



HAL
open science

**Devenir des patients adressés par un médecin avec
courrier médical, aux urgences adultes du CHU
Pellegrin, à Bordeaux**

Nadège Lemonnier

► **To cite this version:**

Nadège Lemonnier. Devenir des patients adressés par un médecin avec courrier médical, aux urgences adultes du CHU Pellegrin, à Bordeaux. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01420423

HAL Id: dumas-01420423

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01420423>

Submitted on 20 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année : 2016

N°150

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE
Médecine Générale.

Présentée et soutenue publiquement

le 25 octobre 2016

par

Nadège LEMONNIER

Née le 21 novembre 1986, à Saint-Malo (35)

**Devenir des patients adressés par un médecin avec courrier médical,
aux urgences adultes du CHU Pellegrin, à Bordeaux.**

Directeur : Monsieur le Docteur Cédric GIL-JARDINE

Rapporteur : Monsieur le Professeur William DURIEUX

Jury :

Monsieur le Professeur Bernard GAY, Président du jury

Monsieur le Docteur Philippe CASTERA, Membre du jury

Monsieur le Docteur Guillaume VALDENNAIRE, Membre du jury

Résumé

Contexte : La fréquentation des urgences hospitalières ne cesse d'augmenter, cependant plus des trois quarts des usagers rentrent à domicile après leur passage aux urgences. Nous voulions montrer qu'un patient adressé aux urgences par un médecin avait plus de risque d'être hospitalisé.

Matériel et Méthode : Nous avons mené une étude observationnelle transversale du 17 septembre au 2 novembre 2013, dans la structure d'urgence adulte du Centre Hospitalier Universitaire Pellegrin à Bordeaux, en Gironde. Les patients étaient inclus dès lors qu'ils étaient majeurs et adressés avec un courrier médical. Le critère de jugement était la prévalence des patients hospitalisés, puis des critères secondaires ont été étudiés.

Résultats : Sur les 921 courriers inclus, 855 ont pu être analysés et 44,1% des patients ont été hospitalisés. Le médecin traitant et SOS médecins étaient à l'origine à eux seuls d'environ 78% des courriers. Par contre, on notait une proportion plus importante de patients hospitalisés lorsque l'auteur du courrier était le médecin traitant (46,9%) versus SOS médecins (35%) avec $p = 0,0029$. La probabilité d'être hospitalisé augmentait de manière significative avec l'âge et deux patients sur cinq hospitalisés étaient initialement admis en UHCD. Les patients de plus de 60 ans représentaient près des deux tiers de la population hospitalisée avec un taux d'hospitalisation atteignant 57,3% chez les patients de plus de 75 ans.

Conclusion : Les patients adressés aux urgences par un médecin étaient souvent des personnes âgées nécessitant une hospitalisation ce qui reflète les difficultés d'accès à une hospitalisation directe pour les médecins de ville. Les structures d'urgence semblent finalement se trouver au carrefour de la médecine ambulatoire et de la médecine hospitalière, constituant parfois une porte d'entrée pour une hospitalisation non programmée.

Remerciements

Je remercie le Professeur Bernard Gay de me faire l'honneur de présider ce jury.

Je remercie le Professeur William Durieux pour avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse.

Je remercie le Docteur Philippe Castera pour avoir accepté de faire partie du jury.

Je remercie le Docteur Guillaume Valdenaire pour avoir accepté de faire partie du jury, pour son accueil dans le Service d'Accueil des Urgences de Pellegrin, mais aussi pour son soutien et sa franchise.

Je remercie le Docteur Cédric Gil-Jardiné pour son aide précieuse et sa disponibilité en tant que directeur de thèse. Merci de m'avoir guidée tout au long de ce travail et d'y avoir consacré tant de temps ! Je tiens également à te remercier, probablement au nom de beaucoup d'entre nous qui ont croisé ta route, pour l'encadrement remarquable des internes au cours du stage aux urgences adultes de Pellegrin, pour ton énergie, ta motivation et ta bonne humeur à toute épreuve.

Je remercie les infirmières d'accueil et d'orientation et les externes de recherches cliniques de ce même service, pour avoir contribué à la réalisation de ce travail.

Je remercie les médecins et les équipes soignantes rencontrés tout au long de l'internat, pour avoir participé à ma formation, pour leurs critiques ou leurs conseils, toujours bénéfiques. Un grand merci en particulier, au Docteur Didier Albert, chef de service de gériatrie à Pau, pour sa patience, sa bienveillance et sa rigueur. Merci au Docteur Pascal Rollet-Gérard, maître de stage, pour m'avoir ouvert les yeux sur tant de sujets et de petits détails cliniques. Enfin, merci au Docteur Pauline Brunet, médecin de PMI, qui m'a permis grâce à sa disponibilité, sa méthodologie, sa confiance et ses valeurs, de très vite me familiariser avec le monde des tout petits.

Je remercie mes parents, qui m'ont soutenue par tous les moyens pendant ces longues études, en particulier ma maman qui a toujours été présente et à l'écoute dans les moments de doute. Si j'en suis là aujourd'hui c'est grâce à vous !

Je remercie mes amis, Amandine, p'tite Camille (et sa maman), Maeva, Thomas, Flo, Breton et tous les autres, d'avoir été présents toutes ces années dans les bons et les mauvais moments.

Enfin et surtout, je remercie mon mari, Aurélien, pour son amour, sa patience, ses conseils et son soutien au quotidien.

Liste des abréviations

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CCRA : Centres de réception et de régulation des appels

Cire : Cellule interrégionale d'épidémiologie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, des Evaluations et des Statistiques

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MT : Médecin Traitant

MR : Médecin Remplaçant

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

ORU : Observatoire Régional des Urgences

ORUMIP : Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RAD : Retour à Domicile

RPU : Résumé de Passages aux Urgences

SU : Structures d'Urgence

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

SOMMAIRE

I – INTRODUCTION.....	3
1) Généralités sur les services d’urgences et leur fréquentation.....	4
2) Organisation des réseaux de secours en France et leur évolution.....	5
3) Activité des structures d’urgence.....	6
3.1 Activité des structures d’urgence en France.....	6
3.2 Activité des structures d’urgence en Aquitaine et en Gironde.....	7
4) La consultation d’urgence en médecine générale.....	8
II – MATERIEL ET METHODE.....	10
1) Lieu et période de l’étude.....	10
2) Population de l’étude.....	10
3) Protocole.....	11
4) Analyse statistique.....	13
III – RESULTATS.....	14
1) Description des patients adressés aux urgences.....	14
2) Contenu des courriers médicaux.....	19
3) Modalités de prise en charge aux urgences.....	23
4) Devenir des patients adressés aux urgences.....	24
4.1. Devenir des patients en fonction de l’auteur du courrier	24
4.2. Orientation des patients suite au passage aux urgences	26
5) Statut des patients à J7.....	27
6) Prise en charge des patients à la sortie des urgences dans le cas d’un retour à domicile	28
7) Facteurs associés à une hospitalisation après passage aux urgences.....	30
IV – DISCUSSION.....	32
1) Population de l’étude.....	32
1.1. Généralités.....	32

1.2. Proportion de patients adressés par rapport à l'ensemble des passages aux urgences.....	32
1.3. Proportion de patients adressés en fonction de l'auteur du courrier.....	33
2) Devenir des patients.....	35
2.1. Taux d'hospitalisation en fonction des deux principaux auteurs.....	35
2.2. Devenir des patients en cas d'hospitalisation.....	38
2.3. Devenir des patients en fonction de l'âge.....	39
2.4. Les patients âgés aux urgences.....	39
2.5. Les hospitalisations directes ne seraient-elles pas préférables ?.....	41
2.6. Prise en charge des patients aux urgences.....	42
3) Contenu des courriers.....	43
4) Forces et faiblesses de l'étude.....	46
4.1. Points forts.....	46
4.2. Faiblesses de l'étude.....	46
V – CONCLUSION.....	47
Bibliographie.....	48
Table des illustrations.....	54
Annexes.....	55
Serment d'Hippocrate.....	56

I - INTRODUCTION

Entre 1990 et 2001 la fréquentation des urgences hospitalières a doublé, passant de 7 à 14 millions d'admissions par an. Depuis, le phénomène se poursuit pour atteindre 18,4 millions de passages en 2012 (+30%) (1).

La première enquête nationale sur la fréquentation des services d'urgence a été réalisée en janvier 2002 par la DREES (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques) (2). Cette enquête a montré que 70 % des usagers des services d'urgence s'y présentaient directement, sans contact médical préalable.

Différentes études ont déjà été réalisées sur les patients consultant spontanément aux urgences, mais peu se sont intéressées aux patients adressés par un médecin. Selon la littérature, plus de 10% des patients seraient pourtant concernés (3-4). Cinquante pourcents de ces patients adressés par le médecin généraliste se retrouvaient hospitalisés. Ce taux d'hospitalisation augmentait avec l'âge pour atteindre plus de 70% au-delà de 75 ans (5).

L'enquête nationale de la DREES réalisée en 2002 (2), montrait quant à elle que 38% des plus de 70 ans étaient hospitalisés. Par contre, les patients hospitalisés étaient, comme les plus âgés, plus souvent que les autres adressés aux urgences par un médecin (60 % des hospitalisés étaient adressés par un médecin). D'après une étude réalisée en 2007, 67 % des recours au SAU par les omnipraticiens de ville étaient jugés médicalement justifiés (6). D'ailleurs la pertinence du recours au SAU augmentait significativement avec l'âge. Elle passait de 66% pour les patients de moins de 50 ans à 88% après l'âge de 75ans. Toutefois, 21 % des recours étaient jugés non justifiés et une proportion non négligeable de patients était adressée pour des raisons sociales ou des difficultés d'accès aux soins en ville (6).

De même que Gros (4), Papin mettait également en évidence dans son travail, que le recours aux urgences par les médecins généralistes semblait souvent motivé par le manque d'accessibilité aux ressources disponibles en extrahospitalier (7). Les deux principaux motifs de recours par les médecins étaient la demande d'examens complémentaires (82%), d'avis spécialisé (36%) et/ou d'hospitalisation (38%).

Nous nous sommes, ainsi, intéressés à ces patients adressés aux urgences par un médecin. L'objectif principal de l'étude est ainsi de déterminer la prévalence des patients adressés par un médecin et hospitalisés, au décours de leur passage aux urgences. Nous avons également voulu étudier les facteurs associés à une hospitalisation.

1) Généralités sur les services d'urgences et leur fréquentation

L'augmentation de fréquentation des urgences : une évolution peu analysée

D'après le rapport de la Cour des comptes de Septembre 2014 (1), l'augmentation de fréquentation des urgences depuis une dizaine d'années ne peut être attribuée ni à la seule croissance démographique (+ 7 % de 2001 à 2012) ni uniquement au vieillissement de la population. Les raisons de cette dynamique n'ont été cependant que très peu étudiées.

Bien que la Cour ait souligné en 2007 l'importance de disposer de données fiables et homogènes pour permettre l'analyse de l'activité des urgences hospitalières (8), les caractéristiques des patients venant aux urgences sont restées mal renseignées dans les systèmes d'information existants. En effet, les logiciels sont hétérogènes, les données médicales recueillies sont sommaires et leur collecte au niveau national n'était organisée que pour des établissements volontaires (1). Le principal support de recueil d'information est constitué par les « résumés de passages aux urgences » (RPU), élaborés depuis 2004. Les données des RPU ont été actualisées par l'arrêté du 24 juillet 2013 (9) avec pas moins de 18 items à renseigner par les structures d'urgence (SU) pour chaque patient admis aux urgences.

Actuellement, la consolidation au niveau national des RPU collectés par les établissements volontaires se fait dans le cadre du réseau OSCOUR® (Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences), sous l'égide de l'Institut de veille sanitaire (InVS) (1).

Ce dispositif s'est progressivement étendu depuis sa création, mais l'homogénéisation, la généralisation et l'obligation d'une remontée des RPU vers les agences régionales de santé ne sont effectives que depuis le 1er juillet 2014. En tout état de cause, des études à caractère national ne pourront être faites qu'une fois que le dispositif de remontée des RPU aura été complètement déployé. Cependant, au 1er avril 2013, 414 structures d'urgence (versus 23 en Juillet 2004) adhéraient au réseau OSCOUR®, couvrant ainsi près de 65 % des passages aux urgences en France (10).

En Aquitaine, le recueil des données des RPU dans les structures d'urgence et leur transfert à l'InVS sont réalisés quotidiennement à travers les différents logiciels métiers permettant l'extraction des données (11). Malheureusement, ces outils manquent de simplicité et les RPU souffrent d'un manque d'exhaustivité.

2) Organisation des réseaux de secours en France et leur évolution

Dans l'ouvrage « Le panorama des établissements de santé » (12), évoquer les urgences médicales renvoie tout d'abord à la solidarité et à la tradition d'accueil, à l'intervention médicale rapide en cas d'accident corporel ou de maladie aiguë, inopinée. En France, l'État garantit cette aide via l'organisation de la permanence d'accès aux soins. Cependant aujourd'hui, l'augmentation de l'affluence entraîne un encombrement des services d'urgences et, de fait, un allongement des délais de prise en charge.

Bernard Valade apparente aujourd'hui l'urgence médicale à un « phénomène de société » (13). Le fait de consulter aux urgences, est d'après lui, une « démarche qui s'est largement répandue, provoquant la banalisation d'un recours, et son glissement de la rapidité vers une attente librement consentie ».

Afin de comprendre l'essor de la médecine d'urgence au cours des deux dernières décennies, nous allons faire le point sur l'évolution de la prise en charge des patients en urgence.

En France, les premières équipes mobiles de réanimation ont été créées en 1955 (13). Ces équipes avaient initialement pour mission de porter secours aux accidentés de la route et d'assurer le transfert hospitalier de malades atteints de paralysie respiratoire. L'intérêt de ces secours médicalisés est rapidement mis en évidence. Ainsi, en 1965, un décret interministériel officialise les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Puis trois ans plus tard, les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) sont créés afin de coordonner les SMUR (13).

Parallèlement, en 1966, va naître l'association SOS Médecins. L'objectif est alors d'organiser la réponse des généralistes libéraux à l'urgence de ville, en assurant la continuité des soins 24 heures sur 24 et 365 jours par an. L'activité de ces médecins libéraux va concerner aussi bien l'aide médicale urgente hors urgences vitales, que les actes de médecine générale courants nécessités par la permanence de soins (14).

Notons qu'il faut attendre 1970 pour que la loi portant réforme hospitalière soit promulguée, instaurant la carte sanitaire et créant le service public hospitalier (15). Il y est stipulé ces établissements « doivent être en mesure d'accueillir les malades, de jour et de nuit ».

Enfin, en 1979 sont créés les Centres de réception et de régulation des appels (CRRA), dits aussi Centres 15 (16). Ces structures sont chargées de recevoir l'ensemble des appels médicaux urgents par l'intermédiaire d'un numéro de téléphone national gratuit. Elles permettent une écoute et des conseils immédiats par un médecin, et la coopération entre les structures hospitalières et extrahospitalières.

L'époque où le médecin de famille était sollicité quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit pour gérer accidents de la voie publique, noyades, accouchements ou tout autre problème aigu grave, s'éloigne peu à peu de la pratique courante...

En effet, lorsque l'on s'intéresse à l'évolution de la permanence des soins ambulatoires, elle a d'abord été assurée par un tour de garde des médecins libéraux (17). Puis on assiste en 2002, à une refonte du système qui est dorénavant fondé sur le volontariat avec une rémunération sous forme de forfaits d'astreinte (18).

Par ailleurs, SOS Médecins France est à ce jour le premier réseau d'urgence et de permanence de soins en France. Leurs Centres d'appel sont tous informatisés et en lien avec le SAMU-Centre 15 (14).

Aujourd'hui, les services d'urgence sont, en quelque sorte, « victimes de leur succès ». En effet, des études à caractère national (2, 19, 20) ont montré que la majorité des patients consultaient de leur propre chef. Malheureusement, leur passage aux urgences n'est pas toujours justifié et l'on sait que les patients consultant spontanément aux urgences sont moins souvent hospitalisés que lorsqu'ils sont adressés par un médecin (2, 21, 6).

3) Activité des structures d'urgence

3.1) Activité des structures d'urgence en France

La fréquentation des urgences hospitalières n'a cessé d'augmenter depuis 10 ans, pour atteindre 18,4 millions de passages en 2012. Cette même année, les services d'urgence ont ainsi accueilli 10,6 millions de patients (1).

Le taux d'hospitalisation des patients admis aux urgences était de 22 % en 2012, restant stable depuis 2009. Il était en moyenne de 23 % dans le secteur public et atteignait 25 % dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) (1).

D'après les résultats de l'enquête nationale réalisée en janvier 2002 par la DREES (2), 70 % des usagers des services d'urgence s'y présentaient directement, sans contact médical préalable. Cependant, au-delà de 80 ans, plus des deux tiers des patients étaient adressés suite à un contact médical.

Les traumatismes et problèmes somatiques (toutes les affections non liées à un accident ou à un trouble mental) représentaient les principales causes de recours. Cependant, dans les deux tiers des cas, aucun geste thérapeutique n'était réalisé aux urgences et moins d'un patient sur cinq était hospitalisé en dehors du service d'urgence.

Onze ans après cette enquête effectuée en janvier 2002, la DREES a réalisé en 2013 une nouvelle enquête nationale « un jour donné » (19). L'enquête a été menée auprès des 52 000 patients qui se sont présentés dans les 736 points d'accueil des urgences de la France métropolitaine et des DOM, le 11 juin 2013. Dans l'ensemble, les résultats de cette enquête sont assez comparables à celle de 2002, mais certaines données complémentaires sont particulièrement intéressantes sur l'activité des urgences hospitalières.

On retiendra en particulier que les deux tiers des patients arrivaient de leur domicile et se rendaient majoritairement aux urgences par leurs propres moyens. De même, 76% des patients admis aux urgences rentraient à domicile au décours de leur prise en charge (versus 81% en 2002) (2).

Cependant, les patients étaient hospitalisés dans 30% des cas lorsque le conseil final de se rendre aux urgences émanait d'un médecin, du SAMU ou des pompiers. A l'inverse, ils n'étaient hospitalisés que dans 10% des cas, lorsqu'ils venaient de leur propre initiative.

3.2) Activité des structures d'urgence en Aquitaine et en Gironde

Depuis 2004, dans le cadre du programme national de l'InVS, un recueil des données d'activité hospitalière a été mis en place par la Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire) Aquitaine. Ce système de surveillance constitue l'un des fondements de la surveillance sanitaire en Aquitaine (22).

Cependant un état des lieux a montré les limites des bases de données existantes en Aquitaine (23), ne permettant pas une vision exhaustive de l'activité réalisée dans les SU. Ainsi, la mise en place d'un Observatoire Régional des Urgences (ORU) et l'organisation du recueil des données informatisées au niveau de chaque établissement de santé, à compter de l'année 2013, a été l'un des objectifs du volet "médecine d'urgence" du schéma régional d'organisation des soins inscrit dans le projet régional de santé Aquitaine 2012-2016 (23).

Sur l'ensemble des structures d'urgence d'Aquitaine, environ 70% des passages se font en semaine et ce pourcentage varie peu d'une structure à l'autre. La Gironde a par contre le plus fort taux d'hospitalisation avec 30,9 % des passages (23).

La moyenne d'âge est de 40,3 ans +/- 27,2, tandis que les patients de plus de 75 ans représentent 16% de l'ensemble des passages aux urgences (23). L'augmentation des patients de 75 ans et plus, était quasi régulière entre 2008 et 2013, soit de +22 % en Aquitaine (24).

4) La consultation d'urgence en médecine générale

Suite à l'enquête menée en 2002 auprès des usagers des services d'accueil des urgences hospitalières (2), la Drees a souhaité évaluer les recours aux soins non programmés des patients pris en charge par la médecine générale de ville (25).

Pendant une semaine d'octobre 2004, 1 304 médecins généralistes exerçant dans un cabinet et 94 médecins pratiquant au sein d'une association d'urgentistes (SOS Médecins, Urgences médicales de Paris) ont renseigné un questionnaire pour chaque séance urgente ou non programmée, la collaboration de ces professionnels de santé ayant permis d'étudier un échantillon de 17 254 séances.

Ces recours urgents ou non programmés représentaient au total 12 % de l'activité des généralistes libéraux. Une majorité de ces recours urgents dans leur définition la plus large s'inscrivait assez naturellement dans l'activité de consultation habituelle du médecin non urgentiste. En effet, dans 69 % des cas, ces médecins disaient ne pas avoir modifié l'organisation de leur journée ou interrompu leur activité.

Les problèmes somatiques non traumatiques motivaient les trois quarts des recours à un généraliste en urgence et les patients étaient dans la majorité des enfants et des adultes de moins de 45 ans.

Dans 70 % des cas urgents ou non programmés, le médecin jugeait le patient dans un état somatique stable contre 28 % où l'état était jugé susceptible de s'aggraver. Notons que dans l'enquête nationale réalisée en 2002 par la DREES (2), seulement 11 % des malades aux urgences présentaient un état susceptible de s'aggraver.

Malheureusement, il n'existe pas de données précises sur l'orientation éventuelle de ces patients dans des SU. Nous nous sommes donc intéressés à ces patients, adressés par un médecin.

L'objectif principal de l'étude était ainsi de déterminer la prévalence des patients adressés par un médecin et hospitalisés, au décours de leur passage aux urgences.

Les objectifs secondaires étaient ciblés sur les facteurs associés à une hospitalisation, l'utilisation du plateau technique disponible aux urgences et l'analyse du contenu des courriers médicaux. Nous avons également voulu nous intéresser au statut des patients, adressés par un médecin, sept jours après leur admission aux urgences.

II - MATERIEL ET METHODE

1) Lieu et période de l'étude

Nous avons mené une étude observationnelle transversale mono centrique. L'étude s'est déroulée du 17 septembre 2013 au 2 novembre 2013, dans la structure d'urgence adulte du Centre Hospitalier Universitaire Pellegrin à Bordeaux, en Gironde. Cette période comprenait quinze jours de vacances scolaires (soit du 19 octobre à la fin de l'étude) et un jour férié (le premier novembre).

2) Population de l'étude

Les critères d'inclusion de la population étaient :

- Patients adressés aux urgences adultes de Pellegrin à Bordeaux, par un médecin et munis d'un courrier médical
- Tout âge confondu, à partir de 18 ans
- Hommes et femmes
- Toute pathologie
- Toute heure de consultation, 24 heures/24 et 7 jours/7

Etaients exclus les patients se présentant aux urgences sans courrier médical qu'ils aient eus ou non un contact médical préalable.

3) *Protocole*

Tous les patients admis aux urgences réalisaient leur admission à l'accueil des urgences. Les infirmières d'accueil et d'orientation (IAO) et les agents administratifs, qui avaient été au préalable informés de l'étude, étaient alors les premières personnes à établir un contact.

Après information du patient, les IAO réalisaient une photocopie du courrier médical des patients, puis collaient l'étiquette d'identification du patient sur la photocopie. Chaque photocopie était ensuite déposée dans une panière et récupérée quotidiennement pour être analysée.

Dans un second temps, nous regardions si les patients avaient été hospitalisés (quel que soit la durée d'hospitalisation), ou s'ils étaient rentrés à domicile. Les coordonnées téléphoniques des patients non hospitalisés étaient récupérées via le dossier informatique des urgences (voire les pages jaunes si nécessaire).

Sept jours après leur admission aux urgences ces patients étaient rappelés. Ce rappel a pu être réalisé de façon systématique, grâce à l'aide des techniciens de recherche clinique. Ils étaient présents chaque matin de la semaine du 23 septembre 2013 au 9 novembre 2013. Nous appelions les patients avec un discours type prédéfini, pour chaque conversation téléphonique (Annexe 1). Les patients non joignables pouvaient être recontactés plus tard dans la journée ou le lendemain, mais à la condition de respecter l'intervalle des 7 jours suivant l'admission aux urgences dans le renseignement des réponses. Si les patients contactés souhaitaient avoir des informations concernant leur prise en charge, un praticien du service était disponible.

Les données étaient ensuite relevées et traitées à l'aide du logiciel Epi info. Il s'agissait des critères suivants :

Concernant les données issues du courrier du médecin :

- Auteur du courrier à savoir : médecin traitant, médecin remplaçant, spécialiste, SOS médecin, médecin d'un autre hôpital ou urgentiste dans une autre structure d'urgence
- Date du courrier
- Lisibilité du courrier
- Erreur d'orthographe dans le nom du patient
- Anamnèse, antécédents, traitement, suspicion diagnostique
- Examens biologiques ou radiologiques déjà réalisés avant l'admission aux urgences
- Diagnostic suspecté
- Demande d'examens complémentaires type bilan biologique ou imagerie
- Demande d'hospitalisation

Lorsque le médecin ne faisait que décrire les lésions ou symptômes, aucun diagnostic n'était retenu.

Concernant les données issues du dossier informatique des urgences :

- Caractéristiques du patient : âge, sexe
- Date et horaire d'arrivée aux urgences
- Diagnostic final retenu aux urgences
- Actes réalisés aux urgences : biologie, imagerie (radiographie, scanner, échographie, imagerie par résonance magnétique (IRM)), autre examen ou aucun
- Devenir du patient :
 - retour à domicile
 - hospitalisation en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) avec retour à domicile
 - hospitalisation en UHCD puis orientation vers un service spécialisé du CHU
 - hospitalisation directe dans un service spécialisé du CHU
 - hospitalisation en UHCD puis transfert dans un autre hôpital
 - hospitalisation directe dans un autre hôpital
- Statut mort ou vivant du patient

Concernant les données issues du rappel à J7 :

- Statut mort ou vivant du patient
- Nouveau contact médical dans les sept jours suivant le passage aux urgences

Pour certaines pathologies, il est possible à l'issue de la consultation aux urgences de savoir si un retour à domicile peut être envisagé ou si une hospitalisation classique est nécessaire. Parfois, les alternatives diagnostiques sont nombreuses et l'UHCD permet d'assurer une démarche diagnostique et des soins, en vue d'une meilleure orientation des patients en aval de l'accueil des urgences. Elle dispose 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, d'une présence médicale et constitue également une unité d'observation continue, avec possibilité de monitoring de sécurité (26).

L'objectif principal de l'étude reposait sur le nombre de patients hospitalisés, quel que soit la durée du séjour. Nous avons donc choisi d'inclure les patients admis en UHCD dans l'effectif des patients hospitalisés, d'autant que ces patients représentent une part non négligeable des passages aux urgences. Fournier avait retrouvé dans son étude que 30% des patients y étaient orientés (27).

4) Analyse statistique

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SAS® (v9.4, SAS Institute inc. ©). Les variables quantitatives sont représentées en moyenne, comparées à l'aide des tests de Student. Les variables qualitatives sont représentées en effectifs et pourcentages, et comparées à l'aide des tests du chi-2. Lorsque les conditions d'application de ces tests n'étaient pas remplies, les tests de Wilcoxon et de Fisher ont été respectivement privilégiés. Toutes les analyses ont été réalisées au seuil avec un risque alpha de 5%.

Concernant le critère de jugement secondaire, nous avons mené des analyses multi variables pour étudier les facteurs associés à une hospitalisation. Après avoir sélectionné les variables à inclure dans le modèle initial (variables associées à une hospitalisation avec un seuil de significativité conservateur $p = 0,20$ et variables théoriquement associées) nous avons mené une procédure dite manuelle pas-à-pas descendante. A chaque étape nous avons éliminé la variable la moins significativement associée en contrôlant qu'elle n'était pas un facteur de confusion (variation des rapports de côte $< 25\%$). L'adéquation du modèle a été évaluée par le test d'adéquation de Hosmer et Lemeshow. Les résultats des associations entre variables explicatives et hospitalisation étaient exprimés par les rapports de côtes et leur intervalle de confiance à 95%.

III – RESULTATS

Neuf cent vingt et un courriers médicaux ont été recueillis dans l'étude, soit 13,7% de l'ensemble des passages aux urgences au cours de la même période.

1) Description des patients adressés aux urgences

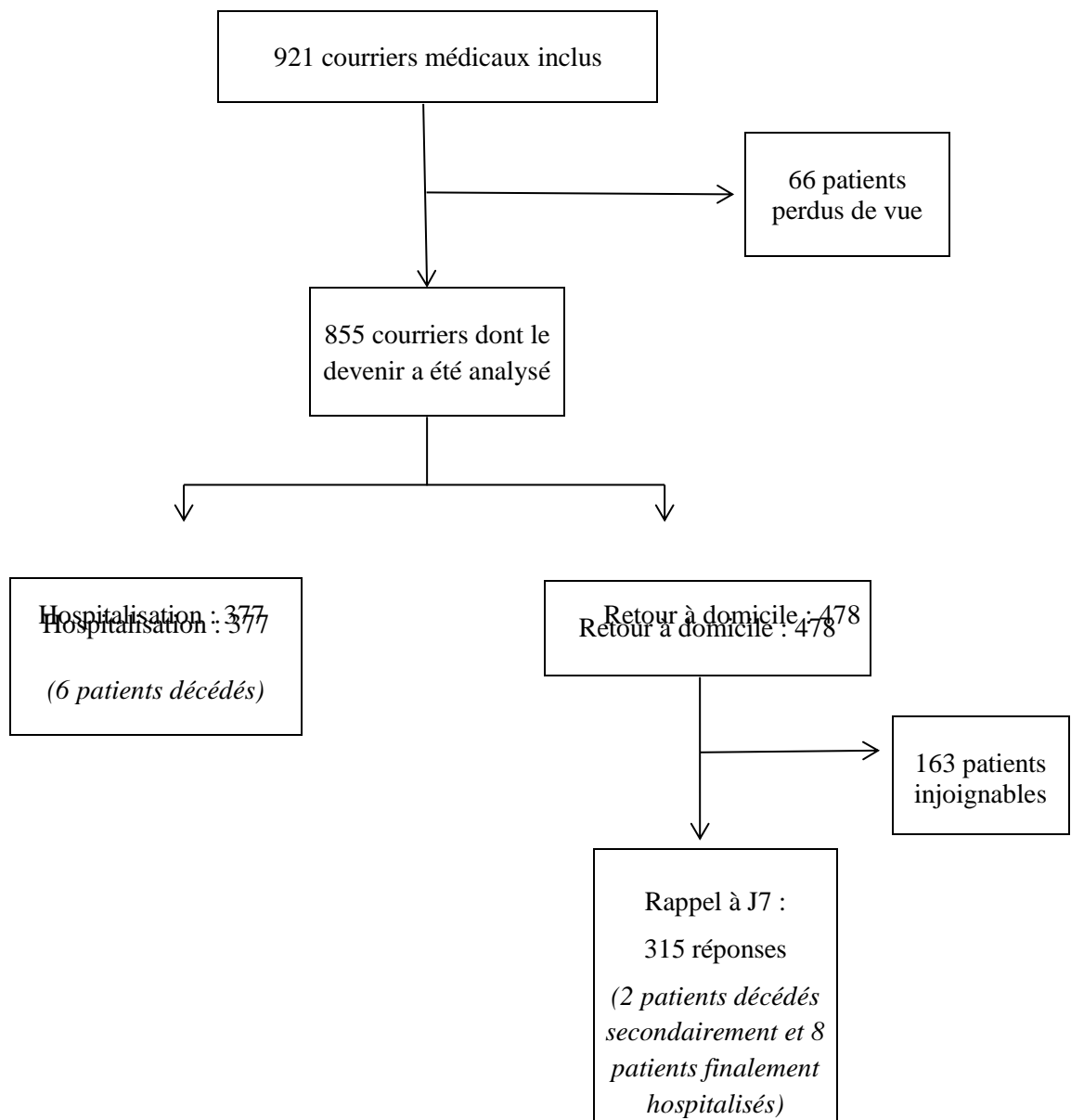


Figure 1 - Diagramme de flux

Parmi les 855 courriers analysés, 377 patients (44,1%) ont été hospitalisés et 478 (55,9%) sont rentrés à domicile au décours de leur passage aux urgences.

Les patients rentrés à domicile ont été recontactés par téléphone sept jours après leur admission aux urgences, afin de connaître la prise en charge médicale dans l'intervalle. Le taux de réponse était de 65,9%. Les autres appels restaient sans succès pour divers raisons : messagerie, numéro non attribué ou mauvais numéro, coordonnées téléphoniques non retrouvées, barrière de la langue.

Tableau 1 - Description de la population de l'étude selon le devenir : retour à domicile ou hospitalisation.

Variables	Modalités	Population	Retour à domicile (%)	Hospitalisation (%)	p
N		855	478 (55,9)	377 (44,1)	
Sexe (n=849)					0,17
	Homme	373 (43,9)	198 (41,9)	175 (46,5)	
	Femme	476 (56,1)	275 (58,1)	201 (53,5)	
Age (n=849)					< 0,0001
	18-25	92 (10,8)	76 (15,9)	16 (4,3)	
	26-40	135 (15,9)	104 (21,8)	31 (8,3)	
	41-60	195 (23,0)	113 (23,7)	82 (22,0)	
	60-75	148 (17,4)	65 (13,6)	83 (22,3)	
	> 75	279 (25,0)	119 (25,0)	160 (43,0)	
Auteur (n=854)					0,0029
	MT	384 (45,0)	204 (42,8)	180 (47,8)	
	MR	48 (5,6)	23 (4,8)	25 (6,6)	
	Spé	41 (4,8)	21 (4,4)	20 (5,3)	
	SOS médecins	280 (32,8)	182 (38,2)	98 (26)	
	Autre SU	31 (3,6)	11 (2,3)	20 (5,3)	
	Autre hôpital	70 (8,2)	36 (7,6)	34 (9,0)	

Répartition hebdomadaire (n=855)				0,38
Semaine	654 (76,5)	371 (77,6)	283 (75,1)	
Week-end	201 (23,5)	107 (22,4)	94 (24,9)	
Jour de la semaine (n=855)				0,47
Lundi	111 (13,0)	56 (11,7)	55 (14,6)	
Mardi	128 (15,0)	71 (14,9)	57 (15,1)	
Mercredi	145 (17,0)	92 (19,3)	53 (14,1)	
Jeudi	132 (15,4)	74 (15,5)	58 (15,4)	
Vendredi	138 (16,1)	78 (16,3)	60 (15,9)	
Samedi	116 (13,6)	60 (12,6)	56 (14,9)	
Dimanche	85 (9,9)	47 (9,8)	38 (10,1)	
Horaires d'admission (n=855)				0,35
8h-14h	376 (44,0)	202 (42,3)	174 (46,2)	
15h-21h	402 (47,0)	228 (47,7)	174 (46,2)	
22h-7h	77 (9,0)	48 (10,0)	29 (7,6)	

Ces patients adressés étaient majoritairement des femmes (56,1% versus 43,9%) et un quart des patients avait plus de 75 ans.

La proportion de patients hospitalisés augmentait significativement avec l'âge puisque les patients de plus de 75 ans représentaient à eux seuls 43% du total des hospitalisations. A l'inverse, les patients de moins de 40 ans rentraient à domicile dans plus de 75% des cas au décours de leur passage aux urgences et ils ne représentaient que 12,6% du total des patients hospitalisés.

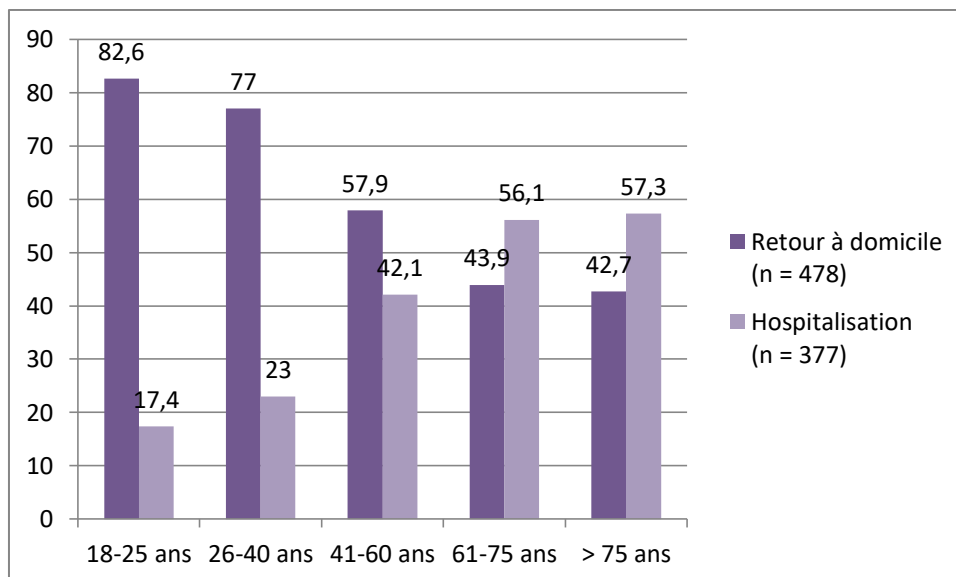


Figure 2 – Comparaison des devenir des patients aux urgences : retour à domicile versus hospitalisation (%), en fonction de l'âge. Représentation en diagramme en bâtons.

Un patient sur deux était adressé par son propre médecin traitant ou son remplaçant (respectivement 45% et 5,6%), tandis qu'un patient sur trois était adressé par SOS médecins.

Nous avons voulu connaître la distribution des âges selon les deux principaux types de médecins adressant les patients aux urgences, à savoir le médecin traitant et SOS médecins.

Les patients le plus souvent adressés étaient alors les patients de plus de 75 ans dans les deux cas. Ils constituaient à eux seuls plus d'un tiers de la population.

La seconde tranche d'âge la plus souvent adressée correspondait aux patients entre 41 et 60 ans. Ils représentaient 23,1% des patients adressés.

Cependant il existait une différence statistiquement significative dans la répartition des classes d'âge selon l'auteur ($p = 0,0069$).

En effet, SOS médecins adressait plus souvent des patients de plus de 75 ans (38,6% versus 32,6% via le médecin traitant), ainsi que des patients de moins de 40 ans. A contrario, les médecins traitants adressaient plus souvent des patients âgés de 41 à 75 ans.

A titre d'exemple, parmi la tranche d'âge 41 – 60 ans, 71% des patients étaient adressés par le médecin traitant versus 29% par SOS médecins. Et parmi la tranche d'âge 61 – 75 ans, 62% étaient adressés par le médecin traitant versus 38% par SOS médecins.

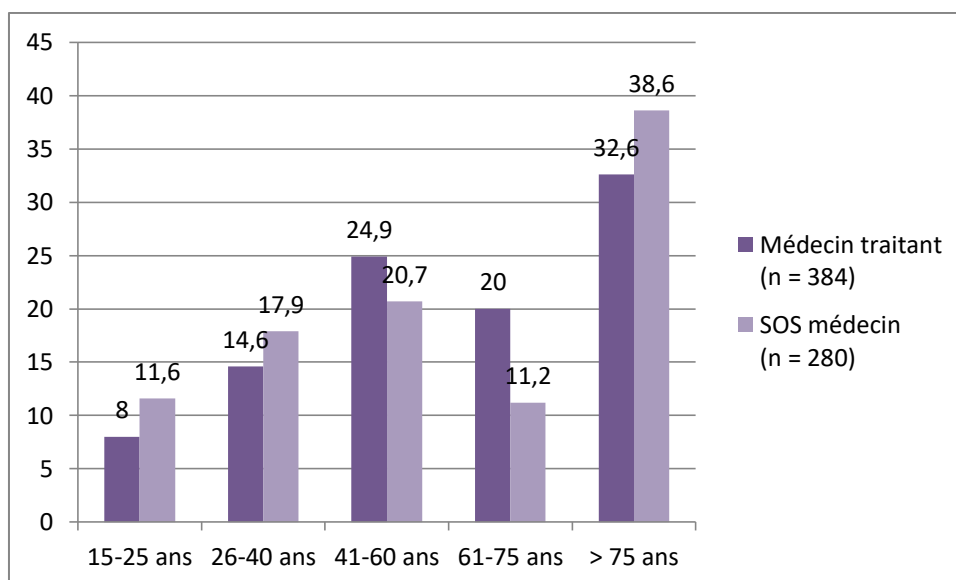


Figure 3 – Distribution de la population des deux principaux auteurs : médecin traitant et SOS médecins (%) en fonction des différentes tranches d'âge des patients adressés. Représentation en diagramme en bâtons.

Les patients de plus de 75 ans constituaient 35,1% de l'échantillon de patients adressés par ces deux principaux médecins. Cependant, sur les 279 patients de plus de 75 ans analysés dans l'étude, 237 étaient adressés par le médecin traitant ou SOS médecins, soit 84,9%. Dans ce cas précis, le taux d'hospitalisation s'élevait alors à 54,1%.

Nous nous sommes alors intéressés à leur devenir en fonction du type de médecin. Une hospitalisation était relevée respectivement dans 59,5% et 47,7% des cas, lorsque le patient était adressé par le médecin traitant ou par SOS médecins, sans différence statistiquement significative ($p = 0,0702$).

Malgré un taux d'adressage un peu plus faible par rapport à SOS médecins, les médecins traitants étaient finalement à l'origine de la majorité des hospitalisations des patients de plus de 75 ans.

Environ trois quart des patients étaient adressés en semaine, contre 23,5% le week-end, sans différence statistiquement significative du taux d'hospitalisation en fonction des jours ($p = 0,47$). Le mercredi représentait le jour où les patients étaient le plus souvent adressés et a contrario, le dimanche était le jour avec le moins d'affluence (17,0% versus 9,9%).

De même seulement 9% de l'ensemble des patients étaient adressés aux urgences entre 22 heures et 7 heures du matin. Cependant dans ce cas, la majeure partie d'entre eux était adressée par SOS médecin. A l'inverse, en journée c'est le médecin traitant qui était le plus souvent à l'origine des courriers.

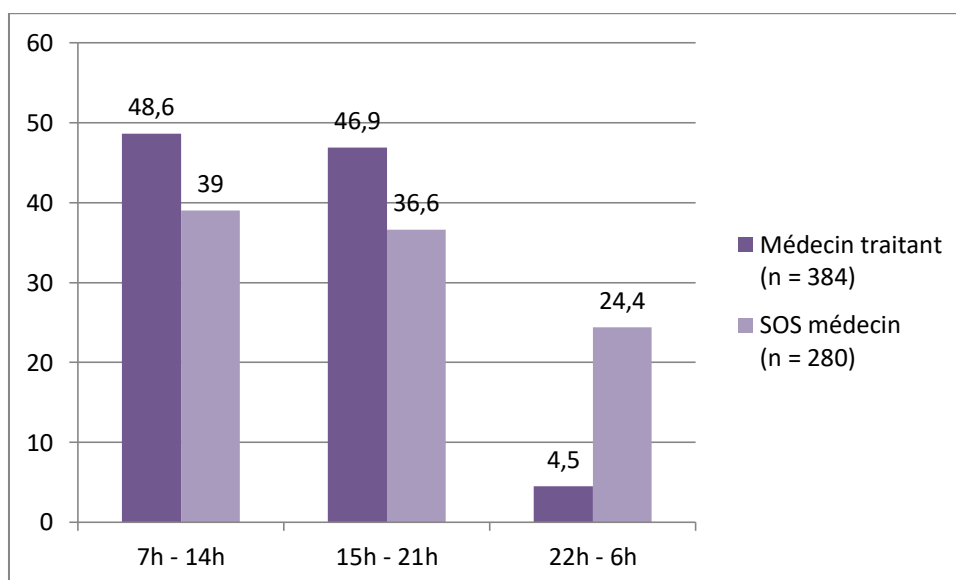


Figure 4 – Distribution de la population des deux principaux auteurs : médecin traitant et SOS médecins (%) en fonction des trois principales plages horaires sur 24 heures. Représentation en diagramme en bâtons.

2) Contenu des courriers médicaux

Tableau 2 - Contenu des courriers selon le devenir : retour à domicile ou hospitalisation.

Variables	Modalités	Population	Retour à domicile (%)	Hospitalisation (%)	p
		855	478 (55,9)	377 (44,1)	
Identification du praticien (n=854)		831 (97,3)	464 (97,3)	367 (97,4)	0,9479
Identification du patient (n=854)		852 (99,8)	476 (99,8)	376 (99,7)	0,8674

Erreur d'orthographe dans l'identification du patient (n=855)				0,6871
	32 (3,7)	19 (4,0)	13 (3,5)	
Lisibilité du courrier (n=853)				0,6467
	835 (97,9)	465 (97,7)	370 (98,1)	
Antécédents du patient (n=852)				0,0004
	457 (53,6)	234 (49,3)	223 (59,2)	
Histoire de la maladie (n=851)				0,0774
	761 (89,4)	416 (87,8)	345 (91,5)	
Traitement du patient (n=852)				0,2079
	384 (45,1)	205 (43,2)	179 (47,5)	
Suspicion diagnostique (n=850)				0,3324
	534 (62,8)	291 (61,4)	243 (64,6)	
Réalisation d'une biologie avant admission aux urgences (n=852)				0,0061
	110 (12,9)	48 (10,1)	62 (16,5)	
Réalisation d'une imagerie avant admission aux urgences (n=852)				0,0121
	92 (10,8)	40 (8,4)	52 (13,8)	
Demande d'hospitalisation (n=851)				< 0,0001
	86 (10,1)	26 (5,5)	60 (16,0)	

Le nom du praticien n'apparaissait pas dans 23 courriers (soit 2,7% des cas) et une erreur d'orthographe dans le nom du patient était relevée dans 32 courriers (3,7%).

Le contenu était illisible dans 2,1% des cas.

Les antécédents ne figuraient pas dans 46,4% des courriers, cependant ils étaient plus fréquemment retrouvés lorsque le patient était hospitalisé (59,2% versus 49,3%) avec une différence statistiquement significative ($p = 0,0004$).

L'histoire de la maladie était quant à elle décrite dans près de 90% des cas.

Le traitement nous était inconnu pour plus d'un patient sur deux et la suspicion diagnostique était omise dans plus d'un tiers des courriers.

La réalisation d'une biologie ou d'une imagerie avant admission était relevée respectivement dans 12,9 et 10,8% des courriers, cependant dans les deux situations, dans plus de 56% des cas, les patients étaient finalement hospitalisés.

Les demandes d'hospitalisation quant à elles restaient rares, puisqu'elles n'étaient retrouvées que dans 10% des courriers.

Tableau 3 - Contenu des courriers selon le type de médecin : médecin traitant, médecin remplaçant ou SOS médecins.

Variables	Modalités	Population	Médecin traitant (%)	Médecin remplaçant (%)	SOS médecins (%)	p
		750	403 (53,7)	52 (7,0)	295 (39,3)	
Identification du praticien (n=749)		744 (99,3)	401 (99,5)	49 (94,2)	294 (100)	< 0,0001
Identification du patient (n=749)		746 (99,6)	401 (99,5)	52 (100)	293 (99,7)	0,8485
Erreur d'orthographe dans l'identification du patient (n=750)		31 (4,1)	14 (3,5)	2 (3,9)	15 (5,1)	0,5692
Lisibilité du courrier (n=748)		729 (97,5)	391 (97,3)	52 (100)	286 (97,3)	0,4827
Antécédents du patient (n=748)		391 (52,3)	216 (53,7)	27 (51,9)	148 (50,3)	0,6752
Histoire de la maladie (n=748)		664 (88,8)	352 (87,6)	51 (98,1)	261 (88,8)	0,0778
Traitement du patient (n=748)		338 (45,2)	174 (43,3)	24 (46,2)	140 (47,6)	0,5195

Suspicion diagnostique (n=745)					0,0668
	453 (60,8)	229 (57)	33 (64,7)	191 (65,4)	
Demande d'hospitalisation (n=747)					0,0255
	54 (7,2)	38 (9,5)	4 (7,8)	12 (4,1)	
Demande de réalisation d'une biologie (n=747)					0,8639
	36 (4,8)	18 (4,5)	3 (5,9)	15 (5,1)	
Demande de réalisation d'une imagerie (n=747)					0,0675
	79 (10,6)	49 (12,2)	8 (15,7)	22 (7,5)	
Biologie déjà réalisée avant admission (n=748)					0,0009
	70 (9,4)	50 (12,4)	7 (13,5)	13 (4,4)	
Imagerie déjà réalisée avant admission (n=748)					< 0,0001
	54 (7,2)	44 (11)	3 (5,8)	7 (2,4)	

Concernant la rédaction des courriers, la seule différence statistiquement significative entre les auteurs concernait l'identification du praticien adressant le patient. Elle était moins souvent retrouvée lorsque le courrier était rédigé par un médecin remplaçant ($p < 0,0001$) par rapport au médecin traitant et à SOS médecins.

Une erreur d'orthographe dans l'identification du patient apparaissait plus particulièrement dans les courriers de SOS médecins (5,1%).

Les antécédents et le traitement du patient n'étaient présents respectivement que dans 52,3% et 45,2% des courriers.

L'histoire de la maladie était décrite dans 88,8% des cas et une suspicion diagnostique était évoquée dans 60,8% des cas.

Les demandes de réalisation d'une imagerie étaient plus fréquentes dans l'ensemble comparé aux demandes de biologie (10,6% versus 4,8%), sans différence statistiquement significative entre les auteurs.

On notait par contre une différence statistiquement significative concernant la demande d'hospitalisation en fonction de l'auteur ($p = 0,0255$). Les médecins traitants demandaient plus souvent que SOS médecins une hospitalisation des patients adressés (9,5% versus 4,1% de demandes).

C'est en aval de la prise en charge aux urgences qu'il existait également une différence statistiquement significative entre les auteurs. En effet, des examens complémentaires étaient plus souvent réalisés au préalable quand il s'agissait du médecin traitant ou du médecin remplaçant comparé à SOS médecins (avec $p = 0,0009$ pour la biologie et $p < 0,0001$ pour l'imagerie).

3) Modalités de prise en charge aux urgences

Tableau 4 – Examens réalisés aux urgences selon le devenir : retour à domicile ou hospitalisation.

Variables	Modalités	Population	Retour à domicile (%)	Hospitalisation (%)	p
		855	478 (55,9)	377 (44,1)	
Biologie (n=855)		595 (69,6)	249 (52,1)	346 (91,8)	< 0,0001
Imagerie (n=855)		497 (58,1)	212 (44,4)	285 (75,6)	< 0,0001
	Radiographie	213 (24,9)	91 (19)	122 (32,4)	< 0,0001
	Echographie	56 (6,6)	33 (6,9)	23 (6,1)	0,64
	Scanner	305 (35,7)	114 (23,9)	191 (50,7)	< 0,0001
	IRM	24 (2,8)	6 (1,3)	18 (4,8)	0,002
	Autres	32 (3,7)	11 (2,3)	21 (5,6)	0,0124
Aucun examen (n=855)		178 (20,8)	158 (33,1)	20 (5,3)	< 0,0001

Dans la population de patients rentrés à domicile, 52,1% a eu un bilan biologique aux urgences contre 91,8% chez les patients hospitalisés ($p < 0,0001$).

De même, on constatait une différence statistiquement significative entre les 2 populations, concernant la réalisation d'un acte d'imagerie (44,4% versus 75,6%), ($p < 0,0001$).

Pour un quart des patients, une radiographie a été réalisée et pour plus d'un tiers, un scanner (35,7%).

La réalisation d'une échographie, d'une IRM ou d'un autre examen (tels que électro-encéphalogramme...) concernait respectivement 6,6%, 2,8% ou 3,7% de l'effectif total.

A noter que 20,8% des patients n'ont bénéficié d'aucun examen complémentaire au cours de leur passage aux urgences. Il existait à nouveau une différence statistiquement significative ($p < 0,0001$), puisque un tiers des patients qui rentraient à domicile n'avait pas d'examen complémentaire versus 5,3% des patients hospitalisés.

4) Devenir des patients adressés aux urgences

4.1. Devenir des patients en fonction de l'auteur du courrier

Les patients étaient majoritairement adressés par le médecin traitant et SOS médecins, puisqu'ils représentaient à eux seuls près de 78% des courriers.

On notait par contre une différence statistiquement significative concernant le devenir des patients en fonction de l'auteur du courrier ($p = 0,0029$).

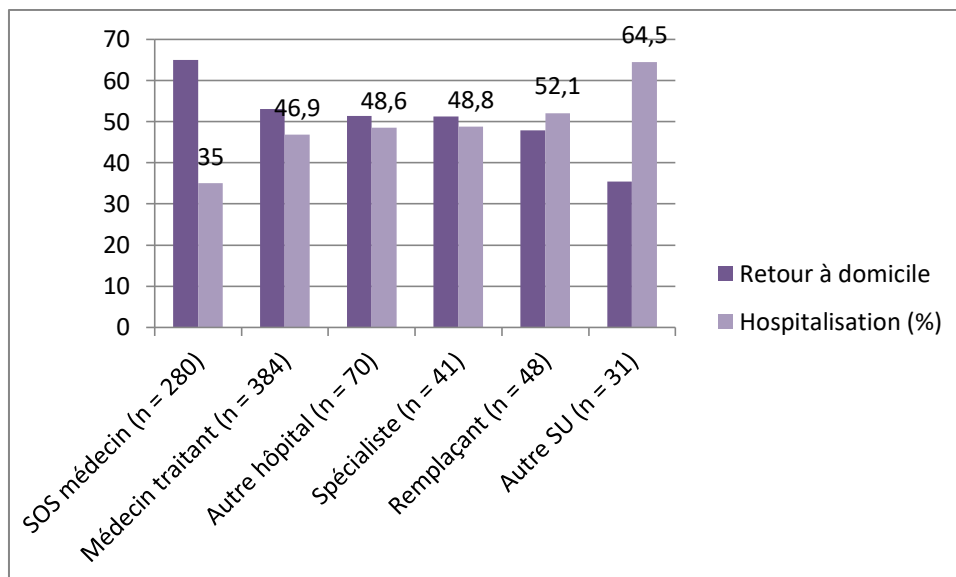


Figure 5 - Comparaison du devenir des patients aux urgences : retour à domicile versus hospitalisation (%) en fonction de l’auteur du courrier. Représentation en diagramme en bâtons, par ordre croissant du pourcentage d’hospitalisation.

Les patients adressés par SOS médecins étaient globalement moins souvent hospitalisés puisque 65% d’entre eux rentraient à domicile au décours de leur passage aux urgences.

A l’inverse, les patients adressés par un médecin d’une autre structure d’urgence étaient hospitalisés dans 64,5% des cas. A noter que seuls 41 courriers constituaient cet échantillon.

Quand l’auteur du courrier était le médecin traitant, 46,9% des patients adressés étaient hospitalisés. Ils représentaient alors 47,8% de la population hospitalisée versus 26% lorsque l’auteur était SOS médecins.

Dans le cas où les courriers étaient rédigés par un médecin remplaçant (n = 48), 52,1% des patients étaient hospitalisés.

Enfin, lorsqu’un spécialiste ou un médecin d’un autre hôpital adressait un patient, ces derniers se répartissaient en deux parts égales entre « retour à domicile » et « hospitalisation », et moins d’un patient sur deux était hospitalisé.

4.2. Orientation des patients suite au passage aux urgences

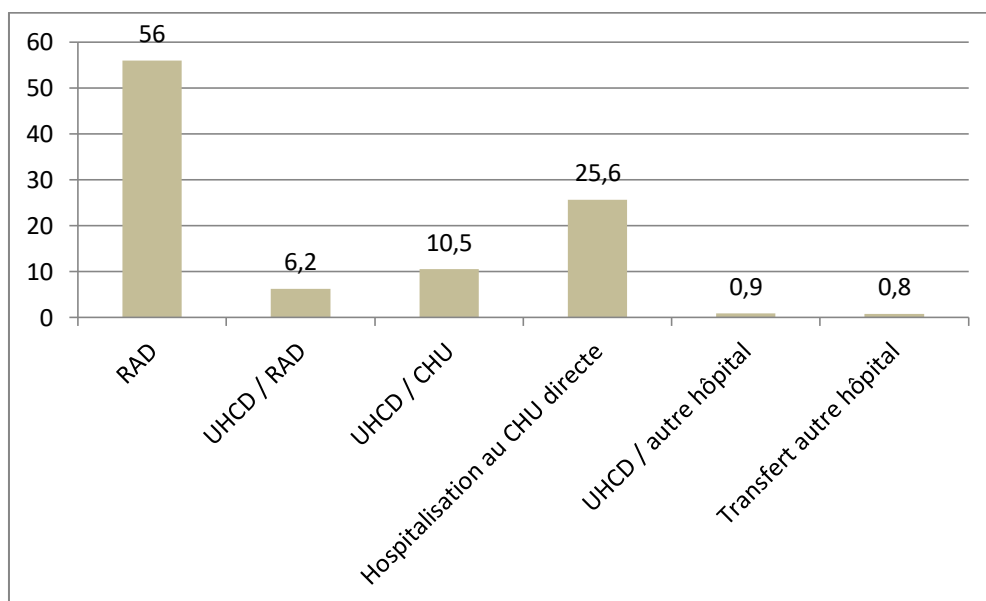


Figure 6 - Devenir des patients au décours du passage aux urgences (%) avec n = 855. Représentation en diagramme en bâtons. (RAD : Retour à domicile, UHCD/RAD : Hospitalisation en unité d'hospitalisation de courte durée puis retour à domicile, UHCD/CHU : Hospitalisation en unité d'hospitalisation de courte durée puis hospitalisation au CHU, UHCD/autre hôpital : Hospitalisation en unité d'hospitalisation de courte durée puis transfert dans un autre hôpital).

Parmi les 44,1% de patients hospitalisés, la majorité était hospitalisée directement au CHU après leur passage aux urgences (58,1%), tandis que près d'un quart n'était transféré dans un des services du CHU qu'après avoir été hospitalisé en UHCD (23,9%).

L'hospitalisation en UHCD concernait 17,7% de l'effectif, soit 40,1% des patients hospitalisés.

Les transferts dans un autre hôpital ne représentaient qu'une minorité de patients, soit 1,8% de l'effectif.

Deux patients sont sortis contre avis médical et un autre a fugué, ces derniers ont alors été considérés comme « rentrés à domicile ».

5) Statut des patients à J7

Les patients toujours hospitalisés à J7 ainsi que les patients sortis d'hospitalisation au même temps t, se répartissaient en deux parts égales d'environ 27% chacune. Six patients sont décédés au cours de leur hospitalisation dans les 7 jours suivant leur admission aux urgences.

Les 15 patients transférés dans un autre hôpital ont été perdus de vue en cours d'étude, les dossiers informatiques n'étant alors plus accessibles.

Le rappel des patients à J7 dans le cas où un retour à domicile avait été décidé, a été concluant pour 315 patients, soit près des deux tiers des patients recontactés.

Parmi ces 315 patients, 8 ont finalement été hospitalisés dans un second temps, ce qui représente 2,5% de l'effectif recontacté et 2 sont décédés.

L'histogramme suivant ne représente d'ailleurs que la population non perdue de vue, sans présager du devenir des patients rentrés à domicile au décours de leur passage aux urgences et restés injoignables.

Ceci explique la discordance entre les chiffres ci-dessous, concernant le statut à J7, et ceux concernant le devenir des patients à la sortie des urgences, en particulier pour le retour à domicile : 46,9% versus 55,9%.

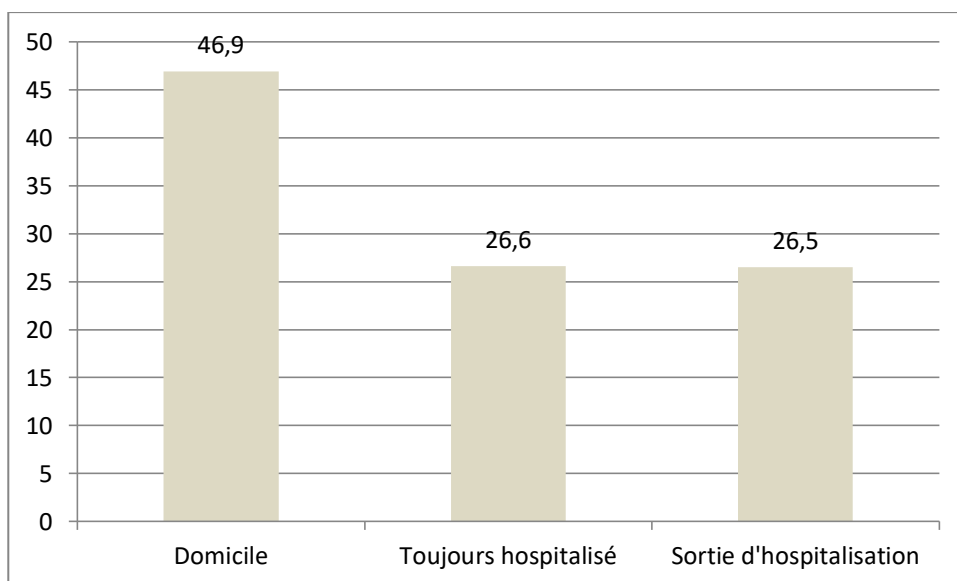


Figure 7 - Statut des patients à J7 (%) avec n = 669. Représentation en diagramme en bâtons.

6) *Prise en charge des patients à la sortie des urgences dans le cas d'un retour à domicile*

Nous nous sommes intéressés à la prise en charge des patients d'emblée rentrés à domicile au décours de leur passage aux urgences, mais également à celle des patients rentrés à domicile suite à une hospitalisation en UHCD. Ces derniers ne constituaient cependant que 6,2% de l'effectif étudié.

On ne constatait pas de différence statistiquement significative concernant la prescription de traitements ou d'examens complémentaires entre les deux populations.

Cependant, un courrier médical n'a été rédigé à l'attention du médecin traitant, que pour 80,7% des patients non hospitalisés en UHCD versus 98,1% quand ils avaient été hospitalisés ($p = 0,0016$).

Tableau 5 - Tableau ciblé sur les patients rentrés à domicile après leur passage aux urgences.

Variables	Modalités	Population	Retour à domicile (%)	Retour à domicile après UHCD (%)	p
		531	478 (55,9)	53 (6,2)	
Traitement prescrit à la sortie (n=526)					0,2029
	oui	274 (52,1)	242 (51,2)	32 (60,4)	
Examen prescrit à la sortie (n=526)					0,3002
	oui	97 (18,4)	90 (19,0)	7 (13,2)	
Rédaction d'un courrier médical (n=529)					0,0016
	oui	436 (82,4)	384 (80,7)	52 (98,1)	

Lors du rappel téléphonique à J7, les 315 patients recontactés ont pu nous renseigner sur leur prise en charge médicale dans les 7 jours suivant leur passage aux urgences. Parmi eux, 67,4% des patients recontactés ont indiqué avoir eu un nouveau contact médical dans les 7 jours suivant leur passage aux urgences. Le médecin traitant était le praticien le plus souvent consulté (44,1%), puis un spécialiste (8,9%), ou à la fois le médecin traitant et un spécialiste (8,1%), ou à la fois le médecin traitant et un spécialiste (8,1%), ou à la fois le médecin traitant et un spécialiste (8,1%), ou à la fois le médecin traitant et un spécialiste (8,1%).

A noter que 6,3% des patients ont reconsulté aux urgences.

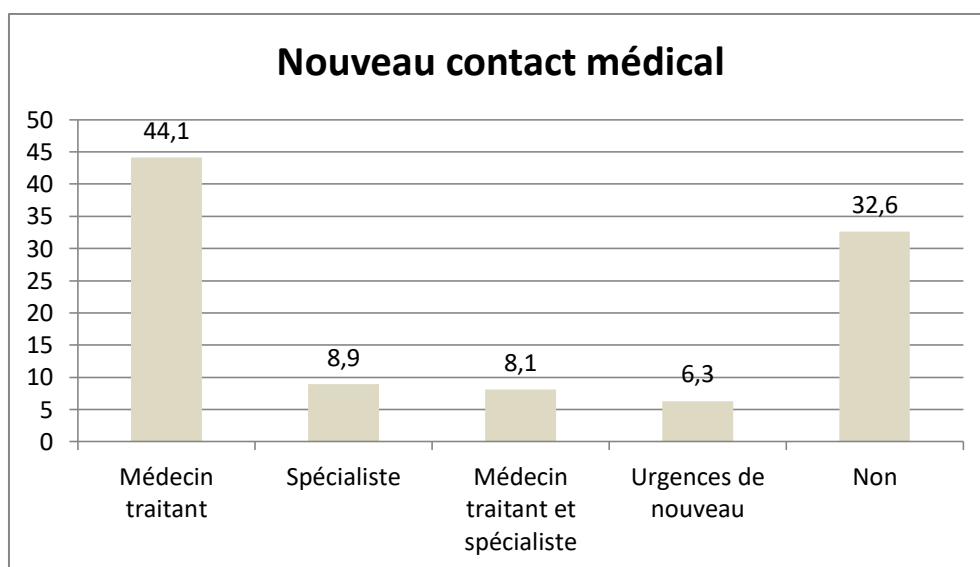


Figure 8 - Nouveau contact médical (%) dans les 7 jours suivant le passage aux urgences, dans le cadre d'un retour à domicile, n = 315. Représentation en diagramme en bâtons.

7) Facteurs associés à une hospitalisation après passage aux urgences

Nous avons voulu étudier les facteurs associés à une hospitalisation lorsque les patients étaient adressés aux urgences par un médecin. Nous nous sommes particulièrement intéressés à l'âge des patients, à l'auteur du courrier et à une demande éventuelle d'hospitalisation du patient adressé, ainsi qu'aux types de pathologies retenues à la sortie des urgences.

Tableau 6 – Facteurs associés à l'hospitalisation des patients adressés aux urgences par un médecin. Rapports de côte bruts et ajustés et intervalles de confiance.

Variabiles	Modalités	RC brut	IC à 95%	RC ajusté	IC à 95%
Age					
	18-25	0,79	[0,39 -1,60]	0,91	[0,44 – 1,91]
	26-40	Ref.		Ref.	
	41-60	2,55	[1,51 – 4,31]	2,82	[1,60 – 4,95]
	61-75	4,55	[2,64 – 7,84]	4,53	[2,53 – 8,12]
	> 75	4,65	[2,85 – 7,59]	5,66	[3,31 – 9,67]
Type de praticien					
	Médecin traitant/Remplaçant	Ref.		Ref.	
	SOS médecins	0,58	[0,42 – 0,80]	0,69	[0,49 – 0,99]
	Urgentiste	1,70	[0,78 – 3,72]	3,23	[1,23 – 8,48]
	Autre hôpital	0,98	[0,58 – 1,64]	1,24	[0,69 – 2,22]
Diagnostic					
	Rhumato/ortho/traumato	Ref.		Ref.	
	Neurologie	1,79	[1,17 – 2,74]	2,05	[1,29 - 3,26]
	Médical	1,80	[1,20 – 2,70]	1,42	[0,88 - 2,28]
	Uro/néphro	0,88	[0,53 – 1,46]	0,74	[0,41 - 1,34]
	Ophtalmo/ORL	0,39	[0,19 – 0,81]	0,40	[0,18 - 0,88]
	Autres	0,50	[0,28 – 0,88]	0,50	[0,27 - 0,93]
Problème infectieux		1,61	[1,14 – 2,27]	2,24	[1,43 - 3,50]
Demande d'hospitalisation		3,29	[1,97 – 5,50]	2,75	[1,56 – 5,01]

L'âge était le facteur le plus fortement associé à une hospitalisation.

Le risque d'être hospitalisé pour les patients adressés par un médecin, augmentait avec l'âge pour devenir significatif au-delà de 40 ans. Ce risque était multiplié par 2,8 pour la tranche d'âge 41-60 ans, par rapport à la tranche d'âge 26-40 ans. Il était multiplié par 4,5 pour la tranche d'âge 61-75ans et par 5,7 chez les patients de plus de 75 ans (RC : 5,7 - [3,31 – 9,67]).

Les patients de plus de 75 ans avaient alors deux fois plus de risque d'être hospitalisés par rapport à la tranche d'âge 41-60 ans.

Les patients adressés par SOS médecins étaient moins souvent hospitalisés que quand ils étaient adressés par le médecin traitant ou le médecin remplaçant (RC : 0,69 - [0,49 - 0,99]). Par contre lorsque l'auteur du courrier était un médecin d'une autre structure d'urgence, les patients avaient 3,2 fois plus de risque d'être hospitalisés.

Quand les auteurs des courriers demandaient à ce que le patient soit hospitalisé, le passage aux urgences aboutissait à une hospitalisation dans 2,8 fois plus de cas.

Concernant les pathologies rencontrées, les patients adressés pour une symptomatologie neurologique avaient 2,1 fois plus de risques d'être hospitalisés par rapport aux patients présentant des pathologies rhumatologiques, orthopédiques ou traumatologiques.

De même, lorsqu'une étiologie infectieuse était retrouvée, le risque était multiplié par 2,2.

A l'inverse, lorsque les patients étaient adressés pour motif ophtalmologique, ORL ou autres (dont psychiatrie, malaise) ils rentraient le plus souvent à domicile, de manière significative.

On ne pouvait pas conclure pour les autres pathologies médicales telles que néphrologie, urologie, cardiologie, pneumologie, hépato gastroentérologie et dermatologie.

IV - DISCUSSION

L'objectif principal de l'étude était de déterminer la prévalence des patients hospitalisés au décours de leur passage aux urgences, lorsqu'ils étaient adressés par un médecin, munis d'un courrier médical.

Il s'agissait d'une étude descriptive mono-centrique au sein des urgences du CHU de Pellegrin, portant sur un effectif de 921 courriers consécutifs. Tous les patients adressés avec courrier, ont été inclus de façon prospective et 44,1% d'entre eux ont été hospitalisés.

1) Population de l'étude

1.1. Généralités

La moyenne d'âge était de 58,9 ans.

Sur la même année, la moyenne d'âge des patients admis aux urgences adultes du CHU de Pellegrin était de 46,7 ans, avec 15,9% de personnes de plus de 75 ans (23). La proportion de patients de cette tranche d'âge représentait un quart de l'effectif dans notre étude ce qui peut expliquer notre moyenne d'âge plus élevée.

Les femmes représentaient 56,1% des patients de l'étude avec un sex ratio hommes/femmes de 0,78. Cette répartition est assez comparable à une étude de la DREES en 2004 (25), qui retrouvait en moyenne 57% de femmes dans les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Une autre étude concernant les patients adressés par leur médecin généraliste aux urgences, retrouvait également un taux équivalent avec un sex ratio égal à 0,84 (5).

1.2. Proportion de patients adressés par rapport à l'ensemble des passages aux urgences

Au cours de la période d'étude, nous avons relevé 6742 passages aux urgences. Les patients adressés par un médecin représentaient donc 13,7% de l'ensemble des passages aux urgences durant la même période.

Dans la littérature, on retrouve un taux d'adressage aux urgences compris entre 5 et 12,6%. Cependant les études concernant les patients adressés par le médecin traitant (3-5, 21) retrouvaient des taux ne dépassant pas 9,1%.

A titre d'exemple, Tzebia retrouvait dans son travail que 10,5% des patients étaient adressés aux urgences par un médecin quel qu'il soit, mais seulement 6% l'étaient par le médecin traitant (3). Dans notre étude nous avons 13,7% de patients adressés mais 5,7% étaient admis via le médecin traitant.

Malgré un biais probable de recrutement, ces chiffres nous montrent que peu de patients consultent leur médecin traitant avant de se rendre aux urgences. En effet, d'après une enquête de la DREES en 2002 (2), seulement 30% des usagers des services d'urgence ne s'y présentaient qu'après avoir eu un contact médical préalable, quel qu'il soit. Dans le cadre de cette enquête, des interviews téléphoniques ont été réalisées auprès de 3 000 de ces patients (20). Parmi l'ensemble des répondants (qui n'avaient pas été hospitalisés), seuls 16 % des patients ont indiqué avoir été envoyés aux urgences par leur médecin traitant. Notons que ce contact médical invoqué par les usagers ne s'est pas systématiquement traduit par une lettre d'accompagnement.

Parmi ces usagers envoyés aux urgences par leur médecin traitant (16 %), les personnes de plus de 70 ans, et par conséquent les retraités, étaient deux fois plus nombreux que parmi l'ensemble des usagers (respectivement 17 et 22 %) et les jeunes de 16 à 25 ans deux fois moins nombreux (20).

1.3. Proportion de patients adressés en fonction de l'auteur du courrier

Nous avons choisi d'inclure tous les patients adressés par un médecin avec un courrier afin d'avoir un aperçu global de l'utilisation des urgences par les médecins, quels qu'ils soient. Ces derniers ont été répartis en différentes catégories, à savoir : médecin traitant, médecin remplaçant, SOS médecins, spécialiste, médecin d'une autre structure d'urgence ou d'un autre hôpital.

La méthode n'était pas forcément judicieuse puisque de cette façon, nous n'avons pas pu distinguer les médecins de garde. Par ailleurs les médecins remplaçants ne pouvaient être différenciés que par le biais d'un tampon apposé sur le courrier, ce qui n'était probablement pas toujours le cas. Enfin, nous ne pouvions pas non plus être sûrs que le médecin « traitant » était bien le médecin référent du patient. On pourrait alors penser que les courriers dont l'auteur a été classé « médecin traitant » sont surestimés, pourtant le taux d'adressage retrouvé (45%) est plus bas que dans la littérature. En effet, le chiffre varie entre 48,1% et 77% (3, 4, 6, 28-30).

Par contre, les entêtes de SOS médecins ne prêtaient pas à confusion, mais notre taux d'adressage par SOS était plus élevé que dans la littérature (3, 4, 28).

Malgré tout, nous avons retrouvé des proportions qui se rapprochent de plusieurs études.

Dans l'étude de Cadat et Trolong-Bailly (28), le nombre de patients adressés aux urgences par le médecin traitant était comparable au notre (48,1% versus 45%), SOS médecins ne représentait par contre que 12% versus 32,8% et les médecins remplaçants 11,2% versus 5,6%.

Dans une autre étude, les médecins traitants adressaient des patients dans 55% des cas, les médecins remplaçants dans 7% des cas et les médecins de garde (dont SOS médecins) dans 24% des cas (4). A noter que plus d'un tiers des patients était adressé par un médecin d'un autre établissement (38% versus 11,8% dans notre étude).

Un travail de 2015 retrouvait un taux de 60% de patients adressés par le médecin traitant, 13,5% par le médecin remplaçant et seulement 5,5% par SOS médecins (3). Les courriers étaient rédigés par un autre médecin dans 21% des cas (versus 16,6% dans notre étude).

Trois autres études trouvaient quant à elles une proportion bien plus importante de patients adressés par le médecin traitant avec respectivement 75%, 76% et 77% des courriers analysés (6, 29, 30).

Il est intéressant de constater que près de 12% des patients étaient adressés par un autre hôpital (dont 3,6% correspondaient à des SU). Les spécialistes quant à eux adressaient des patients dans environ 5% des cas, soit à peine moins que les médecins généralistes remplaçants.

Cependant, nous nous sommes plus intéressés aux médecins généralistes libéraux, en particulier les médecins traitants et SOS médecins puisqu'ils étaient à l'origine des trois quart des courriers. En effet, nous avons pu constater que SOS médecins avait souvent recours aux urgences puisque un tiers des patients adressés arrivaient de leur part.

2) Devenir des patients

2.1. Taux d'hospitalisation en fonction des deux principaux auteurs

Dans notre étude, 432 patients ont été adressés par leur médecin traitant ou son remplaçant et dans 47,5% des cas, l'admission aux urgences aboutissait à une hospitalisation. Ce résultat est comparable à une étude réalisée en 2011 dans la structure d'urgence du centre hospitalier d'Albi (5), puisqu'un patient sur deux adressé par un médecin généraliste (également médecin traitant ou remplaçant) était hospitalisé. De même, en 2013, Vendéoux retrouvait le même chiffre lorsque les patients étaient adressés par un médecin généraliste (31).

D'après Sevrin, 53,5% des patients étaient adressés aux urgences par un médecin généraliste, pour au minimum un besoin d'hospitalisation (32). D'autres études assez récentes retrouvaient des taux variant entre 54,5 et 58% d'hospitalisation, quel que soit l'auteur du courrier (médecin généraliste ou autre), (6, 28, 33, 34).

Par la même occasion, Godement a mis en évidence, une proportion de seulement 20% de patients hospitalisés lorsqu'ils n'étaient pas adressés (6), soit un chiffre divisé par près de trois par rapport aux patients adressés. Une étude ciblée sur les venues spontanées aux urgences, a même retrouvé un taux de seulement 11% concernant les hospitalisations totales de la journée (35).

Par ailleurs deux autres travaux (27, 36) qui ont à l'inverse étudié des patients hospitalisés, puis recherché dans un second temps s'ils avaient été adressés, ne retrouvaient que 20% de patients hospitalisés qui avaient été initialement adressés.

Un autre travail a analysé le retentissement de la lettre d'admission sur le taux d'hospitalisation des patients adressés par leur médecin traitant aux urgences d'un hôpital privé (21). Il retrouvait un taux de patients hospitalisés plus élevé dans la population adressée par le médecin que dans la population non adressée (26% versus 16% ; $p = 0,03$).

Lorsque l'auteur du courrier était SOS médecins, le taux d'hospitalisation était moins conséquent comparé aux médecins traitants. En effet, seuls 35% des patients adressés par SOS étaient hospitalisés versus 46,9% pour les médecins traitants.

Cependant ce chiffre peut être relativisé par des plages horaires différentes entre la prise en charge d'un médecin généraliste en cabinet libéral et celle de SOS médecins. En effet, contrairement au

médecin traitant, ce dernier est souvent sollicité en dehors des horaires d'ouverture classiques des laboratoires d'analyses et de de radiologie (25, 37).

D'ailleurs nous avons mis en évidence qu'un quart des patients adressés par SOS médecins, l'était au cours de la nuit (22h - 6h), versus 4,5% pour les médecins traitants.

Dans son étude, Labrosse montrait que la plus grosse part de l'activité de SOS Médecins Grenoble (60%) s'effectuait en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, soit 31% la nuit et le reste le week-end (37). Données qui correspondent avec l'enquête de la DREES en 2004 (25), puisque 58,4% des recours aux urgentistes de ville avaient lieu la nuit et les week-ends contre 11% pour un autre généraliste.

De la même façon, Godement montrait que 91% des patients adressés par un médecin généraliste consultaient entre 8 heures et 20 heures, soit lors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux (6). Dans notre étude, 95,5% des patients adressés par le médecin traitant étaient admis entre 7 heures et 21 heures.

L'absence d'accessibilité à un plateau technique en ambulatoire pour un nombre non négligeable de patients pourrait alors expliquer un taux de retour à domicile plus conséquent lorsque le patient est adressé par SOS médecins. D'autant que d'après une étude de la DREES (19), les passages effectués entre minuit et 8 heures ne se distinguaient pas par une proportion d'hospitalisation plus élevée que ceux effectués en journée et en début de soirée.

Un travail a également été réalisé sur la pertinence de l'envoi des patients aux urgences par SOS médecins (38). Il mettait en évidence que dans 83% des cas, l'envoi aux urgences était jugé justifié. Parmi les 17% de patients où l'envoi aux urgences n'était pas justifié, 15% aurait dû bénéficier d'une prise en charge ambulatoire d'après les médecins des urgences. Cependant, parmi ces 15%, plus de 40% avaient été vu le week-end ce qui entraînait une prise en charge ambulatoire plus difficile. Au total une majorité d'envoi aux urgences était adaptée.

Malgré tout, une étude ciblée sur le devenir des patients adressés par SOS médecins retrouvait un taux d'hospitalisation de 54% (39). A noter que près de la moitié des patients était âgée de plus de 75 ans, mais nous y reviendrons.

D'après Labrosse, le taux de patients de plus de 70 ans hospitalisés via les urgences, s'élevait à 49% lorsque SOS médecins les y adressait (37). Chiffre que nous retrouvons dans notre étude puisque 47,7% des plus de 75 ans adressés par SOS médecins étaient hospitalisés.

De même que constaté précédemment, la tranche d'âge 18 – 40 ans était plus souvent adressée par SOS médecins : 29,5% des patients versus 22,6% avec le médecin traitant. Cependant ces derniers ne

nécessitaient une hospitalisation que dans moins d'un quart des cas, ce qui expliquerait également un taux d'hospitalisation moindre de la part de SOS médecins.

Les différentes tranches d'âge de la population amenées à consulter, varient considérablement en fonction du type de médecin. En effet, Labrosse a mis en évidence que les patients entre 15 et 40 ans représentaient la classe principale examinée par SOS médecins. Les patients de moins de 15 ans arrivaient en seconde position (30%) et les plus de 75 ans ne représentaient par contre que 15% de la population (37). Une étude de la DREES montrait également que seuls 15,3% des plus de 70 ans étaient vus par les urgentistes de ville (25). Par ailleurs, à partir de 45 ans il existait une différence statistiquement significative ($p = 0,01$) concernant la prise en charge des patients soit par un urgentiste de ville soit par un autre généraliste. Les urgentistes étant moins amenés à consulter ces patients que leurs confrères. Différence que nous notions également dans les taux d'adressage, du moins chez les patients de 41 à 75 ans, ($p = 0,0069$).

Une autre étude de la DREES avait aussi montré que dans 60% des cas, le patient consultant le médecin traitant avait plus de 45 ans, et dans 28% des cas il était âgé de plus de 70 ans (40).

Nous pouvons aussi comparer les taux d'hospitalisation d'une manière générale, dans l'activité de SOS médecins et des médecins généralistes. Concernant l'activité de SOS médecins, plusieurs thèses retrouvaient un taux d'hospitalisation variant de 6,2 à 10,7% (37, 38, 41).

Par ailleurs, en réalisant un suivi à 72 heures des patients vus par SOS médecins, Labrosse a aussi montré que le taux d'hospitalisation (initialement de 10,7% dans son travail), s'élevait à 14% en incluant les hospitalisations secondaires (37).

Dans l'étude de la DREES en 2004, les urgentistes de ville avaient plus souvent recours à une hospitalisation immédiate que les autres généralistes (8,2% versus 3,4%), en particulier pour les personnes âgées de plus de 70 ans (25).

Dans notre étude, l'explication la plus probable sur le faible taux d'hospitalisation concernant les patients adressés par SOS médecins, tiendrait à la distribution de la population selon les différentes classes d'âges. La répartition des patients adressés par SOS médecins sur le nyctémère pourrait également être un argument à privilégier.

2.2. Devenir des patients en cas d'hospitalisation

Comme nous l'avons vu, la part de patients hospitalisés représentait 44,1% de l'effectif.

La majorité des patients était hospitalisée directement au CHU (58,1%) après leur passage aux urgences, versus 51,9% dans une autre étude (28). Cependant, 98,1% des hospitalisations étaient tout de même réalisées au sein du CHU dans un premier temps, puisque le reste des patients était admis en UHCD (40,1%). Seuls 7 patients ont directement été transférés dans un autre hôpital.

Au final, les patients ayant séjourné en UHCD avaient trois grandes orientations avec par ordre croissant : une hospitalisation au CHU (60%), un retour à domicile (35%) ou un transfert dans un autre hôpital (5%).

D'après l'enquête de la DREES en 2002 (2), 19 % des passages aux urgences avaient donné lieu à un transfert dans une unité d'hospitalisation en dehors du service d'urgence (versus 26,4%) dans notre étude). Cependant seuls 3 % des patients avaient été pris en charge en UHCD.

Les UHCD ne sont obligatoires que depuis 2006 dans les structures des urgences (1). Elles ont pour but de pallier en partie aux difficultés à trouver un lit d'aval lorsqu'une hospitalisation est requise.

Dans notre étude, l'hospitalisation en UHCD concernait 17,7% de l'effectif total alors que dans l'étude de la DREES de 2011 (19), seuls 8% des patients (tout venant) y avaient été pris en charge. Par contre, le nombre de patients qui rentraient à domicile était superposable à savoir 39%.

La même année, Chauvière mettait également en évidence un taux de 8% de passage en UHCD malgré un effectif de patients adressés par un médecin (30).

Un travail de thèse réalisé en 2015 sur plus de 6 mois et ciblé sur les patients adressés aux urgences par des médecins généralistes, retrouvait quant à lui un taux de 37% de patients hospitalisés à l'UHCD (34). Cependant 14 % des patients étaient hospitalisés directement après leur passage au SAU versus 26,4% dans notre étude.

2.3. Devenir des patients en fonction de l'âge

L'étude de la DREES en 2002 montrait que la moitié des patients de plus de 70 ans s'était rendue aux urgences sur avis de leur médecin traitant (20).

D'après une thèse de 2011, les patients adressés aux urgences par un médecin rentraient à domicile dans plus de la moitié des cas jusqu'à l'âge de 60 ans (5). Au-delà de 60 ans, les taux d'hospitalisation étaient respectivement de 57,9% chez les 61-75 ans et de 71,6% chez les plus de 75 ans, versus 56,1% et 57,3% dans notre étude.

De la même façon dans notre travail, plus d'un patient sur deux rentraient à domicile jusqu'à l'âge de 60 ans avec tout de même un risque d'hospitalisation qui augmentait avec l'âge.

La tranche d'âge 41-60 ans avait 2.8 fois plus de risque d'être hospitalisée par rapport aux 26-40 ans (RC 2,82 [1,60 – 4,95]).

La tranche d'âge 61-75 ans avait 4,6 fois plus de risque d'être hospitalisée (RC = 4,55 [2,53 – 8,12]).

Et les plus de 75 ans avaient 5,7 fois plus de risque d'être hospitalisés (RC = 5,66 [3,31 – 9,67]).

2.4. Les patients âgés aux urgences

La part des patients de plus de 60 ans hospitalisés au décours de leur passage aux urgences, représentait près des deux tiers de la population hospitalisée (65,3%). Cependant, comme nous l'avons évoqué plus haut, les personnes âgées étaient surreprésentées dans notre étude.

D'après l'ORU Aquitaine, en 2013, les personnes âgées de plus de 75 ans ne représentaient que 13,6% des passages dans les structures d'urgence (23). Chiffre confirmé par une étude de la DREES en 2013 (19) et par la Cour des comptes (1) qui retrouvaient des taux de 12 et 13%.

Dans notre étude, les plus de 75 ans représentaient 25% des patients adressés par un médecin, soit deux fois plus, tandis que les plus de 60 ans représentaient 42,4% de l'effectif.

Selon deux autres études, les plus de 75 ans représentaient 29,4% et 36% des patients adressés par un omnipraticien (33, 34).

Ces résultats concordent avec l'enquête de la DREES de 2002 (2), qui montrait qu'à partir de 70 ans, les proportions de patients adressés par un médecin devenaient significatives.

En effet, Cadat avait également montré que la probabilité que les patients soient adressés avec un courrier augmentait avec l'âge et la gravité de l'état clinique (28).

D'une manière générale, Ducouret avait mis en évidence que les patients adressés par leur médecin traitant dans une structure d'urgence étaient significativement plus âgés que ceux y consultant de leur propre chef ($p = 0,013$; IC95% [1,0352 ; 8,9015]), (42).

Un travail réalisé en 2011 avait retrouvé un taux de 44,9%, concernant les patients de plus de 70 ans adressés par le médecin traitant aux urgences (5). De notre côté, 32,6% des patients de plus de 75 ans étaient adressés par le médecin traitant.

Dans un autre travail de thèse, les plus de 60 ans représentaient plus de 60% des patients adressés par le généraliste (43), versus 52,6% dans notre étude.

Une étude de 2012, ciblée sur les patients hospitalisés dans les services de gériatrie aiguë via les structures d'urgence (44), montrait que le malade âgé était adressé aux urgences dans la majorité des cas dans la journée. C'était d'ailleurs le médecin généraliste qui adressait le plus souvent les patients (25% des cas), ce qui concorde avec nos résultats puisque les patients de plus de 75 ans hospitalisés étaient adressés par le médecin traitant dans la majorité des cas (59,5%).

En effet, la DREES avait mis en évidence que les personnes âgées de plus de 70 ans venaient très majoritairement le matin ou en début d'après-midi (2). Par ailleurs, il ressortait également de cette étude que le taux d'hospitalisation augmentait avec l'âge pour atteindre 38% chez les plus de 70 ans et 49% chez les 71-80 ans. Nous arrivions à la même conclusion avec par contre un taux d'hospitalisation de 57,3% chez les plus de 75 ans lorsqu'ils étaient adressés par un médecin.

Une autre étude de la DREES plus récente, retrouvait également une influence déterminante de l'âge du patient sur le taux d'hospitalisation, puisqu'il était supérieur à 50 % pour les personnes de plus de 70 ans (45). Les analyses de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) retrouvaient également que les taux d'hospitalisation chez les plus de 75 ans, étaient proches de 55% (1).

Une autre étude n'incluant que des patients âgés de plus de 75 ans adressés aux urgences par le médecin traitant ou le médecin de garde, retrouvait une proportion de 63% de patients hospitalisés (46), versus 54,1% dans notre étude. Enfin, Perrod a montré que 68% des patients de plus de 75 ans adressés par leur médecin traitant étaient hospitalisés, contre seulement 27% des patients de plus de 75 ans se présentant spontanément (21).

Ces taux importants d'hospitalisation peuvent s'expliquer par des niveaux de gravité qui augmentent significativement avec l'âge des patients. En effet, d'après la DREES (2), la proportion de patients CCMU3 (Annexe 2) serait de l'ordre de 8 % chez les adultes au-dessous de 50 ans ; mais elle serait multipliée par trois chez les patients de plus de 70 ans.

2.5. Les hospitalisations directes ne seraient-elles pas préférables ?

Comme nous l'avons vu, les patients de plus de 60 ans hospitalisés après avoir été adressés par un médecin, constituent près des deux tiers de la population hospitalisée. Les structures d'urgence semblent alors jouer le rôle de porte d'entrée pour une hospitalisation non programmée.

En 2010, un travail de thèse a montré que 53,5 % des médecins généralistes ayant adressé un patient aux urgences dans les 30 derniers jours l'avaient fait pour, au minimum, un besoin d'hospitalisation (32). Parmi ces patients, 37,1% étaient envoyés pour un besoin d'hospitalisation sans urgence vitale, fonctionnelle ou douleur. Nous pouvons alors nous demander si certains patients ne pourraient pas être hospitalisés directement, évitant ainsi un temps d'attente important aux urgences et par conséquent un engorgement des structures d'urgence.

En effet d'après Derame et al, 10% des patients se présentant aux urgences auraient pu être admis directement dans un service, sans préjudice pour leur prise en charge (47). Il s'agissait principalement de patients âgés adressés par le médecin traitant. De même, à travers l'étude de Vendéoux, les médecins urgentistes estimaient qu'une hospitalisation directe aurait été plus propice dans 7% des cas lorsque les patients étaient adressés aux urgences (31).

La Cour des comptes soulignait en 2014 que la principale cause d'engorgement des structures d'urgence était liée à la difficulté à trouver un lit, notamment pour les personnes âgées (1). Mais parallèlement, différents travaux ont également mis en évidence les difficultés d'accès à une hospitalisation directe de la part du médecin généraliste (32, 48).

En étudiant les motivations des médecins adressant des patients aux urgences, Sevrin avait montré une absence de place en hospitalisation directe dans 4% des motifs de recours aux urgences (32).

Dans une étude de 2002, il apparaissait que 60% des demandes d'hospitalisation par les médecins généralistes directement dans des services spécialisés aboutissaient à un échec par manque de place ou l'absence d'interlocuteur (48). Parfois aussi, les médecins appellent d'abord les spécialistes qui peuvent demander un passage par les urgences afin de préciser l'hypothèse diagnostique (49).

En cas de nécessité d'hospitalisation, le problème est alors à double sens. D'une part, les médecins de ville se heurtent aux contraintes du monde hospitalier, les amenant parfois à opter pour un passage aux urgences. D'autre part, les structures d'urgence doivent gérer de manière efficace, l'orientation des patients, en tenant compte du manque de lits dans les services spécialisés et des composantes psychologiques et sociales des patients, en particulier chez les personnes âgées. C'est alors que l'UHCD trouve toute sa place et que les équipes mobiles de gériatrie peuvent être d'une aide précieuse dans les services d'urgence.

2.6. Prise en charge des patients aux urgences

Sur le versant de la prise en charge au sein des urgences, trois études (5, 31, 33) ont montré qu'environ 90% des patients adressés par un médecin généraliste avaient bénéficié d'examens complémentaires. De notre côté, aucun examen n'a été réalisé dans 20,8% des cas, chiffre qui se rapproche plus des résultats de la DREES (2), où 25% des patients n'avaient bénéficié ni d'acte diagnostique ni de geste thérapeutique. Cependant dans cette étude il s'agissait de toutes les admissions aux urgences et non des patients adressés par un médecin. La distribution des examens complémentaires était quant à elle tout à fait différente. En effet, seuls 28% des patients bénéficiaient d'une biologie versus 69,6% dans notre étude. Sur le versant radiologique, plus d'un patient sur deux bénéficiaient d'une radiographie et seulement 2,5% d'un scanner, versus 24,9% et 35,7%.

Les médecins adressant un patient aux urgences semblent finalement avoir des attentes bien précises concernant la réalisation d'examens complémentaires.

3) Contenu des courriers

- Critères généraux

Dans notre étude l'identité du rédacteur et du patient étaient renseignées respectivement dans 97,3% et 99,8% des cas. Une erreur d'orthographe dans le nom du patient était relevée dans 3.7% des lettres avec 5,1% d'erreur lorsque l'auteur était SOS médecins versus 3,5% lorsqu'il s'agissait du médecin traitant. Chauvière retrouvait quant à lui 7% d'erreur (30).

La lettre était jugée lisible dans 97,9% des cas. Différents travaux jugeaient la lisibilité moins satisfaisante, mais tout de même assez proche de nos résultats, allant de 82% à 93,7% (29, 30, 50, 51), tandis que Douplat (38) retrouvait un taux plus proche du nôtre.

- Antécédents

Les antécédents n'apparaissent que dans 53,6% des courriers, avec une différence statistiquement significative en fonction du devenir du patient, puisque 59,2% des courriers les mentionnaient en cas d'hospitalisation ($p = 0,0004$). Les travaux réalisés retrouvaient quant à eux des taux variant de 47% à 83,8% (3, 4, 28, 30, 38, 50, 51, 54, 57).

- Anamnèse

L'anamnèse était présente dans 89,4% des courriers, ce qui est une bonne moyenne comparé aux données de la littérature puisque différentes études retrouvaient des chiffres allant de 57 à 82% (3, 28-30, 50, 54, 55). A l'inverse, peu de travaux avaient un taux supérieur à 90% (4, 34, 51).

A noter que les médecins remplaçants la notaient dans 98,1% des cas.

- Traitement

Malheureusement, le traitement n'était mentionné que dans 45,1% des cas, ce qui est regrettable pour la prise en charge du patient, en particulier chez les patients poly pathologiques. D'une part, le risque iatrogénique n'est pas négligeable, d'autre part, l'absence de cette donnée peut aboutir à une perte de chance pour le patient. Trois études retrouvaient également un taux de 44-45% concernant cette donnée (3, 4, 38). D'autres études retrouvaient moins de 40% de courriers mentionnant le traitement habituel (28, 34, 54, 57), l'accès à cette information étant pourtant souvent difficile aux urgences, il est surprenant que si peu de médecins la renseignent.

Nous avons par contre constaté que SOS médecins renseignait mieux les traitements que le médecin traitant (47,6% versus 43,3%), sans différence statistiquement significative pour autant. D'autres

études ont pu mettre en évidence des taux compris entre 59 et 69% (30, 50, 51), mais qui restent tout de même faibles au vu des conséquences potentielles en situation d'urgence.

- Hypothèse diagnostique

De même que pour le traitement, SOS médecins évoquait plus souvent une hypothèse diagnostique que le médecin traitant (65,4% versus 57%) mais toujours sans différence statistiquement significative ($p = 0,0668$). Les données de la littérature sont assez variables à ce sujet allant de 56% à 79% (3, 4, 34, 38, 51).

- Prise en charge pré hospitalière

Concernant la prise en charge pré hospitalière, le taux de patients ayant bénéficié d'examen complémentaires préalables à leur admission aux urgences variait de 18,8% à 24% (5, 43, 50). Dans notre étude nous retrouvons 12,9% de courriers faisant mention d'une biologie et 10,8% d'une imagerie. Cependant, certains médecins avaient probablement réalisés les deux simultanément. Un autre travail n'avait relevé que 8,1% de bilans biologiques préalables à l'admission (51).

- Demande d'examens complémentaires et/ou d'hospitalisation

Pour autant, comparé à un travail réalisé au CHU de Lyon, nous ne notons que très peu de demandes de réalisation d'une biologie ou d'une imagerie de la part des médecins généralistes, soit respectivement 4,8 et 10,6%, versus 27% et 52% à Lyon (4).

De la même façon, la demande d'hospitalisation restait rare, en particulier de la part de SOS médecins qui ne l'évoquait que dans 4,1% des cas, tandis qu'une étude ciblée sur SOS médecins la retrouvait dans 25% des cas (38). Notre taux global, tout auteur confondu, ne s'élevait qu'à 10,1%, et il n'était que de 7,2% pour les généralistes, ce qui reste faible au vu du taux d'hospitalisation in fine. Malgré tout, la demande d'hospitalisation était un facteur associé à une hospitalisation (RC : 2,75 - [1,56 – 5,01]).

Malgré un faible taux de demande d'examens complémentaires de la part des médecins adressant les patients aux urgences, il semble évident que ces derniers soient attendus. Il en va probablement de même concernant les demandes d'hospitalisation. Le fait que les courriers n'en fassent pas mention n'entraîne pas forcément de conséquences néfastes sur la prise en charge du patient mais il serait souhaitable que d'autres informations apparaissent de façon systématique.

Dans son travail, Kong Win Chang a introduit des courriers standardisés dans le cadre d'une étude prospective type «avant/après» d'observation des courriers (51). Elle a obtenu des résultats très intéressants avec des critères nettement plus renseignés dans les courriers «Après». On peut citer le contexte socio-familial et l'autonomie du patient (12% des courriers «Avant» versus 80% «Après»),

l'identification du médecin traitant (47% versus 87%), l'entente téléphonique (10% versus 81%), les traitements instaurés (17% versus 65%) et habituels (68% versus 95%). Ces informations, souvent accessibles pour le médecin adressant le patient aux urgences, permettraient de gagner un temps précieux si elles étaient notifiées dans les lettres.

Une étude a analysé les attentes des médecins urgentistes à ce sujet (56), les réponses étaient consensuelles : l'ensemble des informations de la classique observation médicale était attendu et une lettre-type leur semblait le support le plus adapté pour fournir ces informations.

En effet, un travail réalisé sur Marseille avait mis en évidence que les lettres des médecins étaient souvent incomplètes et ne correspondaient pas aux attentes des médecins urgentistes. Ces derniers devaient alors entreprendre une démarche téléphonique dans 80% des cas pour des compléments d'informations (50). Galfard et Garot avaient également montré que certaines informations non renseignées engendraient une perte de temps, et par conséquent, une perte de chance pour le patient, respectivement de 21,7% et 10,3% concernant les antécédents (52).

Il est probable qu'un courrier standardisé faciliterait la rédaction pour les médecins, à la fois en terme de temps économisé et en terme d'exhaustivité. Il est tout de même intéressant de constater à travers une étude réalisée en 2015 (53), qu'en retour, près de 70% des médecins généralistes souhaiteraient plus de communication avec les médecins urgentistes. Nous avons d'ailleurs souligné dans nos résultats que 17,6% des patients sortaient des urgences sans rédaction d'un courrier médical. Par ailleurs, parmi les patients recontactés par téléphone, sur les deux tiers ayant eu un nouveau contact médical dans les 7 jours suivant leur passage aux urgences, seuls 52,2% avaient consulté le médecin traitant.

Sachant que ce courrier est simplement remis en main propre au patient, le médecin traitant peut ne jamais être mis au courant du passage aux urgences si le patient ne l'évoque pas spontanément. Il est alors regrettable qu'un compte-rendu de prise en charge aux urgences ne soit pas directement adressé au médecin traitant dès la sortie du patient, qu'il soit d'ailleurs hospitalisé ou non.

La technologie actuelle permet d'envisager sous peu, une dématérialisation des courriers. L'utilisation des fonctionnalités des logiciels médicaux telles que l'insertion automatique des données voire l'envoi via les messageries cryptées pourrait aboutir à terme à une meilleure collaboration entre médecins de ville et hospitaliers. Cette option resterait néanmoins conditionnée à une tenue correcte du dossier médical et à l'équipement des deux parties prenantes, de manière compatible.

4) Forces et faiblesses de l'étude

4.1. Points forts

La taille de l'échantillon était conséquente avec 921 courriers consécutifs inclus sur une durée d'un mois et demi.

Au vu de la littérature, notre taux de patients adressés aux urgences par un médecin (13,7%), reflétait une quasi exhaustivité de l'inclusion des patients.

Concernant le critère de jugement principal, seuls 7,2% des patients ont été perdus de vue. Par ailleurs, lors du rappel à J7 des patients rentrés à domicile, un nombre non négligeable de patients a pu être recontacté, puisque notre taux de réponse était de 65,9%.

4.2. Faiblesses de l'étude

Il s'agissait d'une étude mono-centrique, réalisée dans un CHU. De plus, Pellegrin est centre de référence dans les spécialités neurologie et traumatologie, ce qui a pu être à l'origine d'un biais de sélection. A l'inverse, les pathologies cardiologiques et digestives étaient obligatoirement sous représentées puisque ces services ne sont pas présents au sein de l'hôpital Pellegrin. Les patients étaient donc d'emblée orientés vers les structures adaptées.

Il serait alors intéressant de réaliser une étude comparative dans une structure d'urgence d'un hôpital général.

Certains patients étaient adressés par une autre structure d'urgence, voire un autre hôpital, ce qui entraînait un plus haut risque d'hospitalisation, d'où un éventuel biais de confusion. Cependant ce taux était faible et n'avait pas de réelles répercussions sur les résultats.

Le recueil des données, réalisé via le logiciel Epiinfo sur les dossiers médicaux informatisés, exposait à des informations incomplètes. Certains patients n'ont pu être retrouvés par informatique, et seul le courrier a alors été analysé. Le devenir n'était pas connu pour 66 patients.

Bien qu'il ne s'agisse que d'un objectif secondaire, les pièces jointes éventuelles accompagnant les courriers n'ont pas été recueillis lors de la photocopie du courrier médical. Les informations qu'elles contenaient n'ont donc pas été colligées dans notre analyse, en l'occurrence les traitements si une ordonnance était jointe. Enfin, l'étude a été réalisée en partie lors de vacances scolaires, ce qui a pu fausser les proportions des différents types de médecins rédacteurs.

V - CONCLUSION

Dans cette étude, nous avons voulu analyser le devenir des patients adressés aux urgences par un médecin. Parmi ces patients, 44,1% ont été hospitalisés. Nous avons pu constater que plus des trois quarts de l'effectif étaient constitués de patients adressés soit par le médecin traitant, soit par SOS médecins.

Le risque d'hospitalisation augmentait de manière significative avec l'âge à partir de 41 ans. La part des patients de plus de 60 ans hospitalisés au décours de leur passage aux urgences, représentait 65,3% de la population hospitalisée. En effet, les plus de 75 ans étaient les patients le plus souvent adressés et avaient le plus fort taux d'hospitalisation (57,3%), suivi des patients de 61 à 75 ans (56,1%).

Parmi les patients hospitalisés, la majorité était hospitalisée directement au CHU après leur passage aux urgences (58,1%). L'hospitalisation en UHCD concernait tout de même 40,1% des patients hospitalisés, et parmi eux, 65% des patients étaient secondairement orientés vers un service spécialisé.

L'une des clefs permettant un désengorgement des services d'urgences serait bien sûr de faciliter des hospitalisations directes par le biais des médecins de ville. Cependant, il est souvent difficile d'organiser des hospitalisations non prévues directement dans les services. Dans ces cas, les structures d'urgence deviennent une étape incontournable de la prise en charge de ces patients.

Le courrier du médecin adressant le patient aux urgences est alors d'autant plus précieux pour les équipes des urgences. Un contenu exhaustif permet un gain de temps important et une prise en charge plus efficace des patients, en particulier lorsque les antécédents et le traitement habituel sont connus de l'équipe médicale. Dans notre étude, ces données étaient manquantes respectivement dans 46,4% et 54,9% des courriers. Certaines solutions basées sur un courrier standardisé, en parallèle des avancées technologiques, permettraient aux médecins adressant un patient d'être plus systématiques.

Parfois, sans qu'une hospitalisation ne soit indispensable, certaines situations cliniques ne peuvent pas se passer d'examen complémentaires dans les plus brefs délais. Les services d'urgences constituent alors un vaste plateau technique permettant de pallier les contraintes ambulatoires dans ce domaine. Nous avons par contre été surpris de constater que 20,8% des patients n'avaient bénéficié d'aucun examen complémentaire au cours de leur passage aux urgences. Un tiers des patients non hospitalisés était tout de même concerné. Il pourrait s'agir de demandes d'avis spécialisés, voire d'actes ophtalmologiques ou ORL puisque les patients adressés pour ces motifs étaient rarement hospitalisés (RC : 0,40 - [0,18 - 0,88]). Une autre étude, ciblée sur cette population permettrait d'éclaircir les raisons ayant poussé les médecins à adresser ces patients aux urgences puisque comme nous l'avons vu, la grande majorité était adressée de manière justifiée.

Bibliographie

- (1) Cour des comptes. Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. Dans : La Sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Paris : La Documentation française ; 2014. p. 349-378.
- (2) CARRASCO V, BAUBEAU D. Les usagers des urgences Premiers résultats d'une enquête nationale. DREES. Jan 2003;(212):8p.
- (3) TZEZIA K. Analyse de la qualité de la lettre du médecin adressant un patient aux urgences adultes du CHU de Rouen [Thèse]. Rouen : Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen ; 2015.
- (4) GROS D. Etude descriptive et prospective des courriers d'admission aux urgences du centre hospitalier Lyon sud : analyse des besoins du médecin généraliste [Thèse]. Lyon : Université Claude Bernard - Lyon 1 ; 2015.
- (5) BOUDY LAPOUGE M. Les patients adressés par leur médecin généraliste aux urgences du centre hospitalier d'Albi : description et analyse des motifs de recours [Thèse]. Toulouse : Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2013.
- (6) GODEMENT J, JUVIN P, ZANKER C. Pertinence du recours au service d'accueil des urgences (SAU) par les omnipraticiens de ville. JEUR. 2008;21(S1):A42.
- (7) PAPIN MN. Structure d'urgence du CHU de Pointe-à-Pitre : analyse du recours par les omnipraticiens de ville et comparaison à une population témoin [Thèse]. Antilles-Guyane : Université des Antilles et de la Guyane ; 2010.
- (8) Cour des comptes. Les urgences médicales : constats et évolution récente. Dans : Rapport public annuel. Paris : La Documentation française ; 2007. p. 313-347.
- (9) Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires (J.O. 10 août 2013).

(10) BOUSQUET V, CASERIO-SCHÖNEMANN C. La surveillance des urgences par le réseau OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) [En ligne]. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; Juin 2013 [cité le 30 Mars 2015].

Disponible : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Autres-thematiques/La-surveillance-des-urgences-par-le-reseau-OSCOUR-R-Organisation-de-la-surveillance-coordonnee-des-urgences>

(11) ROLLAND P. La surveillance syndromique en Aquitaine. BVS [En ligne]. Jan 2015 [cité le 30 mars 2015];(18):19p.

Disponible : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Aquitaine/Bulletin-de-veille-sanitaire-Aquitaine.-n-18-Janvier-2015>

(12) VUAGNAT A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? Dans : BOISGUERIN B, CHONE P, COQUELET F, EMERY G, EVAIN F, GUALBERT N, et al., rédacteurs. Le panorama des établissements de santé. Edition 2013. Paris : DREES; 2014. p. 9-28.

(13) VALADE B. L'urgence médicale : de la pratique à la pensée. Dans : TOURNAY V, rédacteur. La gouvernance des innovations médicales. Paris : Presses Universitaires de France ; 2007. p. 85-96.

(14) SOS Médecins Bordeaux [En ligne]. Bordeaux ; 2009/2010. Fédération SOS Médecins France [cité le 30 Mars 2015] ; [environ 2 écrans].

Disponible: <http://www.sosmedecins-bordeaux.com/presentation/federation-sos-medecins-france/>

(15) Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière (J.O. 3 janvier 1971).

(16) Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Circulaire DGS/103/AS 3 du 6 février 1979 relative à l'aide médicale urgente. Coopération entre le service public hospitalier et la médecine privée. Mise en place des Centres 15.

(17) Cour des comptes. La permanence des soins. Dans : La Sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Paris : La Documentation française ; 2013. p. 335-364.

(18) Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Circulaire DHOS/SDO n° 2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville.

(19) BOISGUERIN B, VALDELIEVRE H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DREES. Juil 2014;(889):8p.

(20) BEAUBEAU D, CARRASCO V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DREES; Jan 2003;(215):12 p.

(21) PERROD A. Analyse du retentissement de la lettre d'admission, sur la durée de passage, le délai d'attente et le taux d'hospitalisation des patients adressés par leur médecin traitant aux urgences de l'Hôpital Privé de la Seine-Saint-Denis [Thèse]. Paris : Université Paris Diderot - Paris 7 ; 2013.

(22) GAULT G, LARRIEU S, FILLEUL L. Système de surveillance de l'activité hospitalière en Aquitaine Bilan des données sanitaires 2007 [En ligne]. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; Sep 2009 [cité le 30 Mars 2015].

Disponible : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=635

(23) Observatoire Régional des Urgences d'Aquitaine. Rapport annuel, Activité des urgences en Aquitaine. 2013.

(24) Les analyses thématiques : Activité Urgences 2013 Grand Sud-Ouest région Aquitaine – Limousin – Midi-Pyrénées. Dans : Rapport annuel 2013, L'activité des structures d'urgences en Midi-Pyrénées. Toulouse : ORUMIP ; Juin 2014. p. 251-261.

(25) GOUYON M. Les urgences en médecine générale. DREES. Avril 2006;(94):53p.

(26) GERBEAUX P, BOURRIER P, CHÉRON G, FOURESTIÉ V, GORALSKI M, JACQUET-FRANCILLON T. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. JEUR. 2001;14:144-152.

(27) FOURNIER D. Evaluation de la pertinence des hospitalisations aux urgences du centre hospitalier de Chambéry [Thèse]. Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2012.

(28) CADAT D, TROLONG-BAILLY C. L'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences [Thèse]. Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2006.

(29) BARONE FA. Les courriers médicaux d'admission aux urgences du CH de Beauvais : étude de leur contenu et enquêtes d'opinion auprès des médecins généralistes et urgentistes [Thèse]. Amiens : Université de Picardie ; 2007.

(30) CHAUVIERE G. Etude descriptive et prospective des informations contenues dans les courriers des médecins adressant des patients aux urgences [Thèse]. Limoges : Université de Limoges ; 2013.

- (31) VENDEOUX A. Motifs de consultation et parcours aux urgences des patients adressés par le médecin généraliste : une étude prospective au centre hospitalier d'Etampes [Thèse]. Paris : Université Pierre et Marie Curie - Paris 6 ; 2014.
- (32) SEVRIN Y. Motivations des médecins généralistes de Haute-Normandie pour adresser leurs patients aux Urgences. Comparaison en fonction des caractéristiques des médecins [Thèse]. Rouen : Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen ; 2010.
- (33) CHELLY J. Identification et analyse des motifs de recours des médecins généralistes aux urgences adultes [Thèse]. Paris : Faculté de médecine Paris-Sud; 2010.
- (34) LAFAY M. Etude prospective des informations contenues dans les courriers des médecins généralistes adressant leurs patients aux urgences de l'hôpital Tenon [Thèse]. Paris : Université Paris Diderot - Paris 7 ; 2016
- (35) BOUNIORT L. Venues spontanées aux urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecine générale : déterminants, pertinence et orientation [Thèse]. Poitiers : Université de Poitiers ; 2012.
- (36) NHAM TT. Etude de la communication médecins généralistes-praticiens hospitaliers [Thèse]. Amiens : Université de Picardie ; 2010.
- (37) LABROSSE A. Suivi à 72 heures des patients vus par SOS Médecins Grenoble : étude descriptive prospective de mars à mai 2008 [Thèse]. Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2010.
- (38) DOUPLAT M. Pertinence de l'envoi des patients aux urgences par SOS Médecins Grenoble [Thèse]. Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2008.
- (39) CHAMPENOIS A. Etude rétrospective portant sur le devenir des patients adressés au service d'accueil des urgences de Nantes par SOS médecins Nantes sur la période du mois de mars 2012 [Thèse]. Nantes : Université de Nantes ; 2014.
- (40) LABARTHE G. Les consultations et visites des médecins généralistes Un essai de typologie. DREES. Juin 2004;(315):11p.
- (41) TRILLAT E. Activité de SOS médecins Grenoble : étude prospective déclarative durant une semaine [Thèse]. Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2006.

- (42) DUCOURET H. Les patients hospitalisés via les Services d'Accueil des Urgences. Leur prise en charge hospitalière est-elle optimisée s'ils ont initialement été adressés par leur médecin traitant ? [Thèse]. Paris : Université Paris Descartes ; 2015.
- (43) DEVALLOIS-AMEZIANE D. L'influence du médecin généraliste dans la prise en charge des patients aux urgences [Thèse]. Marseille : Université d'Aix-Marseille II ; 2010.
- (44) PREULIER-MUREZ D. Parcours de soin des patients hospitalisés en Unité de Gériatrie aigue via les urgences [Thèse]. Créteil : Université Paris Est Créteil ; 2013.
- (45) CARRASCO V. L'activité des services d'urgences en 2004 Une stabilisation du nombre de passages. DREES. Sep 2006;(524):8p.
- (46) AKHARZOUZ D. Qualité de la lettre d'admission des patients âgés admis aux urgences [Thèse]. Saint-Étienne : Université Jean Monnet ; 2006.
- (47) DERAME G, EL KOURI D, HAMIDOU M, CARRE E, POTEL G. Les passages non justifiés au Service d'Accueil Urgences. Proposition d'une offre de soins différenciée. Presse Med. 2004;33:780-783.
- (48) ANDRONIKOF M, THALMANN A. Programmation d'une hospitalisation sur appel du médecin généraliste, évaluation de l'organisation de 4 spécialités par l'utilisation de cas simulés. Presse Med. 2005;34(12):847-850.
- (49) LAUQUE D, BOUGET J, LEJONC JL, DEDECKER L, BOURRIER P, BLEICHNER G, et al. L'organisation de l'aval des urgences : Etat des lieux et propositions. Société Francophone de Médecine d'Urgence. Mai 2005.
- (50) GALIEZ F, ATTARD N, ABIDI S, BARBERIS C, ALAZIA M. Pertinence de la lettre du médecin adressant un patient au S.A.U. Congrès régional du Collège PACA de Médecine d'Urgence ; 24 Mars 2005 ; Marseille.
- (51) KONG WIN CHANG AC. Evaluation qualitative d'un courrier standardisé d'admission à l'hôpital [Thèse]. Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2009.
- (52) GAROT B, GALFARD M. Les courriers d'adressage des médecins généralistes aux urgences des hôpitaux du Hainaut-Cambrésis : étude descriptive et analytique des courriers d'adressage : confrontation des attentes et des difficultés des médecins urgentistes et des médecins généralistes : recommandations et moyens d'amélioration [Thèse]. Lille : Université du droit et de la santé Lille 2 ; 2013.

(53) RAATZ AL. Etat des lieux du rapport entre les médecins urgentistes et les médecins généralistes dans le Nord-Pas-de-Calais en 2015 [Thèse]. Lille : Université du droit et de la santé Lille 2 ; 2016.

(54) CULLET C. Etude prospective des courriers des patients reçus dans une structure d'Urgences [Thèse]. Université des Antilles et de la Guyane ; 2007.

(55) PUJOS L. Qualités et apports du courrier d'admission de la médecine libérale dans un service d'urgences [Thèse]. Bordeaux : Université de Bordeaux II ; 2004.

(56) MIAS VERIN N. Communication ville-hôpital : intérêt de la lettre d'admission aux urgences [Thèse]. Toulouse : Université Paul Sabatier ; 2007.

(57) PAQUIER C, CADAT D, TROLONG-BAILLY C, CARPENTIER F. Évaluation de la qualité d'une lettre d'admission dans le service d'accueil et d'urgence du CHU de Grenoble. JEUR. Mai 2007;20(1S):p146.

Table des illustrations

Figure 1. Diagramme de flux.....	14
Figure 2. Comparaison des devenir des patients aux urgences : retour à domicile versus hospitalisation (%), en fonction de l'âge. Représentation en diagramme en bâtons.....	17
Figure 3. Distribution de la population des deux principaux auteurs : médecin traitant et SOS médecins (%) en fonction des différentes tranches d'âge des patients adressés. Représentation en diagramme en bâtons.....	18
Figure 4. Distribution de la population des deux principaux auteurs : médecin traitant et SOS médecins (%) en fonction des trois principales plages horaires sur 24 heures. Représentation en diagramme en bâtons.....	19
Figure 5. Comparaison du devenir des patients aux urgences : retour à domicile versus hospitalisation (%) en fonction de l'auteur du courrier. Représentation en diagramme en bâtons, par ordre croissant du pourcentage d'hospitalisation.....	25
Figure 6. Devenir des patients au décours du passage aux urgences (%) avec n = 855. Représentation en diagramme en bâtons.....	26
Figure 7. Statut des patients à J7 (%) avec n = 669. Représentation en diagramme en bâtons.....	27
Figure 8. Nouveau contact médical (%) dans les 7 jours suivant le passage aux urgences, dans le cadre d'un retour à domicile, n = 315. Représentation en diagramme en bâtons.....	29
Tableau 1. Description de la population de l'étude selon le devenir : retour à domicile ou hospitalisation.....	15
Tableau 2. Contenu des courriers selon le devenir : retour à domicile ou hospitalisation.....	19
Tableau 3. Contenu des courriers selon le type de médecin : médecin traitant, médecin remplaçant ou SOS médecins.....	21
Tableau 4. Examens réalisés aux urgences selon le devenir : retour à domicile ou hospitalisation.....	23
Tableau 5. Tableau ciblé sur les patients rentrés à domicile après leur passage aux urgences.....	28
Tableau 6. Facteurs associés à l'hospitalisation des patients adressés aux urgences par un médecin. Rapports de côte bruts et ajustés et intervalles de confiance.....	30

Annexes

- Annexe 1 : Discours type lors du rappel téléphonique à J7, des patients rentrés à domicile.

« Bonjour, excusez-moi de vous déranger, je me permets de vous contacter dans le cadre d'une thèse réalisée aux urgences de l'hôpital Pellegrin. J'aurais simplement deux questions à vous poser. »

« Avez-vous reconsulté un médecin depuis votre passage aux urgences ? »

« Avez-vous réalisé des examens complémentaires (prise de sang, radio, échographie, etc ...) depuis votre passage aux urgences ? »

- Annexe 2 : Classification Clinique des Malades aux Urgences.

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

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

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

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

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

Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.