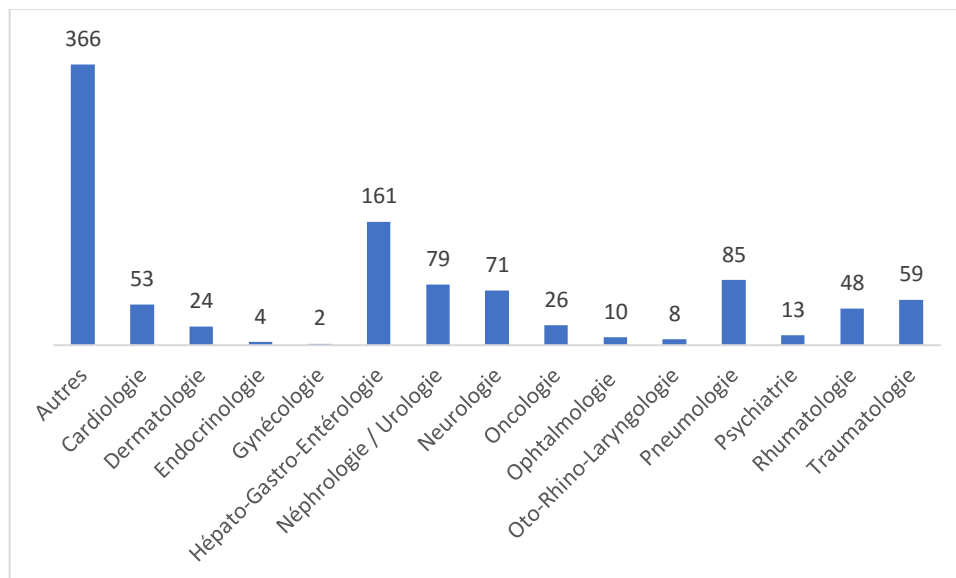


Schéma N°7 - Motifs de recours aux urgences.

Le motif d'entrée « autres » concernent les patients dont le diagnostic d'organe n'a pas eu lieu dans aux urgences. Par exemple les diagnostics comme fièvre, asthénie, diarrhée ...

4.6. Temps de passage au SAU des patients adressés par le médecin généraliste selon l'orientation

Il s'agit de la durée depuis l'entrée administrative du patient jusqu'à la conclusion du dossier (retour à domicile, hospitalisation, transfert dans un autre hôpital, sorti contre avis médical...).

Temps de passage	Patients adressés par le médecin généraliste N=1000	Patients hospitalisés N=601	Patients non hospitalisés N=399
Maximale	1 j 6 h 48 min	1 j 3 h 05 min	1 j 6 h 48 min
Minimale	15 min	15 min	18 min
Moyenne (écart-type)	7 h 30 min (4 h 23 min)	8 h 29 min (4 h 21 min)	5 h 30 min (3 h 39 min)

Schéma n°8 - Temps de passage chez les patients hospitalisés et non hospitalisés adressés par les médecins généralistes.

4.7. Réalisation d'examens complémentaires chez les patients adressés par les médecins généralistes

4.7.1 Généralité

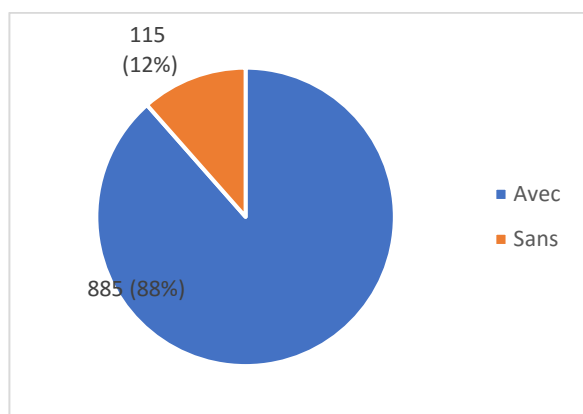


Schéma n°9 - Taux de patients ayant bénéficiés d'au moins un examen complémentaire parmi ceux adressés par des médecins généralistes.

4.7.2 Type d'examens complémentaires réalisés

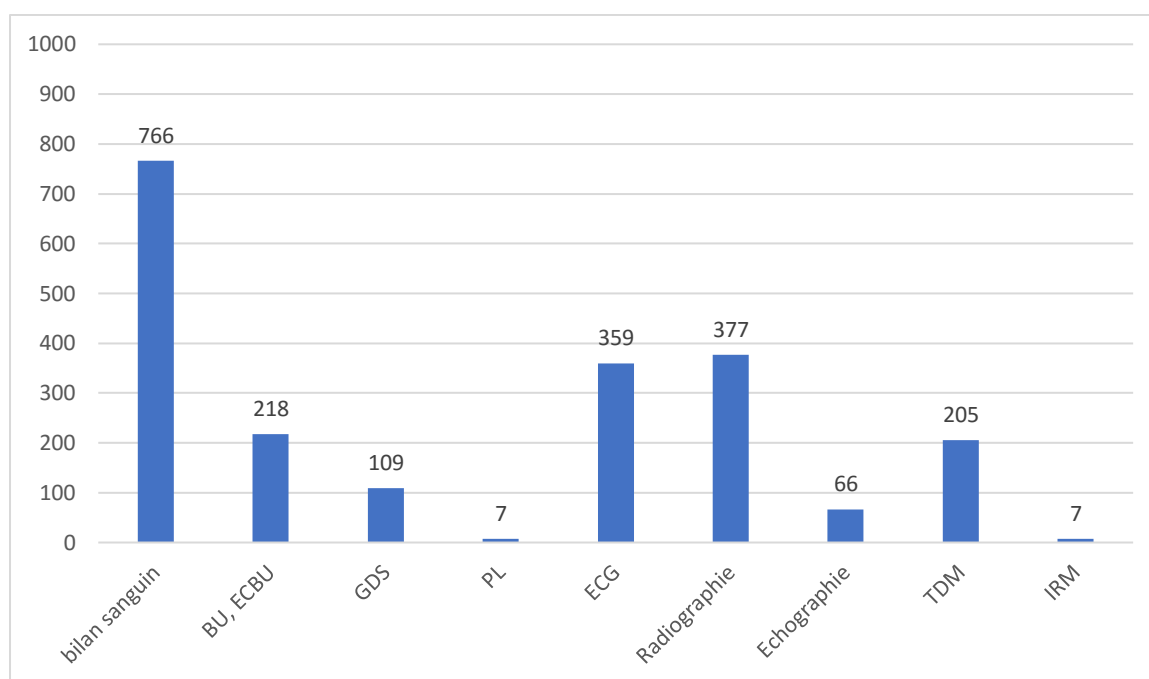
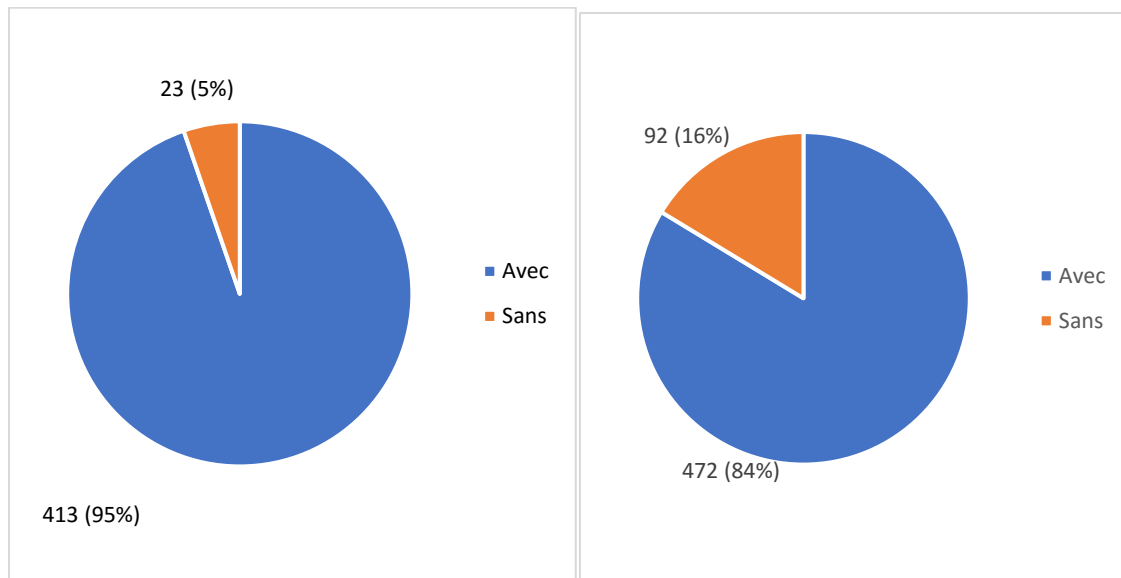


Schéma N°10 - Examens complémentaires chez la totalité des patients adressés par les médecins généralistes.

4.7.3 Réalisation d'examens complémentaires en fonction de l'âge



Patient ayant au moins 75ans

Patient <75ans Schéma

n°11 - Examens complémentaires chez les patients adressés par le médecin généraliste en fonction de l'âge.

4.7.4. Réalisation d'examens complémentaires en fonction de l'orientation des patients

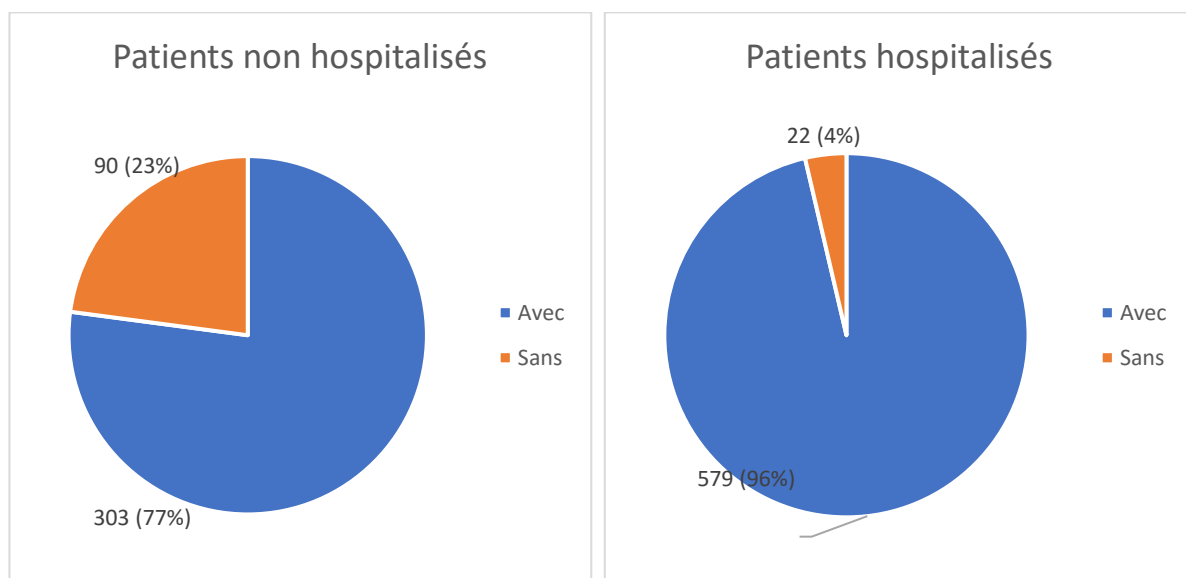


Schéma n°12 - Examens complémentaires chez les patients hospitalisés et non hospitalisés.

Parmi les 90 patients non hospitalisés et sans examens complémentaires :

- 30 patients ont été programmé en consultations externes ou en chirurgie ambulatoire,
- 20 patients ont bénéficié d'un geste technique (suture, botte plâtrée, sonde gastrostomie percutanée bouché ...).

4.8. Orientation des patients adressés par le médecin généraliste

4.8.1 Généralité

Orientation	Patient adressé par médecin généraliste N = 1 000	Agé de moins de 75 ans N = 564	Agé d'au moins de 75 ans N = 436
<u>Hospitalisation</u>	601 (60 %)	270 (48 %)	331 (76 %)
Service de Médecine	440 (44 %)	169 (30 %)	271 (62.2 %)
Service de Chirurgie	81 (8 %)	54 (9,5 %)	27 (6.2 %)
Service de Gynécologie-Obstétrique	3 (0,3 %)	3 (0,5 %)	0
Unité d'Hospitalisation de Courte Durée	54 (5,4 %)	27 (5 %)	27 (6.2 %)
Service de Réanimation	9 (1 %)	7 (1 %)	2 (0,5 %)
Service de Psychiatrie	13 (1,3 %)	10 (2 %)	3 (0,7 %)
<u>Retour à domicile</u>	393 (39 %)	289 (51 %)	104 (24 %)
<u>Sortie contre avis médical</u>	6	5 (1 %)	1
<u>Transfert externe</u>	1	0	1(0.2%)

Schéma n°13 - Orientation des patients adressés par des médecins généralistes selon leur âge.

4.8.2 Orientation dans un service de médecine

Service d'hospitalisation	Patients adressés par Médecin généraliste Total=440	Moins de 75ans Total= 169	Au moins 75 ans Total= 271
Gériatrie	165	3	162
Cardio-gériatrie	4	0	4
Ortho-gériatrie	1	0	1
Neurologie	49	24	25
Hépatogastro-entérologie	46	25	21
Médecine interne	36	27	9
Pneumologie	33	19	14
Maladie infectieuse	30	21	9
Rhumatologie	19	13	6
Oncologie	19	16	3
Cardiologie	14	5	9
Dermatologie	10	6	4
Endocrinologie	5	4	1
Hématologie	4	3	1
Néphrologie	3	2	1
Soins palliatifs	2	1	1

Schéma n°14 - Orientation des patients adressés par des MG dans des services de médecine selon leur âge.

Parmi les services d'hospitalisations, les 3 principaux services médicaux où les patients adressés par des médecins généralistes sont les plus hospitalisés sont dans l'ordre décroissant=

- Le service de gériatrie (28 %)
- Le service de neurologie (8 %)
- Le service Hépatogastro-Entérologie (8 %)

A noter que 3 patients de moins de 75 ans ont été hospitalisés en gériatrie. Il s'agit de patients classés en groupes iso-ressources (GIR) 1 ou 2 c'est-à-dire avec une dépendance totale, dont la prise en charge est plus adaptée dans un service de gériatrie.

4.8.3. Orientation vers un service de chirurgie

Service d'hospitalisation	Patients adressés par médecin généraliste Total=81	< 75 ans Total= 54	Au moins 75 ans Total= 27
Viscérale	41	33	8
Urologie	15	6	9
Orthopédie	10	5	5
Vasculaire	6	3	3
Unité rachis	3	3	0
ORL	3	3	0
Plastique	1	1	0
Ophtalmologie	1	0	1
Neurochirurgie	1	0	1

Schéma n°15 - Orientation des patients adressés par des MG dans des services de chirurgie selon leur âge.

Parmi les services d'hospitalisations, les 2 principaux services chirurgicaux où les patients adressés par des médecins généralistes sont les plus hospitalisés sont dans l'ordre décroissant :

- service de chirurgie viscérale (7 %),
- service d'urologie (2 %),
- service d'orthopédie (2 %).

4.8.4. Orientation des patients âgés d'au moins 75 ans adressés par les médecins généralistes selon le type de domicile

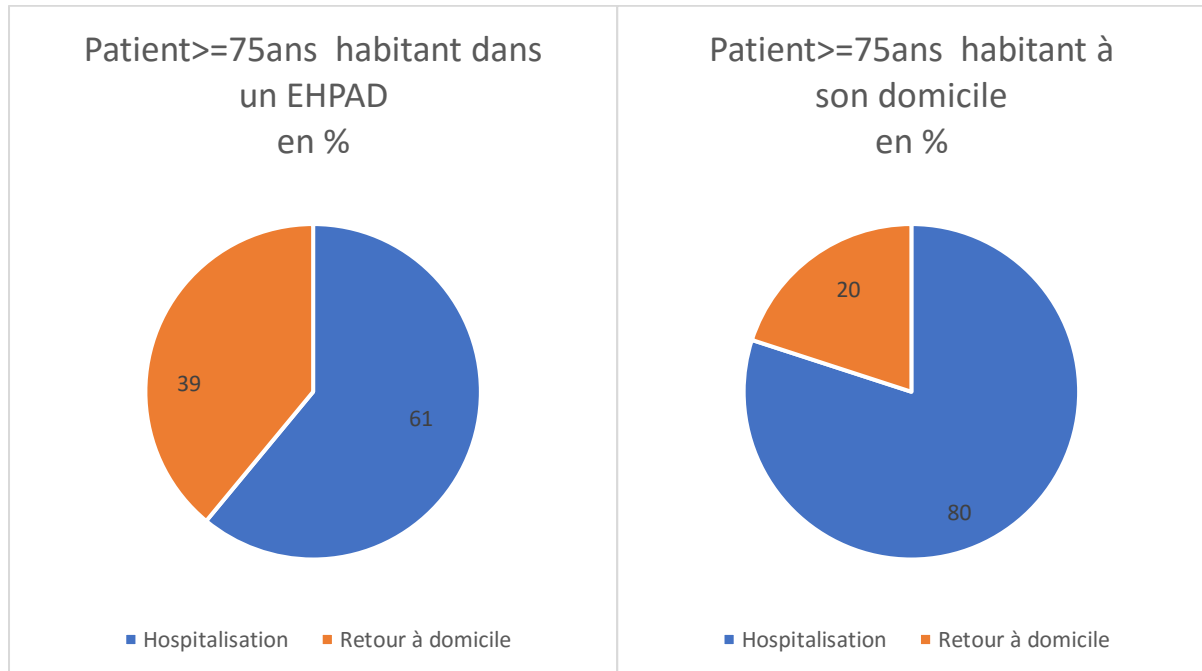


Schéma n°16 - Schéma comparatif des hospitalisations des patients adressés vivant dans 1 EHPAD versus domicile. ($p < 0.05$)

5 - DISCUSSION

5.1. Profil des patients

La proportion de patients adressés par le médecin généraliste au SAU du CHU de Poitiers par rapport aux patients consultant aux urgences est de l'ordre de 5 % (**schéma n°2**). Ce chiffre est comparable à celui de l'étude de **Godement et al.**, qui retrouvait 7 % de patients adressés par un médecin généraliste, mais largement inférieur à l'étude DRESS¹¹ effectué auprès des patients, qui était de 16 %. Il existe une variation certaine selon la durée et la période de l'étude. Notre étude concerne la période du 1^{er} mars au 7 juillet 2016, soit environ 4 mois, et englobe seulement trois semaines de vacances scolaires.

5.1.1. Sexe

Le sexe ratio est quasiment similaire (52 % d'hommes).

Il n'existe pas de différence significative entre les patients adressés et ceux non adressés par le médecin généraliste (schéma n°3).

Ce résultat est superposable aux caractéristiques des usagers des urgences d'après l'ORU PACA³⁴.

Plusieurs études ont démontré qu'il existe une différence plus significative chez les patients plus jeunes^{28, 34, 21, 22} avec une prédominance masculine, et chez les patients âgés de plus de 75 ans avec une prédominance féminine. Cette différence plus importante pour les patients plus âgés peut être expliquée par une espérance de vie plus longue pour les femmes²² (schéma n°5).

5.1.2. Age

L'âge moyen des patients adressés par le médecin généraliste (65 ans) est significativement plus élevé que ceux non adressé (schéma n°15) ($p < 0.05$). Parmi ceux adressés par le médecin généraliste, 44 % sont âgés d'au moins 75 ans (schéma n°5), ce qui explique une moyenne d'âge plus élevée. Ce résultat concorde avec les conclusions de plusieurs études^{1, 28, 25} : la majorité des patients plus âgés consultent leur médecin traitant avant de se rendre dans un service d'urgence contrairement aux plus jeunes. Cela peut s'expliquer par le fait que les patients plus âgés sont plus susceptibles de s'aggraver et d'être hospitalisé.

D'autres hypothèses peuvent être évoquées :

- Les patients plus jeunes ont plus de difficultés à avoir un rendez-vous de consultation avec son médecin traitant, et donc se présentent plus souvent aux urgences,
- Les patients plus jeunes se rendent plus facilement aux urgences que leurs aînés.

5.2. Motif d'entrée aux urgences

Notre étude démontre que la majorité des motifs d'entrée des patients adressés par le médecin généraliste concerne l'hépatogastro-entérologie, la pneumologie, la néphrologie et l'urologie, la neurologie et la traumatologie (schéma n°7). Ce résultat concorde avec une étude menée par la DRESS²⁶ dans laquelle les pathologies sont réparties en étiologie somatique (48 %), traumatique (48 %), psychiatrique (2,5 %), et combinée (1,5 %). Elle conclut

qu'une majorité des patients consultant spontanément viennent pour une cause traumatique.

Une étude⁷ menée aux urgences du Centre Hospitalier d'Albi en 2013, retrouve que les 5 principaux motifs d'entrée, en termes de pathologie d'organe concernant les patients adressés par les médecins généralistes étaient la neurologie (26.7%), la gastroentérologie (23.7%), la cardiologie (11.3%), la pneumologie (9.4%) et la dermatologie (5.6%). En comparaison à la nôtre, nous en retrouvons 3 similaires parmi les 5 premiers, mais à des proportions différentes. Cette différence peut être expliquée par la période de recrutements des patients. Par exemple, il y aura une augmentation des pathologies respiratoire en période hivernale ou une majoration de traumatisme pendant les vacances scolaires.

Concernant les motifs cardiologiques, le taux est plus faible car ils sont orientés en priorité vers les urgences cardiologiques du CHU de Poitiers et non vers les urgences adultes.

Il existe une proportion importante de motif d'entrée classé dans « autres », en raison d'un manque de renseignements recherchés. Il est donc difficile de conclure ou de comparer de manière exacte avec des études antérieures.

La traumatologie ne représente que 6 % contrairement à ce que l'on retrouve dans la bibliographie. Pour les adultes de 26 à 50 ans²⁸, la

traumatologie reste majoritaire (53 %). Les médecins généralistes adressent donc peu de patients aux urgences de Poitiers pour un problème traumatologique.

Si nous nous basons sur les motifs non organiques, le terme le plus utilisé était l'AEG (10,9 %). La raison peut être expliquée par l'importance de la part gériatrique dans la proportion des patients adressés et la commodité d'utiliser la notion d'AEG pour définir l'état complexe d'un malade âgé. En effet un patient de plus de 75 ans adressé aux urgences souffre majoritairement d'une polypathologie avec certaine décompensation à la fois organique, psychologique et environnementale.

5.3. Les examens complémentaires

Parmi la majorité des patients adressés par le médecin généraliste (88 %), au moins un examen complémentaire a été réalisé. Ce taux augmente sensiblement avec l'âge : chez les moins de 75ans, il est de 84 %, contrairement à ceux âgés d'au moins 75 ans où il est de 95 % ($p < 0.05$). Ces chiffres sont retrouvés dans d'autres études^{30, 7}.

Ce taux élevé d'examens complémentaires réalisés démontre que le recours aux urgences par le médecin généraliste est justifié³⁹.

Il existe une donnée surprenante : le pourcentage de patients non hospitalisés n'ayant pas eu d'examens complémentaires, est de 90 patients soit

23 %. En effet un tiers de ces patients ont bénéficié d'une consultation externe ou une chirurgie ambulatoire et 22% de ceux-là ont eu des gestes techniques. En ce qui concerne les 20 patients restants, nous pouvons supposer que dans le cadre de l'exercice de la médecine générale, il existe un doute diagnostique nécessitant un second avis médical ou que le recours aux urgences est injustifié.

5.4. Orientation et hospitalisation

Le taux d'hospitalisation (60 %) est élevé, d'autant plus s'il concerne les personnes âgées d'au moins (76 %) contrairement aux patients non adressés (34 %) ($p < 0,05$). Le recours aux urgences du CHU de Poitiers par le médecin généraliste est justifié, et pourrait être prédictif d'une hospitalisation.

Ce taux d'hospitalisation plus élevé pour les patients de plus de 75 ans est probablement lié à un état de santé plus fragile par rapport aux patients plus jeunes. Ceux vivant en EHPAD peuvent être considérés comme plus vulnérables que ceux vivant à domicile. Or le taux d'hospitalisation est plus important pour les patients vivant à domicile : 80 % versus 61 % ($p < 0,05$). Il se pourrait que le problème de maintien à domicile, le suivi thérapeutique et / ou un problème social soient une raison importante de l'hospitalisation. La difficulté chez les personnes âgées serait non seulement médicale mais aussi sociale et environnementale.

Dans la majorité des cas, l'hospitalisation est réalisée dans un service de médecine (44 %). Ce taux augmente encore concernant les patients d'au moins 75 ans (62 %).

Le pourcentage de patients hospitalisés dans un service de réanimation (1 %) ou en gynécologie-obstétrique (0,3 %) est faible. Pour la réanimation, ce taux s'explique par le fait que la situation met en jeu le pronostic vital du patient, et donc que le patient a été pris en charge par le Service d'Aide Médicale Urgente. Ce patient est donc hospitalisé directement dans un service de réanimation ou en SAUV, dans ce cas le médecin généraliste adressant n'est pas renseigné sur le dossier ResUrgences. Concernant le service de gynécologie-obstétrique, le CHU disposant d'urgences gynécologiques et obstétricales, les patients ne passent pas au SAU adulte.

Les principaux services d'hospitalisation sont dans l'ordre décroissant (Schéma n°14) :

- les services gériatriques (gériatrie, cardio-gériatrie et ortho-gériatrie) (170)
- UHCD (54)
- Neurologie (49)
- Hépatogastro-entérologie (46)
- Chirurgie viscérale (41)

Le premier service concerné par l'hospitalisation des patients adressés par le médecin généraliste est la gériatrie. L'unité de gériatrie dispose d'un médecin

gériatre à disposition des médecins généralistes pour pouvoir organiser la prise en charge d'un patient et si besoin de son hospitalisation. Ce taux élevé de passage au SAU des patients orienté UGA peut être expliqué par un taux d'occupation de lits supérieur aux lits disponibles, rendant ainsi une hospitalisation directe impossible soit une mauvaise information des médecins généralistes.

Une étude publiée en 2005⁴¹ pour évaluer la capacité d'organiser une hospitalisation sur demande téléphonique d'un généraliste. Dans 60% des cas la programmation n'a pas été possible.

Dans une étude effectuée au SAU du CHU de Nantes, 10% des patients hospitalisés aurait pu éviter le passage aux urgences. 73% des patients sont âgés de plus de 60 ans. Ils sont adressés dans 77 % des cas par leur médecin traitant⁴⁰.

5.5. Temps de passage

On constate que le temps de passage des patients adressés par le médecin généraliste est plus long en moyenne d'1 heure 30 min. Ce résultat semble illogique compte tenu du fait que le patient ait déjà vu un médecin qui a fait un premier examen clinique et une première évaluation.

Plusieurs hypothèses peuvent être émises :

- Soit le fait d'être adressé par le médecin généraliste contribue à réaliser plus d'examen complémentaires ou à demander plus d'avis spécialisés, allongeant ainsi le temps passé aux urgences,

- Soit les patients adressés sont plus complexes ou plus graves, le temps nécessaire à leur prise en charge est plus chronophage.

Le temps de passage est plus long pour les patients hospitalisés que pour ceux retournant à domicile (temps moyen : 8 h 29 min contre 5 h 30 min) ($p < 0.05$). Cette augmentation peut être expliquée par le temps d'attente avant de pouvoir être brancardé dans la chambre du service receveur.

Ce temps est également plus long pour les patients âgés d'au moins 75 ans (8 h 28 min versus 6 h 45 min pour les moins de 75 ans) ($p < 0,05$) (Schéma N°15). Ces patients sont le plus souvent polypathologiques, et la prise en charge plus spécifique et plus complexes que pour les patients plus jeunes. Depuis début octobre 2017, une filière gériatrique a été instaurée au sein du SAU adultes, avec mise en place de protocoles spécifiques et d'attribution de box pour fluidifier le passage des patients les plus âgés. Cette filière a pour objectif de diminuer ce temps de passage.

Une autre amélioration peut être proposée pour diminuer ce temps : l'appel des médecins généralistes au SAU pour présenter les patients. Un contact entre le médecin d'accueil des urgences et le médecin généraliste permettrait d'anticiper l'arrivée du patient, par exemple pour prévoir un bilan qui sera effectué de suite dès son arrivée, ou de contacter le spécialiste.

5.6. Particularités des patients âgées d'au moins 75 ans

Nous constatons dans notre étude que pour les patients adressés par le médecin généraliste, une hospitalisation est plus fréquente et que le temps de passage est plus long. Pour ces personnes fragilisées par leur âge, mais aussi par leur pathologie (souvent plusieurs), la prise en charge aux urgences semble inadaptée. Pour améliorer cette situation, la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)³¹ avait proposé une conférence de consensus en 2003. Les propositions étaient :

- une information large et actualisée sur les filières de soins gériatriques et leur utilisation,
- un document informatif accompagne le patient adressé aux urgences,
- l'accord du patient, ou à défaut de la personne de confiance, soit recherché avant le transfert au SU.

Un protocole institutionnel au sein du CHU de Poitiers est également disponible sur l'intranet de l'hôpital (annexe 2).

Ces mesures semblent insuffisantes si on considère qu'elles sont appliquées de façon conforme.

Nous pouvons associer les médecins généralistes qui pourraient améliorer le fonctionnement des urgences, en assurant :

- une meilleure prévention afin d'éviter une décompensation d'une pathologie chronique ou sociale. La continuité des soins est un élément important dans ce domaine.

- une coordination de soins organisée par les médecins Généralistes avec notamment les organismes CLIC, SSIAD, association d'aide à domicile, les paramédicaux,
- aides par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Cette amélioration de la prise en charge des patients âgés en amont pourrait peut-être éviter le passage par le service des urgences chez certains patients âgés.

Par exemple si nous prenons les problèmes fréquents de chute des personnes âgées, leur prévention repose en médecine générale sur une évaluation régulière du risque (Haute Autorité de santé, 2005, « Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, recommandations pour la pratique clinique »¹⁴.

La législation française place le médecin généraliste au centre de la prise en charge des personnes âgées dépendants (PAD)) vivant à domicile, en lui confiant notamment la responsabilité de « s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients » (7 Article L.4130-1 du Code de la santé publique).

Le médecin généraliste a donc un rôle de prévention et de coordination pour éviter l'aggravation brusque de l'état des personnes âgées et essayer de prolonger un maintien à domicile avec une coordination optimisée. Lorsque le maintien au domicile atteint ses limites, la personne âgée dépendante peut choisir de vivre dans une institution ou une famille d'accueil qui deviendra son nouveau domicile¹⁸.

5.7. Biais de l'étude

Il existe probablement un biais de sélection en raison de la méthode d'inclusion. Celle-ci a été réalisée à partir des dossiers ResUrgences en sélectionnant le critère : circonstance d'envoi : médecin extérieur. Seuls ceux adressés par les médecins généralistes ont été retenus. Si le patient ou son entourage n'ont pas précisé à l'accueil qu'il était adressé par son médecin traitant et n'avait pas de courrier du médecin traitant ou si la circonstance d'envoi n'a pas été notifiée de manière adéquate en raison d'une erreur humaine, ils n'ont pas été inclus.

Le sexe n'a pas été renseigné dans 5 cas parmi les 19 246 dossiers consultés.

Le temps de passage est probablement sous-estimé et ne peut être considéré par un temps de prise en charge. Il débute à partir du moment de création du dossier informatique ResUrgences jusqu'au moment de clôture informatique du dossier. Parfois, le dossier est clôturé plusieurs heures après la sortie du patient.

6. CONCLUSION

Notre travail a consisté à une analyse descriptive des patients adressés par un médecin généraliste aux urgences adultes du CHU de Poitiers sur la période du 1^{er} mars au 7 juillet 2016.

Notre étude a été réalisée de façon prospective.

Il existe peu d'articles sur les patients adressés par les médecins généralistes aux urgences car peu d'études ont été réalisées et peu de données disponibles.

Une cohorte de 1 000 patients adressés aux urgences par un médecin généraliste a été constitué.

L'étude démontre que la part des patients adressés par les médecins généralistes est faible : 5 % des 19 246 passages. Ils sont plus âgés (âge moyen de 65 ans versus 48 ans), plus souvent hospitalisés (60 % versus 34 %) et attendent plus longtemps aux urgences (7 h 30 min versus 6 h 02 min). Cette tendance est plus marquée lorsqu'on analyse les patients d'au moins 75 ans et vivant à domicile. Ces patients sont probablement les plus vulnérables : polypathologique, isolement social, problème environnemental. Le recours au SAU de Poitiers par les médecins généralistes est donc justifié.

La filière gériatrique qui a été instauré depuis début octobre 2017 avec mise en place de protocoles pourrait améliorer la rapidité de la prise en charge des personnes âgées.

Le motif d'entrée est majoritairement médical avec en premier l'hépatogastro-entérologie (17%), pneumologie (9 %), néphrologie / urologie (8 %), neurologie (7 %) puis la traumatologie (8 %).

Les examens complémentaires sont réalisés pour la majorité des patients (88 %), en particulier les plus âgés (95%).

Les orientations les plus fréquentes sont la gériatrie, la neurologie, l'hépatogastro-entérologie et la chirurgie viscérale. Ce résultat concorde avec la population de patients adressés et les motifs d'entrée les plus courants. Une collaboration étroite entre les urgences et ces services semble indispensable pour prendre en charge ces patients de façon optimale.

Une anticipation avant l'arrivée du patient suite à un contact du médecin d'accueil des urgences avec le médecin traitant pourrait permettre d'accélérer la prise en charge aux urgences : comme par exemple, réaliser le bilan sanguin, une imagerie ou contacter le spécialiste dès l'arrivée du patient.

Une amélioration de la collaboration entre la médecine générale et la médecine hospitalière notamment la médecine d'urgence pourrait faciliter la prise en charge des patients et fluidifier l'activité au SAU.

7.ANNEXE

7.1 Annexe n°1 : Accueil aux urgences adultes

 URG-ACC-002	Urgences Adultes	Page : 1/3
		Date : Décembre 2012
Version n° 01	Accueil aux urgences adultes	
Historique		
Numéro de version	Date	Nature des éventuelles modifications
01	Décembre 2012	Création

Sommaire

Objectif	
1. 1	
2. Domaine d'application et personnes concernées	
1	
3. Définitions	
1	
4. Description	
2	
4.1. Principe	2
Différentes modalités pour l'entrée administrative	2
4.2.1. Patient valide	
4.2.2. Patient arrivé avec VSAB ou ambulance	
4.2.3. Patient arrivé en SAMU	
4.2.4. Patient accompagné par les forces de l'ordre	
5. Logigramme	
3	
6. Document de référence	
3	
7. Annexe	
3	

1. OBJECTIF

Cette procédure permet d'identifier les modalités d'accueil d'un patient aux urgences adultes.

2. DOMAINE D'APPLICATION ET PERSONNES CONCERNEES

Cette procédure concerne tous les patients se présentant aux urgences adultes à l'exception des gardés à vue. Elle s'applique à l'ensemble du personnel du service des urgences (notamment médecins, infirmières, référentes médico-administratives).

3. DEFINITIONS

IOA : Infirmière Organisatrice de l'Accueil

VSAB : Véhicule de Secours aux Asphyxiés et Blessés

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

Rédaction	Vérification	Approbation
Mme Frédérique SCOTTO LA CHIANCA, Cadre de santé aux urgences, Date et signature : le 08/03/2013 	Rose Marie LOISEAU, Coordinatrice référente médico-administrative des urgences, Date et signature : le 11/03/2013 	Dr Jean-Yves LARDEUR, Chef de service des urgences, Date et signature : le 08/03/2013 
Céline BICHE, Directeur Usagers Risques Qualité, Date et signature : le 15/03/2013 	Amélie POINTEAU, Ingénieur Qualité, Direction Usagers Risques Qualité, Date et signature : le 19/03/2013 	Ghyslaine PRE, Cadre supérieur de santé USSAR, Date et signature : le 11/03/2013 

4. DESCRIPTION

4.1. Principe

Lors de l'arrivée d'un patient aux urgences adultes, **une entrée administrative est toujours réalisée après accueil par une IOA.**

Si un patient se présente à la référente médico-administrative avant d'avoir vu l'IOA, il doit **obligatoirement** être réorienté sur l'IOA avant d'effectuer les démarches administratives.

Dès que les formalités administratives sont réalisées dans Hexagone, le dossier du patient bascule automatiquement dans Resurgences.

 URG-ACC-002	Urgences Adultes	Page : 2/3
		Date : Décembre 2012
Version n° 01	Accueil aux urgences adultes	

4.2. Différentes modalités pour l'entrée administrative

4.2.1. Patient valide

Le patient se présente à l'IOA qui réalise un interrogatoire (*Annexe 1*) lui permettant de définir son parcours aux urgences (tri entre filière courte ou longue) et notamment de prioriser les passages puis l'oriente vers la référente médico-administrative pour réaliser les formalités administratives. Le patient sera invité ensuite par l'IOA soit :

- à attendre en salle d'attente
- à s'installer dans une salle de consultation
- à s'installer dans un box

En fonction de la gravité de l'état de santé du patient, une prise en charge directe en SAUV pourra être réalisée.

4.2.2. Patient arrivé avec VSAB ou ambulance

L'IOA se déplace auprès du patient pour évaluer son état, les formalités administratives sont réalisées secondairement par l'ambulancier auprès de la référente médico-administrative ou par la référente directement auprès du patient.

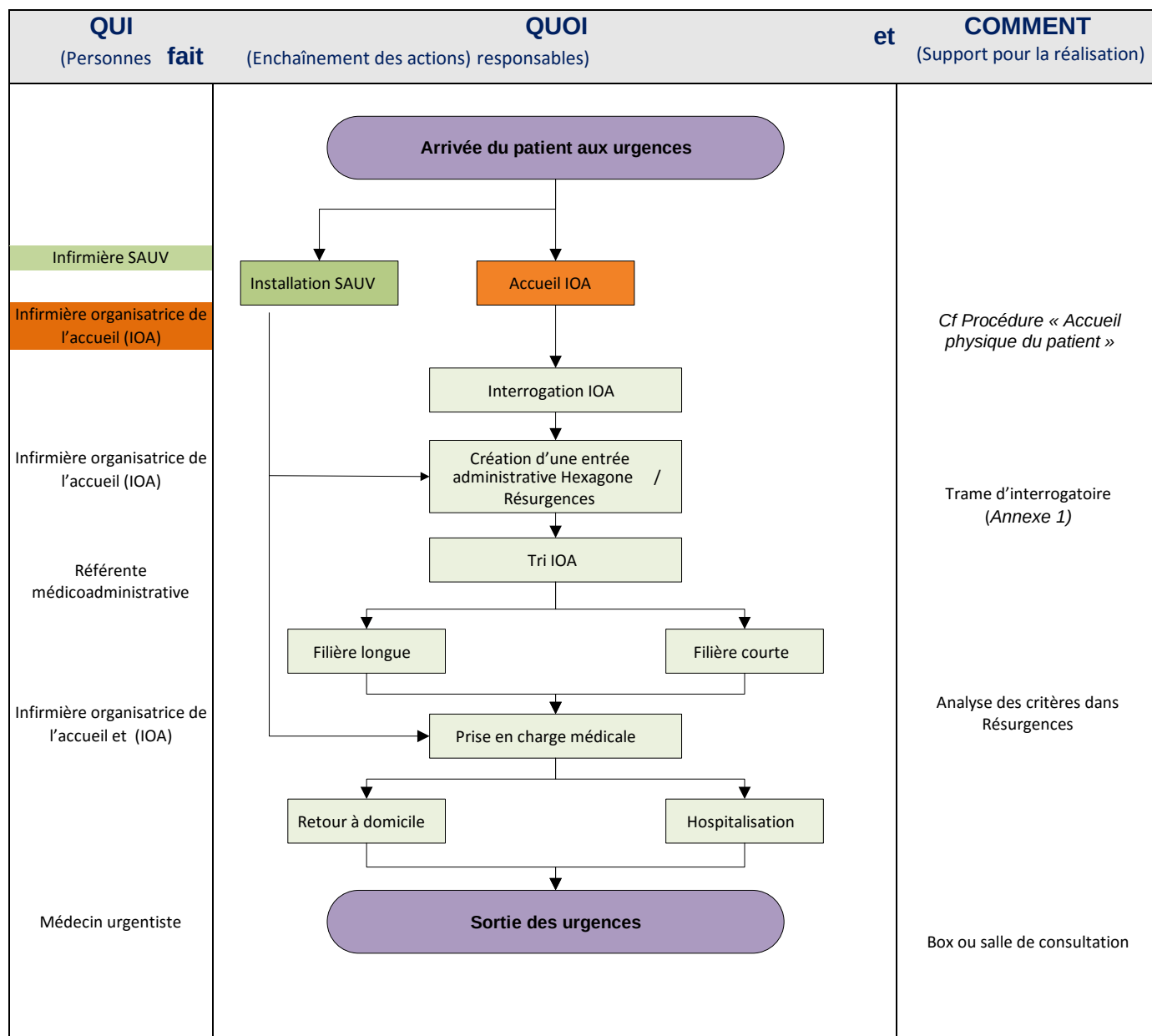
4.2.3. Patient arrivé en SAMU

Le patient est installé directement par l'infirmière à la SAUV, les formalités administratives sont réalisées par l'ambulancier du SAMU auprès de la référente médico-administrative à l'aide de la feuille de transfert du SAMU. La régularisation du dossier administratif sera réalisée par la référente médico-administrative dans un second temps.

4.2.4. Patient accompagné par les forces de l'ordre

Le patient arrive aux urgences par l'entrée spécifique « accueil police » au niveau de l'UHCD et est pris en charge par l'IDE de l'UHCD. Les formalités administratives sont réalisées par la police au niveau de l'accueil administratif.

5. LOGIGRAMME



6. DOCUMENT DE REFERENCE

- Procédure INS-ACC-004 « Accueil physique du patient à l'hôpital »

7. ANNEXE

7.2 Annexe n°2 : Prise en charge d'un patient fragile aux Urgences

 URG-PEC-003	Urgences SAMU SMUR	Page : 1/3
		Date : Novembre 2014
Version n° 02	Prise en charge d'un patient âgé fragile aux Urgences	
Historique		
Numéro de version	Date	Nature des éventuelles modifications
01	Mai 2011	Création
02	Novembre 2014	Mise à jour échelles évaluation

Sommaire

Objectifs	
1. 1	
2. Domaine d'application et personnes concernées	
1	
3. Définitions	
1	
4. Description de la prise en charge	
2 4.1. En zone d'accueil des Urgences	2
4.1.1. Par l'infirmière d'accueil et l'aide soignante	
2	
4.1.2. Par le médecin d'accueil	
2	
4.2. En zone de soins	2 4.2.1
l'infirmière de soins et l'aide soignante	2
4.2.2. Par le médecin de soins.....	
2	
4.3. Prescriptions et orientation	3
4.3.1. Prescription	
3	
4.3.2. Orientation	
3	
5. Documents de référence	
3	
6. Annexes	
3	

1. OBJECTIF

L'objectif de cette procédure est d'optimiser la qualité de prise en charge des patients âgés fragiles aux urgences, de diminuer le temps d'attente à l'accueil et le temps de passage aux urgences.

2. DOMAINE D'APPLICATION ET PERSONNES CONCERNEES

Médecins, infirmiers, aides soignantes des Urgences et du SMUR.

3. DEFINITIONS

La **fragilité d'une personne âgée** est définie comme un risque de déséquilibre entre des éléments somatiques, psychiques et sociaux, provoqué par une agression même minime (1) pouvant engager le pronostic vital ou fonctionnel.

Epidémiologie : 20 % des patients vus aux urgences du CHU de Poitiers sont âgés de plus de 75 ans, les 2/3 de ces patients sont hospitalisés.

Rédaction	Vérification	Approbation
Dr Emmanuel BLOTTIAUX , PH, Urgences SAMU SMUR, et Groupe de Travail Urgences-Gériatrie, Date et signature : 	Dr Christine PRADERE , PH, Pôle Médecines Gériatrie, Date et signature :  Dr Mathieu PRINER , PH, Pôle Médecines Gériatrie, Date et signature :  Catherine ALLEGRIINI , Cadre supérieur de santé, Pôle USSAR, Date et signature : le 24/02/2015  Amélie POINTEAU , Ingénieur Qualité, Direction Usagers Risques Qualité, Date et signature : le 16/03/2015 	Dr Jean-Yves LARDEUR , PH, Chef de service Urgences SAMU SMUR, Date et signature : le 23/02/2015  Pr Marc PACCALIN , PU-PH, Médecine Gératrique, Date et signature : le 28/12/2014  Martine IMBERT , Coordonnateur général des soins, Date et signature : le 09/03/2015 

Les **critères de repérage du patient gériatrique** aux urgences : **âge > 75 ans et** :

- Polyopathologies (co-morbidités chroniques à risque de décompensation)
- Polymédication (avec mauvaise observance et/ou risque iatrogène)
- Hospitalisations multiples et/ou passages aux urgences répétés (à partir de 2 admissions sur 3 mois)
- Troubles cognitifs (altération des fonctions intellectuelles)
- Troubles de l'équilibre et de la marche, chute à répétition même sans traumatisme grave apparent
- Isolement social et familial, négligence corporelle
- Altération de l'état général, perte d'autonomie, accroissement des besoins d'aide dans la vie quotidienne

 URG-PEC-003	Urgences SAMU SMUR	Page : 2/3
		Date : Juillet 2014
Version n° 02	Prise en charge d'un patient âgé fragile aux Urgences	

4. DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE

4.1. En zone d'accueil des Urgences

4.1.1. Par l'infirmière d'accueil et l'aide soignante

L'infirmière en plus des informations nécessaires au tri, doit être attentive :

- aux recueil de données : avec les accompagnants (famille, tuteur,) et les transmissions (dossier EHPAD, ambulancier, pompiers..)
- à l'identification du patient, notamment en présence de troubles cognitifs
- aux troubles du comportement : en cas d'agitation le patient doit être mis au calme et rassuré (pas de contention physique sans avis médical)
- à la prévention des escarres : le patient est installé par l'aide soignante sur un brancard spécifique
- aux besoins du patient en terme d'hydratation, de besoins naturels et de confort

4.1.2. Par le médecin d'accueil

En l'absence de biologie récente (< 7 jours) et selon le motif d'hospitalisation, le médecin prescrit un « **bilan type** » réalisé par l'infirmière de filière courte ou l'infirmière du SMUR :

- Bilan de Base + Urée + Calcium ; Numération Sanguine ; INR si traitement anticoagulant
- ECG
- Pas de prescription systématique d'emblée de Voie Veineuse Périphérique ▪ Radiographies ciblées

4.2. En zone de soins

4.2.1. Par l'infirmière de soins et l'aide soignante

L'infirmière complète le recueil de données sur :

- l'état d'autonomie antérieur, le mode de vie; la présence d'un entourage
- les constantes dont la température (1) et la douleur, évaluée avec un outil adapté à l'état cognitif (ALGOPLUS, EN, EVS)
- la prévention des escarres ++++ 2 heures suffisent à la constitution de dégâts irréversibles : échelle de NORTON pour l'évaluation du risque

4.2.2. Par le médecin de soins

Au cours de son examen clinique, le médecin sera plus particulièrement attentif au repérage d'un trouble cognitif, d'un trouble de la marche et de l'équilibre. Il recherche des signes de déshydratation, sepsis, iatrogénie, hypotension orthostatique, rétention urinaire.

VIGILANCE dans l'évaluation de l'ordonnance et retranscription des médicaments (jusqu'à 20% d'hospitalisation en rapport avec une iatrogénie)

L'équipe mobile de GERIATRIE peut être sollicité à tout moment du lundi au vendredi de 9h à 17h30 (cf. coordonnées en annexe 1).

 URG-PEC-003	Urgences SAMU SMUR	Page : 3/3
		Date : Juillet 2014
Version n° 02	Prise en charge d'un patient âgé fragile aux Urgences	

4.3. Prescriptions et orientation

4.3.1. Prescription

Il est recommandé de favoriser l'hydratation et le traitement par voie orale. Si une simple hydratation doit être prescrite, elle peut être réalisée par voie sous cutanée (G5% + 2gr NaCl/L ; Sérum physiologique), jusqu'à 1l/24h.

Sur le plan médicamenteux, la liste des médicaments administrables en voie SC, est en annexe 2 (livret gériatrique).

En cas d'agitation ou confusion, et d'autant plus que le patient reçoit un traitement antithrombotique, une TDM crâne est demandée systématiquement lorsqu'il n'y a pas de causes iatrogène ou métabolique retrouvées et réversibles.

En cas d'agitation non contrôlable, et après élimination de toute cause somatique : prescription de 5 à 10 mg de oxazepam per os ou 1 à 2 mg de diazepam en sous-cutanée ; les neuroleptiques sont à éviter : si agitation secondaire à un trouble psychotique (délire), une prescription de risperidone peut être proposée 0,5 à 1 mg per os).

Toute prescription doit tenir compte des antécédents, du traitement habituel actualisé (attention au rappel des données des précédents passages aux urgences), des effets iatrogènes, des interactions médicamenteuses, de la fonction rénale et de l'état d'hydratation du patient.

4.3.2. Orientation

Le retour vers le lieu de vie est envisageable en l'absence d'éléments de gravité, et dans un environnement adapté

(1).

En cas de retour à domicile avec doute sur la qualité de la situation à domicile, le patient doit être réévalué par l'équipe gériatrique. Dans ce cas, adresser un fax (44 429) précisant le souhait d'une évaluation gériatrique à court terme. Le patient sera alors convoqué.

Le retour d'un patient seul à domicile, peut se faire uniquement dans le cas où il peut subvenir aux activités du quotidien. Le retour en structure type EPHAD ou Foyer logement est possible lorsque les prescriptions proposées aux Urgences peuvent être réalisées dès le retour dans la structure.

Le Patient ressort des urgences :

- avec le dossier médical des urgences et/ou un courrier au médecin traitant
- les résultats biologiques - une photocopie de l'ECG REEL
- les précisions des mesures mises en place et des personnes à prévenir (consignées dans le dossier) - si besoin une ordonnance qui prendra en compte le traitement habituel

5. DOCUMENTS DE REFERENCE

- (1) 10 ieme conférence de consensus : Prise en charge de la personne Agée de plus de 75 ans aux Urgences 5 décembre 2003
 - (2) Evaluation des besoins et du recours aux systèmes de soins d'urgences dans le territoire de santé 95.1
- DIU médecin coordonnateur d'EHPAD Docteur Caroline Sors épouse Serano Année universitaire 2008/2009

6. ANNEXES

- Annexe 1 :** Equipe mobile gériatrie
- Annexe 2 :** Livret de Gériatrie
- Annexe 3 :** Echelle **ALGOPLUS** - Evaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale
- Annexe 4 :** Echelle de **NORTON** - Évaluation des facteurs de risque d'escarre

8. BIBLIOGRAPHIE

- 1-Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2014, conseil national de l'ordre des médecins= Démographie des médecins libéraux et remboursements de l'assurance maladie http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2_demographie_des_medecins_liberaux_et_remboursements_de_l_assurance_maladie.pdf
- 2-Site CHU de Poitiers, le service d'accueil des urgences du CHU de Poitiers <http://www.chu-poitiers.fr/specialites/urgences/>
- 3-Ameli.fr pour les médecins, La permanence des soins 13 février 2017. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/la-permanence-des-soins.php>
- 4-Vie Public, Quelle est la densité médicale en France (le 29/02/2016) <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/risque-sante/professionnels-sante/quelle-est-densite-medicale-france.html>
- 5-Legifrance, le service public de la diffusion du droit, LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- 6-Carine VASSY CAIRN.INFO, L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire, <https://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-67.htm>
- 7-BOUDY LAPOUGE Magali, LES PATIENTS ADRESSÉS PAR LEUR MÉDECIN GÉNÉRALISTE AUX URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER D'ALBI : DESCRIPTION ET ANALYSE DES MOTIFS DE RECOURS, <http://thesesante.ups-tlse.fr/46/1/2013TOU31003.pdf>
- 8-DOCTOLIB Avril 2017 « Comment travaillent les médecins généralistes ? », http://www.veille-infosplus.fr/filagenda/files/2017/05/170429_Synth%C3%A8se-Etude_MG.pdf
- 9-Marie-Claire VIEZ, février 2009, FHP Fédération de l'hospitalisation Privé « Les Urgences », <http://documentation.fhp.fr/documents/14912S.pdf>
- 10- Insee, Bilan démographique 2016, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860>
- 11-Dominique BAUBEAU, Valérie CARRASCO, DREES janvier 2003, Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières, <http://www.sfmj.org/upload/referentielsSFMJ/er215.pdf>
- 12-Dr Françoise Cayla Laïla Benmoussa-Oumansour, ORSmip, L'entretiens auprès de 100 médecins exerçant en Midi-Pyrénées es urgences médicochirurgicales « non vitales » : la place des médecins généralistes Janvier 2004, <http://www.ormip.org/tlc/documents/generalistesurgences.pdf>
- 13-Marie Gouyon n° 94 – avril 2006 DREES, Les urgences en médecine générale, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat94.pdf>
- 14-Jean-François BUYCK1, Bénédicte CASTERAN-SACRESTE2, Marie CAVILLON2, Françoise LELIEVRE1, François TUFFREAU1, Fanny MIKOL2, La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile DREES février 2014, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er869.pdf>

- 15-Dr Delléa Didier, Saturation des urgences - 2 : recours par défaut organisationnel mai 2014, CARNETS DE SANTE, <http://www.carnetsdesante.fr/Saturation-des-urgences-2-recours>
- 16-VINCENT COLLEN, journal Les Echo Hôpital 13/01/14 : pourquoi les urgences sont saturées, https://www.lesechos.fr/13/01/2014/lesechos.fr/0203240091052_hopital---pourquoi-les-urgences-sont-saturees.htm
- 17-Évelyne CASH, Roland CASH, Jean-Louis DUCASSÉ, Claire HAULT, Flore MATTHIEU, Thomas RICHARD, Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières (mars 2013) DREES, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud125.pdf>
- 18-site Hopitaux de Toulouse, Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, Publié le 22/08/2006, <http://www.chu-toulouse.fr/charte-des-droits-et-libertes-de-la-personne-agee>
- 19-M. Georges Colombier Député. N° 3672 ASSEMBLÉE NATIONALE RAPPORT D'INFORMATION sur la prise en charge des urgences médicales 7 février 2007, <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i3672.asp>
- 20-Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées ,CIRCULAIRE N° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des Urgences http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1090/circ_195_DHOS_O1_2003.pdf
- 21-ORUMIP Panorama 2015 L'activité des structures d'urgence https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2016/06/Livret-Chiffres-CI%C3%A9s_2015.pdf
- 22-INSEE, Espérance de vie – Mortalité paru le 01/03/2016, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906668?sommaire=1906743>
- 23-CPCMU Collège Poitou-Charentes de Médecine d'Urgence, Sites internes des URGENCES de Poitou Charentes, <http://cpcmu.eu/poitou-charentes/services>
- 24-ALIMI Johanna, thèse 2014, UNE LIGNE TELEPHONIQUE POUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AG2ES/ QUELLE UTILISATION PAR LES MEDECINS GENERALISTES DU TERRITOIDE, Expérience de l'unité gériatrie aigue de l'hôpital Beaujon à Clichy-La-Garenne
- 25-Philippe Chauveau, Betty Mazet-Guillaume, Céline Baron, Pierre Marie Roy, Maurice Tanguy, Serge Fanello , CAIRN.INFO 2013, Impact du contenu du courrier médical sur la qualité du triage initial des patients adultes admis aux urgences, <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-4-page-441.htm>
- 26-Albert VUAGNAT, Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? DREES (enquête 11/06/2013) http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013_dossier01.pdf
- 27-Philippe Le Fur, en collaboration avec Yann Bourgueil et Chantal Cases, Etude IRDES juillet 2009 Le temps de travail des médecins généralistes, <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>
- 28 -Valérie CARRASCO, Dominique BAUBEAU Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées DREES Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale (enquête janvier 2002), <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-usagers-des-urgences-premiers-resultats-d-une-enquete-nationale>
- 29-Dr Patrick BOUET, Président du conseil national de l'ordre des médecins, Sous la direction du Dr Jean-François RAULT, Président de la Section Santé Publique et Démographie Médicale. Réalisé par

Gwénaëlle LE BRETON-LEROUVILLOIS, Géographe de la santé, ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN France SITUATION AU 1ER JANVIER 2016, https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

30-Aurélien VENDEUX Thèse 2014= MOTIFS DE CONSULTATION ET PARCOURS AUX URGENCES DES PATIENTS ADRESSES PAR LE MEDECIN GENERALISTE : UNE ETUDE PROSPECTIVE AU CENTRE HOSPITALIER D'ETAMPES, <http://www.cmge-upmc.org/spip.php?article282>

31- 10ème CONFERENCE DE CONSENSUS PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGEE DE PLUS DE 75 ANS AUX URGENCES 5 Décembre 2003- STRASBOURG, http://www.sfm.org/upload/consensus/pa_urgs_long.pdf

32- Dominique BAUBEAU, Annie DEVILLE, Marc JOUBERT DREES Caroline FIVAZ, Isabelle GIRARD, Sylvie LE LAIDIER CNAMTS Direction des statistiques et des études, Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés (DREES), <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er072.pdf>

33 -Xavier NIEL, Annick VILAIN Ministère de l'emploi et de la solidarité, Le temps de travail des médecins= l'impact des évolutions sociodémographiques DREES mai 2001, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er114.pdf>

34 - Dr Jean-Louis Ducassé directeur de l'ORU-MiP, Rapport d'activité du service d'accueil des urgences de Midi Pyrénées (2001), <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2011/11/urg2001.pdf>

35-Par Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY, Sénateurs, Rapport du Sénat sur les urgences hospitalières N° 685 au nom de la commission des affaires sociales (1) sur les urgences hospitalières, SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2016-2017

36 -Valérie CARRASCO Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement Ministère de la Santé et des Solidarités, L'activité des services d'urgences en 2004 Une stabilisation du nombre de passages septembre 2006, DRESS, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er524.pdf>

37-rS. Gentile, E. Amadeï, J. Bouvenot, A.C. Durand, I. Bongiovanni, J. Haro, C. Giraud, R. Sambuc,CAIRN.INFO Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie (Santé Publique 2004/1 (Vol. 16)) Clarification de la notion d'« urgence », <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-1-page-63.htm>

38 - MEUNIER L. thèse 2009, PARCOURS DE SOINS ET MOTIFS DE RECOURS AUX URGENCES HOSPITALIERES DE NANTERRE

39 - J. Godement, P. Juvin, C. Zanker Service d'accueil des urgences, hôpital Beaujon, Clichy, France, Pertinence du recours au service d'accueil des urgences (SAU) par les omnipraticiens de ville (mars 2008), EM Consulte, <http://www.em-consulte.com/en/article/164819>

40-Dr Dominique El KouriLes, passages non justifiés au service d'accueil urgences Proposition d'une offre de soins différenciée, EM Consulte, <http://www.em-consulte.com/en/article/101840>

41 -ANDRONIKOF M, THALMANN A, LA Presse Médicale vol. 34, n° 12, 2005, pages 847-850, 16 réf., ISSN 0755-4982, FRA, « Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste:

Évaluation de l'organisation de 4 spécialités par l'utilisation de cas simulés. », [http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/325610/rganisation de 4 spécialités par l'utilisation de cas simulés](http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/325610/rganisation%20de%204%20sp%C3%A9cialit%C3%A9s%20par%20l'utilisation%20de%20cas%20simul%C3%A9s).

42-Cour des comptes 1 février 2007 Les urgences médicales : constats et évolution récente

<http://www.ilar.com/Divers/Lois%20et%20decrets/12-urgences-medicales.pdf>

9. ABREVIATIONS

AEG : Altération de l'Etat Général

ARS : Agence Régionale de Santé

CCMU : Classification clinique des malades aux urgences

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

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

ECG : Electrocardiogramme

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MAO : médecin d'accueil et d'orientation

MG : médecins généralistes

PAD : personnes âgées dépendantes

PDS : permanence des soins

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

Sd : syndrome

TDM : Tomodensitométrie

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

VS= Versus

10.RÉSUMÉ

Recours au service d'accueil des Urgences adultes du CHU de Poitiers par les médecins généralistes

OBJECTIF : Analyser les patients adressés au service des urgences adultes du centre hospitalier universitaire de Poitiers par le médecin généraliste.

METHODES : Il s'agit d'une étude descriptive, prospective, observationnelle, monocentrique réalisée entre le 1^{er} mars et 7 juillet 2017. Les données ont été recueillies à l'aide du logiciel RésUrgences.

RESULTATS : 1000 patients adressés par les médecins généralistes ont été inclus (5 % des patients consultant aux urgences). Ces patients sont en moyenne plus âgés (65 ans VS 48 ans, $p < 0.05$), sont plus souvent hospitalisés (60% VS 34%, $p < 0.05$) et leur temps de passage est plus long (7 h 30 min VS 6 h 02 min, $p < 0,05$). Cette différence est plus marquée lorsqu'elle concerne les patients âgés d'au moins 75 ans. Les motifs d'entrée sont majoritairement d'ordre médical. Le premier service d'hospitalisation concerné est la gériatrie.

CONCLUSION : Le recours au SAU du CHU de Poitiers par les médecins généralistes est justifié. Une meilleure collaboration entre la médecine générale et la médecine hospitalière, associé à des mesures extrahospitalières et également hospitalières permettraient une amélioration de la prise en charge des patients et du flux au sein des urgences. L'éducation de la population, l'instauration de la filière gériatrique, l'information des médecins généralistes de la fonction de médecin d'accueil et l'anticipation de la prise en charge des patients adressés pourraient le permettre.

Mots clés= Médecins généralistes, patients adressés, SAU, Hospitalisation, Gériatrie.

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans 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 le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Résumé : Recours au service d'accueil des Urgences adultes du CHU de Poitiers par les médecins généralistes

OBJECTIF : Analyser les patients adressés au service des urgences adultes du centre hospitalier universitaire de Poitiers par le médecin généraliste.

METHODES : Il s'agit d'une étude descriptive, prospective, observationnelle, monocentrique réalisée entre le 1^{er} mars et 7 juillet 2017. Les données ont été recueillies à l'aide du logiciel RésUrgences.

RESULTATS : 1000 patients adressés par les médecins généralistes ont été inclus (5 % des patients consultant aux urgences). Ces patients sont en moyenne plus âgés (65 ans VS 48 ans, $p < 0.05$), sont plus souvent hospitalisés (60 % VS 34 %, $p < 0.05$) et leur temps de passage est plus long (7H30min VS 6H02min, $p < 0,05$). Cette différence est plus marquée lorsqu'elle concerne les patients âgés d'au moins 75 ans. Les motifs d'entrée sont majoritairement d'ordre médical. Le premier service d'hospitalisation concerné est la gériatrie.

CONCLUSION : Le recours au SAU du CHU de Poitiers par les médecins généralistes est justifié. Une meilleure collaboration entre la médecine générale et la médecine hospitalière, associé à des mesures extra-hospitalières et également hospitalières permettraient une amélioration de la prise en charge des patients et du flux au sein des urgences. L'éducation de la population, l'instauration de la filière gériatrique, l'information des médecins généralistes de la fonction de médecin d'accueil et l'anticipation de la prise en charge des patients adressés pourraient le permettre.

Mots clés= Médecins généralistes, patients adressés, SAU, Hospitalisation, Gériatrie.