



HAL
open science

Les motifs de recours des courriers des médecins généralistes et leur réalisation aux urgences

Madeline Fournier, Sarah Reveyaz

► **To cite this version:**

Madeline Fournier, Sarah Reveyaz. Les motifs de recours des courriers des médecins généralistes et leur réalisation aux urgences. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02333827

HAL Id: dumas-02333827

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02333827>

Submitted on 25 Oct 2019

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.



AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2019

**LES MOTIFS DE RECOURS DES COURRIERS DES MEDECINS GENERALISTES
ET LEUR REALISATION AUX URGENCES**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Madeline FOURNIER

Sarah REVEYAZ

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE

Le : 11/10/2019

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury : Mme le Professeur Françoise CARPENTIER

Membres :

M. le Docteur Dominique SAVARY (directeur de thèse)

M. le Professeur Dominique LAMY

M. le Docteur Maxime MAIGNAN

M. le Docteur François PAYSANT

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**

Année 2018-2019

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et de Pathologie Cytologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CANALI-SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAIINK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

REMERCIEMENTS COMMUNS

Aux membres du jury

A Madame le Professeur Françoise Carpentier,

Merci pour l'intérêt immédiat que vous avez porté à notre travail lorsque nous vous avons sollicitée et de nous avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury. Votre longue carrière aux urgences de Grenoble est un exemple pour nous tous, jeunes urgentistes. Nous espérons à notre tour être à la hauteur pour relever tous les défis de cette belle spécialité.

A Monsieur le Professeur Dominique LAMY,

Nous vous remercions d'avoir accepté d'être présent aujourd'hui pour enrichir le jury de votre expérience en tant que médecin généraliste. Nous vous souhaitons le meilleur pour vos années de retraite à venir.

A Monsieur le Docteur Maxime MAIGNAN,

Merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury, et de nous avoir aidées, de près ou de loin, à atteindre nos objectifs.

A Monsieur le Docteur François PAYSANT,

Merci d'avoir répondu présent alors que nous étions dans la difficulté, nous vous en sommes extrêmement reconnaissantes.

A notre cher directeur de thèse, le Docteur Dominique SAVARY,

Dom, merci de nous avoir fait confiance pour mener ce travail à terme. Malgré ton emploi du temps de ministre, tu as toujours su trouver un moment à nous consacrer pour nous guider, nous conseiller et nous encourager tout au long de l'élaboration et de la rédaction de cette thèse. Nous te souhaitons bonne chance pour cette nouvelle aventure qui commence à Angers, et félicitations au futur Professeur, tu es l'exemple que le travail et la persévérance payent. Encore merci, bises, Les Girls ;)

Et merci à **Fanny** et le **Dr Jérôme JUND** pour les statistiques !

Remerciements de Madeline

A ma famille

A mes deux parents, je vous l'ai déjà dit mais je ne saurais le répéter assez, quelle chance j'ai eu de naître dans cette famille ! Respect, confiance, estime de soi, communication, bienveillance, que de belles valeurs que j'ai appris grâce à vous et que me seront précieuses dans mon futur métier. Merci pour tout, je n'en serais jamais arrivée là sans vous.

Maman, désolée de t'avoir fait une frayeur en choisissant médecine au dernier moment après des mois passés à tergiverser sur mon orientation. Mais il faut croire que c'était le bon choix... merci pour ton soutien inconditionnel, tes mots réconfortants, et aussi de toujours faire mes plats préférés quand je rentre à la maison ! T'es la meilleure.

Papa, merci d'avoir toujours cru en moi, à la seconde où j'ai choisi ma voie. Je repense souvent à ce proverbe que j'ai entendu de ta bouche un sacré nombre de fois quand j'étais petite : « Patience et longueur de temps font plus que force ni que rage ». Après ces dix ans d'étude les mots prennent tout leur sens...

Lisa, sœurlette, ma mioche, je voulais juste te dire que je suis hyper fière de la jeune femme que tu es en train de devenir. Je sais que ça n'a pas dû être toujours facile de passer après moi, à être toujours comparée. Mais tu as ta propre identité, tu es brillante et bourrée de talents, n'en doute jamais. Tu iras loin, j'en suis sûre.

A mes **grands-parents** qui n'êtes plus là depuis longtemps, j'espère vous avoir rendu fiers.

A **Michel**, merci pour toutes tes gentilles attentions, pour m'avoir offert la chance de donner une deuxième vie à la « Caterelle », pour ta participation à un sacré nombre de mes déménagements, et pour la relecture.

A **Claudine**, pour ta douceur, ta gentillesse, et tes paroles toujours encourageantes.

A ma **Tatie Rachel**, tu es un peu ma deuxième maman. Merci pour la fierté que je lis dans tes yeux à chaque fois que l'on se voit. Et pour ton rire qui est beaucoup plus fort que le mien. A **Laurie** et **Marion**, mes sœurs de cœur, pour nos longues soirées à construire des cabanes dans la chambre et à se déguiser avec les vieux habits des années 80 des parents. Vivement la prochaine soirée filles.

A **Eliane et Jean-Louis**, pour avoir endossé le rôle de grands-parents de substitution. Merci de nous avoir accueillis toutes ces années autour de votre table pour Noël.

A **Lau**, merci de m'avoir accompagnée à Lyon et guidée lors de ma journée d'inscription en première année. C'était il y a 10 ans déjà... Il ne nous reste plus qu'à réserver une date pour le Mexique !!

A mes oncles et tantes, cousins et cousines, on ne se voit pas souvent mais c'est toujours un plaisir de se retrouver en famille.

A tous les copains « d'avant »

Marion, ma fêlée, je me devais de commencer par toi. Quelle belle histoire qui continue malgré le poids des années et de la distance. Toujours ma première supportrice. Merci à toi et David de m'avoir fait l'honneur d'être témoin pour votre beau mariage, et d'avoir fait le déplacement pour être à mes côtés en ce jour important.

Aimée, mon rayon de soleil du collège, merci pour nos fous rires au solfège et tous les jeudis après-midi passés à regarder en boucle Star Wars épisode II. A **Vavou**, pour les aprem au lac, les festoches, nos soirées déprime et réconfort à Lyon. Nos moments toutes les trois me manquent (les trois mousquetaires !).

Ma caille, tu es ma plus belle révélation de P1. Tu es la preuve que la première impression n'est pas toujours la bonne. Merci pour toutes les soirées billard au Redhouse et tous les soirs passés chez toi à parler jusqu'à 5h du matin, à jouer de la guitare, à rire ou pleurer. Je me réjouis de te revoir plus maintenant que je me rapproche en Haute Savoie !

A tout le petit groupe : **Jimmy Jey** pour m'avoir écrit la plus belle (drôle) première lettre d'amour de l'histoire, pour toutes les soirées passées à Parves dans le studio à jouer de la batterie, pour ta folie. **Nico F** pour toutes nos chamailleries et les soirées passées à regarder des films d'horreur. **Nono** pour les soirées mythiques l'été à Rathonod, pour avoir égayé la P1, et pour les tee-shirts mouillés sur nos cuisses cramées après la descente de l'Ardèche. **Math**, pour tous nos fous rires en repensant à cette prof, pour les vacances à Bordeaux. Tu es la preuve qu'on peut tomber et se relever (sans mauvais jeu de mot), je t'admire pour ça. **Alexis**, pour taper hyper vite au massive music quizz. **Manu**, parce qu'à chaque fois qu'on se voit je n'ai jamais l'impression qu'il s'est passé 2 ans. **Lisa M**, pour toutes nos conneries, tu fais ressortir mon côté machiavélique mais qu'est-ce qu'on se marre. **Anne**, pour avoir instauré la merveilleuse tradition de la tartiflette de Noël et du recyclage de cadeaux merdiques. **Gaët**, parce que t'es chiant avec tes blagues pourries, mais on est quand même contents quand t'es là.

Ma grosse man, ma plus vieille amie d'école, pour nos bavardages continus, nos étés passés à Walibi, et ce super été de 3eme avec Manu et Nico à camper dans ton jardin. **Ana et Léa**, pour nos parties de petit bac en cours de maths et pour nos rires de pestes.

A **Rosie**, ma petite anglaise préférée, pour ce coup de cœur amical, tu es le meilleur anti-dépresseur qui existe, un concentré de rire et de bonheur. Merci pour notre super enregistrement de Jimmy qui restera un beau souvenir.

A **Brice**, mon premier amour, pour ton soutien pendant ma première année, tu as grandement participé à ma réussite.

A tous les copains de Lyon :

Le Seven Up : merci d'avoir rendu l'externat trop cool, que de bons souvenirs avec vous (nos sorties resto au Penjab, les trajets à chanter les chansons paillardes dans le métro avec nos bouteilles en plastique à la main, les longues journées à la BU et à Galien)

Popo merci pour ta bonté à toute épreuve, tes cups-cakes, et pour nous avoir fait mourir de rire au Gala Santard. J'ai été honorée d'être ta témoin. Merci pour nous avoir fait profiter de ton beau mariage au Brésil (tu peux recommencer quand tu veux ^^). **Loulou**, pour tous nos apéros et soirées raclette chez toi, pour toujours nous fournir du rouge à lèvres en soirées. **Noémie**, pour nos contre-soirées bières pendant qu'ils étaient tous en couple, pour notre super voyage post-D4 au Vietnam (vive le scooter, les massages hebdomadaires et la « Happy water »). Dommage pour la mission 4L trophy avortée. **Cécilia**, merci de nous avoir divertit avec tes lubies obsessionnelles, tes questions existentielles et ton côté un peu psychopathe. **Flora**, pour ton expertise people (Public) et séries. Merci pour le super weekend ski à Chatel.

Nico H, le mâle au milieu de son Harem. Je te mets un peu à part car t'es aussi dans les copains de l'internat mais bon, t'étais là avant. Tu as le don de m'insupporter mais faut croire que j'aime ça vu qu'apparemment, je t'ai suivi à Grenoble ;-). Merci pour tous les bons moments, de la P2 à la D4, le 1^{er} semestre à Annecy et les suivants, les vacances aux Ursinières à pêcher les étoiles de mer, et au Brésil à boire des Caïpi.

Aux potes de Galien, la D4 aura été plus douce grâce à vous. **Charlotte S** pour tes bonjours aux accents asiatiques et québécois inimitables, et pour les soirées GOT enflammées à l'internat d'Annecy. **Lenaïc**, pour nos soirées au volley. A tous les copains du bureau de l'ACLE, j'ai passé une super année à vos côtés.

A mes rencontres de l'internat :

A mes colocs d'amour, la Dragon's coloc, j'ai tellement adoré ces années à partager le quotidien à vos côtés. Nos soirées films (en VOST svp), les bonnes bouffes, les parties de coinche, ça me manque déjà. Merci d'avoir été comme ma deuxième famille, je vous aime.

Rodg, tu as un paragraphe dédié à la fin ;)

Ma **Lulu**, merci pour tout ce que tu as fait, t'étais un peu la maman de la coloc. Merci pour tes bons ptits plats, pour nos virées au marché de l'Estacade pour préparer le brunch le weekend, pour nos matinées ménage à deux à l'appart sur fond de playlist improbable, pour m'avoir intoxiqué au biathlon, pour nous avoir fait découvrir le jura et la percée du vin jaune, pour les kilos de comté ramenés.

Mon **Flo**, le frère que je n'ai jamais eu, notre Dark Flo. Qu'est-ce que j'ai aimé nos deux ans de coloc et notre semestre tous les deux à Annecy ! Je regrette notre petit potager, tes bons magrets de canard, tes mojitos (hyper corsés), ta voix qui chante faux sur Coldplay et Muse, les soirs où on concourait pour celui qui s'endort le plus vite devant le film.

A l'intercoloc, pour tous nos ptits repas en famille. **Audrey**, notre pédiatre un peu « colère », quelle joie j'ai eu de te rencontrer, ne change rien. **La Truffe**, ton talent de Walking truffe inégalable restera dans les mémoires. A quand tu veux une nouvelle session snapchat dans les embouteillages. **Gwendal**, merci pour ton cours de ski de fond même si on était des boulets. Ps : on vous explosera toujours au Times Up.

A **Elsa**, pour nos innombrables parties de billard à l'internat, nos super vacances ensemble (et ce n'est pas fini !), nos soirées sushis. Je me réjouis de t'avoir à côté à Annecy. PS de rien pour la suture ;)

Juju, merci pour les super semestres passés ensemble à Gre et Annecy, tu es une de mes plus belles rencontres de ces 4 ans. Je suis contente de t'avoir fait rencontrer Nico, même s'il te faut bien du courage pour le supporter au quotidien ^^ Super vacances avec vous et Elsa au Brésil (les boulinhos !).

Merci à tous les copains du 1^{er} semestre à Annecy, pour nos soirées à thème (on n'oubliera pas le jour de l'an...), l'hymne du semestre « sous le vent », les grandes tablées raclette au foyer. Ce semestre gardera une saveur particulière !

Anne-Pau pour ton côté complètement barré, les soirées « ptites chattes » à regarder scrubs dans ton appart, tes talents de peintre sur les draps de l'hôpital pour décorer le foyer, notre séjour en Crête. **Quentin**, parce qu'aucun de nous n'est raisonnable, on se tire vers le bas mais qu'est-ce qu'on se marre. Comme dirait un philosophe du nom de Timon « c'est terrible c'est affreux ». **Greg** merci pour nos folles soirées répète avec Lasilux. **Gaulin** pour ton talent incontestable en matière de déguisements. **Manu** pour ton côté marseillais mais trop cool. **Steph** et tes blagues sur fond de voix monocorde. **Marion B**, toi aussi une belle rencontre, j'ai été ravie de t'avoir comme co-interne en cardio par la suite. **Ludo**, t'étais ooodieux au début, mais en fait t'es une crème. **Paul**, pour la blague de la pipe pingouin. **Justine C**, on ne savait pas à l'époque que tu intégrerais la coloc par « alliance », désolée si on a été un peu dures avec toi, garde ta joie de vivre. **Hélène**, pour nous super duos au chant. A mes co-internes des urgences avec qui j'ai passé un super premier semestre, en particulier **Adri**, pour ton grain de folie, et **Lisa** que j'ai appris à mieux connaître à l'UPUM.

A tous ceux du 2^{ème} semestre à l'internat de Grenoble : **Anne et Flo** (vivement que vous arriviez à Annecy !), **Béné** (parce que je ne sais jamais si tu blagues ou pas), **Louis, Caro et Nico, Axelle et Foflo, Nono, Manu, Ludo, Laeti D, Pauline B** et tous les autres... Pour les soirées Game of Thrones et films au salon, les grandes tablées du weekend, les sorties au Calagh ou au Tord Boyaux, les randos.

A mes co-internes de pédiat, la Dream Team, **Emilien, Val, Gaetan, Caro, Johanna, Camille, Marie**. Le semestre n'a pas toujours été facile mais j'ai adoré ces 6 mois avec vous.

Aux anneciens de l'été 2017 : un des meilleurs semestres ! **Claire et Flo Z, Arthur et Manon, Céline et Flo C, Marine et Quentin, Anneso et Adri, Valou, Guillaume, Jean, Charlotte...** J'ai adoré les soirées volley/barbecue, les apéros au lac, les rendez-vous GOT au foyer. **Hugo T**, encore une belle rencontre, merci de m'avoir rendue (presque) professionnelle à la coinche.

A mes co-internes de cardio, **Marion, Jojo et Arnaud**, super semestre à la mut !

La promo du DESC, les sessions de cours à dormir et balancer des GIF en amphitheâtre, les gros airbnb avec vous vont me manquer. **Charlotte Léo** en particulier, une petite révélation, merci pour nos fous rires déjà nombreux, j'ai hâte d'être ta future collègue.

Aux autres colocs : **Alex**, merci d'avoir pris soin de ma chambre pendant 6 mois ! **Flo R** pour prendre soin (et poursuivre l'éducation culinaire) de notre Rodg. J'ai hâte qu'on aille voir la suite de Top Gun ;)

A **Hugo C**, merci pour ces 6 mois de coloc, pour tes bons petits plats (un vrai cordon bleu !), pour nous avoir fait profiter de ton abonnement au petit ballon. Tu es d'une générosité sans nom, ne change pas!

A tous les anneciens rencontrés au cours de ce dernier semestre : **Schach** (merci de m'avoir appris la danse du backpack kid), **Bébé et Coco**, et tous les autres, pour nos innombrables parties de volley qui ont été d'une grande aide pour décompresser au milieu de l'écriture de cette thèse !

A mes co-internes de Réa, **Benja** (gamin), **Sabine** (soit moins gentille), **Thib** (le râleur du volley), **Amaury** (le Parisien) pour ce super dernier semestre et pour m'avoir appris tous les gestes. 3 mois c'était trop court !

A tous mes maîtres de stages et collègues :

Merci aux **urgences d'Annecy**, la jeune interne débutante a bien changé en 4 ans, je me réjouis d'intégrer l'équipe en novembre pour pouvoir transmettre à mon tour ce que j'ai appris.

Aux **urgences pédiatriques du CHU**, où j'ai appris qu'un nourrisson ne cassait pas en deux. J'ai énormément progressé grâce à vous. Merci en particulier à Nejwa et Ratiba pour votre gentillesse.

A **Marie-Pierre, Audrey, Catherine et Bruno**, merci de m'avoir fait découvrir chacun à votre façon la beauté de la médecine générale, même si je n'ai pas choisi cette voie (pour l'instant). Grâce à vous j'ai pris confiance et gagné en autonomie.

A l'équipe de l'**UPUM d'Annecy**, super semestre avec vous et toutes les connaissances que vous m'avez apporté ! **Gaël**, pour les matinées passées à se chambrer (mais non t'es pas si vieux), **Pierre** pour tes musiques motivantes avant la visite, **Jean Marc** pour tes blagues graveleuses, **Hélène** pour ta douceur, ta gentillesse et ta rigueur. Et puis à Solène notre pharmacienne préférée, Mélanie et Marion nos 2 assistantes sociales de choc, Florence une cadre au top.

A mes chefs de **cardio à la mut'** : **Damien**, désolée si j'ai été un peu rebelle avec toi, merci pour tes super cours. **Thierry** (Titiiii), pour ta gentillesse avec nous même si on ne comprenait pas toujours tous tes cours (oui on l'avoue), Jacques et tous les autres chefs. La cardio n'a plus de secret (ou presque) pour moi !

A toute l'équipe de **SOS médecins** de Grenoble, **Francis, Paul, Richard**, pour la confiance que vous m'avez accordé et pour les débriefings efficaces. Vous avez une super équipe de médecins et de secrétaires, j'ai beaucoup appris à vos côtés.

A mes chefs de **Réa à Annecy** et de l'**USC de Saint Julien**, pour ce dernier semestre très enrichissant avant d'attaquer sereinement (ou presque) aux urgences.

Sans oublier toutes les équipes paramédicales, infirmières et aides-soignantes des différents services : j'ai fait de belles rencontres et appris énormément de choses grâce à vous.

A tous mes super collègues de la mut pour les 6 mois de rempla trop cool passés avec vous aux urgences.

A **Marie Clavel**, la meilleure tutrice qui existe, merci de m'avoir motivée pour le portfolio !

Et enfin à ma super co-thésarde, coloc et surtout amie :

Sarah, Rodg', et dire que tu as été ma toute première rencontre le tout premier jour de l'internat, et regarde où nous en sommes aujourd'hui. C'est un peu comme un coup de foudre amical, je crois que je l'ai su quand tu as débarqué le 1^{er} jour à Annecy pour m'aider à débarrasser la 4L alors qu'on se connaissait à peine. Ensuite, on ne s'est (presque) plus quittées : 2eme semestre à Grenoble, coloc, DESC et thèse. Je suis fière et heureuse de terminer ces dix ans d'étude à tes côtés de la meilleure des façons. Nous voilà liées pour la vie ! Tu mérites tellement d'être connue, ne doute jamais de tes capacités, aies confiance et crois en toi, tu pourras soulever des montagnes <3

Et enfin à tous ceux que j'ai oublié...

Remerciements de Sarah

Merci à mes parents vos encouragements et votre soutien infaillible (et il en fallait), on va bientôt pouvoir dire que c'est fini, OUF !

Ma Mimouna, tu m'as bichonné, mitonné des petits plats, fait réviser de nombreuses fois, réconforté après des jours « sans ». Même avec la distance tu as toujours été impliquée dans ma vie professionnelle pour les grandes décisions.

Pady, on ne saura jamais si j'ai débuté ces études pour te soigner ou non ;) J'adore toujours ta curiosité quand je parle de mes petites histoires de boulots.

Ma besta sista, Marseille, je rêve toujours secrètement de te faire venir dans le coin et ce n'est pas faute de prospecter dans les maternités de la région, mais je vais m'incliner et te laisser profiter de bordeaux et de ses charmes. Je ne reviendrais pas sur les origines de ta naissance mais merci infiniment d'être dans ma vie et notamment dans les moments de doutes. Tu as toujours su me re-motiver. Notre coloc restera toujours un moment inoubliable avec ses concours, soirées et cette grande complicité.

A toute ma famille et notamment mes grands-parents présents et partie plus tôt.

Ma douce Mama, que serais-je sans ton amour inconditionnel, je te souhaite tout le meilleur à portée de mains.

A mon Corky, amourette de collègue puis ami, tu m'impressionne de jours en jours et tu iras loin.

Aux gujannais : Kiki et sa célèbre coiffure, Emma et ses soirées, Manon, Adrien, ses merveilleuses années de lycée avec ses parties de belottes endiablées.

La fac à Bordeaux avec le groupe de P1 avec Fanny, Jojo, Rémi, Kiki, on n'aura pas toujours bien révisé mais on aura bien rit !

Mon groupe de fac à bordeaux avec ma grande et brillante Gubi qui vogue vers les côtes normandes mais à qui je souhaite un retour Testerin. Ma petite Yas, qui malgré les circonstances, aura toujours une place dans mon cœur. A Noémie qui restera la pédiatre que je trouve la plus fun, Bain-Marie, Fanny et Paul, James et Brandouille. Grace à vous j'ai passé un externat inoubliable.

Avec ce 1^{er} semestre à Annecy j'ai rencontré mes co internes en gynéco Annepo et sa générosité sans limite, Elsa une belle rencontre que je peux compter dans mes amies et je suis ravie à l'idée de partager encore pleins de moment avec toi , Alex toujours posée, Manon et son énergie débordante et intarissable, Marie et sa brillante alternativité , Aliénor pour avoir été la maman de ces petits pioupiou, Coco et Emilie pour sa joie de vivre communicative, heureusement que vous étiez là. La chambre de garde/ QG avec ses siestes, les soirées chez Annepo, la vidéo pour le gala.

Et puis cet internat de folie avec le gratin annécien : Stéphane et son petit humour pinçant avec sa douce Marion, Nico qui est devenu le cousin, Quentin un équilibre parfait de sagesse et de connerie parfois un peu léchant, Ludo et ses avis nuancés, Adrien pour sa bonne humeur constante, Greg pour sa fraîcheur, Benoit et ses déguisements dérangeant , Manu pour Manu, Jonathan pour cette super journée de poudreuse à la Sambluy, Paul, Justine, Benoit.

Ensuite l'internat de Grenoble avec mes voisins Noémie toujours stylé, et Manu ou le plaisir d'être réveillé à travers le mur, la bande de Chambé avec Axou, Titi, FLo-flo et Bob, Nico et Caro, PÉPÉ.

L'intercoloc : La grande Audrey Petit d'un courage à toute épreuve et Gwendal, bourré d'humour et de répondant pour des soirées inoubliable, des petits de sorties sociale avec Pié-Pié, sans oublier le petit Guillaume, West coast represent !

La bonne Truffe, un concentré d'énergie tout en restant attentive aux autres, qui s'écoute pour ainsi dire jamais mais cela fait partie de son charme ! Tu vas accomplir des grandes choses ma « encore jeune » Truffe mais un peu de patience ! Lots of love (maintenant que tu es bilingue !)

Cette Coloc avec ces repas à 22h et mon apprentissage gustatif et culinaire, ses rires, ses chants, ses heures de salles de bains partagées, ses BK en lendemains de soirées, ces journées de pluie à trainer tous ensemble. Cette petite famille qu'on s'est recréé, c'était royal.

Madou, 1^{ere} personne rencontrée et jamais quittée ou presque. Toujours pétillante, chantante, trémoussante, fumante (je pense que j'ai perdu), mais toujours éblouissante ! J'ai tellement aimé bosser cette thèse ensemble que je serai prête à un refaire une 2^e (ça tombe bien il reste l'article ^^)! Jamais la dernière pour s'amuser (et ce n'est pas que moi qui le dit !).

La petite Lulu, j'ai adoré vivre avec toi, toujours aux petits soins, plus que présente pour me coacher pour le boulot, plus que patiente en cuisine. On peut toujours trouver une oreille bienveillante et attentive. Je suis tellement heureuse de te savoir dans ma vie (et j'espère que cela ne va pas changer) Bref tu es une fille en or, et c'est Gimat qui a bien de la chance ;)

Flo, Flo, Flo un tourbillon d'énergie, j'espère que tu nous reviendras, dans tous les cas vive la chocolatine !

Les nouveaux colocs : la belle Alex que j'ai toujours un immense plaisir à revoir, Hugo j'ai adoré être ta coloc à distance !

La médecine Béeéé, quelle équipe avec ma pétillante Lolo, le professeur Flo et Mama Daniela. Ce stage à Voiron avec le train, nos chefs, nos pause cafés au soleil, nos vidéos. Que du bonheur grace à vous 3 !

Les cointernes de DESC toujours des supers moments passé en séminaire, vivement qu'on travaille ensemble !

Merci à toutes ces personnes que j'aime tendrement.

A MON Flo, merci d'avoir choisi notre coloc <3

SOMMAIRE

LEXIQUE	16
RÉSUMÉ	17
INTRODUCTION	19
Épidémiologie	19
Le courrier médical	20
Démarche diagnostique en médecine générale	21
L'accueil aux urgences	21
Objectif de l'étude	22
MATÉRIEL & MÉTHODE	23
Type d'étude	23
Modalités de recueil	23
Critères d'inclusion et d'exclusion	23
Grille de recueil	24
Critères de jugement	25
Concordance diagnostique	25
Analyse statistique	26
RÉSULTATS	27
Données générales	27
Résultat principal	30
Résultats secondaires	32
DISCUSSION	35
Analyse critique des résultats	35
Résultat principal	35
Résultats secondaires	40
Analyse méthodologique	44
Pistes de recherche	45
CONCLUSION	46
BIBLIOGRAPHIE	48
ANNEXES	51

LEXIQUE

AP = Ambulance privée

CCMU = Classification Clinique des Malades aux Urgences

CH = Centre Hospitalier

CIMU = Classification Infirmière des Malades aux Urgences

CIM-10 = Classification Internationale des Maladies (10^{ème} révision)

DPU = Dossier Patient des Urgences

DREES = Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD = Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

IAO = Infirmier(e) d'Accueil et d'Oriantation

MG = Médecin généraliste

ORL = Oto-Rhino-Laryngologie

PEC = Prise en charge

RAD = Retour à domicile

SMUR = Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

UHCD = Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UNV = Unité Neurovasculaire

USC = Unité de Soins Continus

USIC = Unité de Soins Intensifs Cardiologiques

RÉSUMÉ

Introduction : 20% des 21 millions de passages annuels aux urgences sont accompagnés d'un courrier. Son utilisation pourrait être optimisée dès l'arrivée du patient aux urgences. L'objectif est d'analyser le motif de recours aux urgences contenu dans les courriers des médecins généralistes et la réalisation de leur demande. **Matériel et méthode** : Recueil de tous les patients majeurs avec un courrier de médecin généraliste sur l'hiver 2018-2019 aux urgences d'Annecy. Analyse des motifs de recours aux urgences (demande d'hospitalisation, hypothèse diagnostique, demande de ressources, thérapeutique spécifique, tableau de symptômes, demande sociale) et leur réalisation. **Résultats** : 1013 courriers ont été recueillis (12.3% des admissions), 729 demandes ont été réalisées sur les 976 motifs de recours soit 74,7%. 132 hospitalisations sur les 164 demandées soit 80.5% vs 385 sur les 826 avec un motif autre, soit 46.6%, ($p < 0.01$). 218 hypothèses diagnostiques ont été confirmées sur un total de 333, soit 66.3% ($p < 0.01$). 54 des thérapeutiques spécifiques ont été faites sur les 62 demandes, soit 87.1% ($p < 0.01$). La biologie était prescrite pour 163 cas soit 94.8%, l'imagerie pour 193 patients soit 76.9% et l'avis spécialisé pris pour 160 cas soit 74.8% ($p < 0.01$). **Conclusion** : Il existe une bonne concordance entre le motif de recours contenu dans les courriers des médecins généralistes et la prise en charge aux urgences, notamment en cas de demande d'hospitalisation. Le courrier influence le parcours du patient aux urgences et pourrait servir de prescription médicale anticipée dès l'accueil.

Mots clés: courrier, médecin généraliste, service d'urgence, concordance, motifs de recours

ABSTRACT

Introduction: 20% of the 21 million annual emergency department visits are accompanied by a referral letter. This letter could be better used as soon as the patient arrives in the emergency department. The objective of this study is to analyze the reasons for sending patients to emergency departments exposed by general practitioners in referral letters and how their request is carried out. **Methods:** Data collection of all adult patients referred by general practitioners to the Annecy emergency services with a letter, during the winter of 2018-2019. Analysis of the reasons of referral to the emergency department (hospitalization request, diagnostic hypothesis, request for resources, specific therapeutics, symptom chart, social needs) and how the requests are fulfilled. **Results:** 1013 letters were collected (12.3% of admissions), 729 requests have been made on the 976 referral reasons ie 74.7%. 132 hospitalizations out of the 164 requested, ie 80.5% vs 385 out of the 826 with another reason, ie 46.6%, ($p < 0.01$). 218 diagnostic hypotheses were confirmed out of a total of 333, ie 66.3% ($p < 0.01$). 54 specific treatments were performed on the 62 requests, ie 87.1% ($p < 0.01$). Biological analysis were prescribed for 163 cases (94.8%), medical imaging for 193 patients (76.9%) and specialist advice (160 cases), ie 74.8% ($p < 0.01$). **Conclusion:** There is a good match between the reason of referral exposed in the letters from general practitioners and the fulfilment of this request in the emergency department, even more if it concerns an hospitalization. The referral letter influences the patient's pathway to the emergency room and could be used as an early medical prescription on arrival.

Key words : referral letter, general practitioners, emergency department, concordance, reasons of referral

INTRODUCTION

Épidémiologie

En l'espace de vingt ans, le nombre de passage aux urgences a doublé en France : il est de plus de 21 millions en 2016 contre 10.1 millions en 1996; soit une augmentation de 3.5% en moyenne par an(1). Une enquête en 2008 avait montré que plus d'un quart de la population (27%) avait consulté aux urgences dans l'année(2). Deux tiers des consultations (67.5%) étaient jugées inappropriées d'après une étude Martiniquaise(3).

Il semblerait que l'augmentation du recours aux services d'urgences soit multifactorielle. On constate en effet une croissance de la consommation médicale en lien avec l'évolution sociétale. D'après le rapport de la DREES de 2017, Le vieillissement de la population joue également un rôle non négligeable puisque les plus de 75 ans représentent 12% des passages aux urgences, dont 56% d'hospitalisations à l'issue et un nombre d'actes plus élevé(4). Enfin, le manque d'accessibilité aux examens et aux spécialistes en ambulatoire, avec des délais d'obtention de rendez-vous de plus en plus longs(5,6), fait des urgences une porte d'entrée privilégiée et rapide à ces différentes ressources.

Parmi les consultations aux urgences, selon le rapport de la DREES de 2003, la présence d'un courrier accompagnant correspond à environ 21% des passages(7) ; et représenterait en particulier un indicateur de fragilité dans la population des plus de 75 ans(8).

Le courrier médical

D'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins, le courrier médical concrétise et consacre le secret médical partagé(9), concept qui existe depuis plus de vingt ans. Le partage de l'information entre médecins est bien codifié et doit se faire avec le consentement du patient(10).

A l'ère du développement du Dossier Médical Partagé, le courrier a pris une place essentielle dans l'échange des informations entre les praticiens et représente un outil primordial à la prise en charge des patients, en particulier pour faire le lien ville-hôpital, notamment lors du passage aux urgences(11,12). Dans un rapport de la Fédération Hospitalière de France de 2018, la première proposition est de rendre obligatoire la communication des résultats médicaux aux généralistes, et réciproquement(13).

Plusieurs travaux ont étudié l'intérêt des courriers d'adressage des patients aux urgences et la qualité de leur contenu(14–18), et ainsi suggèrent l'utilisation de courriers-types(19).

Il semblerait que la présence d'un courrier soit associée à une amélioration globale de la prise en charge (diagnostics plus pertinents, demandes d'examens moins nombreuses et plus orientées)(20) ; en contrepartie la durée de séjour est souvent augmentée, du fait du tri réalisé en amont par les médecins avec des patients potentiellement plus sévères(21,22).

Par ailleurs, entre les médecins généralistes et les urgentistes, les attentes ne sont pas les mêmes concernant les informations qui doivent être mentionnées dans le courrier médical. En effet, une étude de 2004 montrait que les médecins généralistes

estimaient que le plus important était la mention du motif d'adressage, du traitement habituel et de l'état civil, alors que les urgentistes préféraient des données sur le traitement habituel, les antécédents et les thérapeutiques utilisées pour la situation actuelle(23).

Démarche diagnostique en médecine générale

Au cours de ses consultations, le médecin généraliste gère les problèmes en ambulatoire dans la majorité du temps.

Toutefois, certaines situations plus complexes peuvent nécessiter le recours aux urgences. L'orientation vers l'hôpital s'articule alors dans une démarche de soins réfléchie et dont les objectifs sont variables.

Ainsi, le médecin, dans son raisonnement clinique, peut poser une indication d'hospitalisation d'emblée, avoir une hypothèse diagnostique à vérifier, ou nécessiter des ressources hospitalières (examens paracliniques, avis spécialisés, thérapeutiques)(24).

L'accueil aux urgences

L'accueil du patient aux urgences en France se fait habituellement par l'infirmier(e) d'accueil et d'orientation (IAO) qui va être la première personne à évaluer cliniquement le sujet. Il établit alors un triage selon le niveau d'urgence à l'aide de la grille CIMU, qui conditionne le délai dans lequel le patient doit être vu par l'urgentiste.

Les patients munis d'un courrier ont déjà bénéficié d'un premier avis médical, ce qui peut influencer l'IAO dans son tri. La mention de signes de gravité évoqués dans la lettre peut alors augmenter le niveau de priorité du patient(25).

Objectif de l'étude

Dans l'optique d'améliorer la prise en charge des patients adressés aux urgences par les médecins généralistes, nous avons pensé qu'il était intéressant d'optimiser l'utilisation de leurs courriers d'adressage. En effet, les médecins généralistes effectuent une première évaluation médicale et formulent des propositions de prise en charge qui ne sont pleinement exploitées qu'à la lecture du courrier par le médecin urgentiste, parfois plusieurs heures après l'arrivée du patient.

L'objectif de l'étude est d'analyser les motifs de recours contenus dans les courriers des médecins généralistes et de les comparer à la prise en charge réalisée par les urgentistes au Centre Hospitalier d'Annecy afin d'évaluer l'impact du courrier sur le devenir du patient.

MATÉRIEL & MÉTHODE

Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive prospective monocentrique réalisée aux urgences du Centre Hospitalier d'Annecy pendant dix semaines au cours de l'hiver 2018/2019.

Modalités de recueil

Le recueil des courriers a été réalisé à l'accueil des urgences 7 jours/7 et 24h/24 par les agents administratifs entre 8h et 22h puis par l'IAO en nuit profonde, du fait de l'absence d'accueil. Ces derniers avaient été préalablement informés du déroulement de l'étude en personne, par mail et via des affiches explicatives.

Après information orale au patient, le courrier était photocopié avec une étiquette d'identification de la personne, puis déposé dans une bannette située à la banque d'accueil des urgences qui était relevée de manière hebdomadaire par nos soins.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Tous les patients de plus de 18 ans se présentant aux urgences munis d'un courrier de médecin généraliste ont été inclus.

Étaient exclus les patients transportés par le SMUR et ceux adressés par un médecin spécialiste ou un autre soignant (paramédical).

Grille de recueil

La grille de recueil était composée de données épidémiologiques (âge, sexe), du type de courrier (informatique ou manuscrit), du type de médecin adressant, du mode de transport, du tri de l'IAO (CIMU), des dates et durées de séjour, du motif d'adressage, des signes de gravité, des demandes de ressources (examens, avis, thérapeutiques), du diagnostic du courrier et des urgences, du score CCMU et du devenir des patients.

Etaient considérées comme signes de gravité les anomalies des constantes vitales telles qu'une fréquence cardiaque inférieure à 50/minute ou supérieure à 100/minute, une tension artérielle systolique strictement inférieure à 100 mmHg ou supérieure à 180 mmHg, la présence de marbrures, une polypnée supérieure à 20/minute, une saturation en oxygène strictement inférieure à 92% et des troubles de conscience définis par un score de Glasgow inférieur ou égal à 14.

Les six motifs principaux d'adressage ont été priorisés de la demande de prise en charge la plus globale à l'absence de demande ; respectivement la demande d'hospitalisation, l'hypothèse diagnostique, la nécessité d'une thérapeutique spécifique, le besoin de ressources (paracliniques, avis spécialisés), une problématique sociale, et la description de symptômes isolés. Lorsque plusieurs motifs étaient présents dans le courrier, nous n'avons retenu que le motif prioritaire.

La base de données du logiciel des urgences Dossier Patient Urgence (DPU) a été utilisée pour répertorier les informations en lien avec la prise en charge effectuée aux urgences.

Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la concordance entre la prise en charge demandée par le généraliste et celle effectuée aux urgences, en fonction du motif de recours.

Les critères de jugement secondaires étaient la concordance diagnostique entre le généraliste et l'urgentiste, la prévalence et les facteurs influençant l'hospitalisation.

Concordance diagnostique

La concordance diagnostique était évaluée par chacun des deux investigateurs principaux après lecture du courrier et des données du logiciel DPU (double lecture), en se basant sur la classification CIM10 (classification internationale des maladies) et lorsque cela n'était pas assez précis, sur les diagnostics formulés dans les observations médicales. Le devenir du patient était également pris en compte.

Une échelle de concordance a ensuite été définie avec trois niveaux :

- très concordant : diagnostic strictement identique ou à défaut, lorsque le diagnostic n'était pas confirmé mais que l'urgentiste avait les mêmes conclusions que le généraliste et que le patient était gardé hospitalisé, le diagnostic était considéré comme très concordant.
- moyennement concordant : diagnostic différent à l'issue des examens mais démarche cohérente (exemple suspicion de syndrome coronarien aigu et diagnostic d'ulcère gastroduodéal)
- pas du tout concordant : conclusions très différentes

Lorsqu'il existait un doute ou un désaccord entre les deux investigateurs principaux, un troisième avis était réalisé par le directeur de thèse.

Analyse statistique

Les variables qualitatives ont été décrites par leur fréquence relative et absolue (effectif et pourcentage) et les variables quantitatives par leur moyenne, médiane, écart-type et intervalle interquartile. Les données ont été comparées à l'aide de tests paramétriques, soit le test du Chi-2 pour les variables qualitatives et le test t de Student ou l'analyse de variance (ANOVA) pour les variables quantitatives. Le seuil de signification retenu était de 0.05 pour les différents tests. Il n'y a pas eu de correction de l'inflation du risque alpha. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS® version 25.0.

RÉSULTATS

Données générales

Un total de 1013 courriers de médecins généralistes a été recueilli entre le 28 novembre 2018 et le 8 février 2019.

Le nombre de passages des patients de plus de 18 ans aux urgences sur cette période était de 8321, soit une proportion de 12.2% de courriers.

La **figure n°1** représente la répartition des courriers en fonction des différents motifs de recours (FLOWCHART).

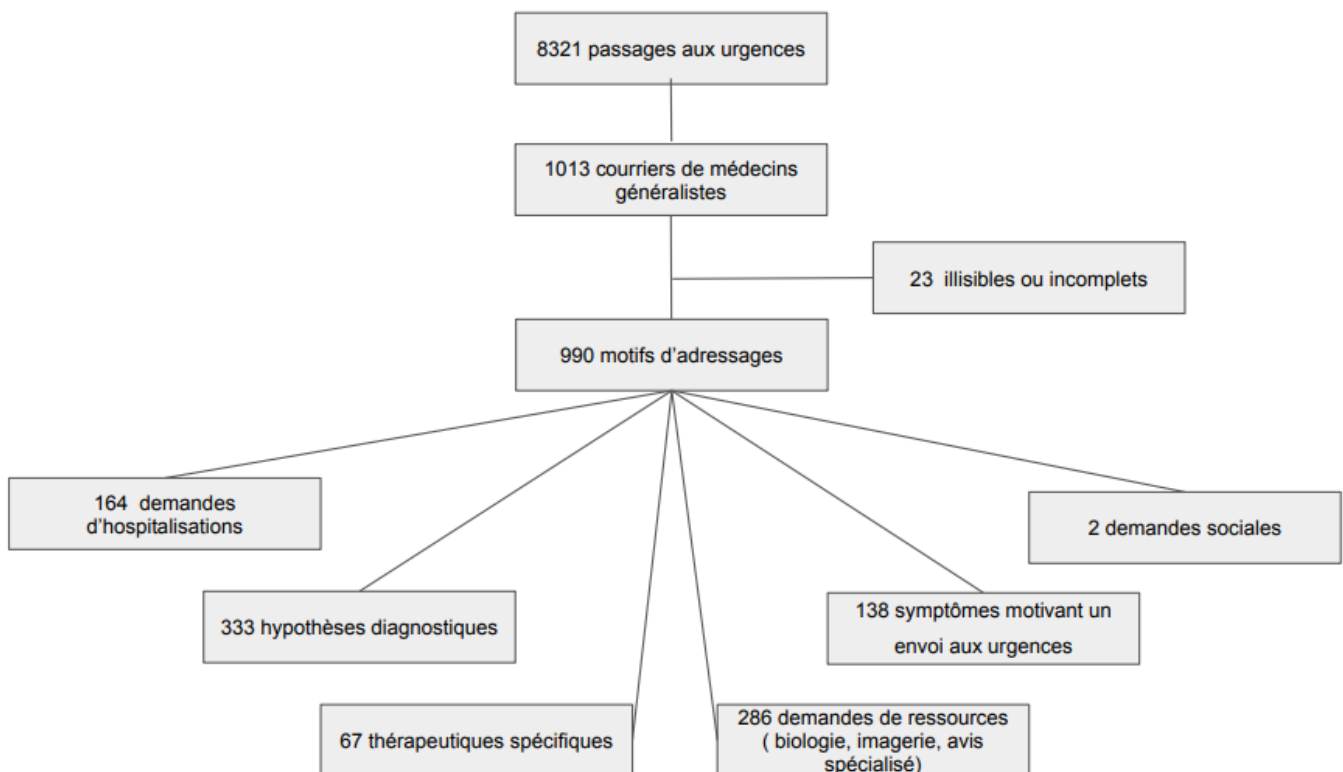


Figure 1. Flowchart

Les 23 courriers qui n'ont pas pu être exploités en totalité car incomplets ou considérés illisibles ont tout de même été pris en compte pour l'analyse du devenir (hospitalisation, retour à domicile...).

Les données épidémiologiques et générales sont reportées dans le tableau 1.

n = 1013	nombre	%		nombre	%
Courrier informatique			Age		
oui	626	61,8	moyen	62.67	-
non	387	38,2	Jour de la semaine		
Sexe du patient			lundi	179	17,8
féminin	561	55,4	mardi	154	15,2
masculin	452	44,6	mercredi	142	14
Médecin adressant			jeudi	173	17,1
médecin traitant	675	66,7	vendredi	195	19,2
remplaçant/autre MG	174	17,3	samedi	116	11,5
médecin de garde	65	6,4	dimanche	53	5,2
SOS médecin	97	9,6	Signes de gravités		
Transport			oui	188	19
personnel	623	61,6	non	803	81
taxi	2	0,2	Classification CCMU		
sapeurs pompiers	36	3,6	CCMU 1	16	1,6
ambulance privée	350	34,6	CCMU 2	449	44,5
Tri IAO			CCMU 3	448	44,4
CIMU 1	2	0,2	CCMU 4	64	6,3
CIMU 2	106	10,5	CCMU 5	1	0,1
CIMU 3	521	51,5	CCMU P	31	3,1
CIMU 4	373	36,9	Devenir		
CIMU 5	9	0,9	RAD ou EHPAD	333	32,9
Délai de prise en charge médicale			RAD avec suite de soins	135	13,3
moyenne en heure	02:09		UHCD puis RAD	46	4,5
écart type en heure	01:24		hospitalisation	450	44,5
Durée de passage			réa, USC, USIC, UNV	29	2,9
moyenne en heure	06:26		sorti sans PEC, refus PEC	14	1,4
écart type en heure	04:17		décès	5	0,5

Tableau 1. Données épidémiologiques recueillies depuis les courriers et le logiciel DPU

Légende : MG = médecin généraliste. RAD = Retour à domicile. EHPAD = Etablissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes. UHCD = Unité d'Hospitalisation de Courte Durée. USC = unité de soins continus. USIC = Unité de soins intensifs cardiologiques. UNV = Unité neurovasculaire. PEC = prise en charge.

Le taux d'hospitalisation était de 52,4%, comprenant les hospitalisations à l'UHCD, en service conventionnel, en réanimation ou soins intensifs et les décès. Une suite de soins a été organisée chez 13,3% des patients sous forme d'examens paracliniques, de consultations ou d'hospitalisations programmées.

Une biologie avait été effectuée en ville avant d'adresser le patient dans 13,3% des cas, et 8% avaient déjà eu une imagerie.

Les filières diagnostiques à l'issue de la consultation aux urgences sont reportées dans la figure 2.

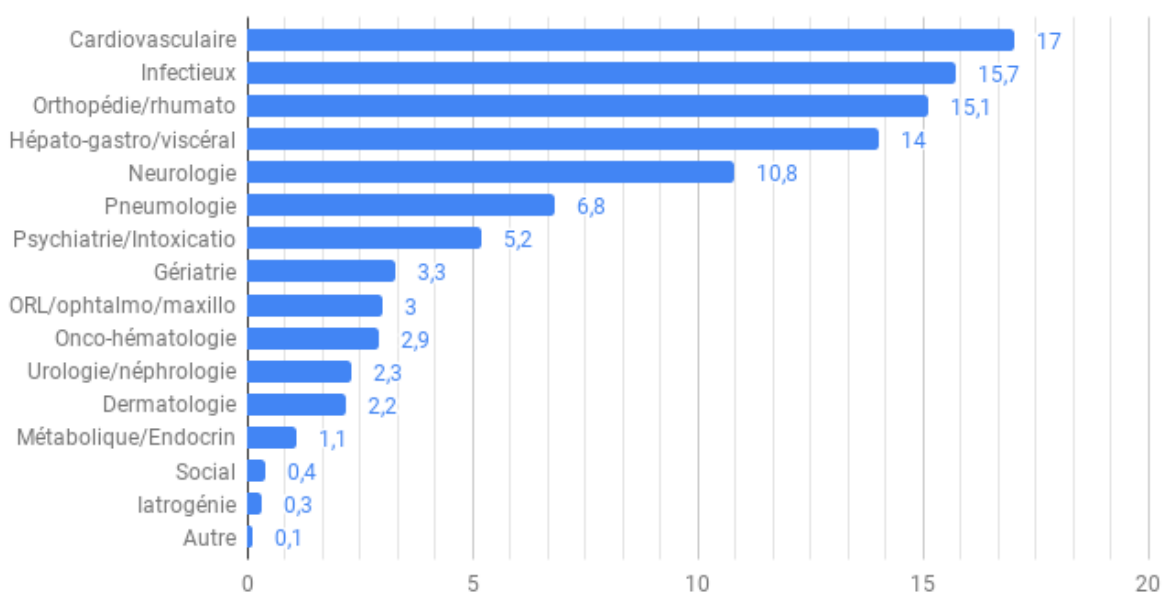


Figure 2. Filières diagnostiques, basées sur le diagnostic final aux urgences (proportion en %)

Les patients étaient adressés en majorité pour des pathologies cardiovasculaires, infectieuses, traumatologiques, abdominales et neurologiques. Ces 5 filières concernaient à elles seules plus de 70% des patients.

Résultat principal

Les résultats concernant le critère de jugement principal sont illustrés dans la figure 3.

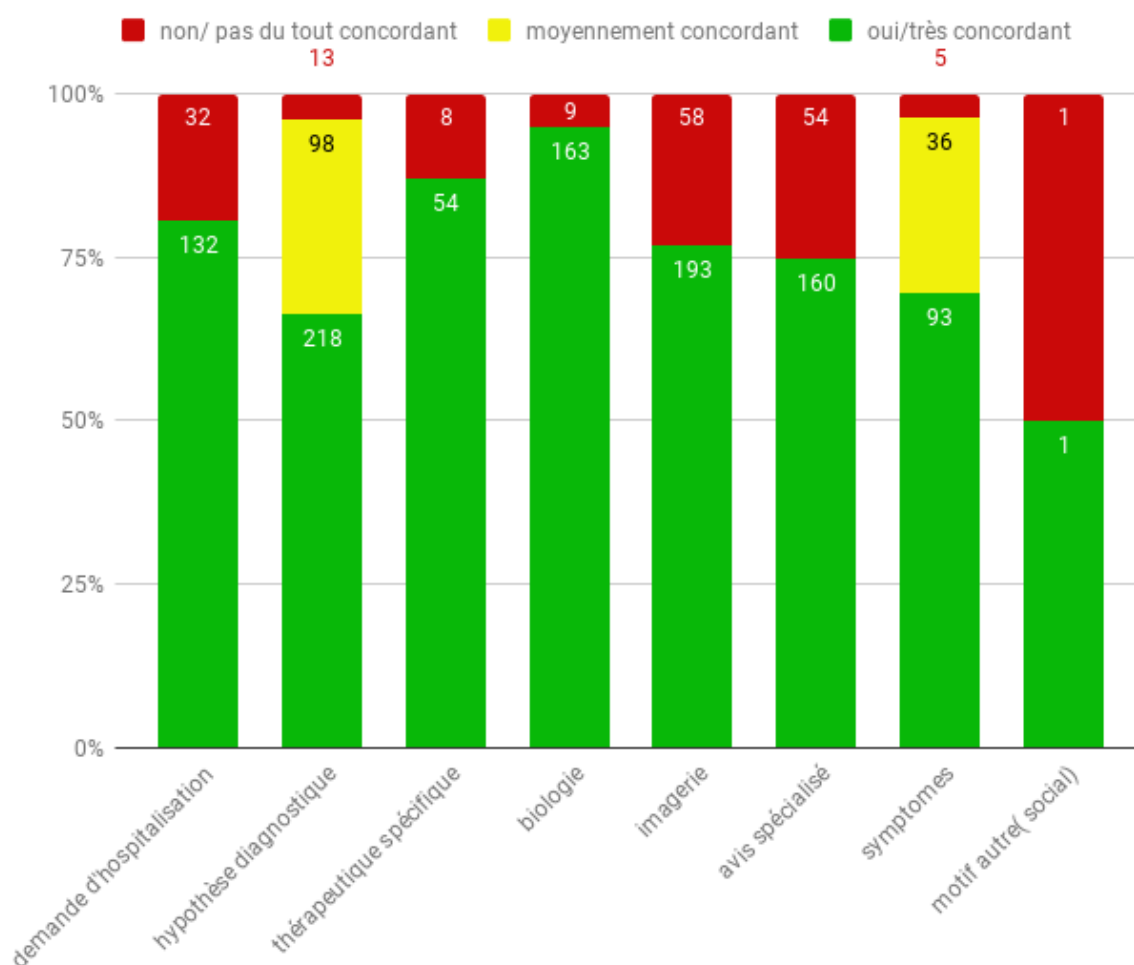


Figure 3. Concordance de prise en charge pour chaque motif de recours (réalisation de la demande ou concordance diagnostique)

Sur les 164 hospitalisations demandées, 132 ont été effectives, soit une concordance à 80,5%. Le taux d'hospitalisation était significativement plus élevé lorsque celles-ci avaient été demandées préalablement ($p < 0,01$).

Lorsque le motif de recours était une hypothèse diagnostique ($n=329$), le diagnostic final était considéré comme très concordant chez 218 patients (soit 66,3% des cas), moyennement concordant chez 98 patients (29,8% des cas) et chez

seulement 13 patients le diagnostic n'était pas du tout concordant (4% des cas). Il existait une meilleure concordance diagnostique lorsque les patients étaient adressés pour un motif autre qu'une hypothèse (502 patients sur 641 soit 78,3% considérés très concordants, $p < 0,01$).

Lorsque le médecin adressant souhaitait la réalisation d'un traitement, celui-ci était réalisé chez 54 patients soit dans 87,1% des cas.

Si le motif de recours était une demande de ressource, celle-ci était réalisée plus souvent que lorsqu'elle n'était pas mentionnée sur le courrier, respectivement à 94,8% vs 74,2% pour la biologie ($p < 0,01$), 76,9% vs 55,9% pour les imageries ($p < 0,01$) et 74,8% vs 38,7% pour les avis spécialisés ($p < 0,01$).

En cas de présentation symptomatique ($n=134$), la concordance diagnostique a également été analysée, avec 93 cas très concordants (69,4%), 36 moyennement concordants (26,9%) et 5 pas du tout concordants (3,7%). Aucune différence significative en matière de concordance diagnostique n'a été retrouvée en comparaison avec les courriers comportant une demande précise formulée ($p=0,32$).

Enfin sur les 2 patients concernés par une demande de prise en charge sociale, un seulement a été hospitalisé.

Chez 14 patients l'analyse n'a pas pu être faite car ils sont partis sans prise en charge (4 dans le groupe hypothèse diagnostique, 5 dans le groupe thérapeutique, 1 dans les demandes de ressources et 4 dans les symptômes).

En définitive, tous motifs de recours confondus, la concordance globale de prise en charge, c'est-à-dire la réponse positive à la demande du médecin généraliste ou un diagnostic considéré très concordant, était de 74,7% (soit 729/976 patients)

Résultats secondaires

Le tableau 2 répertorie le taux d'hospitalisation en fonction de différents facteurs.

		hospitalisation				valeur p		hospitalisation				valeur p				
		total	nombre	%	nombre			%	total	nombre	%		nombre	%		
Signe de gravité	oui	186	129	69,3	57	30,7	< 0.01	Transport	personnel ou taxi	625	259	41,4	366	58,6	< 0.01	
	non	802	386	48,1	416	51,9			sapeurs pompiers	36	22	61,1	14	38,1		
Jour de la semaine	lundi	179	89	49,7	90	50,3	0,49	ambulance privée	350	252	72	98	28	< 0.01		
	mardi	154	85	55,2	69	44,8		Age	18-34 ans	150	47	31,3	103		68,7	
	mercredi	142	74	52,1	68	47,9		35-49 ans	131	41	31,3	90	68,7			
	jeudi	173	98	56,6	75	43,4		50-75 ans	387	205	53	182	47			
	vendredi	195	107	54,9	88	45,1		>75 ans	344	241	70,1	103	29,9			
	samedi	116	52	44,8	64	55,2		motif d'adressage	demande d'hospitalisation	164	132	80,5	32		19,5	<0.01
	dimanche	53	29	54,7	24	45,3		hypothèse diagnostique	329	163	48,9	170	51,1			
Médecin adressant	médecin traitant	675	358	53	317	47	thérapeutique spécifique	62	37	59,7	25	40,3				
	remplaçant/autre MG	174	83	47,7	91	52,3	demande de ressource	285	119	41,8	166	58,2	<0.01			
	médecin de garde	65	30	46,2	35	53,8	symptôme	134	64	47,8	70	52,2				
	SOS médecin	97	63	65,0	34	35,0	demande sociale	2	1	50	1	50				

Tableau 2. Facteurs influençant l'hospitalisation. Différence significative pour $p < 0,05$

La présence de signes de gravité mentionnés sur le courrier menait à une hospitalisation dans 69,3% des cas, ce qui était significativement plus élevé que lorsqu'il n'y en avait pas ou que ce n'était pas précisé (48,1% d'hospitalisation, $p < 0,01$).

Le taux d'hospitalisation variait peu en fonction des jours de la semaine ($p = 0,49$).

Il était plus élevé quand les patients étaient adressés par SOS médecins ($p = 0,05$).

Les patients étaient également plus hospitalisés lorsqu'ils étaient acheminés par les sapeurs-pompiers ou les ambulances privées que lorsqu'ils consultaient par leurs propres moyens ($p < 0,01$). Concernant l'âge, 70,1% des patients de plus de 75 ans étaient hospitalisés. Le taux d'hospitalisation baissait ensuite à 53% entre 50 et 75 ans puis à 31,3% en dessous de 50 ans ($p < 0,01$).

Concernant les demandes de ressources, que ce soit le motif d'adressage principal ou non, nous avons retrouvé 461 courriers soit 45,5% où il existait au moins une demande parmi la biologie, l'imagerie ou l'avis spécialisé.

Chez 156 patients, la demande a été réalisée comme spécifiée sur le courrier soit un tiers des cas (33,8%), et chez 200 patients les urgentistes ont même fait plus que ce qui était demandé (43,4%). 105 patients n'ont pas bénéficié du bilan préconisé ou uniquement partiellement (22,8%), dont 28 n'ont eu aucun examen ni avis spécialisé. Sur les 150 demandes d'avis spécialisés seuls, ceux-ci étaient donnés pour 51 patients soit un tiers des cas sans autre examen préalable, et chez 67 patients (44,6%) après avoir effectué une biologie et/ou une imagerie.

Au total, 356 patients sur 461 ont bénéficié des ressources demandées voire davantage, soit 77,2% des cas. Sur les 1013 patients inclus dans l'étude, les urgentistes n'ont utilisé aucune des trois ressources chez 32 patients seulement. Près de 97% des sujets ont donc bénéficié d'au moins l'une des trois.

Nous avons ensuite analysé le sous-groupe de patients chez qui la demande d'hospitalisation n'avait pas été honorée, afin d'en comprendre les raisons.

Sur les 32 patients concernés, 16 avaient un bilan rassurant et l'indication d'hospitalisation n'a pas été retenue (dont 1 qui vivait en EHPAD). A noter qu'une patiente a reconsulté dans les 24 heures qui ont suivi et a finalement été hospitalisée. 4 ont bénéficié d'une surveillance prolongée aux urgences (> 8 heures) et ont pu rentrer à domicile ultérieurement. Chez 7 patients, une suite de soins a été organisée (consultation rapprochée ou hospitalisation programmée) tandis que pour 5 patients l'indication d'hospitalisation a bien été retenue mais 3 étaient hors secteur (touristes rapatriés dans leur région) et 2 ont refusé l'hospitalisation.

De même, 57 patients sur les 186 présentant des signes de gravité dans le courrier soit 30,7% n'ont pas été hospitalisés à l'issue du passage aux urgences. Dans la moitié des cas (29/57 patients), l'examen clinique s'est avéré rassurant aux urgences et les signes de gravité n'ont pas été constatés. Chez 12 patients, il y avait en effet des signes de gravité à la prise en charge initiale mais l'amélioration clinique au cours du séjour aux urgences a permis le retour à domicile. Chez 10 patients l'état clinique a été stabilisé et une suite de soins a été organisée rapidement. 2 patients présentaient effectivement des signes de gravité à type de désaturation mais ont été renvoyés avec de l'oxygène en EHPAD où ils bénéficiaient d'une présence infirmière. Enfin, 4 patients ont refusé l'hospitalisation malgré la gravité potentielle, parmi lesquels 2 ont accepté une suite de soins.

DISCUSSION

Analyse critique des résultats

Résultat principal

Le motif de recours évoqué dans le courrier des médecins généralistes est concordant avec la prise en charge des urgentistes chez 3 patients sur 4 (71,3% de la population).

Il peut être rassurant de constater que les demandes, la plupart du temps pertinentes, sont réalisées dans de telles proportions. Malgré tout, les urgentistes peuvent parfois répondre à la demande du généraliste par esprit déontologique ou pour s'affranchir des répercussions médico-légales. Toutefois, après son évaluation, si l'urgentiste estime un examen non indiqué, la décision finale implique sa responsabilité.

Finalement, peu de travaux se sont intéressés à la concordance globale entre les demandes des généralistes et la prise en charge effectuée aux urgences. En fonction des motifs d'adressage, nous avons toutefois pu comparer nos résultats à diverses études.

Demandes d'hospitalisation

Dans notre étude, la demande du médecin était particulièrement respectée lorsqu'il s'agissait d'un souhait d'hospitalisation (4 patients sur 5), ce qu'avait également montré une étude en Ile-de-France(26).

Nous avons donc cherché à identifier les raisons pour lesquelles certaines demandes d'hospitalisations n'avaient pas été honorées. Finalement, moins de 10% des patients ont bénéficié uniquement d'un bilan aux urgences malgré un souhait d'hospitalisation du médecin généraliste. Dans certains cas, l'urgentiste estimait en effet que celle-ci n'était pas indiquée, mais la proportion des demandes a probablement été surestimée du fait que les suggestions de prise en charge « hospitalière » ont été considérées comme demande d'hospitalisation alors que le médecin ne voulait peut être en réalité qu'une surveillance ou un bilan aux urgences. Dans les autres cas, l'organisation d'une suite de soins permettait une alternative à l'hospitalisation.

Finalement l'indication d'hospitalisation est souvent unanime mais c'est le mode d'hospitalisation via les urgences qui pourrait être discuté. Dans les cas de décompensations de pathologies chroniques, les réseaux de soins pourraient être le lien direct vers l'hôpital et ses lits. L'optimisation de la communication entre les praticiens libéraux et hospitaliers via la messagerie sécurisée, la diffusion d'un annuaire d'avis et l'accès à une liste d'attente de lit commune à tout l'hôpital pourrait faciliter les hospitalisations directes. Cela éviterait aux patients des heures d'attente aux urgences, notamment chez les plus fragiles.

Hypothèses diagnostiques

Concernant la concordance diagnostique, nos résultats sont assez proches de plusieurs études. (26–28).

Certains auteurs se sont concentrés uniquement sur la concordance pour des diagnostics fréquents et/ou graves. Ainsi, les médecins généralistes étaient

particulièrement performants pour les diagnostics de méningites, pyélonéphrites et pancréatites aiguës(29) ou de thromboses veineuses profondes(30). A l'inverse, leur évaluation clinique n'apparaissait pas discriminante dans les syndromes coronariens aigus(31) ni pour les douleurs abdominales aiguës.(32).

Dans notre étude, la concordance diagnostique est moins bonne dans le groupe de patients adressés pour éliminer une hypothèse. Lorsque le médecin adresse son patient pour une hospitalisation ou un traitement, c'est avec une plus grande certitude diagnostique, et donc une meilleure concordance, l'objet n'étant pas de confirmer le diagnostic. A l'inverse, lorsqu'il veut éliminer un diagnostic, qui n'est pas forcément le plus probable mais potentiellement grave ou invalidant, la concordance est moins bonne, ces diagnostics étant heureusement plus rares.

Finalement, les généralistes sont performants sur des diagnostics classiques de médecine générale et, dans les situations d'urgence, pour l'orientation des patients vers une expertise clinique ou un bilan radio-biologique.

Demandes de thérapeutique

En cas de demande de thérapeutique spécifique, celle-ci concernait principalement des prises en charges difficilement réalisables en ambulatoire. En effet, certaines thérapeutiques, par leur technique, le besoin de matériel qui n'est pas toujours disponible en cabinet médical, ou par la surveillance et la réévaluation qu'elles impliquent, justifient un recours aux urgences. Même si certaines mesures sont théoriquement réalisables en ambulatoire, elles restent plus adaptées aux structures d'urgences

Demandes de ressources

Concernant les examens complémentaires, la biologie était quasi systématiquement réalisée lorsqu'elle était demandée, du fait de la facilité de son accessibilité. Parmi ces demandes, certaines auraient pu être faites en ville mais elles impliqueraient une nouvelle consultation dans un contexte souvent saturé de la médecine ambulatoire.

Certaines demandes, dont il existe peu d'indication en ambulatoire hors suivi (hémocultures, troponine), ont évidemment leur place en médecine d'urgence.

Pour les imageries, l'accès n'est pas toujours simple et rapide en médecine de ville avec des grandes disparités selon les régions. Il est difficilement envisageable en pratique pour les médecins de prendre les rendez-vous de leur patients afin d'avoir des délais raisonnables, notamment si l'examen est souhaité dans les 24h.

Nous avons constaté que les spécialistes étaient relativement sollicités dans $\frac{3}{4}$ des demandes. En effet certaines filières d'avis sont optimisées comme dans le cas de l'ORL et de l'ophtalmologie, où l'IAO est en mesure de contacter directement le spécialiste sans passer par une évaluation de l'urgentiste.

En ville en revanche, l'avis des spécialistes, d'abord téléphonique, peut être difficile à obtenir sans réseau car il est chronophage, pas toujours direct, sans être valorisé financièrement. L'obtention d'un rendez-vous de consultation est une source d'organisation supplémentaire qui peut expliquer une partie des envois aux urgences.

Chez 1 patient sur 5, l'avis demandé n'était pas jugé indiqué par l'urgentiste, après avoir réalisé un bilan biologique et/ou radiologique rassurant.

A noter que dans notre étude, nous n'avons pas précisé la spécialité demandée et nous n'avons pas intégré l'avis de l'urgentiste en tant que tel. Or, un certain nombre de courriers ont été classés dans la catégorie « symptômes », sans demande précise, alors que les médecins généralistes souhaitaient un deuxième avis (celui de l'urgentiste). Dans ce cas, leur demande a probablement été respectée, mais nous n'avons pas pu le mettre en évidence. Ainsi, une étude lyonnaise avait montré que l'avis de l'urgentiste pouvait être souhaité jusque dans 71% des cas, et un avis spécialisé autre dans seulement 32% des cas(33).

Symptômes

Cette catégorie, pouvant paraître moins développée en terme de raisonnement clinique, a en réalité l'avantage d'éviter les erreurs de fixation (ou biais d'ancrage) induites par la formulation d'une hypothèse(34,35). Celle-ci peut influencer l'urgentiste à faire des examens pour confirmer ou éliminer la pathologie suspectée, au risque de sous-diagnostiquer une autre pathologie potentiellement grave(36). Ainsi, dans une étude danoise de 2016, Sriskandarajah explique qu'il est de plus en plus commun au Danemark d'adresser les patients avec une présentation clinique symptomatique (2/3 des cas) sans émettre de diagnostic(29). Les patients bénéficient alors d'un bilan standardisé en fonction du symptôme présenté. Cette méthode a certes l'avantage de permettre un bilan exhaustif, mais l'inconvénient de faire pratiquer des examens parfois coûteux ou inutiles. A l'inverse, connaître la présomption diagnostique du médecin généraliste, qui a une vision d'ensemble, ainsi qu'une connaissance plus proche du patient, peut permettre une prise en charge plus ciblée, rapide et efficace, en limitant les examens complémentaires.

Dans notre étude, le fait de formuler une hypothèse ou d'énoncer des symptômes n'influence pas la prise en charge, notamment en matière d'hospitalisation. L'absence de demande précise dans un courrier n'est pas synonyme d'un manque de raisonnement. Par confraternité, certains médecins préfèrent en effet ne pas imposer de bilan, cela n'affaiblit en rien la pertinence de leur intuition clinique.

Résultats secondaires

Hospitalisation

Le taux d'hospitalisation dans notre étude est de 52,4% en présence d'un courrier, ce qui est bien supérieur au taux d'hospitalisation global via les urgences actuellement autour de 27% au CH d'Annecy. Ces valeurs sont comparables aux données d'autres études avec des taux compris entre 44 et 57%(27,28,37,38). Parmi ces études, Godement estimait que 21% de ces hospitalisations n'étaient pas justifiées, mais la méthodologie de notre étude ne permettait pas de répondre à cette question.

Dans notre étude, il existe des différences en fonction des motifs d'adressage des patients. Le taux d'hospitalisation est significativement plus élevé lorsque celle-ci a été préconisée (80,5%), alors qu'il est autour de 50% pour les autres motifs. Lorsque les patients sont adressés pour une thérapeutique spécifique, ils ont tendance à être davantage hospitalisés (55,2%). Le traitement requérant un milieu hospitalier est par définition plus lourd, impliquant des soins paramédicaux, une surveillance clinico-biologique et une réévaluation médicale qui sont plus complexes à mettre en place en situation d'urgence.

En terme d'hospitalisation il y a une tendance inverse, les patients retournent davantage à domicile si la demande concerne des ressources. On peut penser qu'en demandant des examens complémentaires, les généralistes cherchent un accès privilégié au plateau technique hospitalier, sans demande d'hospitalisation déguisée. De plus le retour à domicile est plus aisé en cas de bilan rassurant(39).

Influence du médecin adressant

Parmi les courriers, 2/3 proviennent du médecin traitant. Nous avons retrouvé une plus faible proportion de courriers provenant de SOS médecins que dans d'autres études réalisées à Bordeaux ou Grenoble(27,38). Seule une étude à Rouen, retrouvait des valeurs similaires à la nôtre avec seulement 5% de courriers de SOS médecins (18). Cela s'explique probablement en raison des disparités régionales, avec une activité de SOS médecins plus développée dans les grandes villes. Cela a pu également être sous-estimé par un manque de recrutement des courriers la nuit, alors même que ce sont les seuls médecins répondant en période nocturne sur notre bassin de population. Ces médecins de SOS privilégient régulièrement l'appel téléphonique durant cette période de forte activité pour eux.

L'hospitalisation est significativement plus importante avec un courrier provenant de SOS médecins, dont les praticiens sont davantage confrontés à des situations d'urgences. Le recrutement de leur population concerne des patients souvent plus âgés, plus lourds, moins capables de se rendre chez leur médecin et donc plus susceptibles d'être hospitalisés.

Étonnement, Lemonnier à Bordeaux a retrouvé une tendance inverse avec moins d'hospitalisations lorsque l'auteur du courrier était SOS médecins(38).

Dans une étude Grenobleise sur la pertinence de l'envoi des patients aux urgences par SOS médecins, il a été montré que le recours aux urgences était jugé approprié par les urgentistes dans 83% des cas(40).

Il nous semble donc important, au vu de ces données, de prendre en compte le courrier quel que soit le type de médecin l'ayant rédigé, en gardant malgré tout une vigilance particulière lorsqu'il provient de SOS médecins.

Age des patients

L'âge moyen des patients de notre étude était de 62,6 ans, ce qui est un peu en dessous de la moyenne des données de la littérature avec des âges moyens entre 66 et 69ans(27,33,41), probablement en lien avec notre recrutement non négligeable de patients venant des stations de ski et donc plus jeunes. Les pathologies traumatologiques constituaient en effet plus de 15% des motifs d'adressage.

Mode de transport

Le mode de transport semble également influencer la prise en charge en terme d'hospitalisation concernant les patients acheminés par des ambulances privées (AP) ou les sapeurs-pompiers, comme l'ont montré d'autres études (26,42).

Ces modes de transports sont sollicités dans les situations d'isolement, de gravité immédiate, de besoins d'oxygène, d'impossibilité pour les patients de marcher et de surveillance rigoureuse. Le recours à une ambulance ou aux sapeurs-pompiers en carence est une décision médicale justifiée par un bon de transport (pour les AP).

L'association à l'accueil d'un courrier et d'un patient transporté par ambulance ou sapeur pompiers est plus à risque de mener à une hospitalisation.

Tri IAO

A propos du tri infirmier à l'accueil, la moitié des patients de notre cohorte étaient classés CIMU 3, avec un niveau de gravité intermédiaire, nécessitant un avis médical dans l'heure. Un patient sur 10 était classé CIMU 2, avec des signes de gravité et un pronostic vital engagé nécessitant une évaluation rapide du médecin (dans les 20 minutes) ; un tiers étaient classés CIMU 4, moins graves mais nécessitant des examens complémentaires et un avis médical dans les 2 heures. Seuls 2 patients ont été classés CIMU 1, en urgence vitale immédiate. Cela s'explique car ces patients sont habituellement pris en charge en pré-hospitalier par le SMUR et n'ont donc pas été inclus dans l'étude. Très peu de patients (moins de 1%) étaient classés selon le niveau de tri le plus bas (CIMU 5), à la faveur d'une orientation aux urgences justifiée grâce à un premier tri médical.

D'autres études se sont intéressées à l'influence du courrier sur le triage infirmier aux urgences. Chauveau, à Angers, n'a pas mis en évidence de modification du triage excepté lorsqu'il existait des signes de gravité mentionnés dans la lettre(25). Cadat et Trolong-Bailly, à Grenoble, ont trouvé que plus le tri CIMU était élevé dans le sens de la gravité (CIMU 1, 2 et 3), plus la probabilité d'avoir une lettre était importante, signifiant que les patients adressés étaient plus sévères à l'admission(27). Les constantes vitales, lorsqu'elles sont anormales à l'accueil des urgences, sont un facteur prédictif fort d'admission en unité de soins intensifs et de mortalité intra-hospitalière(43).

Analyse méthodologique

L'une des forces de notre étude est la taille de sa population. Dans la littérature, peu de travaux s'intéressant à l'analyse des courriers ont pu réunir un échantillon de plus de 1000 patients, ce qui confère de la puissance à ce travail.

Une limite de notre étude est son caractère monocentrique. Cependant, le CH d'Annecy draine un grand bassin de population avec une activité générale et pluridisciplinaire qui nous a permis de recueillir un large échantillon de courriers aux motifs variés. De plus, nous avons retrouvé une proportion de courriers d'un peu plus de 12%, ce qui est en dessous du taux de 21% que l'on retrouvait dans le rapport de la DREES de 2003(7). Cela peut s'expliquer d'une part par le nombre de courriers manquant la nuit, et d'autre part du fait que nous nous sommes intéressés uniquement aux lettres provenant des médecins généralistes, excluant les autres spécialités. Parmi des études plus récentes, on retrouve des taux plus proches de nos résultats entre 8% et 18,5%(18,25,28,33,37,38).

Le choix de la période hivernale de recueil a pu influencer le nombre de courriers à la hausse avec les épidémies infectieuses et les pathologies des sports d'hiver. Il pourrait être intéressant de réaliser la même étude sur une autre période de l'année pour rechercher des différences dans les prises en charge, comme cela avait été fait dans une étude lyonnaise en 2013 avec deux périodes d'inclusion distinctes en hiver et en été(33).

Il existe probablement un biais de recrutement lié au mode de recueil des courriers. Il n'y avait dans la population de l'étude que très peu de patients admis après 22 heures, période assurée par l'IAO. La première possibilité pour justifier ce constat

est qu'il y a en effet une proportion minimale de patients adressés la nuit. Nous pensons toutefois qu'une part des courriers n'a pas dû être recueillie par les IAO, en partie en lien avec l'activité dense aux urgences.

Par ailleurs, le choix de la méthodologie ne permettait pas de comparer les patients adressés par les médecins généralistes à ceux qui se présentaient spontanément. Il aurait pu être intéressant de comparer notre population à un groupe de patients témoins et de rechercher l'existence de différences dans les prises en charges des urgentistes, notamment en matière de demandes d'examens complémentaires ou de devenir des patients. Papin, à Pointe-à-Pitre, a comparé une population de 154 patients munis d'un courrier à une population témoin et a mis en évidence que la présence d'un courrier était associée à une augmentation significative du nombre d'examens paracliniques, d'avis spécialisés et d'hospitalisations(5).

Pistes de recherche

Nous avons remarqué, lors de notre recueil de données sur le logiciel DPU, que parmi les patients rentrés à domicile, plusieurs avaient reconsulté ou été réadmis en urgence dans la semaine qui avait suivi leur passage, dont une patiente admise en réanimation 24h après sa sortie. Lemonnier avait d'ailleurs étudié le devenir des patients adressés avec un rappel à J7 de tous les patients sortis au domicile, parmi lesquels 6,3% avait reconsulté aux urgences dans la semaine, 2,5% avaient été réhospitalisés, et 2 patients étaient décédés, sur un effectif de 315 patients(38).

D'autres études se sont intéressées à la réadmission précoce des patients aux urgences, après une sortie d'hospitalisation, en particulier chez les plus de 75 ans(44,45). Il pourrait toutefois être intéressant de réaliser une autre étude pour analyser les réadmissions précoces aux urgences des patients adressés par un

médecin et qui sont rentrés à domicile à l'issue de leur consultation, ceci pour identifier les patients à risque et limiter la survenue de morbi-mortalité évitable.

CONCLUSION

Notre étude a montré qu'il existait une bonne concordance entre la demande établie dans les courriers des médecins généralistes et la prise en charge faite aux urgences.

Les motifs de recours guident la prise en charge des patients. Notamment, en cas de demande d'hospitalisation, il pourrait être intéressant d'anticiper, dès l'arrivée du patient à l'accueil, la réservation d'un lit d'aval puisque sa probabilité d'être hospitalisé est très élevée. De même pour les demandes de ressources, on pourrait imaginer que la lettre du médecin serve à la prescription d'examen dès l'accueil aux urgences, ce qui permettrait d'optimiser la prise en charge de ces patients en réduisant le temps d'attente des différents examens et la durée de transit aux urgences.

Il existe une bonne concordance diagnostique entre le médecin généraliste et l'urgentiste dans l'intérêt global du patient et de sa prise en charge.

La présence d'une lettre, indépendamment de la façon dont l'information est présentée, influence le parcours du patient aux urgences avec un sur-risque d'hospitalisation et une augmentation de la prescription d'examens complémentaires.

On pourrait alors évaluer l'impact sur la prise en charge globale de l'utilisation du courrier comme une prescription médicale dès l'accueil en comparaison de l'organisation actuelle.

THÈSE SOUTENUE PAR : Sarah REVEYAZ et Madeline FOURNIER

TITRE : Les motifs de recours des courriers des médecins généralistes et leur réalisation aux urgences

CONCLUSION :

Notre étude a montré qu'il existait une bonne concordance entre la demande établie dans les courriers des médecins généralistes et la prise en charge faite aux urgences.

Les motifs de recours guident la prise en charge des patients. Notamment, en cas de demande d'hospitalisation, il pourrait être intéressant d'anticiper, dès l'arrivée du patient à l'accueil, la réservation d'un lit d'aval puisque sa probabilité d'être hospitalisé est très élevée. De même pour les demandes de ressources, on pourrait imaginer que la lettre du médecin serve à la prescription d'examen dès l'accueil aux urgences, ce qui permettrait d'optimiser la prise en charge de ces patients en réduisant le temps d'attente des différents examens et la durée de transit aux urgences.

Il existe une bonne concordance diagnostique entre le médecin généraliste et l'urgentiste dans l'intérêt global du patient et de sa prise en charge.

La présence d'une lettre, indépendamment de la façon dont l'information est présentée, influence le parcours du patient aux urgences avec un sur-risque d'hospitalisation et une augmentation de la prescription d'examens complémentaires.

On pourrait alors évaluer l'impact sur la prise en charge globale de l'utilisation du courrier comme une prescription médicale dès l'accueil en comparaison de l'organisation actuelle.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 23/09/19

LE DOYEN Pour le Président
et par délégation
—
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND



Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE



Pr. Françoise CARPENTIER

BIBLIOGRAPHIE

1. Toutlemonde F. Les établissements de santé édition 2018 DRESS. 2018.
2. Société Française de Médecine d'Urgence. Les Français et l'accès aux soins urgents non programmés. Kantar. 2013.
3. Frankowski P. Évaluation du recours au service d'accueil des urgences au centre hospitalier de Trinité [Thèse d'exercice]. Pointe-à-Pitre, France : Université des Antilles; 2015.
4. Boisguérin, Mauro. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. DREES; 2017.
5. Papin. Structure d'urgence du CHU de Pointe-à-Pitre : analyse du recours par les omnipraticiens de ville et comparaison à une population témoin [Thèse d'exercice]. Pointe-à-Pitre, France : Université des Antilles; 2000.
6. Philippot. L'Observatoire de l'accès aux soins - Vague 2. IFOP (Institut Français d'Opinion Publique); 2012.
7. Baubeau, Carrasco. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières, DREES. 2003. Report No.: 215.
8. Caillet P, Herbaud S, Lejonc J-L, Paillaud E. Présence d'une lettre d'admission accompagnant un malade âgé adressé aux urgences : un indicateur de fragilité. *Presse Médicale*. 2008;37(1):60-1.
9. Mercat F. Les courriers entre médecins. Conseil National de l'Ordre des médecins; 1998.
10. Conseil National de l'Ordre des Médecins. ARTICLE 45 (article r.4127-45 du CSP) code de déontologie médicale. 2017.
11. Senger C, Bouton R. Critères de qualité du courrier d'admission d'un patient adressé aux urgences de l'hôpital de Sallanches par un médecin généraliste: obtention d'un consensus par méthode Delphi® [Thèse d'exercice]. Grenoble, France : Université Grenoble Alpes; 2018.
12. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *Int J Clin Pract*. 2015;69(11):1257-67.
13. Jardry. Renforcer le lien Ville - Hôpital. Fédération Hospitalière de France; 2018 p. 12. (Les éditions de la Fédération Hospitalière de France).
14. Nash E, Hespe C, Chalkley D. A retrospective audit of referral letter quality from general practice to an inner-city emergency department. *Emerg Med Australas EMA*. 2016;28(3):313-8.
15. Scully P, O'Donnell B, Peters C, O'Connor M, Lyons D. Older patient hospital admissions following primary care referral: the truth is in the referring. *Ir J Med Sci*. 2016;185(2):483-91.
16. Lafay. Etude prospective des informations contenues dans les courriers des médecins généralistes adressant leurs patients aux urgences de l'hôpital Tenon [Thèse d'exercice]. Paris, France : Université Paris Diderot; 2016.
17. Kong Win Chang A-C. Évaluation qualitative d'un courrier standardisé d'admission à l'hôpital [Thèse d'exercice]. Grenoble, France : Université Grenoble Alpes; 2009.
18. Tzebia CK. Analyse de la qualité de la lettre du médecin adressant un patient aux urgences adultes du CHU de Rouen [Thèse d'exercice]. Rouen, France : Université de Rouen; 2015.
19. Viallon A, Akarzouz D, Leveques Y, Garcia F, Robert F, Gonthier R, et al. Qualité de la lettre d'admission des patients âgés admis aux urgences. *J Eur Urgences*. 2007;20(1):21.

20. Montalto M, Harris P, Rosengarten P. Survey of Australian emergency physicians' expectations of general practitioner referrals. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 1993;43(372):277-80.
21. Parsonage MT, Nash E, Chalkley D, Hespe C. Patients attending an emergency department with a general practitioner referral letter who are discharged home have a longer length of stay than those without a letter. *Emerg Med Australas EMA.* 2019;31(3):495-6.
22. Perrod. 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 d'exercice]. Paris, France : Université Paris Diderot; 2013.
23. Debecque G, Chaperon A, Porte A, Lassié P, Ribéreau-Gayon R, Brouste Y, et al. Évaluation de la lettre du médecin accompagnant le patient admis aux urgences. *J Eur Urgences.* 2004;17(Supplement 1):52.
24. Nendaz M, Charlin B, Leblanc V, Bordage G. Le raisonnement clinique: données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie Médicale.* 2005;6(4):235-54.
25. Chauveau P, Mazet-Guillaume B, Baron C, Roy PM, Tanguy M, Fanello S. Impact du contenu du courrier médical sur la qualité du triage initial des patients adultes admis aux urgences, Impact of the referral letter on triage decisions in adult patients admitted to the emergency room. *Santé Publique.* 2013;25(4):441-51.
26. 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 d'exercice]. Paris, France : Université Paris VI; 2014.
27. Cadat D, Trolong-Bailly C. L'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences [Thèse d'exercice]. [Grenoble]: Grenoble, France : Université Grenoble Alpes; 2006.
28. Boudy Lapouge. Les patients adressés par leur médecin généraliste aux urgences du centre hospitalier d'Albi : description et analyse des motifs de recours [Thèse d'exercice]. Toulouse, France : Université de Toulouse III Paul Sabatier; 2013.
29. Sriskandarajah S, Carter-Storch R, Frydkj U. High diagnostic value of general practitioners' presumptive diagnosis for pyelonephritis, meningitis and pancreatitis. 2016;6.
30. Geersing G-J, Janssen KJ, Oudega R, van Weert H, Stoffers H, Hoes A, et al. Diagnostic classification in patients with suspected deep venous thrombosis: physicians' judgement or a decision rule? *Br J Gen Pract.* 2010;60(579):742-8.
31. Bösner S, Haasenritter J, Abu Hani M, Keller H, Sönnichsen AC, Karatolios K, et al. Accuracy of General Practitioners' Assessment of Chest Pain Patients for Coronary Heart Disease in Primary Care: Cross-sectional Study with Follow-up. *Croat Med J.* 2010;51(3):243-9.
32. Kozomara D, Galić G, Brekalo Z, Kvesić A, Jonovska S. Abdominal pain patient referrals to emergency surgical service: appropriateness of diagnosis and attitudes of general practitioners. *Coll Antropol.* 2009;33(4):1239-43.
33. Gros. Etude descriptive et prospective des courriers d'admission aux urgences du centre hospitalier Lyon sud : analyse des besoins du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard; 2015.
34. Saposnik G, Redelmeier D, Ruff CC, Tobler PN. Cognitive biases associated with medical decisions: a systematic review. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2016;16(1).
35. Croskerry P. Achieving quality in clinical decision making: cognitive strategies and detection of bias. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* nov 2002;9(11):1184-204.
36. Carne B, Kennedy M, Gray T. Review article: Crisis resource management in emergency medicine. *Emerg Med Australas.* 2012;24(1):7-13.

37. Godement J, Juvin P, Zanker C. Pertinence du recours au service d'accueil des urgences (SAU) par les omnipraticiens de ville. *J Eur Urgences*. 2008;21:A42.
38. Lemonnier N. Devenir des patients adressés par un médecin avec courrier médical, aux urgences adultes du CHU Pellegrin, à Bordeaux [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux; 2016.
39. O'Leary KJ, Killarney A, Hansen LO, Jones S, Malladi M, Marks K, et al. Effect of patient-centred bedside rounds on hospitalised patients' decision control, activation and satisfaction with care. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(12):921-8.
40. Douplat M, Langlois R, Carpentier F, Picco C. Pertinence de l'envoi des patients aux urgences par SOS médecins Grenoble. *J Eur Urgences*. 2009;22:A108.
41. Chauvière G. Etude descriptive et prospective des informations contenues dans les courriers des médecins adressant des patients aux urgences [Thèse d'exercice]. Limoges, France : Université de Limoges; 2013.
42. Casanova L. Devenir des patients en fonction du mode de recours dans les urgences de Gironde [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux; 2018.
43. Barfod C, Lauritzen M, Danker J, Sölétormos G, Forberg J, Berlac P, et al. Abnormal vital signs are strong predictors for intensive care unit admission and in-hospital mortality in adults triaged in the emergency department - a prospective cohort study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2012;20(1):28.
44. Schwab C, Hindlet P, Sabatier B, Fernandez C, Korb-Savoldelli V. Risk scores identifying elderly inpatients at risk of 30-day unplanned readmission and accident and emergency department visit: a systematic review. *BMJ Open*. 1 août 2019;9(7):e028302.
45. van Walraven C, Dhalla IA, Bell C, Etchells E, Stiell IG, Zarnke K, et al. Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community. *CMAJ Can Med Assoc J*. 6 avr 2010;182(6):551-7.

ANNEXES

Annexe 1. Classification Infirmière des Malades aux Urgences (Grille de tri à l'accueil)

TRI	SITUATION	DELAI PRISE EN CHARGE MEDICALE	INSTALLATION
1	détresse vitale majeure	< 1min	déchocage
2	atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère	< 20 min	déchocage
3	atteinte lésionnelle ou fonctionnelle instable ou complexe	< 90 min	box ou salle d'attente
4	atteinte lésionnelle ou fonctionnelle stable	< 120 min	box ou salle d'attente
5	pas d'atteinte lésionnelle ou fonctionnelle évidente	< 240 min	box ou salle d'attente

Annexe 2. Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU modifiée)

<u>Classe</u>	<u>Description</u>
P	Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.
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.
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.
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.
4	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.
5	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
D	Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

Annexe 3. Résultat principal sous forme de tableau

réalisation / concordance	parti sans PEC	demande présente dans le courrier												valeur p		
		oui						non								
		oui / très		moyennement		non / pas du tout		oui / très		moyennement		non / pas du tout				
demande d'hospitalisation	0	164	132	80,5	-	-	32	19,5	826	385	46,6	-	-	441	53,4	< 0.01
hypothèse diagnostique	4	329	218	66,3	98	29,8	13	4	641	502	78,3	125	19,5	14	2,2	< 0.01
thérapeutique spécifique	5	62	54	87,1	-	-	8	12,9	-	-	-	-	-	-	-	-
demande de ressource	1	285	231	81	-	-	54	19	-	-	-	-	-	-	-	-
biologie	-	172	163	94,8	-	-	9	5,2	802	587	73,2	-	-	215	26,8	< 0.01
imagerie	-	251	193	76,9	-	-	58	23,1	723	404	55,9	-	-	319	44,1	< 0.01
avis spé	-	214	160	74,8	-	-	54	25,2	764	296	38,7	-	-	468	61,3	< 0.01
symptômes	4	134	93	69,4	36	26,9	5	3,7	836	627	75	187	22,4	22	2,6	0.32
demande sociale	0	2	1	50	-	-	1	50	-	-	-	-	-	-	-	-
total	14	976	729	74,7												

