



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de
Santé
Circonscription
Médecine



ANNEE 2022

**Caractéristiques des patients adressés et non adressés par le médecin traitant aux urgences
de Nevers**

Thèse

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 29/09/2022

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Prisca MUKULUNGU FINTA

Née le 05/10/1991

A Kinshasa (RD CONGO)

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours public



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de
Santé
Circonscription
Médecine



ANNEE 2022

**Caractéristiques des patients adressés et non adressés par le médecin traitant aux urgences
de Nevers**

Thèse

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 29/09/2022

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Prisca MUKULUNGU FINTA

Née le 05/10/1991

A Kinshasa (RD CONGO)

Année Universitaire 2022-2023
au 1^{er} **Septembre 2022**

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénérologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Moncef	BERHOUMA	Neurochirurgie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Philippe	KADHEL	Gynécologie-obstétrique
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie

M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-François	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
(Retraite au 1 ^{er} Novembre 2022)			
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoît	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Gilles	TRUC	Oncologie-Radiothérapie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
(Mission temporaire à Londres du 01/09/2021 au 31/08/2023)			
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	BONIN	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Laurent	BRONDEL	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Philippe	CAMUS	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	CHAVANET	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2021 au 31/10/2024)
M.	Serge	DOUVIER	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2022 au 31/12/2025)
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2020 au 31/08/2023)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Julie	BARBERET	Biologie et médecine du développement et de la reproduction- gynécologie médicale
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
(Disponibilité)			
M.	Guillaume	BELTRAMO	Pneumologie
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	DERANGERE	Histologie
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	David	GUILLIER	Anatomie, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	MARIET	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Thomas	MOUILLOT	Physiologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
(Disponibilité pour convenances personnelles)			
Mme	Claire	TINEL	Néphrologie
M.	Antonio	VITOBELLO	Génétique
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Ludwig Serge	AHO GLELE	Hygiène hospitalière
M.	Victorin	AHOSSI	Odontologie
M.	Jacques	BEURAIN	Neurochirurgie
M.	Jean-Michel	PINOIT	Pédopsychiatrie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale

M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Olivier	MAIZIERES	Médecine Générale
Mme	Ludivine	ROSSIN	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEUR CERTIFIE

M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
----	----------	---------------------	---------

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Amélie	CRANSAC	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Emmanuel BAULOT

Membres :

Monsieur le Professeur associé François MORLON
Monsieur le Professeur associé Arnaud GOUGET

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Mathieu COCHONNEAU

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Merci à Monsieur le Professeur Emmanuel BAULOT pour sa contribution comme président du jury, merci pour votre disponibilité.

Merci au Docteur Mathieu COCHONNEAU d'avoir accepté de diriger ce travail. Je suis très honorée et fière pour toute ta contribution, ton temps disposé ainsi que tous tes précieux conseils pour l'aboutissement de tout ceci.

Une dédicace spéciale à toutes les bonnes personnes que j'ai rencontré dans ce centre hospitalier de Nevers et qui ont tous contribué à mon développement d'une façon ou d'une autre.

C'est un honneur de vous avoir dans mon jury Professeur François MORLON et Professeur Arnaud GOUGET, je tiens à vous remercier pour votre participation.

Merci pour tout le travail que vous faites au DMG, le soutien et l'accompagnement durant tout notre internat.

A toi mon Ange, tu portes si bien ton nom. Toi qui partages ma vie, mon quotidien, toi qui es toujours là et me soutiens à chaque moment, aussi bien de joie que de peine.

Avec toi j'ai eu la grâce d'avoir ma magnifique Njiwa Maya Kiessé ce 15 juillet 2021 à 17h13.

A ma petite princesse, tu es une source de joie quotidienne, une bénédiction pour toujours.

Ne perds jamais ce beau sourire innocent qui illumine ton visage au quotidien, que le ciel continue de veiller sur toi mon bébé.

A mes parents qui m'ont toujours soutenu depuis le début, ils n'ont jamais abandonné et ont donné le meilleur d'eux-mêmes pour mon avenir.

A Mes frères et ma sœur pour leur soutien, leur bonne humeur.

Merci à tous mes proches d'avoir été là.

A vous les filles, « les superbes tata » depuis toutes ces années à la fac jusqu'à ce jour, vous avez toujours été présentes.

A tous mes amis et collègues avec qui j'ai partagé ces incroyables moments.

A vous tous, un grand merci !

TABLE DES MATIERES

TABLE DES TABLEAUX	10
TABLE DES FIGURES	11
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	12
I) LA MEDECINE GENERALE	13
A) La médecine générale en France	13
B) La situation médicale dans la Nièvre	13
II) LA MEDECINE D'URGENCE	15
A) Définition de l'urgence	15
B) classification de l'urgence	16
C) Missions d'un service d'accueil d'urgence	17
D) Organisation du service d'accueil d'urgence	18
E) Le service d'accueil d'urgence de Nevers	19
III) OBJECTIF DE L'ETUDE	21
IV) MATERIEL ET METHODE	22
A) Type d'étude	22
B) Population	22
C) Analyse statistique.....	23
V) RESULTATS	24
A) Caractéristique démographique.....	24
B) Provenance.....	25
C) Moyens de transport	26
D) Niveau de gravité	27
E) CCMU	28
F) GEMSA.....	29
G) Diagnostics principaux.....	30
H) Devenir des patients.....	32
VI DISCUSSION	33
VII CONCLUSION	36
CONCLUSIONS	37
VIII BIBLIOGRAPHIES	38

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : : moyenne d'âge et sexe des patients dans les deux groupes. -----	24
Tableau 2 : représentation des lieux de provenance des patients dans les deux groupes. ---	25
Tableau 3 : moyens de transports utilisés par les patients dans chaque groupe. -----	26
Tableau 4 : niveau de gravité des patients adressés et non adressés. -----	27
Tableau 5 : représentation des patients dans les deux groupes selon la CCMU. -----	28
Tableau 6 : représentation selon la classification GEMSA. -----	29
Tableau 7 : représentation des principaux diagnostics dans les deux groupes. -----	30

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Évolution du nombre de médecins dans la Nièvre de 2015 à 2020 -----	14
Figure 2 : Cartographie de l'offre de soins d'urgence en Bourgogne -----	19
Figure 3 : représentation des principaux diagnostics chez patients non adressés-----	31
Figure 4 : Devenir des patients après prise en charge au service d'accueil d'urgence -----	32

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CH : Centre Hospitalier

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

GEMSA : la Classification du Groupe d'Étude Multicentrique des Services d'Accueil

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

IGSA : Indice de Gravité Simplifié Ambulatoire

IOA : Infirmier Organisateur d'Accueil

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MG : Médecin Généraliste

MT : Médecin Traitant

OR : Odds Ratio

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAUV : Salles d'accueil des Urgences Vitales

SMUR : Services Mobiles d'Urgence et Réanimation

TEP : Tomographie par Émission de Positons

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

I) LA MEDECINE GENERALE

A) La médecine générale en France

Au 1^{er} janvier 2019, la France compte 301 842 médecins inscrits au tableau de l'Ordre. 87015 médecins généralistes y sont inscrits et sont en activité régulière (tous modes d'exercice), avec une moyenne d'âge à 50,4 ans, dont 49,4% de femmes(1).

En région Bourgogne-Franche-Comté, cela représente 3520 praticiens dont 47,19% de médecins de sexe féminin.

Le médecin généraliste (MG) a un rôle primordial dans le système de soins en France. Parmi ses missions définies selon l'Article L.4130-1 du code de la santé publique (2), il:

- Participe à la contribution à l'offre de soins ambulatoire ;
- Assure pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ;
- Oriente ses patients selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- Assure la coordination des soins nécessaire à ses patients ;
- Veille à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés ;
- Contribue au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient
-
- Par ailleurs le médecin traitant peut adresser le patient vers un service d'accueil d'urgence hospitalier où sont prises en charge les maladies aiguës graves et les accidents corporels qui nécessitent la réalisation de soins rapides.

B) La situation médicale dans la Nièvre

La Nièvre est un département situé dans la région Bourgogne-Franche-Comté (région regroupant 8 départements au total : Côte-d'Or, Doubs, Haute-Saône, Jura, Nièvre, Saône-et-Loire, Territoire de Belfort, Yonne).

En termes de densité de sa population en 2018, ce département comptait 205 828 habitants dont 34 353 habitants dans la ville de Nevers qui en est le chef-lieu, sur un total de 2,8 millions d'habitants dans la région toute entière.(3)

Dans le département de la Nièvre, 668 médecins sont inscrits au tableau de l'ordre en 2019, ce qui représente 6,1% par rapport aux données régionales et 0,2% sur le plan national. Les médecins généralistes en activité sont au nombre de 211, soit 135 hommes et 76 femmes.

Il s'agit d'un des départements le plus concerné par le désert médical. En effet le nombre de médecins généralistes est insuffisant d'autant que les deux tiers d'entre eux ont plus de 55 ans. Entre 2010 et 2017, le nombre de médecins a diminué de 27 % dans la Nièvre. C'est

l'une des plus fortes baisses de généralistes constatées en France. La Figure 1 issue de « l'Atlas de la démographie médicale en Région Bourgogne 2015 » illustre bien cette décroissance entre 2015 et 2020.

Aujourd'hui, il y a moins de sept médecins généralistes pour 10 000 Nivernais, sachant que la majorité d'entre eux exerce dans l'agglomération de Nevers.

Face à cette situation, beaucoup de patients se rendent aux urgences, adressés ou non par leur médecin traitant (MT) afin d'y recevoir des soins.



Figure 1. Évolution du nombre de médecins dans la Nièvre de 2015 à 2020

II) LA MEDECINE D'URGENCE

A) Définition de l'urgence

“Tout le monde devrait apprendre à reconnaître une urgence et savoir quand et qui consulter. C'est l'une des choses les plus importantes que vous puissiez faire pour votre famille et votre entourage”. Gregory L. Henry, MD, FACEP, American College of Emergency Physicians
1995-96 Past-President.

Il n'existe pas à ce jour une seule définition concrète de la notion d'urgence car difficile à cerner. Parmi les différentes définitions proposées, nous pouvons noter :

- L'urgence peut être définie comme étant une situation non prévue, de survenue brutale et demandant une réponse rapide. (4)

On définit 4 niveaux d'urgences :

- Urgence vitale : mise en jeu du pronostic vital du patient immédiatement.
 - Urgence vraie : pathologie aigue grave menaçant le pronostic vital, nécessité d'une prise en charge rapide.
 - Urgence ressentie : il n'y a pas de danger véritable pour le patient, mais existence d'un tableau d'angoisse.
 - Urgence sociale : le patient se présente dans un contexte social difficile, aigu.
- Selon Wikipédia l'urgence peut se définir comme la perception de toute situation pouvant empirer rapidement dans un délai très bref sans soins, et pouvant engendrer des séquelles irréversibles ou le décès du patient.(5)

B) classification de l'urgence

Plusieurs outils existent à ce jour permettant de classer les patients en fonction de leur gravité pour un meilleur délai de prise en charge en urgence. Ces outils de classification se doivent d'être simples, rapides, pertinents et peu coûteux.(6)

Parmi les plus fréquemment utilisés, nous avons l'Indice de Gravité Simplifié Ambulatoire (IGSA), qui tient compte seulement des variables cliniques : l'âge, le pouls, la pression artérielle systolique, la fréquence respiratoire, la température corporelle et le score de Glasgow. Plus le score est élevé, plus le malade est en état grave. L'échelle de Manchester, mise en place en 1996, elle permet à l'IOA d'effectuer un triage en fonction de la gravité du patient et donne le délai recommandé pour la prise en charge. Elle est cotée en 5 items de (I à V). la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU), selon l'appréciation subjective de l'état clinique initial ainsi que la Classification du Groupe d'Étude Multicentrique des Services d'Accueil (GEMSA) qui classe les patients en 6 groupes selon leurs modes d'entrée, de sortie et la demande de soins.(6)

Niveau de gravité (Triage Manchester)

- MTS I : prise en charge immédiate (installation immédiate)
- MTS II : prise en charge relative (délai d'installation moins de 10 minutes)
- MTS III : prise en charge urgente (délai d'installations moins de 60 minutes)
- MTS IV : Prise en charge standard (délai d'installation moins de 120 minutes)
- MTS V : prise en charge non urgente (délai d'installation moins de 240 minutes)

Classification CCMU

- CCMU 1 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire, diagnostique ou thérapeutique, à réaliser par le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ou un service d'urgences.
- CCMU 2 : État 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 : État 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.

La CCMU modifiée prévoit deux classes supplémentaires :

- CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant, en l'absence de toute pathologie somatique instable.
- CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

Classification GEMSA

- GEMSA 1 : Patient décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation.
- GEMSA 2 : Patient non convoqué sortant après consultation ou soins.
- GEMSA 3 : Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale.
- GEMSA 4 : Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage aux urgences.
- GEMSA 5 : Patient attendu dans un service, ne passant aux urgences que pour des raisons d'organisation.
- GEMSA 6 : Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique importante ou prolongée.

C) Missions d'un service d'accueil d'urgence

D'après le décret n°2006-576 du 22 mai 2006(7), un SAU doit :

- Assurer l'accueil des malades et des familles en évitant les délais d'attente ;
- Maintenir les fonctions vitales et fonctionnelles du malade ;
- Identifier les problèmes médicaux ;
- Mettre en route le traitement ;
- Orienter vers le bon endroit au bon moment ;
- Accueillir en permanence dans la structure d'urgence toute personne en situation d'urgence : zone d'accueil ;

- Assurer l'observation, les soins et la surveillance :
 - Au sein de la structure d'urgence ;
 - En Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) ;
 - Dans une structure de l'établissement ;
 - Vers un autre établissement en assurant le transfert ;
 - Vers une consultation ;
 - Vers le médecin de ville.

D) Organisation du service d'accueil d'urgence

Dans la grande majorité des cas, on retrouve une organisation par secteur(8) avec une zone d'accueil gérée par un infirmier d'organisateur de l'accueil (IOA) qui accueille, évalue et procède à un tri des patients arrivant selon leur pathologie ou niveau de gravité dans la filière adaptée ; une zone de soins (salles d'examen et de soin); une zone de service (bureaux, salle de réunion, secrétariat) ; une zone technique (imageries complémentaires, laboratoire); ainsi qu'une UHCD qui permet de sécuriser les décisions médicales prises dans le SAU en alternative à des sorties prématurées ou des hospitalisations inadaptées. La sectorisation peut également se faire en circuit léger/court, pour les patients nécessitant peu de temps médical ou paramédical, et circuit lourd/long pour les malades nécessitant plus de temps de prise en charge.

E) Le service d'accueil d'urgence de Nevers

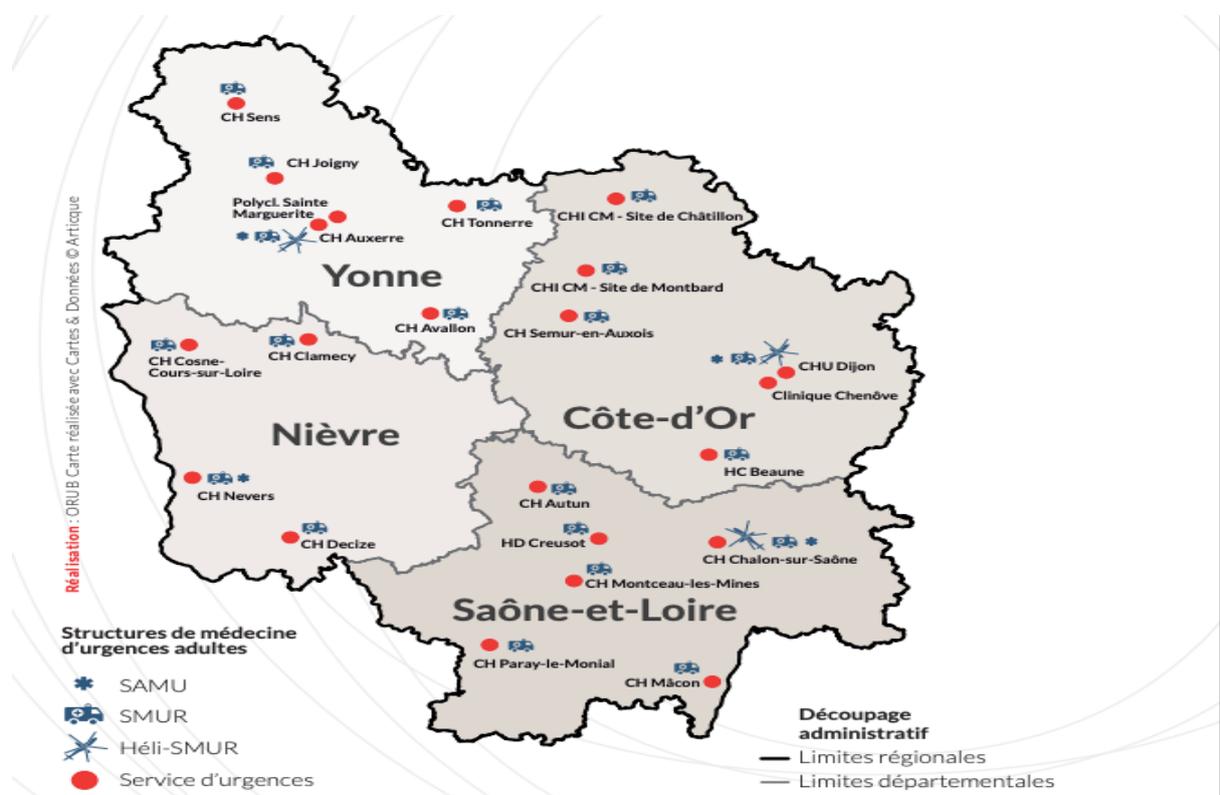


Figure 2 : Cartographie de l'offre de soins d'urgence en Bourgogne (9)
(Présence d'un héli-SMUR à Nevers depuis 2020)

Le département de la Nièvre comprend 4 structures d'accueil d'urgence adulte (situées aux centres hospitaliers de Nevers, Decize, Cosne-sur-Loire et Clamecy (Figure 2), qui enregistrent en 2015 un nombre de passage de 65 873, soit 13,7% de l'ensemble de la Bourgogne, et une progression de 0,5% par rapport à l'année précédente(9)), un service d'aide médicale urgente (SAMU), quatre sièges de Services Mobiles d'Urgence et Réanimation (SMUR) et un service d'urgences pédiatriques.

Le GHT de la Nièvre comprends trois sites d'urgences situés à Nevers, Decize et Cosne-sur-Loire (Clamecy appartenant au groupement Sud Yonne).

Organisation du service d'accueil d'urgence adulte

Les urgences de Nevers, centre hospitalier pivot du GHT (groupement hospitalier de territoire) fonctionne avec :

- Une zone d'accueil administratif par un(e) secrétaire ;
- Une zone d'accueil par l'infirmier organisateur d'accueil (IOA) pour l'accueil physique des patients, qui après une première évaluation sur la gravité, seront orientés vers une salle d'examen ;

- 6 salles d'examen ;
- 1 box circuit court ;
- 1 zone de déchoquage (SAUV) divisée en trois espaces ;
- 2 salles de consultation de traumatologie : composée d'une salle de plâtre et une salle de suture
- 10 lits en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) : modulables en en zone d'accueil pour les patients COVID positif ou avec une suspicion d'infection au COVID.
- 1 SAMU 58 - SMUR avec un hélicoptère sanitaire ;
- 1 zone imagerie dont 1 salle de radiologie numérisée dédiée à l'activité des urgences,

Il est vrai qu'avec la baisse importante de nombres de généralistes en ville, particulièrement marquée dans le département de la Nièvre (moins 27% entre 2010 et 2017, selon la démographie des professionnels de santé de la DREES)(10), on assiste en parallèle à une l'augmentation de nombre de passage aux urgences, ouvert 24h/24 et 7jours/7. Ainsi le service peut se retrouver rapidement submergé.

Sur l'année 2018, on a compté 33 354 passages aux urgences de Nevers, avec une moyenne de 91,4 passages quotidiens, une durée moyenne de 5 heures et 3 minutes, et une durée médiane de 3 heures, principalement pour des motifs médico-chirurgicaux (56,5%), suivi de la traumatologie (34 ,7%), de la psychiatrie (3,5%), de la toxicologie (1,9%) puis d'autres motifs représentant 3,3%(11). L'âge moyen des patients était de 49 ans. Ils arrivaient principalement par moyen personnel.

III) OBJECTIF DE L'ETUDE

En France, le nombre de consultations annuelles dans les services d'accueil des urgences accroît de façon continue depuis plus de 20 ans.

Selon un rapport d'étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) datant d'août 2020, le passage aux urgences est passé de 16,9 millions en 2009 à 20,7 millions en 2017, avec une progression annuelle de +2,5 % en moyenne, ce qui est cinq fois plus élevée que la croissance de la population résidant en France. (12)

Certains établissements mettent en place des filières alternatives pour désengorger au maximum leur SAU.

La mise en place en lien avec le Service d'Accueil des Urgences d'une filière spécifiquement dédiée aux patients adressés par leur médecin traitant pourrait constituer un levier pour le désengorgement du service des urgences, en fluidifiant le parcours de soin et permettant une amélioration de la prise en charge de ces patients.

Pour étayer cette hypothèse, notre travail vise à comparer différentes caractéristiques des patients adressés par leur médecin traitant aux urgences de Nevers par rapport ceux qui ne le sont pas.

IV) MATERIEL ET METHODE

A) Type d'étude

- Il s'agit d'une étude monocentrique, observationnelle, historique, comparative.
- Elle a été réalisée à partir d'une extraction des données des dossiers patients du service d'accueil d'urgence adulte du CH de Nevers, saisies avec le logiciel Urqual.

B) Population

Nous avons inclus toutes les personnes passées au service d'accueil des urgences adulte du CH de Nevers entre janvier 2019 et juin 2020.

Seuls les patients âgés de 16 ans et plus ont été inclus. (Les patients de moins de 16 ans consultant pour motif médical relevaient des urgences pédiatriques).

Comparaison de deux groupes : patients adressés par leur MT (présence d'une lettre d'adressage) et les patients non adressés (absence de lettre d'adressage).

Comparaison entre ces deux groupes des caractéristiques suivantes :

- Sexe
- Age à l'admission
- Provenance du patient (domicile, voie publique, travail, école, SSR, EHPAD...)
- Niveau de gravité lors de l'accueil par l'IOA
- CCMU
- GEMSA
- Principaux diagnostics ;
- Devenir du patient (retour à domicile, hospitalisation, transfert vers un autre établissement, fugue ou décès).

C) Analyse statistique

Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et la proportion.

Les variables quantitatives l'ont été selon la moyenne et l'écart-type.

Les caractéristiques des sujets adressés par leur MT et celles des sujets non adressés ont été comparées à l'aide de tests exacts de Fisher pour les variables qualitatives, et de tests t de Student pour les variables quantitatives.

Les résultats ont été exprimés sous forme d'Odd Ratio (OR) ou de différence moyenne (μ) avec intervalle de confiance et p-value.

Les différences entre les 2 groupes étaient exprimées sous la forme d'OR pour les variables qualitatives et de μ pour les variables quantitatives, en prenant le groupe « adressé par MT » comme référence.

OR > 1 signifiait que la variable était plus fréquente chez les sujets venus spontanément
OR < 1 que la variable était plus fréquente chez les sujets adressés par leur MT).

$\mu > 0$ signifiait que la moyenne était plus élevée chez les sujets venus spontanément
 $\mu < 0$ que la moyenne était plus élevée chez les sujets adressés par leur MT).

Les observations avec données manquantes ont été conservées sans imputation. Pour chaque caractéristique, les données manquantes ont été comptabilisées en effectifs mais n'ont pas été prises en compte pour les calculs de proportions.

L'ensemble des analyses a été réalisé sous le logiciel R version 4.1.0 avec un seuil de significativité fixé à 5%.

V) RESULTATS

Sur la période d'étude choisie, 62 707 passages ont été enregistrés sur l'ensemble des urgences.

Après sélection selon nos critères d'étude et après avoir les dossiers avec les données manquantes, 24 484 patients ont été inclus.

3168 patients ont été adressés par leur MT et 21 316 patients n'étaient pas adressés par leur MT aux urgences adultes du CH de Nevers.

A) Caractéristique démographique

Tableau 1 : moyenne d'âge et sexe des patients dans les deux groupes

Caractéristiques	Adressé par un médecin traitant N = 3 168	Non adressés N = 21 316	Total	Taille d'effet	P-value
Age moyen à l'admission	63	38	41	$\mu=-25$ [-26 ; -24]	p<0,001
Sexe masculin	1 564 (49%)	11 310 (53%)	12 874 (53%)	OR=1,2 [1,1 ; 1,3]	p<0,001

Les patients adressés au SAU étaient significativement plus âgés.

Les femmes étaient significativement plus représentées dans ce même groupe.

B) Provenance

Tableau 2 : représentation des lieux de provenance des patients dans les deux groupes

	Adressés par un médecin traitant N = 3 168	Non adressés N = 21 316	Total	Taille d'effet	P-value
Domicile	2 386 (75%)	14 513 (86%)	16 899 (84%)	OR=2,0 [1,8 ; 2,2]	p<0,001
Voie ou Lieu public	620 (20%)	948 (5,6%)	1 568 (7,8%)	OR=0,24 [0,22 ; 0,27]	p<0,001
Lieu de travail	22 (0,7%)	379 (2,2%)	401 (2,0%)	OR=3,3 [2,1 ; 5,3]	p<0,001
École	4 (0,1%)	127 (0,8%)	131 (0,7%)	OR=6,0 [2,3 ; 22]	p<0,001
Structure d'hébergement médicosociale	16 (0,5%)	271 (1,6%)	287 (1,4%)	OR=3,2 [1,9 ; 5,7]	p<0,001

Dans les deux groupes d'étude, les patients provenaient majoritairement de leur domicile, suivi par la « voie ou lieu public ».

C) Moyens de transport

Tableau 3 : moyens de transports utilisés par les patients dans chaque groupe

	Adressé par un médecin traitant N = 3 168	Non adressés N = 21 316	Total	Taille d'effet	P-value
Moyens personnels	2 123 (67%)	11 184 (73%)	13 307 (72%)	OR=1,3 [1,2 ; 1,5]	p<0,001
Ambulance	796 (25%)	1 775 (12%)	2 571 (14%)	OR=0,39 [0,36 ; 0,43]	p<0,001
Pompiers	168 (5,3%)	1 947 (13%)	2 115 (11%)	OR=2,6 [2,2 ; 3,1]	p<0,001
SMUR	21 (0,7%)	238 (1,6%)	259 (1,4%)	OR=2,4 [1,5 ; 3,9]	p<0,001
Taxi	51 (1,6%)	17 (0,1%)	68 (0,4%)	OR=0,07 [0,04 ; 0,12]	p<0,001
police	5 (0,2%)	87 (0,6%)	92 (0,5%)	OR=3,6 [1,5 ; 11]	p=0,001
Gendarmes	1 (<0,1%)	33 (0,2%)	34 (0,2%)	OR=6,8 [1,1 ; 278]	p=0,022
Valeurs manquantes	3	6 035	6 038	/	/

Les moyens de transport différaient significativement selon si les sujets étaient adressés ou non par leur médecin traitant.

Chez les sujets adressés, on retrouvait une plus grande proportion d'ambulances et de taxis

Chez les sujets non adressés par le médecin traitant, la venue par les pompiers, le SMUR la police ou encore la gendarmerie était plus fréquente.

Dans les deux groupes les patients venaient majoritairement par moyens personnels, surtout chez les patients non adressés.

D) Niveau de gravité par l'IOA

Tableau 4 : niveau de gravité par l'IOA des patients adressés et non adressés

Niveau de gravité	Adressé par un médecin traitant N = 3 168	Non adressé N = 21 316	Total	Taille d'effet	P-value
I	7 (0,2%)	63 (0,3%)	70 (0,3%)	OR=1,4 [0,63 ; 3,6]	p=0,60
II	356 (12%)	1 098 (5,7%)	1 454 (6,5%)	OR=0,44 [0,39 ; 0,50]	p<0,001
III	1435 (48%)	5 052 (26%)	6 487 (29%)	OR=0,38 [0,35 ; 0,41]	p<0,001
IV	1 041 (35%)	9 631 (50%)	10 672 (48%)	OR=1,8 [1,7 ; 2,0]	p<0,001
V	127 (4,3%)	3 515 (18%)	3 642 (16%)	OR=5,0 [4,1 ; 6,0]	p<0,001
Valeurs manquantes	202	1 957	2159	/	/

- Les valeurs I, IV et V étaient plus fréquentes chez les patients non adressés

- Les II et III plus fréquentes chez les sujets adressés par leur MT.

E) CCMU

Tableau 5: représentation des patients dans les deux groupes selon la CCMU

CCMU	Adressé par un médecin traitant N = 3 168	Non adressé N = 21 316	Total	Taille d'effet	P-value
1	137 (4,5%)	4 365 (22%)	4 502 (20%)	OR=6,0 [5,0 ; 7,2]	p<0,001
2	2 240 (73%)	13 568 (68%)	15 808 (69%)	OR=0,78 [0,71 ; 0,85]	p<0,001
3	655 (21%)	1 896 (9,5%)	2 551 (11%)	OR=0,39 [0,35 ; 0,43]	p<0,001
4	20 (0,7%)	80 (0,4%)	100 (0,4%)	OR=0,61 [0,37 ; 1,1]	p=0,054
5	4 (0,1%)	27 (0,1%)	31 (0,1%)	OR=1,0 [0,36 ; 4,1]	p>0,99
D	0 (0%)	4 (<0,1%)	4 (<0,1%)	OR=Inf [0,10 ; Inf]	p>0,99
P	0 (0%)	3 (<0,1%)	3 (<0,1%)	OR=Inf [0,06 ; Inf]	p>0,99
Valeurs manquantes	112	1 373	1 485	/	/

Par rapport aux patients adressés par le médecin traitant, les patients non adressés avaient plus fréquemment une CCMU 1 de façon significative.

A l'inverse, les valeurs de CCMU 2 et 3 étaient significativement plus représentées chez les patients adressés par le MT

F) GEMSA

Tableau 6 : représentation selon la classification GEMSA

GEMSA	Adressé par un médecin traitant N = 3 168	Non adressé N = 21 316	Total	Taille d'effet	P-value
1-Patient décédé à l'arrivée	0 (0%)	9 (<0,1%)	9 (<0,1%)	OR=Inf [0,30 ; Inf]	p=0,62
2-Patient non convoqué sortant après consultation	1 470 (48%)	14 527 (73%)	15 997 (70%)	OR=2,9 [2,7 ; 3,1]	p<0,001
3-Patient convoqué pour des soins	117 (3,8%)	632 (3,2%)	749 (3,3%)	OR=0,82 [0,67 ; 1,0]	p=0,063
4-Patient hospitalisé après passage au SAU	1 467 (48%)	4 713 (24%)	6 180 (27%)	OR=0,34 [0,31 ; 0,36]	p<0,001
5-Patient passant au SAU pour raison administrative	1 (<0,1%)	14 (<0,1%)	15 (<0,1%)	OR=2,1 [0,33 ; 91]	p=0,71
6-Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate	1 (<0,1%)	29 (0,1%)	30 (0,1%)	OR=4,5 [0,74 ; 182]	p=0,17
Valeurs manquantes	112	1 392	1 504	/	/

On retrouve plus fréquemment GEMSA 2 chez les patients non adressés et à l'inverse, GEMSA 4 est plus fréquemment retrouvé chez les patients adressés.

Pour le GEMSA 3, les résultats ne sont pas significatifs

Il existe également un manque d'effectifs pour conclure à une différence pour GEMSA 1, 5 et 6.

G) Diagnostics principaux

Tableau 7 : représentation des principaux diagnostics dans les deux groupes

Diagnostic	Adressé par un médecin traitant N = 3 168	Non adressé N = 21 316	Total	Taille d'effet	P-value
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire	885 (29%)	4 695 (24%)	5 580 (24%)	OR=0,76 [0,70 ; 0,83]	p<0,001
Lésions traumatiques, empoisonnements	369 (12%)	4 506 (23%)	4 875 (21%)	OR=2,1 [1,9 ; 2,4]	p<0,001
Maladies de l'appareil circulatoire	319 (10%)	762 (3,8%)	1 081 (4,7%)	OR=0,34 [0,30 ; 0,39]	p<0,001
Maladies de l'appareil digestif	318 (10%)	1 243 (6,2%)	1 561 (6,8%)	OR=0,57 [0,50 ; 0,65]	p<0,001
Maladies de l'appareil respiratoire	185 (6,1%)	2 280 (11%)	2 465 (11%)	OR=2,0 [1,7 ; 2,4]	p<0,001
Maladies de l'appareil génito-urinaire	131 (4,3%)	761 (3,8%)	892 (3,9%)	OR=0,89 [0,73 ; 1,1]	p<0,001
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	83 (2,7%)	947 (4,8%)	1 030 (4,5%)	OR=1,8 [1,4 ; 2,3]	p<0,001
Maladies du système nerveux	81 (2,7%)	328 (1,6%)	409 (1,8%)	OR=0,62 [0,48 ; 0,80]	p<0,001
Troubles mentaux et du comportement	81 (2,7%)	938 (4,7%)	1 019 (4,4%)	OR=1,8 [1,4 ; 2,3]	p<0,001

Chez les sujets non adressés, les familles de diagnostics principaux suivantes étaient significativement plus fréquentes :

- Les lésions traumatiques, empoisonnements
- Les signes cliniques anormaux
- Les maladies de l'appareil respiratoire
- Les maladies de l'appareil digestif
- Les troubles mentaux et du comportement

Chez les patients adressés par le médecin traitant, les diagnostics suivants étaient significativement plus fréquents :

- Les symptômes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire
- Les lésions traumatiques
- Les maladies de l'appareil circulatoire
- Les maladies de l'appareil digestif
- Les maladies de l'appareil respiratoire.

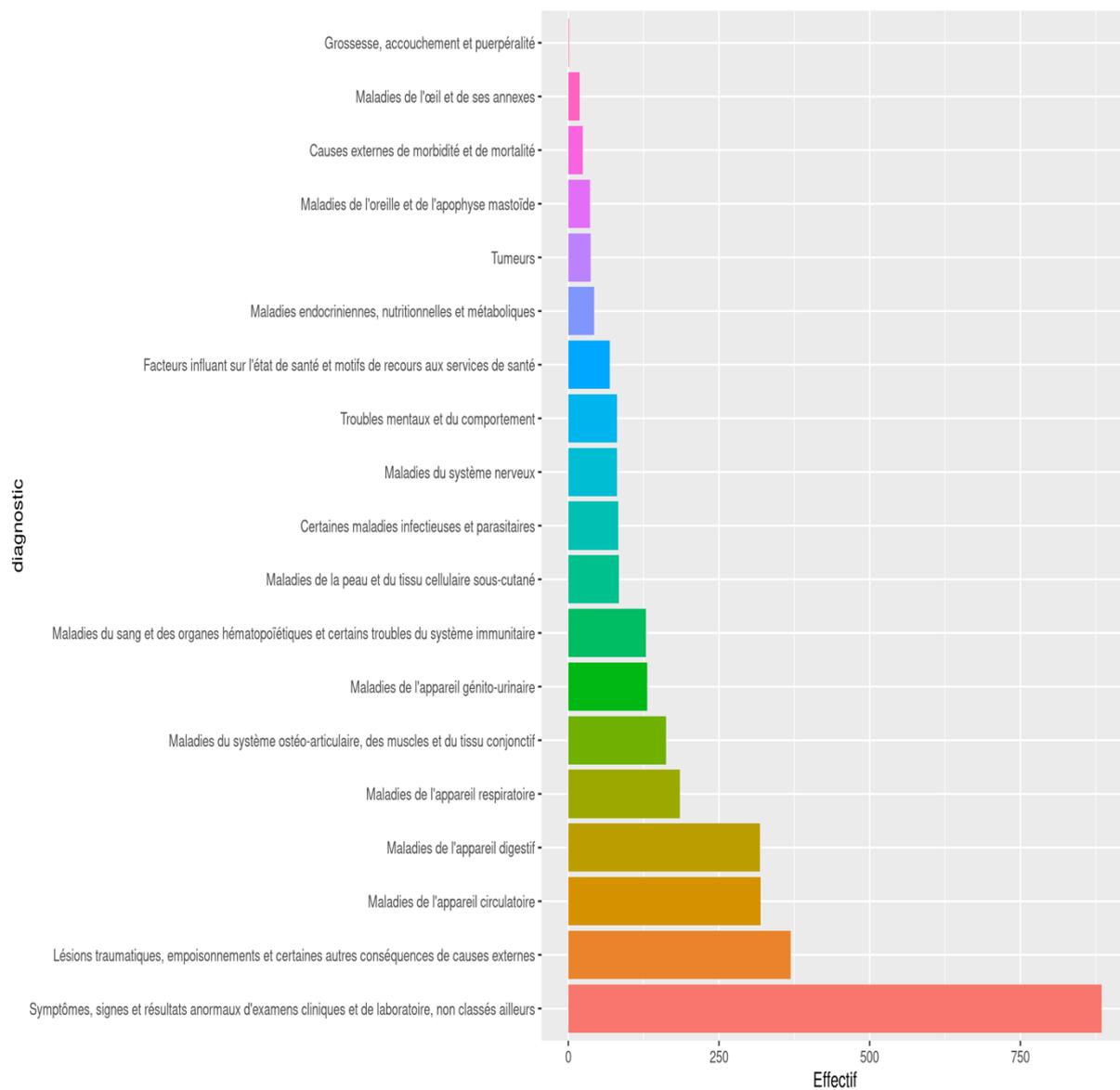


Figure 3 : représentation des principaux diagnostics chez les patients adressés

H) Devenir des patients

Les retours à domicile et les sorties sans soins étaient significativement plus fréquents chez les patients non adressés.

Les hospitalisations étaient significativement plus fréquentes chez les patients adressés par leur MT (46% vs 20%)

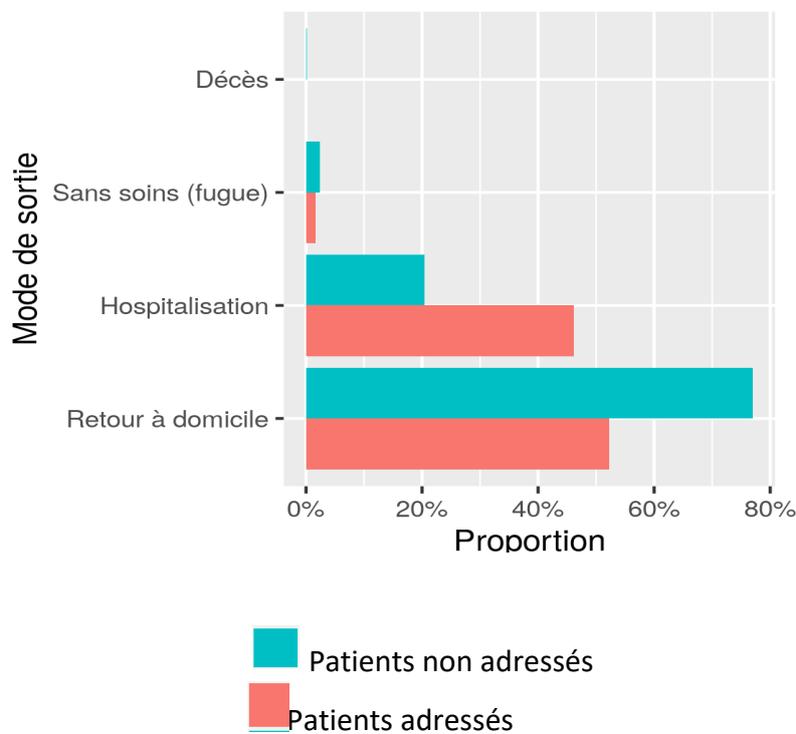


Figure 4 : Devenir des patients après prise en charge au service d'accueil d'urgence

VI DISCUSSION

En France, les services d'accueil des urgences voient leurs fréquentations s'accroître de façon progressive depuis plusieurs années, se retrouvant souvent saturés.

Les patients y consultant viennent soit de façon spontanée, soit après avoir été adressés par un professionnel de santé notamment par leur médecin traitant (MT).

Ces patients adressés aux urgences par leur MT constituent une proportion non négligeable des passages.

Selon une étude réalisée par la DREES en 2006, ces recours urgents représentaient 11 % de l'ensemble des consultations et visites effectuées par les médecins généralistes exerçant en cabinet interrogés au cours de la période d'enquête. (13)

Cependant, peu d'études existent à ce jour France, sur les caractéristiques des patients adressés à l'hôpital par le MT, notamment dans la Nièvre.

Notre étude s'est intéressée aux patients admis aux urgences du Centre hospitalier de Nevers sur une période de 18 mois, de janvier 2019 à juin 2020. L'objectif était de comparer les patients adressés par un médecin traitant et ceux consultant de façon spontanée ou adressés par un autre moyen, selon différentes caractéristiques afin de permettre la création de filières spécifiques d'admission, dans le but de fluidifier le parcours de soin et améliorer la prise en charge.

24 484 patients ont été inclus au total dont 3168 adressés par le médecin traitant, soit environ 13%.

Les patients adressés par le MT aux urgences étaient significativement plus âgés que ceux n'étant pas adressés (63 ans vs 38 ans).

Nos résultats semblent similaires à une étude récente menée en Occitanie de 2016 à 2018, qui retrouve un âge moyen de 57 ans pour les patients adressés contre 36 ans pour ceux venus d'eux-mêmes(14), résultats pouvant être expliqués par l'existence des comorbidités liés à l'âge avec un risque plus accru d'aggravation des symptômes d'une part, et par le fait qu'en traumatologie beaucoup de patients viennent spontanément ou adressés par le centre 15, et sont souvent plus jeunes d'autre part.

Parmi ces patients adressés, les femmes étaient plus représentées (51%) alors que dans le groupe des patients consultant spontanément les hommes étaient majoritaires (53%).

Dans les deux groupes, les patients provenaient majoritairement de leur domicile.

Chez ces sujets adressés, on retrouvait une plus grande proportion d'ambulances et de taxis résultats semblables à une étude de 2021 (14) où les patients adressés, arrivaient avec un transport sanitaires dans 76% des cas.

Chez les sujets venus spontanément, les moyens personnels étaient plus fréquents.

Ces résultats se rapprochent de l'étude du Dr Boyer en 2019(15) qui expliquait ses résultats par le fait qu'un patient qui consulte de lui-même son MT où il a pu se rendre dans la majorité des cas par ses propres moyens puisse utiliser ces mêmes moyens pour aller consulter aux urgences.

En termes de gravité, nos résultats montrent de façon significative que les patients adressés ont une valeur de CCMU plus élevée que ceux qui ne le sont pas. Ces résultats sont similaires à la plupart d'études réalisées jusqu'à présent dans lesquelles les valeurs de CCMU étaient plus élevées chez les patients adressés. Cela pouvait être expliqué du fait que ces patients étaient âgés, avec plus de risque d'avoir des comorbidités qu'un sujet plus jeune.

Pour le caractère « niveau de gravité » le niveau I est très peu représenté en effectifs dans les deux groupes, ce qui rend les résultats difficiles à interpréter. Cependant pour les valeurs IV et V étaient plus fréquentes chez les patients non adressés, alors que les II et III étaient plus fréquentes chez les sujets adressés.

Les patients non adressés étaient principalement admis pour des lésions traumatiques en premier lieu, suivi par les maladies de l'appareil respiratoire et digestif ainsi que les consultations pour des troubles mentaux et du comportement.

Pour les patients adressés, les groupes des diagnostic suivants étaient significativement plus fréquents : les symptômes ou résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, suivi des lésions traumatiques, les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies de l'appareil digestif ainsi que les maladies de l'appareil respiratoire.

Dans notre étude on retient principalement que les patients non adressés se présentaient en majorité pour des lésions traumatiques, alors que ceux adressés par le généraliste l'étaient majoritairement pour une cause somatique non traumatique comme les pathologies de l'appareil circulatoire ou encore des anomalies sur les examens biologiques nécessitant une prise en charge urgente.

Selon une étude de la DREES en 2006, les médecins traitants adressent leurs patients aux urgences pour des problèmes somatiques d'origine médicale non traumatique dans 75% des cas, 12% pour la traumatologie, 7% pour des troubles psychologiques.(16)

La thèse du Dr Sevrin met en évidence comme premier motif d'adressage par le médecin généraliste (quel que soit la zone d'exercice), les urgences cardiologiques à 25,9%. Les autres motifs variaient en fonction de cette zone d'exercice, les urgences traumatologiques sont au troisième rang après la cardiologie et la chirurgie viscérale pour les médecins généralistes installés en milieu rural alors qu'elles sont situées au sixième rang pour les médecins généralistes en milieu urbain. (17)

Pour ce qui est du devenir des patients, les retours à domicile et les sorties sans soins étaient significativement plus fréquents pour les sujets non adressés, et les hospitalisations étaient significativement plus fréquentes chez les personnes adressées. Ces résultats sont similaires à d'autres études qui ont montré des taux d'hospitalisation plus important chez les patients adressés par un médecin généraliste, notamment la thèse du Dr Boudy Lapouge démontrait qu'un patient sur deux adressé, était hospitalisé après son passage aux urgences(18) ou tout comme celle du Dr Vendeoux qui retrouvait un taux d'hospitalisation de 50% pour ces patients alors qu'il n'était que de 18 % pour la population non adressée par ce professionnel(19)

Forces et limites de l'étude :

A ce jour, peu d'études mettent en évidence cette relation étroite entre la médecine de ville et les services d'accueil d'urgence, qui voient leur fréquentation s'accroître de façon progressive avec le temps. Notre étude vient compléter cette liste restreinte, afin de mieux organiser le parcours de soin et améliorer les prises en charges.

Notre recueil était exhaustif, par son effectif représenté.

Ce pendant nous avons bien conscience que par son caractère rétrospectif, il y a pu avoir des erreurs lors de la saisie des données par la secrétaire, l'IOA ou le médecin.

La période notre étude inclue le début de la pandémie mondiale du COVID—19 avec le confinement national. Il a été constaté une diminution importante du flux des patients consultant aux urgences et dans les cabinets de médecine en ville lors des périodes de confinement, ce qui a pu également impacter sur notre étude sur l'inclusion des patients.

VII CONCLUSION

Nous avons vu que ces patients adressés étaient majoritairement plus âgés, avec un état clinique plus grave donc nécessitant plus souvent une hospitalisation et pour des motifs majoritairement médicaux.

Par le biais de cette étude, avec le profil de ces patients adressés, nous souhaiterions mettre en place une ligne de communication direct : le médecin traitant pourrait soit contacter le service concerné pour une admission directe, soit contacter les urgences pour informer de l'adressage, s'il y a nécessité de réaliser des examens complémentaires ou encore si le patient nécessite des soins spécialisés plus rapidement, tout cela dans le but de fluidifier leur parcours et permettre une admission plus rapide dans les services appropriés.

S'il n'y a pas besoin d'examen particulier, le patient pourrait être orienté en admission directe vers le service concerné.

Il serait utile d'analyser le devenir des patients adressés mais non hospitalisés, qui ont peut-être nécessité un suivi spécialisé par la suite. Cela pourrait être intéressant car pouvant permettre de fluidifier la filière ambulatoire avec la création d'une ligne directe d'accès aux avis spécialisés

THÈSE SOUTENUE PAR Mme MUKULUNGU FINTA Prisca

CONCLUSIONS

Nous avons vu que ces patients adressés étaient majoritairement plus âgés, avec un état clinique plus grave donc nécessitant plus souvent une hospitalisation et pour des motifs majoritairement médicaux.

Grace à cette étude, avec le profil de ces patients adressés, nous souhaiterions mettre en place une ligne de communication directe : le médecin traitant pourrait soit contacter le service concerné pour une admission directe, soit contacter les urgences pour informer de l'adressage, s'il y a nécessité de réaliser des examens complémentaires ou encore s'il souhaite avoir un avis spécialisé plus rapidement, tout cela dans le but de fluidifier leur parcours et permettre une admission plus rapide dans les services appropriés.

S'il n'y a pas besoin d'examen particulier, le patient peut être adressé directement en admission directe vers le service concerné et s'il y a nécessité d'explorations particuliers, le patient peut être adressé vers les urgences avec une information préalable au médecin spécialisé qui poursuivra la prise en charge

Il serait utile d'analyser le devenir des patients adressés mais ne nécessitant pas d'hospitalisation, qui ont peut-être nécessité d'un suivi spécialisé par la suite. Cela pourrait être intéressant car pouvant permettre de fluidifier la filière ambulatoire avec la création d'une ligne directe d'accès aux avis spécialisés

Le Président du jury,
Pr. BAULOT



Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 1^{er} Septembre 2022
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

VIII BIBLIOGRAPHIES

1. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en 2019. [Internet]. [Cité le 8 mai 2021].
Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/npcskp/demo_2019_atlas.pdf
2. Article L4130-1. Code de la santé publique sur les missions du médecin Généraliste. [Internet]. [cité le 24/08/2020]
3. INSEE. Populations légales en Bourgogne-Franche-Comté : 2 807 807 habitants au 1 er janvier 2018 - 113 [Internet]. [Cité 26 avril 2021].
Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5001859>
4. Abid PL. Les urgences médico-chirurgicales (UMC).2003. [Internet]. [Cité le 17/09/2021]
5. WIKIPEDIA. Urgences. 2021. [Internet]. [Cité 16 avril 2021]. Disponible sur : <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Urgences&oldid=185901340>
6. Scores et classification des malades aux urgences [Internet]. [Cité 17 sept 2021].
Disponible sur : <http://www.efurgences.net/aide-a-la-decision/61-classifications.html>
7. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-576 mai 22, 2006. [Internet] [Cité le 17/09/2021]
8. Bleichner G, Bleichner G, Braun F, Burnouf J-M, Cerfontaine C, Delaire L, et al. Architecture des services d'urgence. J Eur Urgences [Internet]. Juin 2005 [cité 17 sept 2021];18(2):102-26.
Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0993985705824781>
9. Observatoire Régionale des Urgences de Bourgogne ORUB. Activité des structures Des urgences en Bourgogne, panorama 2015. [Internet]. [Cité 26 avr 2021].
Disponible sur : http://e-rub.fr/wp-content/uploads/2016/09/PANORAMA_V2.pdf
10. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [Cité 8 mai 2021].
Disponible sur : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
11. Observatoire Régionale des Urgences de Bourgogne Franche-Comté ORUBFC. Service d'urgences polyvalent du CH de Nevers activité 2018. [Internet]. [Cité 3 oct 2021].
Disponible sur : https://e-rub.fr/wp-content/uploads/2019/05/ORUB_SU_RPU_2018_CH-de-Nevers_polyvalent-3.pdf
12. DREES. 9 patients sur 10 qui se rendent aux urgences consultent aussi leur médecin de ville - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [Cité 8 sept 2020].

Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-Statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/9-patients-sur-10-qui-se-rendent-aux-Urgences-consultent-aussi-leur-medecin-de>

13. Gouyon M. Les urgences en médecine générale. DREES série Statistiques 2006 ;51

14. Mourou H, Latournerie G, Delisle E, Charpentier S. En quoi les patients adressés dans les services d'urgences après avis médical sont-ils différents des patients venant d'eux-mêmes ? Ann Fr Médecine D'urgence [Internet]. 1 nov 2021 [cité 1 févr 2022];11(6):35765.

Disponible sur :

https://afmu.revuesonline.com/articles/lvafmu/abs/2021/06/lvafmu_2022_sprurge001210/lvafmu_2022_sprurge001210.html

15. Boyer A. Incidence, caractéristiques et gravités des patients adressés en Structures d'Urgences adulte du CHU Toulouse par les médecins généralistes. [Thèse de Médecine] Université de Toulouse III – Paul SABATIER.2019 ;33

16. Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine Générale - Premiers résultats. DREES. 2006 ;8.

17. Sevrin Y. Motivations des médecins généralistes de Haute-Normandie pour adresser leurs patients aux urgences: comparaisons en fonction des caractéristiques des médecins. [Thèse de Médecine]. Rouen ; 2010 :147.

18. Boudy-Lapouge M. Les patients adressés par leur médecin généraliste aux urgences du Centre Hospitalier d'Albi : description et analyse des motifs de recours [Thèse de Médecine] Université de Toulouse III – Paul SABATIER. 2013 ; 41

19. Vendeoux A. Motifs de consultation et parcours aux urgences des patients adressés par le Médecin généraliste : une étude prospective au centre hospitalier d'Estampes. [Thèse de Médecine]. Université Amiens - Jules Verne. 2014.

TITRE DE LA THESE : Caractéristiques des patients adressés et adressés par le médecin traitant aux urgences de Nevers.

AUTEUR : PRISCA MUKULUNGU FINTA

RESUME :

Le service d'accueil adulte des urgences de Nevers, chef-lieu du département de la Nièvre, est souvent surchargé avec l'augmentation du nombre de passages. Ces patients peuvent être adressés par le médecin traitant ou non.

Notre étude a pour objectif de comparer les caractéristiques de ces patients adressés par rapport à ceux qui ne le sont pas.

Il s'agit d'une étude monocentrique, observationnelle, historique, réalisée à partir d'une extraction des données des dossiers patients du le service d'accueil des urgences de Nevers de janvier 2019 à juin 2020.

Notre étude réalisée sur 24 484 patients dont 3168 adressés, a montré que ces patients adressés étaient significativement plus âgés (63 ans vs 38 ans).

Ils provenaient majoritairement de leur domicile, par ambulance ou taxis.

L'adressage de ces patients étaient majoritairement pour des motifs non traumatiques, par exemple des résultats biologiques anormaux, des pathologies cardio-respiratoire ou digestifs. On retrouvait plus d'hospitalisation après le passage aux urgences chez les patients adressés par le MT (46% vs 20%).

Ce travail confirme que les patients adressés par le MT aux urgences de Nevers présentent des caractéristiques spécifiques, justifiant l'utilité de la mise en place d'une filière dédiée leur admission afin de fluidifier le parcours de soin.

MOTS-CLES : ADRESSAGE PAR LE MEDECIN GENERALISTE, URGENCES, NEVERS