

Année 2024/2025

N°89

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Théo RAWLS

Né le 17 janvier 1994 à Marseille (13)

Analyse des pratiques des médecins généralistes en situations d'urgence au cabinet médical

Présentée et soutenue publiquement le **26 juin 2025** devant un jury composé de :

Président du jury : Professeur Fabrice IVANES, Physiologie, Faculté de médecine - Tours

Directrice de Thèse : Docteur Julie MARTIN, Urgences Timone SAMU 13, UCCA-UH,
faculté des sciences médicales et paramédicales - Marseille

Membres du jury : Docteur Guillermo CARVAJAL ALEGRIA, Rhumatologie, MCU-PH,
Faculté de médecine – Tours

Dr Thierry BALAND, Médecin généraliste, Mehun-sur-Yèvre

Résumé :

Introduction : Les médecins généralistes sont la première ligne du parcours de soin des patients et leur rôle dans des situations d'urgence se doit d'être efficace et optimal. La pénurie médicale actuelle avec un manque important de médecin généraliste, les difficultés rencontrées par les Services d'Accueil des Urgences (SAU) ainsi que la demande de soins de plus en plus importante de la population ne permettent pas aux médecins généralistes de subvenir correctement aux besoins de soins urgents. Nous avons donc voulu analyser les pratiques des médecins généralistes face à des situations d'urgence à leur cabinet médical.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude transversale observationnelle de type enquête qualitative de pratique auprès des médecins généralistes du département du Var, via un questionnaire anonymisé. Il a été analysé par le biais de trois situations cliniques (thrombophlébite, douleur thoracique et accident ischémique Transitoire) les prises en charges urgentes au cabinet. Secondairement a été analysé les pratiques des médecins au cabinet (matériel, gestes réalisables), les contraintes obligeant l'adressage du patient vers un SAU et la communication avec le SAU en fonction de l'exercice du praticien (s'il exerçait une partie de son activité en garde) et en fonction de leur tranche d'âge.

Résultats : Nous avons reçu 60 réponses à notre questionnaire. Dans les différentes situations cliniques plus de 80% des médecins acceptent les consultations urgentes se présentant à leur cabinet malgré des contextes contraignants. Un pourcentage similaire d'entre eux utilisent les services d'urgence quand cela est nécessaire et prennent en charge le patient de manière ambulatoire de manière adaptée. Un seul médecin s'est déclaré en capacité de réaliser une échographie 4 points au cabinet mais 30% des médecins ont déclaré pouvoir réaliser un acte de Dermoscopie. Les médecins effectuant des gardes se situent plus souvent en situation urbaine alors que les plus jeunes médecins sont plus nombreux en zones rurales. Tous les médecins communiquent de la même manière avec les urgences mais les médecins effectuant des gardes décrivent plus souvent leur examen clinique, ces derniers ainsi que les médecins plus âgés nécessitent plus souvent un avis spécialisé hospitalier.

Conclusion : les pratiques des médecins généralistes dans certaines situations d'urgence sembleraient assez homogènes, que ce soit dans le cas d'une gestion ambulatoire ou avec l'aide des services de médecine d'urgence. De futures études plus ciblées, sur des populations plus importantes, seraient intéressantes à mener notamment concernant l'utilisation de l'échographe ou du dermoscope, sur la définition du mode d'exercice des médecins ou encore l'apport d'un rapprochement plus fréquent des praticiens de différentes spécialités médicales.

Mots clés : Médecins généralistes – Pénurie – Urgence – Gardes – Echoscopie – Dermoscopie – Rural – Ambulatoire.

Year 2024/2025

N°89

Thesis

For the
DOCTOR OF MEDICINE
State diploma
by

Théo RAWLS

Born on January 17, 1994 in Marseille (13)

**Analysis of the practices of general practitioners in emergency situations in
the medical office**

Presented and publicly defended on **June 26, 2025** before a jury composed of:

President of the jury : Professor Fabrice IVANES, Physiology, Faculty of Medicine - Tours

Thesis Supervisor: Doctor Julie MARTIN, Urgences Timone SAMU 13, UCCA-UH, Faculty
of Medical and Paramedical Sciences - Marseille

Members of the jury: Dr. Guillermo CARVAJAL ALEGRIA, Rheumatology, MCU-PH,
Faculty of Medicine – Tours

Dr. Thierry BALAND, General practitioner, Mehun-sur-Yèvre

Summary:

Introduction: General practitioners are the first line of the patient care pathway and their role in emergency situations must be efficient and optimal. The current medical shortage with a significant shortage of general practitioners, the difficulties encountered by the Emergency Reception Services (ERS) as well as the increasing demand for care from the population do not allow general practitioners to adequately meet the needs of urgent care. We therefore wanted to analyse the practices of general practitioners in the face of emergency situations in their medical practice.

Material and method: We carried out a cross-sectional observational study of the qualitative practice survey type among general practitioners in the Var department, via an anonymized questionnaire. It was analysed through three clinical situations (thrombophlebitis, chest pain and transient ischaemic attack) the urgent management in the office. Secondly, the practices of doctors (equipment, feasible gestures), the constraints requiring the patient to be referred to and communication with the ERS according to the practitioner's practice (if he or she was on call for part of his or her activity) and according to their age group, was analysed.

Results: We received 60 responses to our questionnaire. In the various clinical situations, more than 80% of doctors accept urgent consultations coming to their practice despite restrictive contexts. A similar percentage of them use emergency services when necessary and provide appropriate outpatient care. Only one doctor declared himself able to perform a 4-point ultrasound in the office, but 30% of doctors said they could perform a Dermoscopy procedure. Doctors performing on-call duty are more often located in urban situations, while younger doctors are more numerous in rural areas. All doctors communicate in the same way with the emergency room, but doctors on call more often describe their clinical examination, the latter as well as older doctors more often require a hospital specialist opinion.

Conclusion: the practices of general practitioners in certain emergency situations seem to be quite homogeneous, whether in the case of outpatient management or with the help of emergency medicine services. Future more targeted studies, on larger populations, would be interesting to conduct concerning the use of the ultrasound machine or the dermoscope, on the definition of the mode of practice of doctors or the contribution of a more frequent rapprochement of practitioners of different medical specialties.

Keywords: General practitioners – Shortage – Emergency – On-call – Ultrasound – Dermoscopy – Rural – Outpatient.

UNIVERSITE DE TOURS

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESEURS

Pr Philippe GATAULT, Pédagogie
Pr Caroline DIGUISTO, Relations internationales Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine
générale
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, Formation Médicale Continue Pr Hélène BLASCO,
Recherche
Pr Pauline SAINT-MARTIN, Vie étudiante

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C.
BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C.
BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P.
BOUGNOUX – P. BURDIN – L.
CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P.
CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET
– L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J.
FUSCIARDI – P. GAILLARD – G.
GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M.
JAN – J.P. LAMAGNERE – F.
LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE
– AM. LEHR-DRYLEWICZ – E.
LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C.
MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN
– J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN
– P. RAYNAUD – D.
RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A.
SAINDELLE – E. SALIBA – J.J.
SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric Neurochirurgie
ANDRES Christian Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis Cardiologie
APETOH Lionel Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne
AUPART Michel Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène..... Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique Physiologie
BOULOUIS Grégoire Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck Urologie
BUCHLER Matthias Néphrologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et
technologies de communication

CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence

LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAÏSSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor Anatomie || MALLET Donatien | Soins palliatifs |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène
hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas Pédiopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie Immunologie
HOARAU Cyrille Immunologie
KERVAREC Thibault Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale,
pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie Dermatologie
LEJEUNE Julien Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas Médecine d'urgence
PIVER Éric Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl Bactériologie
TERNANT David Pharmacologie fondamentale,
pharmacologie clinique
VAYNE Caroline Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure..... Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia Neurosciences
BLANC Romuald Orthophonie
EL AKIKI Carole Orthophonie
NICOLOU Antonine Philosophie – histoire des sciences et des
techniques
PATIENT Romuald Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES MAITRES

AUMARECHAL Alain Médecine Générale
BARBEAU Ludivine Médecine Générale
CHAMANT Christelle Médecine Générale
ETTORI Isabelle Médecine Générale
MOLINA Valérie Médecine Générale
PAUTRAT Maxime Médecine Générale
PHILIPPE Laurence Médecine Générale
RUIZ Christophe Médecine Générale
SAMKO Boris Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM – CNRS – INRAE

BECKER Jérôme Chargé de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache Directeur de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1253
BOUTIN Hervé Directeur de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1253
BRIARD Benoit Chargé de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1100
CHALON Sylvie Directrice de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues Chargé de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm
1253
GILOT Philippe Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae
1282
GOMOT Marie Chargée de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice Directeur de Recherche CNRS – UMR
Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime Chargé de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1069
HAASE Georg Chargé de Recherche Inserm - UMR
Inserm 1253
HENRI Sandrine Directrice de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie Directrice de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1100
KORKMAZ Brice Chargé de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1100
LABOUTE Thibaut Chargé de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1253
LATINUS Marianne Chargée de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric Directeur de Recherche Inserm - UMR
Inserm 1253

LE MERRER Julie Directrice de Recherche CNRS – UMR
Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio Directeur de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1259
PAGET Christophe Directeur de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1100
RAOUL William Chargé de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1069
SECHER Thomas Chargé de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha Directeur de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1100
SUREAU Camille Directrice de Recherche émérite CNRS –
UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud Chargé de Recherche Inserm - UMR
Inserm 1253
WARDAK Claire Chargée de Recherche Inserm – UMR
Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid Orthophoniste
IMBERT Mélanie Orthophoniste
SIZARET Eva Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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 aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) 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 parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

Merci aux membres de mon jury :

A monsieur le Professeur Fabrice Ivanès, merci d'avoir accepté de présider ce jury et d'évaluer mon travail

A monsieur le Dr Guillermo Carvajal Alegria, merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury et d'évaluer mon travail

A monsieur le Dr Thierry Baland merci d'avoir volé à mon secours et d'avoir accepté de venir siéger dans ce jury et d'évaluer mon travail, après avoir si longtemps travaillé avec vos confrères du Cher et entendu la qualité de votre travail et de votre personne sans jamais avoir pu vous rencontrer

A madame la Dr Julie Martin pour avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir aidé à trouver, débiter, rédiger et finaliser cette thèse avec la plus grande gentillesse, pédagogie et patience du monde.

Merci aux médecins et autres professionnels m'ayant accompagné pendant mon internat :

Merci à tous le personnel médical et paramédical des urgences de Gien pour m'avoir si bien accueilli pour mon premier stage loin de chez moi et permis de débiter dans les meilleures conditions en apprenant chaque jour de chacun de vous.

Merci aux Drs Arnaud De Bonneval, Mathieu Duschenes, Christine Geffard pour mon stage en SASPAS chez vous qui m'a permis de vraiment découvrir ce métier entouré de gens bienveillants et sympathiques à chaque instant.

Merci aux Drs François Ducroz, Faris YOUSIF, Marie Hélène CERTIN et toutes les infirmières de l'HAD de Vierzon pour m'avoir inculqué l'importance et les subtilités des soins palliatifs mais aussi les joies du travail d'équipe.

Merci au Dr Valérie Molina pour son soutien pendant mes stages, mes écrits, la validation de mon DES et son aide encore des années après pour organiser ma soutenance.

Merci à famille et mes amis :

Merci à toi mon amour de m'avoir aimé, accompagné, soutenu et supporté pendant tant d'années et surtout pendant mes études. Tu m'as suivi jusque dans le centre de la France et a réussi à en faire une belle période de notre vie, une sorte de voyage de nocces original. Aujourd'hui tu es devenu une mère incroyable et ce sera bientôt à ton tour de te lancer dans les études, à mon tour de tout faire pour te soutenir comme tu l'as fait. Je t'aime !

Merci à toi maman pour m'avoir permis de devenir l'homme que je suis aujourd'hui, merci d'avoir supporté mon rythme anarchique pendant les premières années et pour les trajets en voiture tard la nuit qui t'énervait, surtout quand c'est moi qui conduisait ! Merci d'avoir

toujours cru en moi sans condition et quelque soit le sujet et merci d'être encore là aujourd'hui pour nous aider au quotidien.

Merci à toi papa de m'avoir également permis d'être celui que je suis aujourd'hui, merci de m'avoir appris à me remettre en question constamment et d'en faire de même pour le monde qui nous entoure, c'est une des leçons qui m'apportent le plus dans mon métier et ma vie aujourd'hui. Merci à toi et Corinne d'avoir toujours maintenu des moments de partages ensemble même si j'étais la tête dans le guidon et peu présent.

Merci à toi ma sœur de m'avoir supporté depuis notre enfance et encore aujourd'hui ! Merci à toi et Kevin de bientôt nous offrir la venue de mon petit neveu, même si tu as beaucoup navigué entre les études et les jobs qui ne t'ont pas convaincu je suis sûr que tu te sentira à ta place dans cette aventure-là et que vous serez au top !

Merci à ma famille de n'avoir jamais douté de moi et de m'avoir permis des moments d'évasion, de partage et de joies au milieu de ces révisions incessante et cette vie étudiante et ses déplacements.

Merci à toi Julie, ma Balask, ma coloc, ma directrice de thèse comme à la timone maintenant tu es plein de titres à la fois et tu excelles dans chacun d'eux ! Merci d'avoir su être une amie géniale pendant toutes ces années, d'avoir su me soutenir aux moments critiques de ces études et permis de me recentrer quand j'étais totalement perdu jusqu'à aujourd'hui et cette thèse. On a toujours alterné les moments de boulot et les moments de relâche et festivités et là on va enchaîner avec ton mariage avec un jeune lyonnais prometteur depuis son transfert dans le sud de la France, plein de bonheur à toi et Quentin !!

Merci aux autres Balask :

Hugo à mes côtés depuis ces belles années d'écurie, on a réalisé des cohabitations de haut niveau culinaire et culturel, des presque cohabitations de haut niveau de ping pong et jeux vidéo, des visites régulières malgré la distance pour bien mettre les pieds dans les espadrilles et profitez du silence avec de petites mignardises et merci d'avoir été témoin à notre mariage. Merci à toi et Laura d'être nos amis et de régaler nos barbecues et autres événements de votre présence !

Coco&Ben&Léo&Nuts™ la marque déposée devient de plus en plus longue ! Merci également pour votre présence, nos fous rires, vos conseils et débats toujours bien animés. On attend la nouvelle vague de jeux de sociétés même si vous passez votre temps à tricher ensemble.

Merci à Vince et Jam pour toutes ces beuveries, ces moments de musiques et de danse interminables et heureux, merci d'être toujours vous-même à chaque fois qu'on se revoit et Jam tu seras gentil de ne plus t'entraîner dans ton coin au tennis avant de revenir jouer avec nous. Merci également à Delphine d'avoir ramener un peu de douceur dans ce groupe de sauvages et d'être toujours d'aussi bonne compagnie !

Merci à Cédric de toujours trouver un moyen de ramener de la folie dans chaque moment, je pense qu'on ne pouvait pas faire mieux que nos deux années de colocation en termes de conneries, de fun et de travail efficace bien sûr. On a toujours réussi à optimiser chaque moment ensemble qu'on ait 2 ans devant nous ou quelques heures, vivement les prochains !

Merci à Théo G. pour toutes ces organisations minutieuses, sans toi on ne se serait pas lancé dans ces voyages et autres activités ensemble. Merci pour ton naturel et ce vent de fraîcheur à chaque fois que l'on se voit, hâte de voir ce qui sera prévu les prochaines fois et surtout n'arrête pas tes appels inopinés même si tu es dans le train, à vélo ou en plein vent prêt à dégainer ton kite.

Merci à Quentin et Anaïs d'avoir toujours été présents même si tout le monde n'a pas cru que j'irai au bout ! Merci d'avoir créé votre magnifique famille, de votre soutien constant à distance et de toujours trouvé un moment pour qu'on puisse se retrouver. Merci Quentin pour nos discussions musicales et bien plus que ça quand on a le temps, merci de m'avoir fait découvrir les concerts à Paris alors que j'étais encore qu'un gamin et d'avoir été témoin à notre mariage.

Merci à Théo N. d'être un ami que je n'ai pu voir que de manière discontinue et pourtant toujours aussi important. Ton attention, ta curiosité et ta sympathie sont un don rare. Et merci d'avoir été ma boussole politique quand je n'y prêtais plus attention. Un jour j'arriverai à faire ces férias de Nîmes !!

Merci à Batou d'être toujours disponible et enthousiaste pour rattraper ces longs moments de distance, nos périodes d'études et de fêtes ont rarement réussies à se coordonner mais on est toujours là et ce n'est pas près de s'arrêter.

Merci à Arnaud pour ces moments de complicité unique que personne ne comprend même si tu as toujours réussi à manipuler les foules mieux que moi, j'ai hâte de vous voir plus souvent avec Erika.

Merci à Camille pour ton innocence et ta crédulité qui dissimule tellement plus, c'est toujours un plaisir de te retrouver à chaque événement.

Merci à Jules, Pierre et Robin une bande de joyeux lurons qui m'ont fait découvrir des séjours et des soirées inattendues.

Enfin merci à Cléo d'être toujours une partie de moi, certainement la meilleure.

Table des matières

Introduction	18
Matériel et méthode.....	21
1. Type d'étude	
2. Critères de jugement principal et secondaires	
3. Population	
4. Recueil de données	
a. Cas cliniques	
b. Informations personnelles	
c. Communications avec le SAU	
d. Groupes de comparaison	
5. Analyse statistique	
Résultats	25
1. Caractéristiques générales de la population	
2. Cas cliniques : situations d'urgence au cabinet	
a. Cas clinique 1 : suspicion de thrombophlébite	
b. Cas clinique 2 : douleur thoracique	
c. Cas clinique 3 : suspicion d'AIT	
3. Objectifs secondaires	
a. Comparaison en fonction des gardes	
b. Comparaison en fonction de l'âge	
c. Motifs de consultations nécessitant un adressage au SAU	
Discussion	37
1. Objectif principal	
a. TVP et échographie	
b. Douleur thoracique et troponine	
c. Suspicion d'AIT	
2. Objectifs secondaires - en fonction des gardes	
a. Modes d'exercices	
b. Gestes au cabinet	
c. Communication avec le SAU	

d. Contraintes	
3. Objectifs secondaires - en fonction de l'âge	
a. Modes d'exercices	
b. Gestes au cabinet	
c. Contraintes entraînant un adressage au SAU	
4. Motifs d'adressage au SAU	
5. Forces et faiblesses de notre étude	
a. Forces	
b. Faiblesses	
6. Perspectives	
Conclusion.....	46
Annexes	47
Références	51

Introduction

Depuis une vingtaine d'année le système de santé en France fait face à plusieurs problématiques, parmi elles la fermeture totale ou partielle de services d'accueil des urgences (SAU) et la diminution du nombre de médecins généralistes installés en ville (1,2,3). Le temps d'accès à un SAU augmente dans les zones rurales à faible densité communale et représentent une potentielle perte de chance pour la population concernée surtout au vu des premiers services concernés par les fermetures partielles : maternité, urgences, pédiatrie (4). En tant qu'indicateur de santé d'un pays, la mortalité infantile, a augmentée et atteint 4 morts pour 1000 naissances en 2024 (5). Dans les centres hospitaliers le surmenage des soignants, le manque de personnel de santé et son *turn-over* engendre un risque pour les patients et pour eux-mêmes. Les dynamiques actuelles centrées sur les soins ambulatoires et la fermeture de lits au sein des services hospitaliers publics participent également à un risque d'évènements indésirables plus important (6). En ville la population de médecins généralistes est vieillissante, dans de nombreuses communes de France la recherche d'un remplaçant au médecin partant est une lutte constante. Leur remplacement démographique est lent et un équilibre équivalent à celui de 2021 n'est pas attendu avant 2032 selon la DREES (8).

La mission principale du médecin généraliste est d'accompagner ses patients dans la globalité de leur prise en charge et de l'organiser ; que ce soit dans sa dimension médicale mais aussi sociale. Dans le parcours de soins tel qu'il est défini actuellement la première ligne doit être le médecin traitant. Celui-ci peut être n'importe quel médecin mais cela concerne essentiellement les médecins généralistes de ville. Cette première ligne est essentielle dans le cadre de l'urgence et le tri des patients, discernant les malades requérant des soins hospitaliers et ceux pouvant être gérés en externe. Elle est sensible par définition car une erreur d'appréciation ou une mauvaise orientation du patient peut représenter une perte de chance pour celui-ci. Les consultations d'urgences représentent 10% des consultations pour les médecins généralistes en moyenne (9). Dans cette étude, réalisée au CH d'Avignon en 2023, il est constaté que 27% des consultations sont jugées évitables au SAU, ce chiffre se rapproche de celui de 29% à l'échelle nationale de la DREES en 2013 et celui de 22% établit par une étude interne du CH d'Avignon en 2022 (7). Dans cette même étude il est démontré que dans le groupe des patients ayant nécessité des soins urgents 17% étaient orienté au SAU par leur médecin traitant alors que le groupe réorienté en consultations externes non urgentes en contenait seulement 7%. Les patients orientés par leur médecin traitant sont hospitalisés dans 50% des cas (10). Cette étude à Bordeaux montre que

les patients se présentant avec un courrier du médecin traitant demandant une hospitalisation étaient hospitalisés dans 2,8 fois plus de cas (11) et cela influe également la décision d'hospitalisation en psychiatrie dans le cadre de la dépression ou du trouble anxieux (12). Ces résultats démontrent un intérêt du suivi du parcours de soins afin d'optimiser les prises en charges aux SAU, mais consulter son médecin traitant dans le cadre de l'urgence n'est pas toujours possible.

Les Soins Non Programmés (SNP) sont les demandes de consultations non prévues et nécessaires dans les 24 à 48h. Les SNP représentent des créneaux organisés par les médecins généralistes dans leur agenda ou bien des consultations avec ou sans rendez-vous dans des centres privés dédiés et employant des médecins dans cet objectif. Quatre-vingts pourcents des médecins généralistes déclarent proposer des créneaux quotidiens de SNP au sein de leur cabinet mais seulement 28% d'entre eux estiment réussir à répondre à la demande (13). Pour se faire il existe également la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) et le Service d'Accès aux Soins (SAS). La PDSA permet un accès aux soins en dehors des heures d'ouverture habituelles des cabinets et se développe aux moyens d'associations de médecins libéraux effectuant des gardes en plus de leur travail en cabinet. Elle se repose depuis une vingtaine d'années essentiellement sur le volontariat des médecins participants mais reste un devoir et un principe déontologique inhérent à la profession pouvant entraîner la réquisition de médecins en cas de nécessité sanitaire (14). Les médecins participants proposent des consultations avec ou sans rendez-vous dans des locaux dédiés dans des maisons médicales de gardes (MMG), en visites ou au sein de leur propre cabinet selon le tableau de garde établi (15). Il existe également des associations privées à but non lucratif comme SOS médecins qui permettent de proposer des SNP ainsi que de participer à la PDSA au vu des horaires mais dans un cadre parallèle. Le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et le centre 15 sont une seule et même plateforme d'appel téléphonique regroupant les demandes urgentes et organisant la réponse médicale appropriée, allant du conseil téléphonique à la mobilisation d'une Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Depuis 2019 il existe au sein de ce centre d'appel le SAS permettant une capacité de réponse plus importante avec différents niveaux de compétences en fonction de la demande et une organisation territoriale diversifiée afin d'élargir la zone d'offre de SNP. La mission du SAS est de pouvoir dépister les demandes nécessitant des soins rapidement, obtenir une téléconsultation ou une consultation auprès d'un médecin libéral mettant son agenda à disposition ou dans une structure de SNP et d'offrir, à minima, un conseil professionnel par téléphone aux demandes concernées (16). L'objectif étant de limiter l'afflux

de patients vers les services d'urgences. Ce service est mis en place et appliqué progressivement sur les différents départements français mais dans les zones étudiées il a déjà été démontré en 2023 une augmentation progressive du nombre de gestion de cas ambulatoires et une grande majorité des appels auprès de ce service ont aboutis à un conseil médical par téléphone ayant potentiellement évité une consultation auprès d'un professionnel de santé. Ceci concerne 61% des cas en moyenne mais ce chiffre atteint 70% des appels dans le département du Nord ou l'île de la Réunion (17). Il est également prévu d'y associer en fonction des possibilités territoriales des filières spécialisées comme la psychiatrie ou la gériatrie permettant une coordination plus directe auprès des structures concernées via l'association à des professionnels du centre d'appel prévention suicide et du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) par exemple.

Ces solutions mises en place ne suffisent pas à ce jour à répondre à la demande de soins urgents de la population et chaque médecin généraliste libéral est impliqué de manière individuelle dans la gestion de cette demande. Ceci concerne la gestion de situations d'urgences pouvant être gérées en ambulatoire et sans mobiliser une équipe hospitalière ou une collaboration efficace avec les centres d'urgences que ce soit le SAMU centre 15 ou bien le SAU directement. Notre travail consistait à évaluer les pratiques des médecins généralistes face à une situation urgente au sein de leur cabinet.

Matériel et méthode

1. Type d'étude

Cette étude est une étude transversale observationnelle de type enquête qualitative de pratique auprès des médecins généralistes du département du Var. Elle n'a pas nécessité d'autorisation particulière pour le recueil des données.

2. Critères de jugement principal et secondaires

Le critère de jugement principal de cette enquête était d'analyser la pratique des médecins généralistes face à une situation clinique d'urgence au sein de leur cabinet.

Les critères de jugement secondaires étaient d'analyser en fonction de l'âge des médecins et de l'exercice professionnel en plus du cabinet, leur communication avec le SAU ainsi que différents paramètres conditionnant l'exercice de leur métier au quotidien.

3. Population

La population cible était représentée par les médecins généralistes diplômés du département du Var exerçant tout ou partie de l'exercice en cabinet de ville. Les critères de non-inclusions étaient : l'exercice professionnel dans un autre département, ainsi qu'un exercice professionnel exclusif en centre hospitalier, en centre de SNP ou de PDSA. Les médecins ont été invités à répondre à l'enquête par l'intermédiaire des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) du Var. Un mail type avec accès au questionnaire a été envoyé afin qu'ils le transmettent aux médecins généralistes de leur carnet d'adresse. Le questionnaire a été également diffusé via des groupes privés de réseaux sociaux regroupant des médecins généralistes du département du Var, des groupes de mails regroupant des médecins généralistes participant à des tableaux de gardes au sein du CHU de la Timone ou de maisons médicales de gardes du Var. L'accès au formulaire était possible via un QR code ou un lien direct. Les demandes ont été réalisées dans un premier temps en juin 2024 et une relance a été effectuée au cours du mois de septembre 2024. Le questionnaire a été clôturé en décembre 2024.

4. Recueil de données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme réalisé avec le logiciel Forms de Microsoft® (Redmond, Washington, Etats Unis). Ce questionnaire était composé de seize questions répartis en trois sections : informations générales sur le praticien, sa communication avec le SAU et ses pratiques au quotidien. Il s'ensuivait trois cas cliniques à choix multiples avec une option de réponse libre et une seule réponse possible (**Annexe 1**).

a. Cas cliniques

Les cas cliniques concernaient trois situations cliniques d'urgence différentes : une suspicion de phlébite, une douleur thoracique et une suspicion d'Accident Ischémique Transitoire (AIT). Nous avons délibérément implémenté des contraintes situationnelles réalistes pouvant orienter les choix du médecin de manière aléatoire en fonction de leur sensibilité individuelle mais ne modifiant pas l'hypothèse diagnostique. Il était possible via la réponse libre d'apporter une réponse spécifique si cela semblait pertinent pour le médecin interrogé.

Le cas clinique 1 était : « *Vous recevez un vendredi soir à 18h30, dans votre cabinet une femme de 45ans pour une douleur du mollet qui évolue depuis 48h. Elle n'a pas d'antécédent particulier. Lors de l'examen clinique vous retrouvez une douleur à la palpation du mollet droit ainsi qu'une perte du ballant. Le reste de l'examen clinique est sans particularité et ses constantes sont normales. Que faites-vous ?* ». Il a été décidé d'ajouter la contrainte de l'horaire tardive de consultation afin de limiter les choix externes spécifiques de chaque médecin et de suggérer un délai important aux examens complémentaires en ville.

Le cas clinique 2 comportait 2 questions avec chacune une mise en contexte. La première question était : « *Un mercredi matin 10h un patient fait irruption dans votre salle d'attente contenant quelques patients, il dit travailler sur le chantier à quelques pas du cabinet et avoir une douleur dans la poitrine depuis environ une heure. Que faites-vous ?* ». Le choix d'ajouter l'horaire matinal en milieu de semaine pour cette consultation permettait de suggérer un plus large choix d'orientation et la possibilité d'entraîner un retard important sur les consultations suivantes de la journée du praticien. Le travail du patient entre dans l'histoire de la maladie suggérant un effort lors de l'apparition de la douleur et argumentant naturellement le choix du patient de venir dans ce cabinet médical n'étant pas connu du médecin. La deuxième question était : « *Lors de la consultation, c'est un homme de 49 ans, qui ressent une pression au milieu de la poitrine depuis une heure environ. Il dit ne pas avoir d'antécédent mais prendre un cachet pour la tension qu'il ne connaît pas, il est fumeur depuis ses*

15ans. L'ECG que vous avez pu réaliser au cabinet ce jour-là est sans anomalie et les constantes normales hormis une tension à 160/100mmHg aux deux bras. » Elle permettait d'apporter certaines réponses habituelles à l'interrogatoire du patient et l'essentiel de l'examen clinique.

Le cas clinique 3 comportait également 2 questions la première était : *« Un jeudi après-midi lors d'une journée avec un planning plein et 30 minutes de retard au compteur une de vos patientes vient en consultation sur rendez-vous simple à son nom. Elle vient avec ses deux parents en vacances chez elle et vous demande si vous pouvez les voir car sa mère a oublié ses comprimés et que son père ne se sent pas bien depuis ce matin. Que faites-vous ? »*. Ici il a été décidé d'ajouter une source de charge supplémentaire pour le praticien avec le retard déjà constaté sur son planning et l'ajout de plusieurs patients à une consultation simple. Cela avait pour but d'orienter la réponse des médecins généralistes en fonction de leurs solutions respectives pour gérer ce contexte, habituel au cabinet.

La deuxième question était : *« Après avoir réalisé une ordonnance d'homéopathie et de crème hydratante pour la mère vient le tour du père. Il a 63 ans, prends 2 comprimés pour son hypertension et un comprimé pour le cholestérol, sevré du tabac depuis 5ans mais bois toujours un verre de vin aux repas. Sur la route pour venir ce matin (3h de route) il a ressenti une faiblesse des membres côté gauche l'ayant obligé à s'arrêter sur le bas-côté et il a pu reprendre la route 15 minutes après. Il va bien lors de la consultation hormis de la fatigue. L'examen clinique et les constantes sont normaux. Que faites-vous ? »*. Tout d'abord les besoins de la mère ont été décrit comme tels afin de créer une source de crispation face à une situation présentée comme urgente mais n'étant finalement que des besoins non spécifiques et ne nécessitant pas forcément un avis médical. Le reste de l'énoncé mettait en évidence des réponses à l'interrogatoire du patient permettant la suspicion d'AIT.

b. Informations personnelles

Concernant les informations personnelles des médecins interrogés les questions portaient sur le sexe (homme, femme ou autre), la tranche d'âge du praticien afin de connaître dans la majorité des cas l'expérience professionnelle de celui-ci, le mode d'exercice du médecin dans son environnement (urbaine, rurale ou semi-rurale) et au sein du cabinet (remplacement, cabinet seul, cabinet de groupe, maison de santé pluridisciplinaire (MSP)), l'activité supplémentaire du praticien (SNP, maison médicale de garde, centre 15, salarié d'un centre hospitalier, ou aucune) ainsi que les gestes possibles et réalisés dans le cabinet (ECG, sutures, test à la fluorescéine,

dermoscopie, acte de chirurgie peu invasive, immobilisation orthopédique, soins urgences en cas de choc, échographie et/ou doppler).

c. Communication avec le SAU

Concernant la méthode de transmission des informations du patient orienté vers le SAU, les choix étaient : un courrier papier, l'appel au standard hospitalier et/ou l'appel via un numéro personnel direct au sein du SAU. Il était également demandé quels étaient les informations communiquées (antécédents, traitement habituel, motif de consultation, examen clinique, hypothèse diagnostic, allergies, soins effectués au cabinet, examens complémentaires souhaités, dernier bilan biologique, informations de contact direct). A propos des différents motifs de consultation entraînant une orientation vers le SAU par le médecin interrogé, il était demandé de classer dix motifs de consultation regroupés par spécialités médicales ou symptômes associés, du plus fréquent au moins fréquent. Il était possible de faire glisser les motifs les uns par rapport aux autres afin de créer un classement du haut vers le bas numéroté de 1 à 10. Les groupes proposés étaient : psychiatrie, douleur thoracique, douleur abdominale, symptômes respiratoires et allergies, syndrome infectieux, anomalie biologique, douleur articulaire et/ou musculaire, traumatologie et/ou plaies et/ou hémorragie, symptômes neurologiques, Altération de l'Etat Général (AEG) et/ou confusion et/ou chute et/ou Traumatisme Crânien (TC). Il a été précisé le jour même afin d'avoir des réponses en lien avec une situation d'urgence. En ce qui concerne les contraintes entraînant une orientation des patients au SAU en dehors des urgences vitales les choix proposés en plus d'une réponse libre étaient : examen d'imagerie, avis spécialisé, manque de matériel spécifique, accès rapide à des résultats d'examen biologique, temps de soin, gestion de la douleur, manque de disponibilité de soins à domicile.

d. Groupes de comparaisons

Afin de répondre aux critères de jugements secondaire une comparaison entre les médecins effectuant à minima des gardes en activités supplémentaire (maison médicale, SAU, médecin correspondant SAMU) et les médecins n'effectuant pas de créneaux de garde supplémentaires a été faite. Puis une deuxième analyse a été effectuée en comparant les pratiques en fonction de l'âge des médecins (moins de 50ans et plus de 50ans).

5. Analyse statistique

Les résultats sont tout d'abord retranscrits dans un fichier récapitulatif de l'ensemble des réponses fournis par le logiciel du formulaire avec des diagrammes adaptés. De plus il était

possible d'un ressortir un fichier Excel de Microsoft® (Redmond, Washington, Etats Unis) brut avec l'ensemble des résultats afin d'utiliser les données avec notre propre logiciel.

Les données qualitatives étaient exprimées en nombre de patients (pourcentage de patients). Deux groupes ont été définis pour l'analyse comparative : avec garde et sans garde. Puis deux autres groupes ont été définis en fonction de leur âge : moins de 50 ans et plus de 50 ans. Les données n'ont pu être analysées et comparées avec un test du χ^2 de Pearson ou le test exact de Fisher en fonction de la répartition, devant la taille de l'échantillon trop faible. Toutes les analyses statistiques étaient réalisées à l'aide du logiciel (StatsDirect, version 4, Cheshire, UK).

Résultats

1. Caractéristiques générales de la population

Un total de 60 réponses a été récolté. Parmi eux 32 femmes (53%) ont participé à l'étude, 27 hommes (45%) ainsi qu'un non-répondant. Concernant les tranches d'âges un quart de la population avait moins de 35 ans et un tiers environ se situait entre 35 et 50ans et entre 50 et 65ans. Les données sont retranscrites dans la **Figure 1**.



Figure 1 – Tranches d'âges de la population étudiée

Les médecins de l'étude jugeaient leur activité comme étant urbaine pour la moitié d'entre eux (52%, n=31) alors que l'autre moitié la jugeait comme semi rurale (35%, n=21) ou rurale (13%, n=8). Près de la moitié des participants travaillent en cabinet de groupe alors que l'autre moitié de la population se répartissait entre le cabinet seul, la MSP et le remplacement, comme indiqué dans la **Figure 2**.



Figure 2 – Type d'exercice en cabinet

Concernant l'activité supplémentaire des médecins en dehors de leur cabinet, plus de la moitié des médecins pratiquent des soins non programmés au sein de leurs cabinets et près d'un tiers font des gardes en maison médicale de garde. Les activités supplémentaires sont décrites dans la **Figure 3**. Parmi ces réponses six d'entre eux ont répondu de manière libre : une personne n'a pas précisé son activité malgré le choix « autre », une personne a ajouté une activité salariée universitaire ainsi qu'au sein de l'ARS, une personne a répondu de manière manuscrite « activité mixte et SAU », une personne a répondu « gardes de secteur visites et consultations » ce qui équivaut à des gardes en maison médicales mais sans infrastructure dédiée, une personne était médecin correspondant SAMU, une dernière personne avait une activité supplémentaire en médecine de réadaptation.

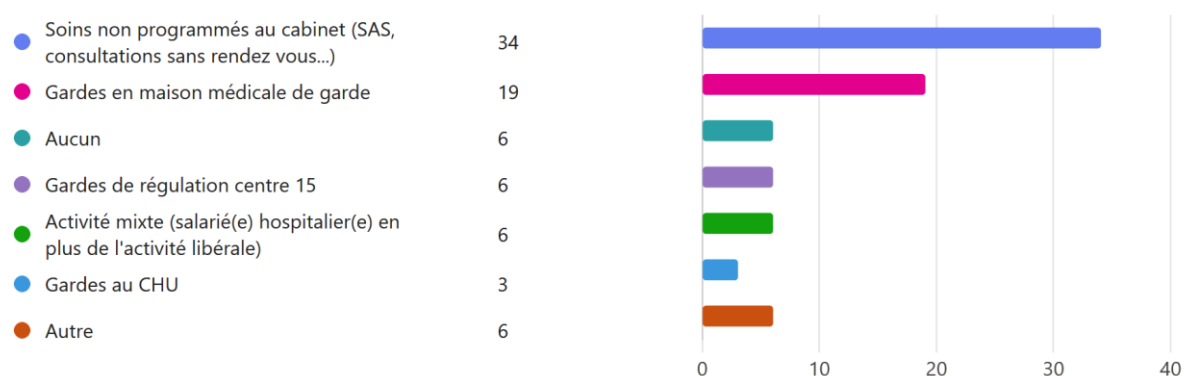


Figure 3 – Activités supplémentaires au cabinet de ville.

2. Cas cliniques : situations d'urgence au cabinet

a. Cas clinique 1 : suspicion de thrombophlébite

A la question d'un cas de suspicion de phlébite un vendredi soir à 18h30 plus de $\frac{3}{4}$ des médecins ont répondu traiter immédiatement par anticoagulant puis orienter vers des examens complémentaires en ville, seulement un médecin a répondu effectuer une échographie 4 points et 8 d'entre eux préfèrent orienter le patient vers le SAU directement. Les réponses « autres » étaient des précisions situationnelles pouvant être incluses dans le groupe des examens complémentaires sans traitement initial ce qui amènerait le pourcentage de répondant à ce choix à 9% (n=5). Les données sont décrites dans la **Figure 4**.

■ Echographie 4 points au cabinet	1
■ Orientation au SAU pour bilan diagnostic	8
■ Traitement immédiat par anticoagulant et examens complémentaires en ville	46
■ Examens complémentaires en ville sans traitement initial	2
■ Autre	3

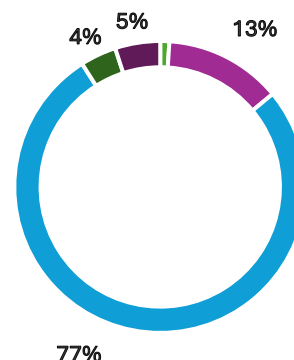


Figure 4 – Réponses au cas clinique numéro 1 : « Vous recevez un vendredi soir à 18h30, dans votre cabinet une femme de 45 ans pour une douleur du mollet qui évolue depuis 48 heures. Elle n'a pas d'antécédent particulier. Lors de l'examen clinique vous retrouvez une douleur à la palpation du mollet droit ainsi qu'une perte du ballant. Le reste de l'examen clinique est sans particularité et ses constantes sont normales. Que faites-vous ? »

b. Cas clinique 2 : douleur thoracique

Concernant cette prise en charge, plus de $\frac{3}{4}$ des médecins (n=47, 78%) ont répondu prendre directement le patient en consultation quand 15% (n=9) d'entre eux préfèrent appeler directement le centre 15 tout en gardant le patient sur place. Les résultats sont présentés dans la **Figure 5**.

● Vous le prenez en consultation immédiatement	47
● Vous lui dites d'attendre dans la salle d'attente le temps de voir les patients qui étaient déjà présents	2
● Vous l'envoyez directement vers les urgences les plus proches	2
● Vous lui dites de rester sur place et appelez directement le 15	9

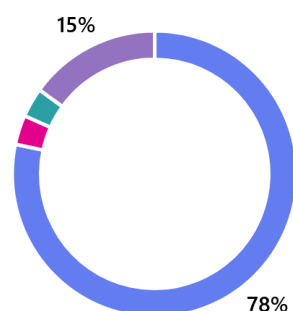


Figure 5 – Réponses à la première question du cas clinique 2 : « Un mercredi matin 10h un patient fait irruption dans votre salle d'attente contenant quelques patients, il dit travailler sur le chantier à quelques pas du cabinet et avoir une douleur dans la poitrine depuis environ une heure. Que faites-vous ? »

A la deuxième question, 3 médecins ont apporté des précisions sur leur prise en charge en cochant « autre » dont la finalité revenait à un contact du centre 15 pour transport vers les urgences. Cela équivaut donc à $\frac{3}{4}$ des médecins (n= 44, 74%) optant pour cette prise en charge. Huit médecins ont fait le choix de lui prescrire un bilan avec dosage de Troponine au laboratoire en ville. Les données sont décrites dans la **Figure 6**.

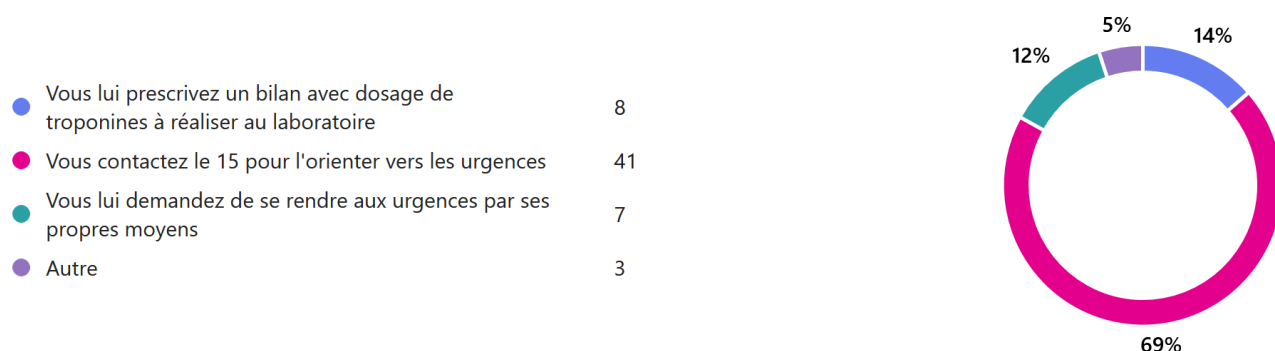


Figure 6 – Réponses à la deuxième question du cas clinique 2 : « Lors de la consultation, c'est un homme de 49 ans, qui ressent une pression au milieu de la poitrine depuis une heure environ. Il dit ne pas avoir d'antécédent mais prendre un cachet pour la tension qu'il ne connaît pas, il est fumeur depuis ses 15ans. L'ECG que vous avez pu réaliser au cabinet ce jour-là est sans anomalie et les constantes normales hormis une tension à 160/100mmHg aux deux bras. Que faites-vous ? »

c. Cas clinique 3 : suspicion d'AIT

Les réponses à la première question étaient hétérogènes avec 21 praticiens qui ont répondu « autre » mais comprenaient toutes au moins la prise en charge du père de la patiente. Cela revient à considérer que près de 90% des médecins ont accepté la consultation alors que seulement 3 médecins (5%) ont répondu refuser la consultation. Les réponses sont présentées dans la **Figure 7**.

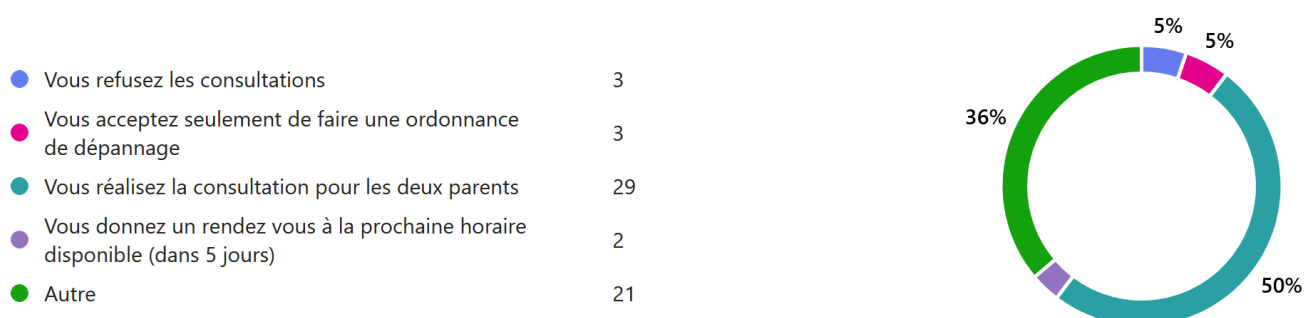


Figure 7 – Réponses à la première question du cas clinique 3 : « Un jeudi après-midi lors d'une journée avec un planning plein et 30 minutes de retard au compteur une de vos patientes vient en consultation sur rendez-vous simple à son nom. Elle vient avec ses deux parents en vacances chez elle et vous demande si vous pouvez les voir car sa mère a oublié ses comprimés et que son père ne se sent pas bien depuis ce matin. Que faites-vous ? »

A la deuxième question les médecins ont pour un peu plus de la moitié d'entre eux opté pour une orientation vers le SAU du patient, que ce soit par ses propres moyens (36%, n=22) ou en appelant le 15 (22%, n=13) alors que 22% (n=13) d'entre eux préfèrent contacter directement le centre AIT. Les résultats sont précisés dans la **Figure 8**. Les réponses « autre » étaient des précisions sur des choix déjà proposés dans le questionnaire.

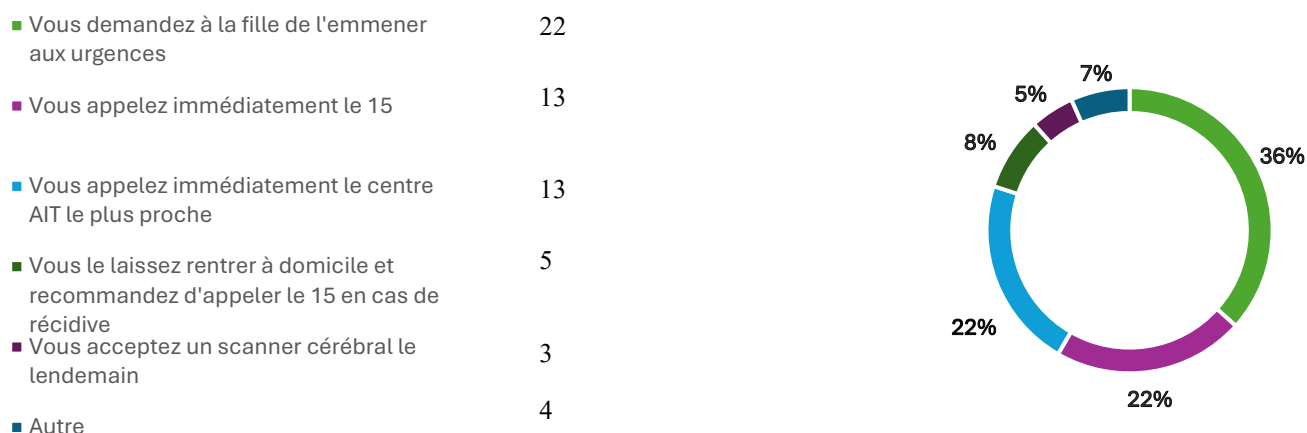


Figure 8 - Réponses à la 2ème question du cas clinique 3 : « Après avoir réalisé une ordonnance d'homéopathie et de crème hydratante pour la mère vient le tour du père. Il a 63 ans, prends 2 comprimés pour son hypertension et un comprimé pour le cholestérol, sevré du tabac depuis 5ans mais bois toujours un verre de vin aux repas. Sur la route pour venir ce matin (3h de route) il a ressenti une faiblesse des membres côté gauche l'ayant obligé à s'arrêter sur le bas-côté et il a pu reprendre la route 15 minutes après. Il va bien lors de la consultation hormis de la fatigue. L'examen clinique et les constantes sont normaux. Que faites-vous ? »

3. Objectifs secondaires

a. Comparaison en fonction des gardes

Parmi les médecins ayant répondu au questionnaire, 33 praticiens (55%) effectuaient une activité supplémentaire sous forme de gardes contrairement aux 27 (45%) autres. Les données sont décrites dans le **Tableau 1**.

Soixante-sept pourcent (n=22) de la population effectuant des gardes considéraient leur activité comme urbaine au sein de leur cabinet et 27% (n=9) la considérait rurale alors que dans la population n'effectuant pas de garde les chiffres sont plus équilibrés (33%, n=9 en activité urbaine, 22%, n=6 en activité semi rurale et 44%, n=12 en activité rurale).

Concernant les gestes effectués au cabinet, 32% (n=7) des médecins n'effectuant pas de garde ont affirmé réaliser des immobilisations orthopédiques au cabinet versus 19% (n=6) chez les médecins faisant des gardes. Pour les actes de chirurgie peu invasive ils sont effectués par 18% (n=5) des médecins n'effectuant pas de garde et 33% (n=11) des médecins effectuant des gardes. Trois médecins de la population générale rapportaient pratiquer l'échographie et/ou le doppler au cabinet.

Lors de leur communication avec les urgences 37% (n=10) des médecins n'effectuant pas de garde décrivaient appeler directement le standard de l'hôpital alors que 18% (n=6) des médecins effectuant des gardes utilisaient ce moyen de communication. Le courrier papier était le moyen de communication utilisé par près de la totalité des médecins interrogés. Alors que 97% (n=32) des médecins du groupe avec gardes décrivaient leur examen clinique, 81% (n=22) des autres médecins le faisaient. Seulement 18% (n=11) de la population générale transmettaient dans leur courrier un moyen direct pour être recontacté si besoin.

Le manque de matériel concernait 66% (n=19) du premier groupe versus 40% (n=10) du deuxième. L'avis d'un spécialiste était un motif d'orientation du patient aux urgences pour 83% (n=24) des médecins effectuant des gardes alors qu'il l'était pour 52% (n=13) des médecins n'en faisant pas.

Tableau 1 : Tableau comparatif des réponses des médecins effectuant des gardes et celles des médecins n'en effectuant pas

	Population générale n=60	Activité avec garde n=33	Activité sans garde n=27
Sexe :			
Femme	33 (54) ^(a)	21 (64)	12 (44)
Tranche d'âge :			
Moins de 35 ans	16 (27)	8 (24)	8 (30)
Entre 35 et 50 ans	18 (30)	9 (27)	9 (33)
Entre 50 et 65 ans	21 (35)	13 (39)	8 (30)
Plus de 65 ans	5 (8)	3 (9)	2 (7)
Activité au cabinet :			
Urbaine	31 (52)	22 (67)	9 (33)
Rurale	21 (35)	9 (27)	12 (44)
Semi rurale	8 (13)	2 (6)	6 (22)
Gestes réalisables au cabinet :			
ECG	44 (81)	25 (78)	19 (86)
Suture	43 (80)	23 (72)	20 (90)
Immobilisation orthopédique	13 (24)	6 (19)	7 (32)
Dermoscopie	16 (30)	9 (28)	7 (32)
Test à la fluorescéine	21 (39)	13 (41)	8 (36)
Échographie / doppler	3 (6)	1 (3)	2 (9)
Acte de chirurgie peu invasive	16 (27)	11 (33)	5 (18)
Soins urgents (perfusion, traitement intraveineux)	14 (23)	7 (21)	7 (26)
Communication avec le SAU :			
Moyen de communication :			
Courier papier	59 (98)	32 (97)	27 (100)
Appel du standard de l'hôpital	16 (27)	6 (18)	10 (37)
Appel direct à un personnel du SAU	11 (18)	6 (18)	5 (19)
Informations toujours communiquées :			
Antécédents	58 (97)	33 (100)	25 (93)
Traitements habituels	58 (97)	32 (97)	26 (96)
Motif de consultation	56 (93)	31 (94)	25 (93)
Examen clinique	54 (90)	32 (97)	22 (81)
Soins effectués au cabinet	45 (75)	26 (79)	19 (70)
Hypothèse diagnostic	49 (82)	28 (85)	21 (78)
Examens complémentaires souhaités	30 (50)	18 (55)	12 (44)
Information de contact direct	11 (18)	5 (15)	6 (22)
Contraintes obligeant le transfert au SAU			
Temps de soin	13 (24)	8 (28)	5 (20)
Examen d'imagerie	41 (76)	20 (69)	21 (84)
Accès rapide à des résultats biologiques	25 (46)	13 (45)	12 (48)
Manque de matériel	29 (54)	19 (66)	10 (40)
Avis spécialiste	37 (69)	24 (83)	13 (52)
Manque de disponibilité de soins à domicile	6 (11)	3 (10)	3 (12)
Gestion de la douleur	8 (15)	6 (21)	2 (8)

(a): nombre (pourcentage); ECG : électrocardiogramme ; SAU : service d'accueil des urgences.

b. Comparaison en fonction de l'âge

Parmi les médecins ayant répondu au questionnaire 34 des praticiens (57%) avaient moins de 50 ans alors que 26 d'entre eux (43%) avaient plus de 50 ans. Les données sont décrites dans le **Tableau 2**.

Concernant le mode d'exercice, 65% (n=17) des médecins de plus de 50 ans avaient une activité considérée urbaine contre 41% (n=14) des moins de 50 ans, parallèlement 21% des moins de 50ans (n=7) avaient un activité considérée semi rurale contre 4% des plus de 50ans (n=1).

La dermoscopie au cabinet était pratiqué par 39% (n=13) des moins de 50ans versus 14% (n=3) des plus de 50ans et les actes de chirurgie peu invasive étaient pratiqués par 26% (n=9) des moins de 50ans contre 27% (n=7) chez les plus de 50ans. Les soins urgents quant à eux sont plus souvent effectués par les médecins de plus de 50 ans (31%, n=8) comparativement aux moins de 50ans (18%, n=6).

Les moyens de communication avec le SAU et les contraintes obligeant à orienter un patient aux urgences étaient quasi similaires dans les deux groupes.

Tableau 2 – Tableau comparatif des réponses aux questions des médecins de moins de 50ans d’une part et de plus de 50ans de l’autre

	Population générale n= 60	Moins de 50 ans n = 34	Plus de 50 ans n= 26
Sexe :			
Femme	33 (55)	21 (62)	12 (46)
Activité au cabinet :			
Urbaine	31 (52)	14 (41)	17 (65)
Rurale	21 (35)	13 (38)	8 (31)
Semi rurale	8 (13)	7 (21)	1 (4)
Gestes réalisables au cabinet :			
ECG	44 (81)	27 (82)	17 (81)
Suture	43 (80)	27 (82)	16 (76)
Immobilisation orthopédique	13 (24)	8 (24)	5 (24)
Dermoscopie	16 (30)	13 (39)	3 (14)
Test à la fluorescéine	21 (39)	12 (36)	9 (43)
Échographie / doppler	3 (6)	2 (6)	1 (5)
Acte de chirurgie peu invasive	16 (26)	9 (26)	7 (27)
Soins urgents (perfusion, traitement intraveineux)	14 (23)	6 (18)	8 (31)
Activité en plus du cabinet :			
Praticien hospitalier	7 (13)	5 (17)	2 (8)
Soins non programmés	33 (61)	19 (66)	14 (56)
Médecin correspondant SAMU	1 (2)	1 (3)	0
Garde CRRA au centre 15	6 (10)	4 (12)	2 (8)
Garde SAU	5 (9)	3 (10)	2 (8)
Garde maison médicale	19 (35)	12 (40)	7 (28)
Aucune	6 (10)	2 (7)	4 (16)
Communication avec le SAU :			
Moyen de communication :			
Courier papier	59 (98)	34 (100)	25 (96)
Appel du standard de l’hôpital	16 (27)	10 (29)	6 (24)
Appel direct à un personnel du SAU	11 (18)	7 (21)	4 (16)
Contraintes obligeant le transfert au SAU			
Temps de soin	13 (24)	6 (21)	7 (28)
Examen d’imagerie	41 (76)	21 (72)	20 (80)
Accès rapide à des résultats biologiques	25 (46)	14 (48)	11 (44)
Manque de matériel	29 (54)	16 (55)	13 (52)
Avis spécialiste	37 (69)	18 (62)	19 (76)
Manque de disponibilité de soins à domicile	6 (11)	2 (7)	4 (16)
Gestion de la douleur	8 (15)	3 (10)	5 (20)

(a): nombre (pourcentage); ECG : électrocardiogramme ; SAMU : service d’aide médicale d’urgence ; CRRA : centre de régulation et de réception des appels ; SAU : service d’accueil des urgences.

c. Motifs de consultations nécessitant une orientation au SAU

La figure 9 illustre les motifs de consultations obligeant à orienter les patients au SAU. Ces motifs sont classés du plus fréquent au moins fréquent avec, selon les couleurs, la proportion de médecins ayant classé ces motifs à chaque position du classement. Le **Tableau 3** précise de manière chiffrée la position que chaque motif a occupé dans le classement des médecins.

La douleur thoracique était le premier motif d’envois aux urgences des patients, classé premier motif par près de 60% des médecins interrogés. Alors que la douleur abdominale et les symptômes respiratoires et/ou allergiques qui étaient respectivement 2eme et 3eme motifs d’orientation ont chacun été classés à la tête du classement par 10% des médecins. « Douleurs articulaires et musculaires » était le dernier motif parmi ceux proposé, il n’a jamais été placé dans les 5 premières places du classement contrairement aux 9 autres motifs.

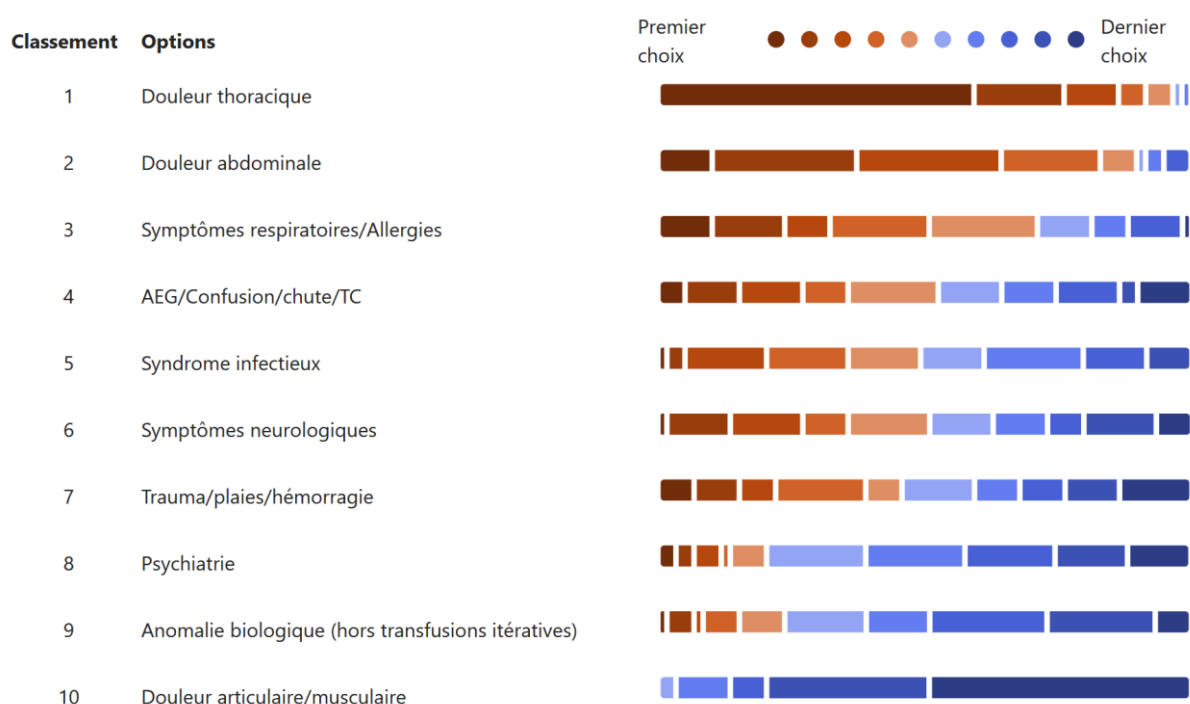


Figure 9 – Classement des motifs obligeant le plus fréquemment à orienter un patient vers le SAU. AEG : Altération de l’Etat Général ; TC : Traumatisme Crânien ; Trauma : Traumatisme musculosquelettique.

Tableau 3 : pourcentage de position au classement de chaque motif, classé du plus fréquent au moins fréquent

	1 ^{er} choix	2 ^e choix	3 ^e choix	4 ^e choix	5 ^e choix	6 ^e choix	7 ^e choix	8 ^e choix	9 ^e choix	10 ^e choix
Douleur thoracique	59,3%	16,9%	10,2%	5,1%	5,1%	1,7%	1,7%	0%	0%	0%
Douleur abdominale	10,2%	27,1%	27,1%	18,6%	6,8%	1,7%	3,4%	5,1%	0%	0%
Symptômes respiratoire/allergies	10,2%	13,6%	8,5%	18,6%	20,3%	10,2%	6,8%	10,2%	0%	1,7%
AEG/confusion/chute/TC	5,1%	10,2%	11,9%	8,5%	16,9%	11,9%	10,2%	11,9%	3,4%	10,2%
Syndrome infectieux	1,7%	3,4%	15,3%	15,3%	13,6%	11,9%	18,6%	11,9%	8,5%	0%
Symptômes neurologiques	1,7%	11,9%	13,6%	8,5%	15,3%	11,9%	10,2%	6,8%	13,6%	6,8%
Traumatismes/plaies/hémorragies	6,8%	8,5%	6,8%	16,9%	6,8%	13,6%	8,5%	8,5%	10,2%	13,6%
Psychiatrie	3,4%	3,4%	5,1%	1,7%	6,8%	18,6%	18,6%	16,9%	13,6%	11,9%
Anomalie biologique	1,7%	5,1%	1,7%	6,8%	8,5%	15,3%	11,9%	22%	20,3%	6,8%
Douleur articulaire/musculaire	0%	0%	0%	0%	0%	3,4%	10,2%	6,8%	30,5%	49,2%

AEG : Altération de l'Etat Général ; TC : Traumatisme Crânien ; Trauma : Traumatisme musculosquelettique.

Discussion

1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était d'analyser les pratiques des médecins généralistes lors de situation d'urgence à leur cabinet de ville. L'intérêt n'était pas de corrélérer les réponses à une source unique de bonnes pratiques cliniques ou d'évaluer les médecins généralistes en fonction du taux de réponses jugées correctes.

a. TVP et échographie

Dans le cas de la suspicion de thrombophlébite la majorité des médecins suivent une prise en charge ambulatoire comprenant un traitement immédiat, comme il est recommandé dans une situation de Thrombose Veineuse Profonde (TVP) distale sans signe d'embolie pulmonaire ou de facteur de gravité (18). Dans ce cas certains ont fait le choix de ne prescrire que des examens en ville malgré la contrainte horaire d'un vendredi soir qui suggère un délai important pour des examens externes. Le manque de détail de l'examen clinique de ce cas a pu orienter certains médecins à y voir une situation non urgente et dont le délai de prise en charge n'était pas une perte de chance pour la patiente.

Ce qu'il était également intéressant de remarquer dans ce résultat était la présence d'un unique médecin réalisant une échographie 4 points au sein de son cabinet alors que cet examen est un élément diagnostic important dans les cas de suspicion de thrombophlébite. Bien que l'HAS ou d'autres organismes n'aient pu identifier les situations cliniques pouvant bénéficier de l'échographie clinique ciblée par le médecin généraliste devant le manque d'information scientifique sur le sujet (19), des études commencent à cibler certaines indications qui pourraient en bénéficier comme celle-ci en 2023 (20) qui a démontré un intérêt de l'échographie en prolongement de l'examen clinique dans la prise en charge de thrombose veineuse des membres inférieurs chez le médecin généraliste. Selon cette étude interrogeant des médecins ayant pratiqué une formation ou un Diplôme Universitaire (DU) d'échographie 83,5% d'entre eux se servent de l'échographie pour rechercher une TVP proximale devant une suspicion de TVP des membres inférieurs pour une moyenne de 17,5 suspicions cliniques par an. De plus dans cette étude explorant de manière plus globale et par des entretiens individuels la place de l'échographie dans la pratique de médecins généralistes à Montpellier en 2022 (21) il y est décrit dans leurs réponses de nombreux avantages que ce soit le gain de temps, la réassurance et la pédagogie pour le patient ou l'aide à la prise en charge et l'épanouissement professionnel

pour le médecin. Les contraintes principales citées par les médecins dans cette étude sont l'aspect financier, la formation et le manque de temps de consultation. Concernant la population de notre étude un nombre très limité de médecins pratiquaient l'échographie au sein de leur cabinet. En 2021, un article de presse rapporte qu'environ 5% des médecins généralistes en France pratiquaient l'échographie dans leur cabinet (22). Ces chiffres s'appuient sur la cotation des actes d'échographie mais certains médecins utilisent des échographes comme une aide supplémentaire à leurs examens cliniques sans cotation ou compte rendu précis effectués notamment dans la réalisation d'actes d'échoscopie (échographe utilisé en prolongement du stéthoscope) (23).

b. Douleur thoracique et Troponine

Dans le cas de la douleur thoracique la quasi-totalité des médecins ont préféré une prise en charge immédiate du patient plutôt que de repousser celle-ci, sachant qu'une douleur thoracique évocatrice de Syndrome Coronarien Aiguë (SCA) nécessitera une prise en charge hospitalière urgente (24). Ceci évoque l'implication des médecins généralistes dans la gestion des urgences médicales malgré une répercussion sur la journée de travail du praticien. Dans la suite du cas clinique les résultats montrent une majorité de médecins ayant opté pour une prise en charge urgente malgré un examen clinique et un ECG sans anomalie, la seule information supplémentaire permettant le choix de cette prise en charge est le profil du patient. Malgré les recommandations, de l'HAS notamment, de ne pas effectuer de dosage de Troponine en ville (25) 8 médecins dans notre étude ont tout de même fait le choix de cet examen en externe. Dans cette situation de suspicion de SCA ce dosage est grandement utile et recommandé dans la prise en charge d'une douleur thoracique typique sans signe ECG mais doit se réaliser en milieu hospitalier avec une rapidité d'intervention et une surveillance plus importante pour une douleur aiguë (24). Dans notre étude la majorité des médecins ayant fait ce choix ont plus de 50 ans et il a été montré dans cet état des lieux de la prescription de troponine en ville en 2021 que chez les médecins de plus de 60ans il est plus souvent réalisé cet examen en ville que ce soit pour éviter une hospitalisation dans 65% des cas ou bien pour éliminer le diagnostic de SCA dans 61% des cas (26). Il est également mentionné dans cette étude que son résultat local en Picardie s'accorde avec des études dans d'autres régions qui montrent des résultats autour d'une proportion de 70% des médecins qui ne pratiquent pas le dosage de la troponine en ville ou qui suivent les recommandations de l'HAS (dosage uniquement en cas de douleur de plus de 48h sans signe ECG).

c. Suspicion d'AIT

Le choix d'ajouter d'autres patients aux motifs vague est une demande récurrente et engendre souvent des retards et des prises en charge moins précises. Récemment la demande de nombreux médecins à n'avoir qu'un motif de consultation et qu'un patient par créneau de consultation a provoqué une forte réaction dans les médias traditionnels rapportant essentiellement les retours négatifs de patients (27). Malgré cela, dans notre questionnaire, la majorité des médecins ont choisi d'accepter la consultation, bien qu'une grande partie d'entre eux ont jugé nécessaire de répondre par un texte libre afin de mentionner leur façon personnelle de gérer la situation. Une nouvelle fois l'implication dans la prise en charge de l'urgence ressentie du patient avant même de connaître l'urgence réelle était partagée par la majorité des médecins généralistes interrogés dans notre étude. Et lors de la consultation à nouveau 80% des médecins ont géré cette situation d'urgence avec l'aide du centre 15, d'un centre AIT ou bien du SAU directement. Le choix du centre AIT permettait de voir la proportion de médecins connaissant ce service et y faisant appel directement. Le centre AIT est un service hospitalier dédié à cette urgence neuro vasculaire et qui permet une prise en charge spécialisée plus rapide et efficace (28). Cette situation clinique nécessitant une prise en charge hospitalière même dans les zones où un centre AIT n'existe pas (29). Il est tout de même intéressant de voir que dans les deux cas précédents environ 20% des médecins optaient pour une prise en charge ambulatoire dans des situations d'urgence qui nécessitaient une prise en charge hospitalière. Une des motivations à la prise en charge ambulatoire des médecins généralistes est d'éviter une prise en charge hospitalière pour les patients (26). L'expérience des médecins de plus de 50ans peut aussi expliquer qu'ils soient plus nombreux dans cette tranche d'âge à prendre cette décision.

Ces résultats nous permettent de remarquer une certaine homogénéité dans les prises en charges des médecins généralistes et démontre une implication importante des médecins généralistes aux situations médicale urgentes.

3. Objectifs secondaires – comparaison en fonction des gardes.

a. Modes d'exercice

La première comparaison entre les médecins effectuant des gardes et ceux n'en faisant pas montrait que les médecins effectuant des gardes jugeaient leur activité plus urbaine que rurale ou semi rurale. Il aurait été opportun dans cette question de préciser des caractéristiques permettant de considérer une activité comme urbaine, rurale ou semi rurale, cependant aucun consensus général n'est à ce jour établi pour les définir. Des recherches pour créer des outils d'aide à la détermination du mode d'exercice ont déjà été effectués, mais aucun avec un niveau de sensibilité satisfaisant au niveau national car n'utilisant que des données démographiques (30). C'est peut-être la raison pour laquelle peu de médecins ont fait le choix de la réponse « semi-rurale » se présentant comme un entre-deux mal défini et ce sont placés dans les deux autres propositions. Ensuite il existait une prédominance de l'activité urbaine chez les médecins effectuant des gardes et cela peut nous permettre de se demander ce qui limite l'accès à ce type d'exercice pour les médecins travaillant en milieu rural : distance d'accès à des maisons médicales de garde ou SAU, périmètre d'exercice trop large et regroupant un trop grand nombre de patients ou limitant les interactions entre médecins généralistes, ou encore une activité plus importante face à la faible densité médicale et une rotation limitée avec des gardes trop fréquentes. La DREES avait en 2021 réalisé une étude à partir d'analyses de la littérature internationale pour évaluer les motivations et contraintes de l'installation en zone rurale des médecins généralistes et évoquait ces limitations (31).

b. Gestes au cabinet

Il est également décrit un plus grand nombre de pratiques de chirurgies peu invasives chez les médecins effectuant des gardes alors que l'immobilisation orthopédique est plus souvent effectuée par les médecins qui ne font pas de gardes. En effet ce sont des pratiques réalisées presque toujours dans le cadre de l'urgence et pourraient sembler être plus souvent effectuées par les médecins ayant déjà l'expérience des gardes en structures d'urgence. Dans une étude de 2018 à Nice concernant l'immobilisation orthopédique rigide en cabinet les principales contraintes à la réalisation de ces actes était selon les médecins interrogés le manque de formation continue une fois installés et le peu d'expérience accumulé au vu de la faible demande au cabinet ce qui s'oppose à notre résultat où les médecins faisant des gardes en réalisent moins. Mais leurs réalisations dépendaient aussi beaucoup de la proximité d'autres professionnels de santé pour cette prise en charge (chirurgien orthopédiste, cabinet de radiologie, pharmacie

etc...) (32). En ce qui concerne les actes de chirurgie peu invasives cette étude de 2018 dans la région parisienne retrouvait plutôt que la plupart de ces actes étaient effectués par des médecins ayant l'expérience de gardes au SAU, se raccordant aux données de notre étude (33). Il y est également décrit que plus de la moitié des médecins généralistes interrogés souhaitaient une évolution des pratiques en améliorant les contraintes principalement décrites : manque de temps, de formation, de matériel et d'expérience. Une étude réalisée à Strasbourg en 2019 interrogeant des médecins généralistes sur les freins à la réalisation de certains actes au cabinet retrouvait une similitude de résultats avec en priorité le manque de formation théorique et pratique ciblé par les médecins interrogés (34).

c. Communication avec le SAU

Pour communiquer avec les SAU le courrier papier était privilégié par l'ensemble de la population interrogée mais très peu d'entre eux partageaient dans leur courrier un moyen de contact direct pour échanger avec l'urgentiste si besoin. Il est plus souvent étudié les courriers de sortie des urgences des patients que ceux d'adressage mais cette étude de 2015 à Rouen montre que seulement 5% des patients avec un courrier du médecin traitant n'a nécessité un appel de l'urgentiste auprès de ce dernier (35). En comparant nos deux populations il se dégage une seule différence dans le contenu de ce courrier avec une quasi-totalité des médecins effectuant des gardes décrivant leur examen clinique alors qu'un médecin sur cinq de l'autre groupe ne le décrit pas. Cela pourrait être expliqué par l'expérience du premier groupe à la gestion de cas d'urgence après consultation de son médecin traitant et dont l'examen clinique initial peut toujours aider à la compréhension de la situation clinique car dans l'étude citée précédemment l'examen clinique initial était un élément important d'un courrier d'adressage pour 87% des urgentistes interrogés. En dehors de ce point il n'est pas retrouvé de différence notable entre les deux groupes dans ce domaine.

d. Contraintes

Concernant les contraintes obligeant le plus souvent les médecins à orienter les patients vers le SAU il existait une différence notable entre les deux groupes au sujet de l'avis spécialisé et du manque de matériel. En effet chez les médecins effectuant des gardes ces deux contraintes sont bien plus prédominantes. Ce qui peut être assez paradoxal si on considère que les gardes permettent un certain rapprochement avec les spécialistes en fonction d'où se déroule cette activité (surtout au CH). La structure d'un carnet d'adresse de spécialistes est un besoin prédominant des médecins généralistes en tant que « chefs d'orchestre » du parcours de soins

des patients et des moyens de l'améliorer sont sollicités par les médecins généralistes (36). Une évolution dans ce sens de manière territoriale ou plus localisée est déjà représentée par les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) au sein des MSP ou bien les CPTS (entre autres) permettant un rapprochement entre différents acteurs de santé comme les médecins généralistes, spécialistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes. Cependant cette contrainte reste majeure alors que 68% des médecins interrogés dans notre étude travaillait déjà en cabinet de groupe ou dans une MSP et que le carnet d'adresse des CPTS a été un des moyens utilisés pour transmettre le formulaire.

4. Objectifs secondaires – en fonction de l'âge

a. Modes d'exercices

Cette répartition a permis de créer un groupe de médecins considérés dans les deux dernières décennies de leur carrière et les médecins encore dans les deux premières de celle-ci. Ces deux groupes ont présentés certaines différences notables à commencer par leur mode d'exercice qui est majoritairement urbaine pour les plus de 50ans alors qu'elle regroupe une majorité de médecins en zones rurales et semi-rurales pour les moins de 50ans. Dans un objectif de répartition de l'activité médicale face à de plus en plus nombreuses zones en tension on voit déjà que les plus jeunes médecins ont tendance à plus se répartir dans ces zones. Ceci est cependant en contradiction avec les chiffres du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) qui retrouve un rajeunissement de la population de médecins plutôt autour des métropoles régionales et des zones littorales, dans une étude dévoilée en janvier 2025 (37). Cependant le département du Var est en contradiction avec les autres zones parmi les mieux pourvus en médecins car sa population médicale est vieillissante. Comme dit précédemment une meilleure définition des modes d'exercices permettrait d'avoir des chiffres plus précis concernant leurs évolutions.

b. Gestes au cabinet

Au sujet de l'activité des médecins on peut voir que la dermoscopie était plus souvent pratiquée par les praticiens de moins de 50 ans. Dans notre population générale 30% des médecins ont déclaré pouvoir effectuer un acte de dermoscopie alors que dans un travail de thèse en région PACA de 2019 seulement 6,4% des médecins ont répondu favorablement à l'utilisation d'un dermoscope sur une population de 360 médecins avec une médiane d'âge de 55ans (38). Il est

compliqué d'associer ce résultat à une véritable évolution de cette pratique au vu du manque de puissance de notre étude mais il est démontré qu'il existe 2 fois plus de cotation de cet acte en 2024 comparé à 2022 (39). Concernant la petite chirurgie l'étude menée en région parisienne en 2018 (33) retrouvait que les gestes traumatologiques en cabinet étaient réalisés majoritairement par des médecins ayant moins de 5 ans d'expérience en libéral et ceux ayant plus de 20 ans d'expérience. Les résultats de la littérature citée concluaient à une majorité de gestes effectués par des médecins plus expérimentés en se reposant sur la confiance que l'expérience pouvait apporter, seulement cette étude contredit ceci. Il existe cependant un creux générationnel entre sortie d'études et expérience du métier. Pour cette étude interrogeant des médecins remplaçants uniquement (40) le frein principal serait le manque de compétence, l'étude mettant en avant une hétérogénéité de formation parmi ces jeunes médecins et une disparité qui évolue avec les divergences de pratiques après l'internat. Alors que cette étude de la même région en Franche comté ayant interrogé des médecins généralistes installés, le manque de formation initiale est le deuxième facteur limitant la pratique de ces gestes techniques, juste derrière le manque de temps (41). Mais toutes ces études rapportent les mêmes souhaits des médecins interrogés quel que soit leur âge ou expérience en priorité : plus de formation, plus de temps et une meilleure rémunération des actes. Dans notre étude les proportions de médecins effectuant ces gestes de chirurgie peu invasives sont équivalentes dans les deux groupes ce qui montre une certaine homogénéité concernant cette pratique. Contrairement à l'étude en région parisienne (33) ils sont plus effectués par les tranches d'âges intermédiaire avec seulement 2 médecins de moins de 35 ans sur 16 et aucun médecin de plus de 65ans qui en réalisent. Il est cependant difficile d'infirmier ce creux générationnel avec nos résultats compte tenu du manque de puissance de notre étude.

c. Contraintes entraînant un adressage au SAU

Concernant la communication avec le SAU peu de différence sont retrouvées entre les deux groupes de médecins mais dans les contraintes obligeant à y orienter les patients on retrouve plus souvent cité l'avis spécialisé chez les médecins de plus de 50 ans. Il est intéressant de noter que l'internat de médecine générale n'a été créé qu'à partir de 2004 ajoutant 3 années supplémentaires pour l'obtention d'un Diplôme d'Etat Spécialisé (DES) de médecine générale ouvrant la porte à d'autres stages hospitaliers et permettant d'approfondir ses connaissances avant de parfois s'isoler dans un cabinet libéral (42). On y trouve notamment l'accès à des stages en santé de la femme et de l'enfant qui permettent d'élargir les pratiques et les connaissances dans ces domaines.

5. Motifs d'orientation aux urgences

Il était intéressant de voir les motifs principaux obligeant les médecins généralistes à orienter les patients vers le SAU. D'autant que ce classement est différent de celui retrouvé dans une thèse de 2021 au Centre Hospitalier d'Haguenau qui classait les motifs d'admissions aux urgences des patients orientés par leur médecin traitant (43). En effet en comparaison à cette étude la douleur thoracique n'arrivait qu'en 5^{ème} position avec 10% des patients orientés et en tête du classement se trouvait les douleurs abdominales pour 15% des patients orientés, autant que pour les motifs regroupant TC, AEG, confusion et chute. De manière générale la représentation des motifs de consultation est beaucoup mieux répartie entre 15 et 4% de patients pour chaque groupe de motifs, ce qui contraste avec les résultats du questionnaire de notre étude où la douleur thoracique est largement placée comme la plus fréquente et la douleur abdominale plus souvent classée 2^{ème} ou 3^{ème}. Cependant cette question faisait appel aux souvenirs des médecins interrogés ou de leurs ressentis personnels car aucune donnée chiffrée n'était requise pour répondre à cette question.

6. Forces et faiblesses de notre étude

Une des forces de notre étude est d'avoir réalisé des situations d'urgence plutôt simples dans l'analyse médicale avec peu de place au diagnostic différentiel ce qui a permis d'éviter un facteur de confusion avec la recherche diagnostic qui aurait pu desservir l'objectif de l'étude. De même les questions précédentes étaient simples et rapides, tous les médecins ont répondu au questionnaire jusqu'à la fin de celui-ci avec des questions variées sur leur pratiques permettant de créer plusieurs pistes d'interrogations sur celles-ci et une analyse globale. La population de notre étude était diverse et équilibrée ce qui a permis de créer des groupes homogènes pour les comparer. De plus notre étude a permis d'avoir certaines pistes d'interrogations sur les médecins généralistes en fonction des activités réalisés en plus du cabinet de ville. En effet il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'étude comparative entre les médecins et leurs pratiques au cabinet en fonction de leurs activités supplémentaires.

Le manque de puissance est une faiblesse principale de notre étude car elle ne nous permet d'apporter aucune conclusion avec les résultats obtenus. De même notre étude présente plusieurs biais comme la distribution du questionnaire qui a été diffusé via des CPTS et des médecins travaillant dans les mêmes structures, il aurait été plus pertinent de diffuser le questionnaire d'une façon à ne pas exclure les médecins en dehors de ces organisations afin

d'avoir une variété plus importante de profils de médecins généralistes. De plus dans notre questionnaire il aurait été plus pertinent de proposer dans le 3eme cas clinique une gestion unique du père de famille car cela a entraîné une majorité de médecins à apporter une réponse libre afin de proposer cette option plutôt que celles proposées.

Des oublis quant aux recommandations de la gestion de certains cas cliniques comme le manque de mise en place immédiate de traitement par Aspirine dans le cas de la suspicion d'AIT ou bien la précision du nombre de dérivation de l'ECG dans le cadre de la douleur thoracique peuvent être considérés comme un manque de précision ou de réponse possible dans les prises en charges.

Dans ces cas cliniques les contextes apportés ont pu influencer les décisions de certains médecins et il aurait été opportun de demander à la fin du questionnaire si tel était le cas afin d'en analyser les répercussions. Les données concernant les motifs de consultation entraînant un adressage aux urgences (**Figure 9** et **Tableau 3**) sont très intéressantes à analyser cependant la manière d'avoir récupérer ces réponses ont rendu trop complexe la répartition de celles-ci dans des groupes de comparaison.

7. Perspectives

Nos résultats montrent environ 20% des médecins qui apportent une prise en charge qui semble éloignée des recommandations. Il pourrait être intéressant de réaliser une étude dont l'objectif serait de comparer les réponses à des recommandations de bonnes pratiques afin d'analyser les causes à cette possible faille : manque de formation, isolement professionnel, contraintes environnementales ou individuelles ou autres raisons.

On peut voir dans la littérature et dans notre étude que le courrier papier est le moyen de communication utilisé par la quasi-totalité des médecins lors des adressages. Cependant il pourrait être intéressant d'avoir plus d'informations sur les motifs d'adressages aux urgences des médecins généralistes depuis le point de vue du cabinet médical car l'ensemble de la littérature étudiée à ce sujet se penche toujours sur la lecture des courriers reçus aux urgences ou sur leurs comptes rendus.

Concernant les gestes médicaux effectués au cabinet de nombreuses études récentes se penche sur le sujet mais cela se concentre rarement sur un geste en particulier et plutôt sur un ensemble choisi. Il serait intéressant d'avoir des études nationales sur l'utilisation de l'échographe ou du dermoscope par exemple afin d'avoir un état des lieux de leurs utilisations réelles et

d'approfondir les souhaits des médecins les concernant, dans le but d'élargir leurs utilisations par les médecins généralistes. Leur apport bénéfique dans la pratique est en revanche déjà démontré.

Plusieurs études se penchent sur une description des modes d'exercices des médecins généralistes mais une définition précise et nationale permettrait de mieux définir ces zones et d'étudier les activités qui y sont liés.

Conclusion

Cette étude nous permet par l'analyse de ces données de constater que les pratiques des médecins généralistes dans des situations d'urgence étaient assez homogènes que ce soit dans le cas d'une gestion ambulatoire ou avec l'aide des services de médecine d'urgence. Une étude avec une population plus large est cependant nécessaire pour conclure. De plus il serait intéressant de voir l'impact de l'évolution des pratiques de la médecine de ville sur leur recours au SAU par le biais d'une étude prospective et/ou plus ciblée sur chaque pratique.

ANNEXE 1 – Formulaire

Orientation des patients vers le SAU par les médecins généralistes

juin 2024 - Thèse de médecine générale par Théo Rawls

Informations personnelles

Êtes-vous ?

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme
- ☐ Autre

Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?

- ☐ Moins de 35 ans
- ☐ 35-50 ans
- ☐ 50-65 ans
- ☐ Plus de 65 ans

Considérez-vous votre activité au cabinet comme :

- ☐ Urbaine
- ☐ Rurale
- ☐ Semi rurale

Quel est votre type d'exercice en cabinet ?

- ☐ Cabinet seul
- ☐ Cabinet de groupe
- ☐ Maison de Santé Pluridisciplinaire
- ☐ Remplaçant
- ☐ Autre

Votre activité concerne-t-elle aussi :

- ☐ Soins non programmés au cabinet (SAS, consultations sans rendez vous...)
- ☐ Gardes en maison médicale de garde
- ☐ Aucun
- ☐ Gardes de régulation centre 15
- ☐ Activité mixte (salarié(e) hospitalier(e) en plus de l'activité libérale)
- ☐ Gardes au CHU
- ☐ Autre

Communication avec le SAU

Lors de l'orientation d'un patient vers le SAU :

- ☐ Vous faites un courrier papier
- ☐ Appel au standard hospitalier pour prévenir le SAU
- ☐ Appel à un numéro personnel direct au sein du SAU
- ☐ Rien
- ☐ Autre

Quelles informations sont toujours présentes dans votre communication :

- Antécédents
- Traitement habituel
- Motif de consultation
- Examen clinique
- Hypothèse diagnostic
- Allergies
- Soins effectués au cabinet
- Examens complémentaires souhaités
- Dernier bilan biologique
- Informations de contact direct
- Autre

Au quotidien

Quel(s) geste(s) parmi les suivants êtes-vous en capacité d'effectuer à votre cabinet ?

- ECG
- Suture
- Test à la fluoresceine
- Dermoscopie
- Acte de chirurgie peu invasive
- Immobilisation orthopédique
- Soins urgents en cas de choc (perfusions, traitements intraveineux etc...)
- Echographie/Doppler
- Autre

Classez les motifs qui vous oblige le plus souvent à orienter le patient vers un SAU (du plus fréquent en haut au moins fréquent en bas) :

- Psychiatrie
- Douleur thoracique
- Douleur abdominale
- Symptômes respiratoires/Allergies
- Syndrome infectieux
- Anomalie biologique (hors transfusions itératives)
- Douleur articulaire/musculaire
- Trauma/plaies/hémorragie
- Symptômes neurologiques
- AEG/Confusion/chute/TC

Quelle contrainte vous oblige le plus souvent à orienter vos patients vers le SAU (hors urgence vitale) ?

- Examen d'imagerie
- Avis spécialisé
- Manque de matériel au cabinet (ECG, Fluoresceine, Oxygène, immobilisation orthopédique...)
- Accès rapide à des résultats d'examen biologique
- Temps de soin
- Gestion de la douleur
- Manque de disponibilité de soins à domicile
- Autre

Cas clinique 1 :

Vous recevez un vendredi soir à 18h30, dans votre cabinet une femme de 45ans pour une douleur du mollet qui évolue depuis 48h. Elle n'a pas d'antécédent particulier. Lors de l'examen clinique vous retrouvez une douleur à la palpation du mollet droit ainsi qu'une perte du ballant. Le reste de l'examen clinique est sans particularité et ses constantes sont normales.

Que faites-vous ?

- Vous réalisez une échographie 4 points au cabinet
- Vous adressez votre patiente aux urgences pour bilan diagnostic
- Vous traitez immédiatement par anticoagulant et prescrivez des examens complémentaires à réaliser en ville dès que possible
- Vous ne traitez pas immédiatement et prescrivez avant des examens complémentaires à réaliser en ville
- Autre

Cas clinique 2 :

Un mercredi matin 10h un patient fait irruption dans votre salle d'attente contenant quelques patients, il dit travailler sur le chantier à quelques pas du cabinet et avoir une douleur dans la poitrine depuis environ une heure.

Que faites-vous ?

- Vous le prenez en consultation immédiatement
- Vous lui dites d'attendre dans la salle d'attente le temps de voir les patients qui étaient déjà présents
- Vous l'envoyez directement vers les urgences les plus proches
- Vous lui dites de rester sur place et appelez directement le 15

Lors de la consultation, c'est un homme de 49 ans, qui ressent une pression au milieu de la poitrine depuis une heure environ. Il dit ne pas avoir d'antécédent mais prendre un cachet pour la tension qu'il ne connaît pas, il est fumeur depuis ses 15ans.

L'ECG que vous avez pu réaliser au cabinet ce jour-là est sans anomalie et les constantes normales hormis une tension à 160/100mmHg aux deux bras.

Que faites-vous ?

- Vous lui prescrivez un bilan avec dosage de troponines à réaliser au laboratoire
- Vous contactez le 15 pour l'orienter vers les urgences
- Vous lui demandez de se rendre aux urgences par ses propres moyens
- Autre

Cas clinique 3

Un jeudi après-midi lors d'une journée avec un planning plein et 30 minutes de retard au compteur une de vos patientes vient en consultation sur rendez-vous simple à son nom. Elle vient avec ses deux parents en vacances chez elle et vous demande si vous pouvez les voir car sa mère a oublié ses comprimés et que son père ne se sent pas bien depuis ce matin.

Que faites-vous ?

- Vous refusez les consultations
- Vous acceptez seulement de faire une ordonnance de dépannage
- Vous réalisez la consultation pour les deux parents
- Vous donnez un rendez-vous à la prochaine horaire disponible (dans 5 jours)
- Autre

Après avoir réalisé une ordonnance d'homéopathie et de crème hydratante pour la mère vient le tour du père. Il a 63 ans, prends 2 comprimés pour son hypertension et un comprimé pour le cholestérol, sevré du tabac depuis 5ans mais bois toujours un verre de vin aux repas. Sur la route pour venir ce matin (3h de route) il a ressenti une faiblesse des membres côté gauche l'ayant obligé à s'arrêter sur le bas-côté et il a pu reprendre la route 15 minutes après. Il va bien lors de la consultation hormis de la fatigue. L'examen clinique et les constantes sont normaux.

Que faites-vous ?

- Vous demandez à sa fille de l'emmener aux urgences les plus proches
- Vous appelez le 15 immédiatement
- Vous appelez directement le centre AIT le plus proche
- Vous le laissez rentrer chez sa fille en lui recommandant d'appeler le 15 immédiatement si un nouvel épisode se présente
- Vous appelez votre cabinet de radiologie préféré pour un scanner cérébral le lendemain à 15h30
- Autre

Références

1. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 23 mai 2025]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
2. Urgences hospitalières en 2023 : quelles organisations pour la prise en charge des patients ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 23 mai 2025]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/240711_ER_UrgencesHospitalieres2023
3. Cochet N. Comment les patients intègrent-ils les centres de soins non programmés dans leur parcours de soins ? Étude centrée sur la ville de Toulon. 19 avr 2023;67.
4. Association des Maires Ruraux de France. Distance d'accès aux services d'urgences, dossier de presse 4. Février 2021
5. Taux de mortalité infantile - France - TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE [Internet]. [cité 23 mai 2025]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/details/20_DEM/23_DME/23C_Figure3
6. ici, le média de la vie locale [Internet]. 2024 [cité 23 mai 2025]. Patients décédés aux urgences : « Ça fait des années qu'on dit que ça craque », dénoncent les soignants - ici. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/patients-decedes-aux-urgences-ca-fait-des-annees-qu-on-dit-que-ca-craque-2164100>
7. Mestassi M. Évaluation de la proportion de patient se présentant aux urgences hospitalières pour un motif de médecine ambulatoire au centre hospitalier d'Avignon. 2024.
8. Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 23 mai 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/demographie-des-professionnels-de-sante-au-1er-janvier-2023>
9. Dr Magnani C, Dr De Deyne, Dr Perrocheau, Dr Bioche. Les urgences du médecin généraliste. [Internet]. 2016 [cité 23 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/wp-content/uploads/2018/04/DD-les-urgences-du-m%C3%A9decin-g%C3%A9nraliste.pdf>
10. Marcel F. Identification des consultations évitables dans la structure d'Urgence du Centre Hospitalier de Périgueux pour les patients adressés par les médecins généralistes. 2021.
11. Lemonnier N. Devenir des patients adressés par un médecin avec courrier médical, aux urgences adultes du CHU Pellegrin, à Bordeaux. 2016.

12. Chrétien P, Caillet P, Bouazzaoui F, Kaladjian A, Younes N, Sanchez S. L'orientation des patients souffrant d'un trouble dépressif aux urgences psychiatriques par le médecin traitant est-elle associée à la décision d'hospitalisation : étude observationnelle. *L'Encéphale*. févr 2019;45(1):46-52.
13. DREES. Etudes & Résultats. Plus de 8 médecins sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. [Internet]. 2020 [cité 23 mai 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1138.pdf>
14. Annexe 2 : Organisation de la PDSA et renforcement de la continuité des soins Hiver 2021/2022 [Internet]. 2022 [cité 23 mai 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexe_2_pdsa_hiver.pdf
15. L'organisation de la permanence et la continuité des soins [Internet]. 2024 [cité 23 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/lorganisation-de-la-permanence-et-la-continuite-des-soins-0>
16. Tout savoir sur le SAS (service d'accès aux soins) - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles [Internet]. Publié en 2022 et mis à jour en mars 2025 [cité 23 mai 2025]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas-service-d-acces-aux-soins>
17. Service d'Accès aux Soins (SAS), retour d'expérience des 20 premiers SAS lancés. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. [Internet] 2023 [cité le 23 mai 2025]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/le-retour-d-experience-des-20-sas-pilotes>
18. VIDAL [Internet]. 2022 [cité 23 mai 2025]. Recommandations Thrombose veineuse profonde : traitement. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/thrombose-veineuse-profonde-traitement-1659.html>
19. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 23 mai 2025]. Évaluation de l'utilisation de l'échoscopie (ou échographie clinique ciblée) par le médecin généraliste. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3357680/fr/evaluation-de-l-utilisation-de-l-echoscopie-ou-echographie-clinique-ciblee-par-le-medecin-generaliste
20. Khalife T. La place potentielle de l'échographie de compression veineuse dans la prise en charge de la thrombose veineuse des membres inférieurs chez les médecins généralistes en France. 2023.
21. Laculle R. Comment les médecins généralistes pratiquant l'échographie l'ont-ils intégrée dans leur exercice? 2022.

22. Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 23 mai 2025]. L'USAGE DE L'ÉCHOGRAPHIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/fmc-recos/lusage-de-lechographie-en-medecine-generale>
23. Desnault S. Les actes échographiques réalisés en France par les médecins généralistes. 2019.
24. Chapitre 06 - Item 230 : Douleur thoracique aiguë [Internet]. SFCARDIO. [cité 23 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.sfcadio.fr/publication/chapitre-06-item-230-douleur-thoracique-aigue/>
25. Isabelle LP. HAS. Guide du parcours de soins – Syndrome coronarien chronique. 2021
26. Legrand M. Prescription de la troponine en médecine générale : état des lieux en Picardie en 2021. 2022.
27. Grée S. « Une consultation, un seul motif » : quand les médecins incitent à reprendre rendez-vous [Internet]. 2025 [cité 23 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/sante/une-consultation-un-seul-motif-quand-les-medecins-incitent-a-reprendre-rendez-vous-ef200ea2-1a01-11f0-ace4-8b7d1cc7d31f>
28. Breuil A. Filière AIT en CHU à Marseille : existe-t-il des bénéfices concernant la prise en charge du patient? 2019.
29. VIDAL [Internet]. 2021 [cité 23 mai 2025]. Recommandations Accident ischémique transitoire. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/accident-ischémique-transitoire-3756.html>
30. Corfias ME. Milieu rural, semi-rural ou urbain : confirmation d'indicateurs quantitatifs permettant de définir le milieu d'exercice des médecins généralistes. 2020.
31. Portela M (DREES/SEEE). Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. 2021.
32. Perini R. Pratique d'immobilisation rigide en médecine générale dans la petite traumatologie du membre supérieur. 2018.
33. Ravaut C. Étude de la réalisation des gestes techniques en traumatologie et de petite chirurgie ambulatoire chez les médecins généralistes à Paris et dans le nord parisien. 2019.
34. Gerber B. Freins à la réalisation des gestes techniques, infiltrations et sutures dans les cabinets de médecine générale en Alsace, 1^{ère} partie. 2019.
35. Tzebia CK. Analyse de la qualité de la lettre du médecin adressant un patient aux urgences adultes du CHU de Rouen. 2015.

36. Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2010;41(4):331-9.
37. Arnault F. Conseil National de l'Ordre des Médecins. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. [Internet] 2025 [cité le 23 mai 2025]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1lz38w1/cnom_atlas_demographie_2025_tome_1.pdf
38. Venchi F. Dermatoscopie en médecine générale en région PACA : état des lieux. Étude auprès d'un échantillon de 360 médecins généralistes libéraux. 2019.
39. Dermatoscopie : aide à la cotation - OMNIPrat [Internet]. [cité 23 mai 2025]. Disponible sur: <https://omniprat.org/fiches-pratiques/dermatoscopie-pour-surveillance-de-lesions-a-haut-risque/>
40. Goetsch M. Étude des freins à la réalisation d'actes techniques chez le médecin généraliste remplaçant en Franche-Comté. 2023.
41. Feder L. Analyse des freins à la pratique des gestes techniques en médecine générale en Franche Comté. 2024.
42. Un peu d'histoire | Département Médecine Générale - Université de Rouen [Internet]. [cité 23 mai 2025]. Disponible sur: <https://dumg-rouen.fr/p/un-peu-dhistoire>
43. Baumann F. Caractéristiques patients adressés par leurs médecins traitants aux urgences d'un centre hospitalier général. 2021

Avis favorable de la Commissions des thèses
du Département de Médecine Générale
en date du 26 juin 2025

Vu, la Directrice de Thèse
Marseille le 27.05.2025

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Dr. N. A. T. I. N. O.", is written over a faint, rectangular stamp.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de
Tours
Tours, le

RAWLS Théo

50 pages (avant remerciements) – 3 tableaux – 9 figures – 1 annexe

Résumé :

Introduction : Les médecins généralistes sont la première ligne du parcours de soin des patients et leur rôle dans des situations d'urgence se doit d'être efficace et optimal. La pénurie médicale actuelle avec un manque important de médecin généraliste, les difficultés rencontrées par les Services d'Accueil des Urgences (SAU) ainsi que la demande de soins de plus en plus importante de la population ne permettent pas aux médecins généralistes de subvenir correctement aux besoins de soins urgents. Nous avons donc voulu analyser les pratiques des médecins généralistes face à des situations d'urgence à leur cabinet médical.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude transversale observationnelle de type enquête qualitative de pratique auprès des médecins généralistes du département du Var, via un questionnaire anonymisé. Il a été analysé par le biais de trois situations cliniques (thrombophlébite, douleur thoracique et accident ischémique Transitoire) les prises en charges urgentes au cabinet. Secondairement a été analysé les pratiques des médecins au cabinet (matériel, gestes réalisables), les contraintes obligeant l'adressage du patient vers un SAU et la communication avec le SAU en fonction de l'exercice du praticien (s'il exerçait une partie de son activité en garde) et en fonction de leur tranche d'âge.

Résultats : Nous avons reçu 60 réponses à notre questionnaire. Dans les différentes situations cliniques plus de 80% des médecins acceptent les consultations urgentes se présentant à leur cabinet malgré des contextes contraignants. Un pourcentage similaire d'entre eux utilisent les services d'urgence quand cela est nécessaire et prennent en charge le patient de manière ambulatoire de manière adaptée. Un seul médecin s'est déclaré en capacité de réaliser une échographie 4 points au cabinet mais 30% des médecins ont déclaré pouvoir réaliser un acte de Dermoscopie. Les médecins effectuant des gardes se situent plus souvent en situation urbaine alors que les plus jeunes médecins sont plus nombreux en zones rurales. Tous les médecins communiquent de la même manière avec les urgences mais les médecins effectuant des gardes décrivent plus souvent leur examen clinique, ces derniers ainsi que les médecins plus âgés nécessitent plus souvent un avis spécialisé hospitalier.

Conclusion : les pratiques des médecins généralistes dans certaines situations d'urgence sembleraient assez homogènes, que ce soit dans le cas d'une gestion ambulatoire ou avec l'aide des services de médecine d'urgence. De futures études plus ciblées, sur des populations plus importantes, seraient intéressantes à mener : notamment concernant l'utilisation de l'échographe ou du dermoscope, sur la définition du mode d'exercice des médecins ou encore l'apport d'un rapprochement plus fréquent des praticiens de différentes spécialités médicales.

Mots clés : Médecins généralistes – Pénurie – Urgence – Gardes – Echoscopie – Dermoscopie – Rural – Ambulatoire.

Jury : Président du Jury : Professeur Fabrice IVANES

Directeur de thèse : Docteur Julie MARTIN

Membres du Jury : Docteur Guillermo CARVAJAL ALEGRIA ; Docteur Thierry BALAND ; Docteur Julie MARTIN

Date de soutenance : 26 juin 2025