



HAL
open science

Attentes des médecins généralistes sur le courrier de sortie des urgences Lapeyronie pour leurs patients gériatriques

Agathe Lollichon

► To cite this version:

Agathe Lollichon. Attentes des médecins généralistes sur le courrier de sortie des urgences Lapeyronie pour leurs patients gériatriques. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03129911

HAL Id: dumas-03129911

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03129911>

Submitted on 3 Feb 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Agathe LOLLICHON

Le 05 Novembre 2019

TITRE

Attentes des médecins généralistes sur le courrier de sortie
des urgences Lapeyronie pour leurs patients gériatriques

Directeur de thèse : Docteur Céline CADUDAL

JURY

Président : Professeur Mustapha SEBBANE

Assesseurs : Professeur Philippe LAMBERT

Professeur Michel DAVID

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Agathe LOLLICHON

Le 05 Novembre 2019

TITRE

Attentes des médecins généralistes sur le courrier de sortie
des urgences Lapeyronie pour leurs patients gériatriques

Directeur de thèse : Docteur Céline CADUDAL

JURY

Président : Professeur Mustapha SEBBANE

Assesseurs : Professeur Philippe LAMBERT

Professeur Michel DAVID

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELLISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROCHEFORT Henri
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BOURGEOIS Jean-Marie	LAMARQUE Jean-Louis	SAINT AUBERT Bernard
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SANCHO-GARNIER Hélène
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANY Jacques
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	

CALLIS Albert	LORIOT Jean	SEGNARBIEUX François
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie Madeleine	SENAC Jean-Paul
CASTELNAU Didier	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SERRE Arlette
CHAPTAL Paul-André	MARY Henri	SIMON Lucien
CIURANA Albert-Jean	MATHIEU-DAUDE Pierre	SOLASSOL Claude
CLOT Jacques	MEYNADIER Jean	THEVENET André
D'ATHIS Françoise	MICHEL François-Bernard	VIDAL Jacques
DEMAILLE Jacques	MICHEL Henri	VISIER Jean Pierre
DESCOMPS Bernard		
DIMEGLIO Alain		

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude

BLANC François

BOULENGER Jean-Philippe

BOURREL Gérard

BRINGER Jacques

CLAUSTRES Mireille

DAURES Jean-Pierre

DAUZAT Michel

DEDET Jean-Pierre

ELEDJAM Jean-Jacques

GUERRIER Bernard

JOURDAN Jacques

MARES Pierre

MAURY Michèle

MILLAT Bertrand

MAUDELONDE Thierry

MONNIER Louis

PREFAUT Christian

PUJOL Rémy

SULTAN Charles

TOUCHON Jacques

VOISIN Michel

ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale

CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation

COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation

COMBE Bernard - Rhumatologie

COSTA Pierre - Urologie

COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile

COUBES Philippe – Neurochirurgie

COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie

HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence

JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire

LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation

LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

MERCIER Jacques - Physiologie

MESSNER Patrick – Cardiologie

MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie

PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation

RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation

ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie

SCHVED Jean François-Hématologie ; Transfusion

TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale

UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie

VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion

AVIGNON Antoine-Nutrition

AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria -Pédopsychiatrie ; addictologie

BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie

MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie

GENEVIEVE David-Génétique

GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -

GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence

KALFA Nicolas-Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique

LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie

LE QUINTREC Moglie - Néphrologie

LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LONJON Nicolas - Neurologie

LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric-Rhumatologie

MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique

MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale

MORANNE Olivier-Néphrologie

NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

NOCCA David-Chirurgie digestive

PANARO Fabrizio-Chirurgie générale

PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie

PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie

POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

RIVIER François-Pédiatrie

ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques

ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion

ROUBILLE François-Cardiologie

SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation

SIRVENT Nicolas-Pédiatrie

SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre – Dermato-vénérologie

SULTAN Ariane-Nutrition

THOUVENOT Éric-Neurologie

THURET Rodolphe-Urologie

VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max-Ophtalmologie

VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry-Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÈRE Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie

HERRERO Astrid – Chirurgie générale

JEZIORSKI Éric-Pédiatrie

KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales

MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie

SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférences de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférences de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Éric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

Au Professeur Mustapha SEBBANE, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Soyez assuré de ma sincère gratitude.

Au Professeur Philippe LAMBERT, Professeur des Universités de Médecine Générale

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury, de me faire l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de mes sentiments les plus respectueux.

Au Professeur Michel DAVID, Professeur Associé de Médecine Générale

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury, de me faire l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de mes sentiments les plus respectueux.

Au Docteur Céline CADUDAL, Praticien contractuel dans le Service des Urgences

Merci d'avoir accepté d'être à mes côtés depuis plusieurs mois, de m'avoir accompagné dans ce travail et de m'avoir accordé ta confiance.

Merci d'avoir été là lorsque je doutais, d'avoir su me motiver quand je relâchais mes efforts.

Merci du temps que tu as consacré à me guider, me conseiller et m'apporter tes lumières.

Merci pour ces très bons moments à refaire le monde.

Je te suis sincèrement reconnaissante pour toute la bienveillance dont tu as fait preuve avec moi.

A tous les médecins qui ont accepté de prendre le temps de répondre à mes questions, merci d'avoir partagé avec moi votre expérience et de vous être intéressés à ce projet.

A Maman, mon plus grand soutien depuis toujours, merci de n'avoir jamais douté de moi. Merci d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui, d'être à mes côtés. Aucun mot ne pourra exprimer toute l'admiration et la reconnaissance que j'ai pour toi.

A Paul, merci d'être là, d'être qui tu es. Merci pour tous ces moments de vie partagés ensemble, sans toi rien n'aurait été pareil. A Marine qui veille sur toi.

A François, mon Fus, merci d'avoir cru en moi quand je n'y croyais plus ; d'avoir toujours su trouver les mots. Merci d'avoir été là tout simplement, pendant toutes ces années.

A Papa, merci d'être là aujourd'hui, merci à Justine d'avoir apporté de l'amour et de la légèreté dans tout ce tumulte.

Merci à Jeanne, Romane et Salomé d'être des petites sœurs en or.

A ma grand-mère, pour tout l'amour et la fierté qu'elle nous porte.

A Faf et Bernard, pour leur bienveillance et leur amour inconditionnel.

A Calou et Guy, soutiens infailibles pendant toutes ces années, merci pour tout. Merci à mes cousins, cousines, oncles et tantes, je vous adore.

A Didou et aux Dubas, merci d'avoir été là.

A Sarah, Majda, Claire, Estelle, Alix, Jeanne, Manue, Lulu, Mathilde, Marie, Saf, Harbo, Mamy, Babou, Thib, Yaya, Jeanjean, Oliv, Alex, Toinou, AD, Rémi et toutes les superbes pièces rapportées de cette bande de copains qui est là depuis le début, depuis les premiers amphis angevins. Merci pour cette amitié qui nous lie depuis 10 ans et promet encore de belles années.

A Florine, pour tous ces souvenirs partagés, ces voyages. Merci d'avoir été un soutien sans faille.

A Pénélope, Naïs, Grande Chlo, Anne-So, Joanna, Karolina, mes piliers dans cette vie dans le sud.

A Kévin, Floriane, Gauthier, Chirine, Hélène, Manon, Quentin, Clément, Baz, Thomas, Ugo et tous les copains qui rendent cette aventure géniale au quotidien.

A mes colocs et à mes Carcass adorées avec qui j'ai passé trois superbes années !

A Marion, merci pour les vingt dernières années et pour les soixante prochaines.

A l'équipe médicale et paramédicale du service de gériatrie du Centre Hospitalier de Carcassonne pour leur bonne humeur, leur prévenance et leur patience lors de mon premier semestre. A Hélène et Marie, merci d'avoir adouci nos débuts, merci pour cette ambiance de folie.

A l'équipe des urgences de Montpellier, merci de m'avoir donné ce goût pour la médecine d'urgence, merci de m'avoir formée et transmis vos savoirs.

Aux équipes des urgences pédiatriques de Nîmes et du service de pédiatrie, merci pour cette belle découverte. Merci à Floriane, Naïs, Kéké, Ronron, Cassou, et toujours Marie et Hélène pour ce semestre chez les bisounours.

A Marie-Hélène, François et Antoine, ainsi qu'à toute l'équipe de la MSP du Vigan, merci de m'avoir transmis votre passion pour la médecine générale en milieu rural. Merci de m'avoir fait découvrir cette façon d'exercer ; votre dévouement me fascine. Merci pour les déjeuners avec de magnifiques vues sur les Cévennes.

A l'équipe de la Réanimation Médicale de Montpellier, merci aux paramédicaux d'avoir eu la patience de m'apprendre tant de choses, et toujours avec le sourire. Merci à mes supers co-internes sans qui ce stage n'aurait pas été le même, Jojo, Nanou, Engi, Laysa, AP, Baldiv, Mika, Nacim, Max et Tim, ne changez surtout pas !

Aux aides-soignants, infirmiers et médecins des urgences du Centre Hospitalier de Narbonne, merci de m'avoir fait découvrir une autre façon de faire de la médecine d'urgence. Merci pour cette ambiance bienveillante et joyeuse.

Merci pour toutes les connaissances que vous m'avez transmises si humblement.

Merci à mes co-internes d'avoir été si arrangeants, vous êtes géniaux !

Table des matières

Introduction	page 24
Matériel et Méthode	page 26
1- Type d'étude	page 26
1.1 Protocole de l'étude	
1.2 Etude qualitative	
1.3 Choix de l'entretien individuel	
1.4 Analyse thématique	
1.5 Ethique	
2- Mise en place de l'étude	page 28
2.1 Création du guide d'entretien	
2.2 Recrutement et échantillonnage	
3- Réalisation des entretiens et recueil des données	page 30
3.1 Mise en place des entretiens	
3.2 Recueil des données	
3.3 Déroulement des entretiens	
3.4 Retranscription	
4- Analyse des données	page 32
4.1 Grille thématique de contenu	
4.2 Triangulation des données	
5- Bibliographie	page 32
Résultats	page 33
1. Description de l'échantillon	page 33
2. Le médecin	page 35
2.1 Ses relations avec les urgences	page 35
2.1.1 Relations problématiques	
a) Âge du patient	
b) Tentative de contournement	
c) Ne se sent pas écouté	
d) Peur de déranger	
e) Incompréhension, frustration	

2.1.2	Absence de relation avec les urgences du CHU	
2.1.3	Différences CHU/Clinique	
2.1.4	Relations positives	
	a) Appui face au patient	
	b) Reconnaissance	
	c) Echange	
2.2	Son ressenti	page 42
2.2.1	Négatif	
	a) Echec	
	b) Peur	
	c) Culpabilité	
	d) Mise en difficultés	
	e) Déception, tristesse	
2.2.2	Positif	
	a) Satisfaction de la prise en charge	
	b) Satisfaction de recevoir un courrier	
2.3	Ses attentes	page 46
	a) Diagnostic	
	b) Prise en charge	
	c) Traitement	
	d) Accessibilité des examens	
	e) Surveillance	
	f) Hospitalisation	
	g) Être informé	
3.	Le courrier	page 50
3.1	Etat des lieux	page 52
3.1.1	Présence	
	a) Oui	
	- Indispensable	
	- Satisfaction du médecin généraliste	
	b) Non	
	- Mise en difficultés	
	- Altération de la prise en charge	

- Reproduction des examens
- Continuité des soins
- Perte de temps
- Mise en danger du patient

c) Aléatoire

3.1.2 Délai

- a) 10-15 jours
- b) Apporté par le patient
- c) Trop long

3.2 Contenu page 60

3.2.1 Les manques

- a) Conduite à tenir
- b) Diagnostic
- c) Conclusion
- d) Incomplet, imprécis

3.2.2 Les points positifs

- a) Présence
- b) Informatif
- c) Brièveté

3.2.3 Les attentes du médecin généraliste sur le contenu du courrier

- a) Motif
- b) Examen clinique
- c) Ce qui a été fait
- d) Examens complémentaires
- e) Orientation
- f) Avis des spécialistes
- g) Traitement mis en place
- h) Diagnostic
- i) Conduite à tenir/Ce qui doit être fait
- j) Synthétique
- k) Exhaustivité

3.3 La forme page 72

3.3.1 Mode de réception

a) Courrier électronique	
b) DMP	
c) En temps réel	
d) Rapide	
3.3.2 Mise en page	
a) Messageries électroniques sécurisées	
b) Format	
4. Les urgences	page 76
4.1 Une vision négative	page 76
4.1.1 Absence d'alternative	
4.1.2 Autour du patient	
4.2 Relations avec le médecin généraliste	page 78
4.2.1 Manque d'écoute	
4.2.2 Tentative de contournement	
4.2.3 Reconnaissance	
5. Le patient	page 80
5.1 Ses relations	page 80
a) Avec le médecin généraliste	
b) Avec les urgences	
c) Avec la famille	
Discussion	page 82
1- Forces et limites	page 82
1.1 Forces de l'étude	
1.2 Limites de l'étude	
2- Discussion des résultats	page 84
2.1 Le médecin généraliste	page 85
2.1.1 Ses relations avec le milieu des urgences	
2.1.2 Ses ressentis	
2.1.3 Ses attentes	
2.2 Le courrier attendu par les médecins généralistes	page 88
2.2.1 Contenu	
2.2.2 Mode de transmission	

2.2.3 Délais de transmission	
2.3 Les urgences	page 91
2.3.1 Une vision négative	
2.3.2 Les relations avec les médecins généralistes	
2.4 Le patient	page 91
2.4.1 Ses relations	
3- Perspectives	page 94
Conclusion	page 96
Bibliographie	page 97
Annexes	page 102
1- Annexe 1 : Courrier explicatif envoyé aux médecins généralistes	
2- Annexe 2 : Exemple de grille d'analyse thématique	
3- Annexe 3 : Consentement écrit vierge	
4- Annexe 4 : Le verbatim	
Serment	page 108

Introduction

La proportion de personnes de plus de 75 ans est en constante augmentation en France ces dernières années. Au premier Janvier 2019, 6 218 848 séniors sont recensés (1) soit 9,3% de la population française et ce chiffre pourrait atteindre plus de 15% en 2050 c'est pourquoi j'ai trouvé très enrichissant de m'y intéresser (2).

Selon la DRESS (La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) le nombre de passage dans les services d'urgences a augmenté de 3,5% entre 2015 et 2016. Ce nombre de passages ne cesse de croître depuis 1996, toujours selon les mêmes sources. Cette augmentation se retrouve dans toutes les catégories d'âges, y compris pour la population de plus de 75 ans.

Un séjour dans un service d'urgences, quelle que soit sa durée n'est anodin pour personne, et encore moins pour une personne âgée, chez qui les facteurs de vulnérabilité sont souvent plus importants (3).

Une étude réalisée en Juin 2013 et publiée dans Etude et Résultats intitulée « Les patients âgés aux urgences : une patientèle au profil particulier » révèle quelques chiffres intéressants. Cette étude a été mise en place dans 734 services d'accueil des urgences un jour donné, le 11 Juin 2013 pendant vingt-quatre heures. 5146 patients de plus de 75 ans ont été interrogés afin d'évaluer la raison de leur venue aux urgences et leur devenir. Parmi les personnes de plus de 75 ans séjournant aux urgences, trois quarts venaient de leur domicile et par la suite, 56% ont été hospitalisés, 38% sont à domicile et 5% ont été réorientés vers leur EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) (4).

Notre intérêt au cours de ce travail se portera donc sur les patients rentrant à domicile ou à l'EHPAD, ce qui constitue une proportion non négligeable des patients gériatriques. L'étude notait également que 58% de ces patients avaient effectués des démarches pour leur santé les vingt-quatre heures précédant leur arrivée aux urgences, le plus souvent par contact direct ou téléphonique avec leur médecin traitant ; contre seulement 35% des 15-74 ans. Environ 20% des séniors étaient adressés par leur médecin traitant. Ces chiffres ont également attiré notre attention ; mettant en évidence l'importance de la coordination des soins entre la ville et l'hôpital, en particulier pour les patients de plus de 75 ans.

J'ai pu constater au cours de mes stages chez les médecins généralistes et au sein des services d'urgence que les patients quittent la structure sans compte rendu de ce qu'il a été fait pendant le passage au service d'accueil des urgences. Leur médecin traitant reçoit un compte rendu par courrier postal, plusieurs jours ou semaines après l'évènement les ayant conduit initialement aux urgences.

Je me suis intéressée en particulier au service des urgences du CHU Lapeyronie à Montpellier. En effet, lors de mon passage dans ce service au cours de mon internat, j'ai pu constater que les patients ressortaient sans courrier immédiat. Ce service étant l'un des plus importants de la région, il me semblait pertinent de m'y intéresser. De plus, après avoir échangé avec des médecins généralistes, j'ai compris qu'il était difficile d'adresser des sujets âgés vers les urgences des cliniques et que ceux-ci arrivaient donc le plus souvent aux urgences de l'hôpital.

L'objectif de ce travail est de paramétrer un courrier de sortie des urgences du CHU Lapeyronie pour les patients gériatriques répondant aux attentes des médecins généralistes. Nous allons donc prendre le temps de recueillir auprès des médecins généralistes les informations qu'ils aimeraient avoir dans le courrier de sortie afin de mettre au point un courrier qui réponde le mieux à leurs besoins.

Matériel et méthode

1- Type d'étude

1.1 Protocole de l'étude

Cette étude portait sur le courrier de sortie qui accompagne un patient sortant d'un service des urgences, et en particulier les patients de plus de 75 ans.

L'objectif de l'étude était de paramétrer un courrier de sortie des urgences, pour les patients gériatriques, répondant au mieux aux attentes et aux besoins des médecins généralistes.

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi dirigés visant à répondre à la question de recherche suivante : un courrier de sortie simple, systématique et standardisé à la sortie des urgences pour les patients de plus de 75 ans permettrait-il une meilleure coordination ville-hôpital ?

L'étude étant qualitative, aucune hypothèse de recherche n'avait été formulée afin de ne pas restreindre les potentielles idées pouvant émerger des entretiens.

1.2 Etude qualitative

En recherche il existe deux types d'étude, qualitative et quantitative.

La recherche quantitative permet de valider ou d'infirmer une hypothèse de recherche en démontrant des faits. Les résultats de cette analyse sont souvent exprimés sous forme numérique. L'analyse statistique de ces données permet de tirer des conclusions générales. Cette recherche est issue des sciences fondamentales.

La recherche qualitative est, elle, issue des sciences humaines et sociales. Selon P.Paillé et A. Mucchielli, l'analyse qualitative peut être définie comme « une démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation de témoignages, d'expériences ou de phénomènes. » (5). Elle permet l'analyse de données non mesurables, non quantifiables telles que les opinions, les avis ou les impressions. Autrement dit, toujours selon P. Paillé et A.

Mucchielli, l'analyse qualitative est une « faculté de l'esprit cherchant à se relier au monde et à autrui par [...] ses sens, son intelligence et sa conscience. » (5).

Dans cette étude, l'objectif n'était pas de valider une hypothèse mais de recueillir le ressenti de médecins généralistes, d'entendre leurs attentes afin d'élaborer un courrier qui puisse répondre à leurs besoins. Le mode qualitatif était donc le plus adapté à ce projet.

1.3 Choix de l'entretien individuel

Pour cette analyse qualitative, la forme d'entretien semblait la méthode la plus adaptée. Ce type d'entretien garantit une certaine liberté d'expression pour l'individu interviewé sur son ressenti ou ses habitudes (6). Quant à l'interviewer, il possède une marge d'improvisation grâce aux questions de relance, majorant l'interaction entre les deux protagonistes (7).

Le choix du focus groupe n'a pas été retenu, de peur que les praticiens ne se sentent pas libres de parler de leur ressenti personnel ou qu'il y ait une crainte d'être jugé par les autres participants.

1.4 Analyse thématique

Pour cette étude, nous avons fait le choix d'une analyse thématique. Cela consiste, selon la définition de P. Paillé et A. Mucchielli à « procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus », il ne s'agit pas uniquement de repérer les thèmes mais aussi « de vérifier s'ils sont récurrents, [...] et comment ils se recourent, rejoignent, contredisent, complètent... » (5).

L'analyse thématique permet une « démarche plus personnelle ».

1.5 Ethique

Cette étude qualitative relevant des sciences humaines et sociales, l'avis d'un comité d'éthique n'a pas été jugé nécessaire selon la loi Jardé de 2017. Ce travail s'intéressait au vécu et aux attentes des médecins généralistes. Chaque médecin interviewé a consenti oralement et par écrit à l'enregistrement des entretiens et à son utilisation pour la recherche

2- Mise en place de l'étude

2.1 Création du guide d'entretien

Le guide d'entretien réalisé était le socle de ces entretiens semi dirigés. Il a été préparé à l'avance et garantissait la traçabilité des questions. Il a été initialement testé sur les deux premiers entretiens puis quelques modifications ont été apportées, afin de l'améliorer.

Ce guide était composé de deux parties, la première permettant de réaliser un cours portrait du médecin interviewé grâce au recueil de données sociodémographiques ; la seconde partie traitait du sujet de la thèse.

Il reprenait les thématiques abordées dans le projet, à l'aide de questions ouvertes afin de privilégier la spontanéité de l'interviewé. Si la thématique n'était pas soulevée dans la réponse, une question de relance, s'inscrivant dans la continuité du discours de l'enquêté, était donnée par l'interviewer.

Le guide d'entretien (tableau 1) de cette étude était composé de neuf questions permettant de structurer l'échange avec les médecins.

ENTRETIEN MEDECINS GENERALISTES

PREMIERE PARTIE (Connaissance de la personne)

- 1) *Quel âge avez-vous ?*
- 2) *Où exercez-vous ? S'agit-il d'un milieu rural, semi rural ou urbain ?*
- 3) *Quel est votre mode d'exercice ?*
- 4) *Quels sont vos outils de travail ?*
- 5) *Quelle est la proportion de la population gériatrique au sein de votre patientèle ?*
- 6) *En moyenne, combien de patient de plus de 75 ans adressez-vous aux urgences par mois ? Et combien sont adressés directement par leur famille ?*
- 7) *Pour quelle proportion de ces patients recevez-vous un courrier ? Dans quel délai ?*

DEUXIEME PARTIE (Questions ouvertes)

- 1) *Quelles sont vos relations avec les urgences pour vos patients gériatriques ?*
- 2) *Quelles sont vos attentes en adressant un patient gériatrique aux urgences ?*
- 3) *Plus précisément, quelles informations aimeriez-vous recevoir après le passage d'un de vos patients de plus de 75 ans aux urgences ?*
[Motif d'entrée, examen clinique, examens complémentaires, traitement mis en place, rendez-vous à venir, ...]
- 5) *Et sous quelle forme aimeriez-vous recevoir ces informations ?*
- 6) *Dans l'état actuel des choses, que pensez-vous des courriers que vous recevez après le passage aux urgences de vos patients gériatriques ?*
- 7) *Que pensez-vous d'un courrier que recevriez en temps réel ? Pensez-vous qu'il pourrait améliorer la prise en charge de vos patients ?*
[Et est-ce que dans votre expérience, vous avez l'impression quand le courrier fait défaut que vous êtes amenés à reproduire des examens que les patients ont déjà eu aux urgences et que l'on pourrait leur éviter ?]
- 8) *Dans l'autre sens, quand vous adressez un patient aux urgences, est ce que vous les appelez ou est-ce que vous leur faites un courrier ?*
- 9) *Selon vous, quels moyens permettraient d'améliorer la prise en charge des patients gériatriques après un passage aux urgences ?*

Tableau 1

2.2 Recrutement et échantillonnage

Le recrutement des médecins généralistes s'est effectué par différents biais et moyens et dans différents lieux d'exercice afin d'obtenir un échantillon hétérogène avec une variabilité maximale.

Les médecins étaient soit des connaissances, des amis d'amis, mais aussi des médecins rencontrés dans le cadre de formation ou encore des praticiens sélectionnés au hasard sur les pages jaunes ou les réseaux sociaux.

Si les praticiens ne répondaient pas au courrier les sollicitant pour un entretien semi-dirigé, ils recevaient une relance par mail. Malgré les relances, de nombreux courriers sont restés sans réponse.

Pour les médecins que je ne connaissais pas personnellement, un mail ou un courrier postal leur était adressé. Dans celui-ci étaient détaillés le projet, l'objectif des entretiens, leur durée ainsi que mes coordonnées afin que les praticiens intéressés puissent me recontacter pour fixer un rendez-vous.

3- Entretiens et recueil des données

3.1 Mise en place des entretiens

Les entretiens se sont déroulés du mois d'Avril au mois de Juillet 2019. Les horaires et lieux de rendez-vous étaient fixés en accord avec les disponibilités des médecins interrogés. Certains se sont déroulés dans leurs cabinets médicaux, d'autres dans des lieux publics ou encore au domicile des praticiens.

3.2 Recueil des données

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide de l'application « Dictaphone » de l'iPhone® afin de permettre une retranscription exacte par la suite.

Un consentement écrit était signé par les médecins avant le recueil des témoignages. Ce consentement reprenait le sujet de la thèse. Il stipulait également que l'enregistrement pouvait être utilisé sous forme audio ou écrite, anonymisé à des fins de recherche (mémoire ou thèse).

Les praticiens ont été informés que le travail pourrait leur être transmis à l'issue de sa validation s'ils le souhaitaient.

3.3 Déroulement des entretiens

Au cours des entretiens j'avais la place de l'enquêteur, ils se déroulaient en tête à tête. Dans un premier temps je présentais aux médecins les éléments ayant été à l'origine de ma motivation à faire ce travail, en essayant de rester le plus neutre possible. Ensuite, après avoir signé le consentement écrit, mes interlocuteurs répondaient aux différentes questions du guide d'entretien.

Dans une analyse qualitative, l'échantillon se doit d'être exploratoire. La taille de l'échantillon est déterminée par l'objectif d'arriver à saturation des données (5). Les entretiens se sont arrêtés lorsqu'aucun nouvel élément n'a été apporté. Deux entretiens ont permis de vérifier et de confirmer cette saturation.

3.4 Retranscription

La retranscription des entretiens s'est faite manuellement mot à mot dans les quarante-huit heures suivant la rencontre (8). Cette retranscription a été faite en respectant le langage du médecin interrogé, sans modification ni interprétation ou abréviation des propos. Ce texte s'appelle le verbatim. Afin de différencier les paroles de l'enquêteur et du praticien, celles du praticien étaient écrites en italique.

Les entretiens étaient retranscrit sur un logiciel de traitement de texte Word®.

Pour conserver l'anonymat, un numéro a été attribué aux médecins, dans l'ordre des entretiens.

4- Analyse des données

Comme écrit précédemment, l'analyse a été réalisée sur les retranscriptions des entretiens. Ces données brutes de l'enquête sont appelées verbatim. Le verbatim des 11 entretiens est disponible sur CD-ROM en annexe.

4.1 Grille d'analyse thématique

L'analyse thématique des entretiens s'est organisée en deux temps.

Le premier temps consistait en une analyse longitudinale, c'est-à-dire que chaque entretien était lu individuellement à plusieurs reprises afin de découper le verbatim en segments d'informations numérotés. Ces différents segments numérotés à la première lecture permettaient de mettre en évidence une unité de sens à la seconde lecture.

Une unité de sens est « une phrase ou un ensemble de phrases liées à une même idée, un même sujet » (5). Ces unités de sens étaient ensuite regroupées en rubriques, thèmes et sous-thèmes.

Le second temps était une analyse transversale pour regrouper les idées des différents entretiens. Afin de faciliter ce travail, une grille d'analyse thématique était faite à la fin de chaque lecture d'un entretien. Si une nouvelle information apparaissait, un thème, un sous-thème ou une unité de sens était ajouté à la grille.

Les résultats sont regroupés dans des arbres thématiques, pour une vision plus synthétique (8) (9). Tous les entretiens ont été relus une dernière fois afin de compléter l'arbre thématique si une information avait été oubliée.

4.2 Triangulation des données

Les premiers entretiens ont été analysés séparément par l'enquêteur et le Docteur CADUDAL afin d'augmenter la force de l'analyse, permettant de s'assurer que la méthode d'analyse était conforme et pertinente (10).

5- Bibliographie

La bibliographie a été réalisée avec le logiciel ZOTERO.

Résultats

1- Description de l'échantillon

J'ai réalisé 11 entretiens avec les médecins généralistes. La quasi-totalité des médecins interrogés étaient des connaissances ou des amis d'amis, ou encore des médecins rencontrés dans le cadre de ma formation. Aucun médecin totalement inconnu contacté n'a répondu positivement à mes courriers.

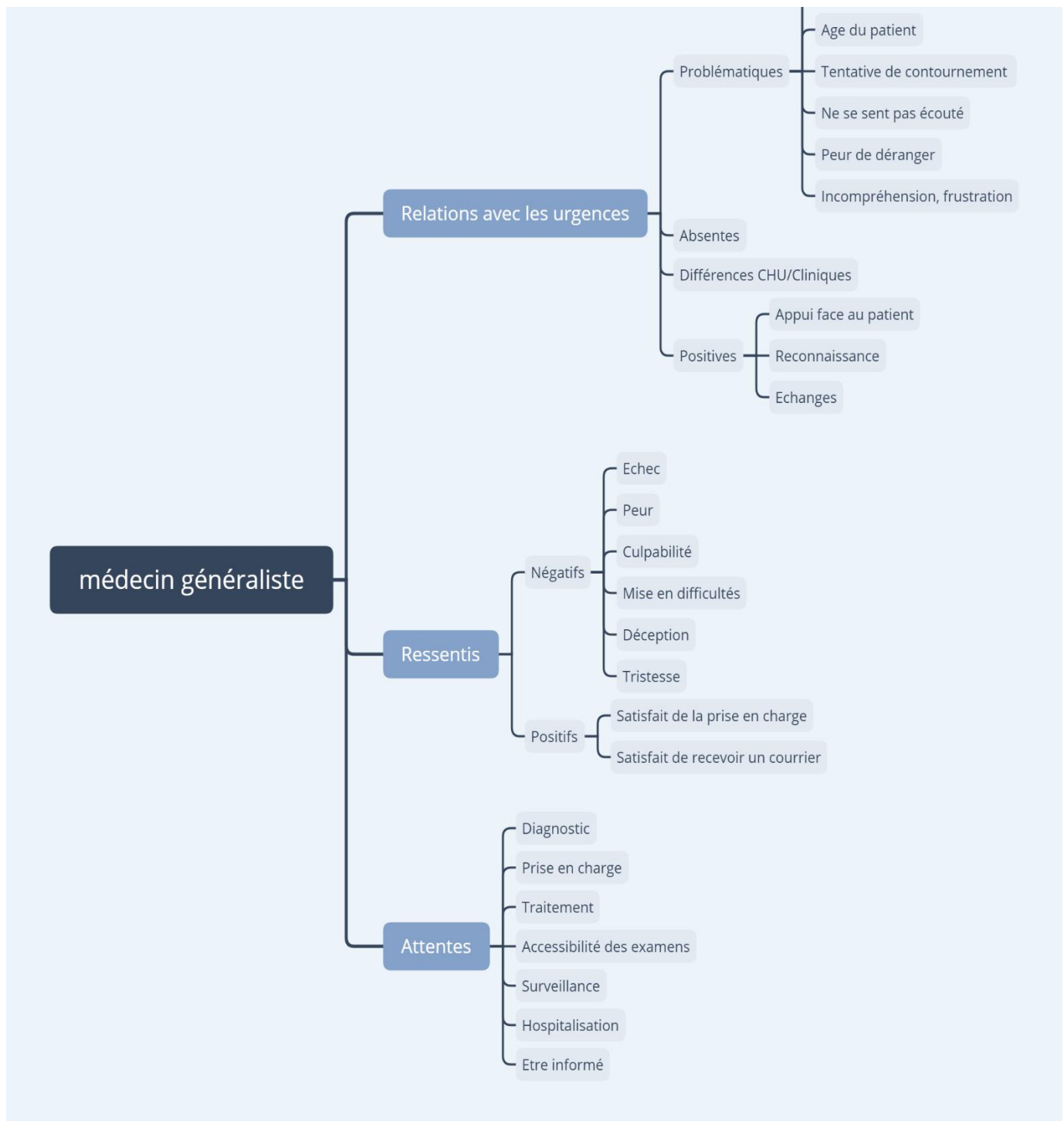
Les entretiens réalisés ont eu lieu aux cabinets des médecins pour la plupart mais certains ont également eu lieu autour d'un café ou d'un déjeuner dans des lieux publics. L'un d'entre eux a été enregistré à l'hôpital et un par téléphone, faute d'accord des disponibilités.

Les caractéristiques sociodémographiques des médecins sont résumés dans le tableau suivant (tableau 2).

Médecins	Mode de recrutement	Sexe, Age	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Outils de travail	Proportion de la population gériatrique dans la patientèle
E1	Connaissance GEPT	Homme, 41 ans	Nébian (34) Semi rural	Cabinet de groupe	Hello Doc, MS santé, Apicrypt	< 50%
E2	Connaissance, maître de stage	Femme, 63 ans	Le Vigan (30) Semi rural	MSP	Weda, Apicrypt, MS Santé	15%
E3	Connaissance, maître de stage	Homme, 56 ans	Le Vigan (30) Semi rural	MSP	Weda, Apicrypt, MS santé	20%
E4	DMG	Femme, 31 ans	Vendargues (34) Semi rural	Cabinet de groupe	Axisanté, Apicrypt, Doctolib	5 à 10%
E5	Connaissance	Femme, 29 ans	Aigue-Morte (30) Semi rural	Cabinet de groupe Collaboration	MLM Hprim, Ms Santé	40-50%
E6	Amie d'amie	Femme, 29 ans	Nébian (34) Semi rural	Médecin remplaçant. SCP, cabinet de groupe avec 7 médecins Astreintes en clinique	Hello Doc	< 50%
E7	DMG	Homme, 37 ans	Montpellier (34) Urbain	Cabinet de groupe	Medistory, Apicrypt, MS Santé	< 10%
E8	Médecin traitant	Femme, 40 ans	Montpellier (34) Urbain	Mi-temps cabinet libéral et mi-temps CH de Narbonne, service de gériatrie	MS Santé, Apicrypt et Doctolib	15%
E9	Connaissance	Femme, 28 ans	Montpellier, Sète, Vendargues (34)	Remplacement régulier	Axi5, Apicrypt	30%
E10	Connaissance	Femme, 28 ans	Région de l'Hérault (34)	Remplacements	Medistory, AxiSanté	20%
E11	Ami d'amie	Homme, 28 ans	Hérault (34)	Remplacements, Court séjour gériatrique (CH Sète)	HelloDoc, AxiSanté, Weda, Apicrypt	Dépendant du lieu d'exercice.

Tableau 2

2- Le médecin



2.1 Ses relations avec les urgences

2.1.1 Relations problématiques

a) Âge du patient

Pour certains médecins traitants, les relations avec les services d'accueil des urgences se compliquent lorsqu'il s'agit d'un patient âgé, et l'âge influence également l'orientation initiale du patient.

E1 : « On a des problèmes quand on dit l'âge »

E1 : « ça leur fait un peu peur parfois qu'il y ait une prise en charge trop compliquée pour eux. »

E6 : « Si c'est une mamie [...] et malheureusement elle passe souvent en FMC et elle y est 8 heures pour au final rien, c'était juste une radio à faire »

b) Tentative de contournement

Nombreux sont les praticiens qui expliquent essayer par tous moyens de ne pas envoyer leurs patients aux urgences. Ils présentent les urgences comme une solution de dernier recours.

E1 : « J'essaye souvent de trouver une solution alternative, voilà, et c'est qu'en dernier recours qu'on est obligé de passer par là »

E4 : « J'essaye de ne pas adresser les patients âgés aux urgences »

E4 : « En fait pour les patients gériatriques, j'essaye d'éviter les urgences »

E4 : « Quand on n'est pas dans les heures ouvrables, on est obligé de passer par les urgences »

E5 : « On essaye toujours avec notre réseau de spé de se débrouiller ou d'hospitaliser directement en médecine, mais quand ce n'est pas possible, on est obligé d'adresser aux urgences. »

E6 : « Et j'envoie de moins en moins à Lapeyronie pour être honnête. »

E6 : « Quand j'arrive pas à trouver une place directement en hospit' »

E6 : « Quand on a zéro point de chute, j'adresse à Lapeyronie. Mais c'est très rare que j'adresse aux urgences. »

E8 : (A propos des patients qu'elle adresse aux urgences) « Quand j'ai pas le choix, le vendredi soir »

E8 : « Les échanges se font plutôt avec Balmès, c'est aussi pour ça que je ne les adresse pas aux urgences, mais plutôt directement dans les services. J'essaye de faire des entrées directes. C'est plus facile quand tu connais du monde. Après parfois en fonction de qui tu as en face, tu n'as pas le choix. »

E11 : « Le but ça serait d'éviter qu'ils [les sujets âgés] passent aux urgences, pour être pris en charge directement en service. »

c) Ne se sent pas écouté

Le médecin traitant ne se sent pas toujours entendu par son interlocuteur aux urgences. Ce sentiment de manque d'attention engendre une perte de motivation de contacter le service d'accueil afin d'exposer la situation.

E1 : « On tombe sur l'infirmière d'accueil qui note pas forcément qu'ils attendent cette personne, et le médecin d'orientation, on sent que c'est pas très important pour lui. »

E1 : (A propos du choix du médecin régulateur) « Et ça c'est parfois difficile à comprendre quand on est en ville, parce que, on aimerait bien qu'ils les prennent en charge ; des tableaux neurologiques qui trouveraient mieux leur place à « tête et cou », mais comme on n'est pas dans une filière bien précise, ils nous le refusent. »

d) Peur de déranger

De même que le sentiment de manque d'écoute, la peur de déranger freine de nombreux médecins et diminue la communication entre les services d'urgences de l'hôpital et le cabinet médical ; nuisant au patient.

E1 : (Quand il appelle pour avoir des nouvelles du patient adressé) « On a l'impression de déranger. »

E5 : « Je sais qu'ils ont déjà assez de travail, et que décrocher le téléphone, ça fait une charge en plus. »

E5 : « Ce qui pourrait aider c'est si on avait une ligne dédiée, pour pas déranger le médecin pendant son travail. »

E6 : « On a l'impression qu'on les embête un peu » (A propos de les appeler pour les informer de l'arrivée d'un patient)

e) Incompréhension, frustration

Les relations ville-hôpital sont altérées par le manque de compréhension mutuelle.

E1 : (A propos du choix du médecin régulateur) « Et ça c'est parfois difficile à comprendre quand on est en ville, parce que, on aimerait bien qu'ils les prennent en charge ; des tableaux neurologiques qui trouveraient mieux leur place à « tête et cou », mais comme on n'est pas dans une filière bien précise, ils nous le refusent. »

E2 : « Nous si on a une urgence importante, on appelle le 15 et le 15 envoie le SMUR qui emmène le patient à Nîmes ou à Montpellier. Et après, on ne sait pas. »

E4 : « Il est arrivé que le gériatre de garde préfère que le patient passe par les urgences parce qu'il voulait qu'il soit vu aux urgences avant d'être hospitalisé, et j'ai trouvé ça un peu débile. »

E4 : (Au sujet d'une urgence régulée par le 15) « J'ai contacté les urgentistes de la Clinique pour les prévenir de la situation et je me suis faite engueuler par l'urgentiste qui a trouvé que ça n'était pas normal que le régulateur décide de lui-même sans leur demander leur avis. »

E7 : « Mais je comprends pas pourquoi c'est pas fait tout le temps. Je n'ai pas de réponse. »
(En parlant des courriers)

2.1.2 Absence de relations avec les urgences du CHU

E2 : « Aucune relation, aucun échange avec Lapeyronie. »

E3 : « Non aucun. Pour les patients qui y vont, on a de temps en temps un externe qui appelle et c'est tout. »

E4 : « Pas trop [d'échanges] »

E5 : « Je n'ai pas de relation avec les urgences. On va dire que si je dois adresser quelqu'un et que c'est urgent, je régule par le 15. »

E8 : « Avec Lapeyronie, aucune relation. Les échanges se font plutôt avec Balmès. »

E9 : « Elles sont souvent très minces. J'ai rarement l'occasion d'avoir les urgences directement au téléphone. J'essaie d'avoir un contact par courrier avec eux. Qui n'est pas toujours évident non plus. »

E11 : « En général [...] je téléphonais au service d'urgences et j'envoyais avec un courrier. »

2.1.3 Différences CHU/Cliniques

Les différences relationnelles entre les praticiens et les services d'urgences du CHU versus les urgences de cliniques sont vraisemblablement des conséquences géographiques ou liées au suivi chronique du patient dans tel ou tel centre de soins.

E2 : « Aucune relation, aucun échange avec Lapeyronie, avec ceux de Ganges oui. Je les connais, je les appelle, je les préviens que j'envoie un patient. »

E3 : « Les urgences principales avec qui nous travaillons c'est Ganges, ça se passe bien, le contact est facile, il n'y a jamais de refus, jamais de problème. »

2.1.4 Relations positives

a) Appui face au patient

Un des médecins interrogés rapporte que le compte rendu de l'urgentiste permet de le soutenir dans sa démarche vis-à-vis du patient.

E1 : (Au sujet d'une patiente) « Elle avait compris ce qu'elle voulait entendre, et c'est vrai pour beaucoup de chose. On est très content d'avoir le compte rendu du médecin, parce que souvent ce qu'a retranscrit le patient, c'est pas du tout la même chose. »

b) Reconnaissance

Aucun des interrogés ne remet en question la prise en charge des patients. La confiance en leurs confrères urgentistes n'est pas altérée.

E1 : « Parce qu'il y a de très bons urgentistes là-bas, c'est pas le problème »

E5 : « Généralement je ne refais pas d'exams après un passage aux urgences, où j'ai l'impression que ça a été bien traité et que le patient va mieux. »

E5 : (En parlant du courrier qu'elle fait lorsqu'elle adresse un patient aux urgences) « Après j'aime pas trop dire « j'aimerais que vous fassiez ça ou ça », mais j'oriente un peu. »

E7 : « Donc on bosse tous, on apporte tous notre pierre à la prise en charge du patient. »

E7 : « Je l'ai revue le lendemain (la patiente). Je lui ai écrit pour lui dire merci et de continuer. Mais c'est arrivé qu'une fois. » (A propos d'un médecin qui lui avait fait un courrier manuscrit aux urgences suite à la prise en charge d'une patiente.

E8 : « Mais au niveau de la prise en charge moi, j'ai rarement quelque chose à dire, je trouve qu'elle est hyper complète. »

c) Echanges

Chaque échange, qu'il soit direct ou par courrier apporte satisfaction au médecin traitant du patient. En contrepartie, celui-ci tient également à interagir avec les urgentistes via un courrier rappelant la plupart du temps, les antécédents du patient, son traitement et le motif de consultation aux urgences.

E1 : « On est content quand l'urgentiste nous appelle. [...] J'aime bien avoir l'interne qui me donne des infos et me dit ce que le patient devient. »

E1 : « Oui en général je fais un courrier, surtout quand je suis à domicile j'ai quand même les informations avec un carnet de santé à domicile. Dans l'extrême urgence je leur dis de partir avec le carnet de santé mais je préfère faire un courrier, recopier les antécédents, le traitement, et sinon mon courrier se fait directement sur mon logiciel aussi. En général ils ont un courrier avec les antécédents et le traitement et éventuellement le dernier bilan si c'est nécessaire. »

E2 : « Quand c'est aux urgences de Ganges, je les appelle et je fais un courrier et sur Montpellier la plupart du temps c'est un courrier avec les antécédents et pourquoi je l'adresse. »

E3 : « Oui un courrier, systématiquement. »

E5 : « Je fais systématiquement un courrier. »

E6 : (A propos des relations avec les urgences) « ça se passe bien, on les adresse facilement. [...] Ils partent toujours avec un courrier. »

E6 : « Les UTEC j'appelle systématiquement. »

E7 : « Je les appelle tout le temps, et je leur fournis toujours un courrier que j'espère être le plus détaillé possible pour leur faire gagner du temps. »

E8 : « Alors j'essaie de prévenir par téléphone mais c'est pas toujours évident de l'avoir, ou d'avoir le temps, et un courrier oui, systématique. »

E10 : « Si c'est un patient qui ne peut pas se déplacer tout seul ou qui a des antécédents lourds, etcetera et qui peut-être a besoin d'une anticipation de la part des urgences, je vais avoir tendance à appeler le 15 pour avoir le régulateur. »

E10 : « De toute façon, je vais faire un courrier. »

E11 : « En général [...] je téléphonais au service d'urgences et j'envoyais avec un courrier. »

2.2 Son ressenti

2.2.1 Négatif

a) Echech

Adresser un patient aux urgences est perçu comme un échec pour le médecin traitant. Celui-ci se retrouve face à ses propres limites.

E1 : « Pour moi, je vis ça comme un échec d'adresser un patient aux urgences. »

E8 : « En général, quand j'adresse je n'ai pas le choix. »

b) Peur

Parmi les sentiments exprimés par les praticiens, on retrouve la peur. Mais cette peur est surtout liée à la mise en danger du patient ou la crainte d'inconfort pour ce dernier.

E1 : « Mais il y a un sas d'attente qui fait un peu peur. »

E7 : (Au sujet d'une patiente démentie renvoyée au domicile sous Xarelto®, sans courrier et sans que le médecin traitant ne soit prévenu). « Donc faudrait pas qu'elle le confonde avec des tic-tacs. »

c) Culpabilité

La sensation de culpabilité semble accentuée par l'âge et la fragilité des patients gériatriques. Leur médecin culpabilise de les adresser aux urgences connaissant les conditions difficiles d'attente et les perturbations engendrées par un séjour dans ces services.

E1 : « Avec des brancards qui ne sont pas toujours très confortables, et envoyer une personne de plus de 75 ans aux urgences de Lapeyronie, ça me fait mal au cœur. »

E1 : (A propos d'un problème d'orientation) « Donc c'était directement Lapeyronie alors que ça se voyait que c'était un problème ORL, et ça fait mal au cœur parce que ce sont des personnes âgées. »

E4 : « Rien que le côté confort, qu'ils aient un vrai brancard, pas un plan dur mais quelque chose de confortable. »

E6 : « L'idée c'est qu'ils ne passent pas six heures sur un brancard quand on adresse un petit papi ou une mamie. »

E6 : « J'essaye de trouver une autre solution, parce que les papis, mamies, ça gêne un peu. »

d) Mise en difficultés

Plusieurs médecins ont rapporté avoir été mis en difficultés par l'absence de courrier après le passage d'un de leur patient aux urgences, ne sachant ce qu'il avait été fait et ce qu'il restait à faire.

E1 : « Malgré le fait que ça a été bien pris en charge aux urgences, mais ils veulent revoir, avoir notre avis : et du coup quand on n'a pas les éléments, c'est beaucoup plus difficile. »

E7 : « Donc si on n'a pas d'infos de ce qu'il s'est passé au niveau de cet évènement aigu, c'est trop tard. »

E7 : (Un médecin confronté au retour à domicile d'un patient mais qui ne sait pas ce qui a été fait) « Vous pouvez rentrer à la maison, y a pas de danger, si ça ne va pas, retournez voir votre médecin, ou revenez » Mais alors qu'est-ce que vous avez fait ? »

E10 : « On aurait besoin en tant que médecin généraliste d'avoir la suite de la prise en charge, par exemple l'avis d'un cardiologue, et on n'a pas d'idée sur quel suivi à faire, quel suivi biologique après l'introduction d'un traitement. »

e) Déception, tristesse

La déception et la tristesse rejoignent en partie le sentiment de culpabilité qui habite les praticiens. Tristesse de savoir leur patient sur un brancard, déception de voir que l'orientation a été influencée par l'âge du sujet, et qu'elle ne sera pas aussi optimale qu'elle aurait pu l'être.

E1 : (En évoquant un patient âgé aux urgences) « Ça me fait mal au cœur. »

E1 : « Du coup nos patients de plus de 75 ans passent pas les urgences Lapeyronie, et c'est vraiment dommage. »

E1 : « Et ça fait mal au cœur, parce que ce sont des personnes âgées. »

E6 : « Si c'est une mamie qui est tombée, il faut vérifier qu'il n'y ait pas une fracture mais j'essaye de les envoyer juste en filière courte en prévenant que c'est juste une radio et malheureusement elle passe souvent en FMC et elle y est huit heures pour au final rien, c'était juste une radio à faire. »

2.2.2 Positif

a) Satisfaction de la prise en charge

La prise en charge purement médicale n'est pas critiquée par les médecins traitants qui en sont globalement satisfaits.

E1 : « Ça a été bien pris en charge aux urgences. »

E8 : « Mais au niveau de la prise en charge moi, j'ai rarement quelque chose à dire, je trouve qu'elle est hyper complète. »

E8 : « La prise en charge aux urgences, sauf exception, la plupart du temps je la trouve bonne. »

b) Satisfaction de recevoir un courrier

Aucun praticien ne se plaint d'avoir reçu un courrier pour l'un de ses patients après un passage aux urgences. Celui-ci est toujours reçu avec plaisir et participe à l'amélioration de la continuité des soins.

E1 : « On est très content de recevoir le compte-rendu du médecin. »

E7 : « Je l'ai revue le lendemain (la patiente). Je lui ai écrit pour lui dire merci et de continuer. Mais c'est arrivé qu'une fois. » (A propos d'un médecin qui lui avait fait un courrier manuscrit aux urgences suite à la prise en charge d'une patiente.

E9 : « Donc quand j'en reçois un, je suis déjà satisfaite. »

2.3 Ses attentes

a) Diagnostic

Plusieurs médecins ont rapporté vouloir un diagnostic à propos de telle ou telle situation qui leur posait un problème.

E1 : « Mes attentes c'est le diagnostic, ... »

E2 : « [...] du diagnostic qu'ils ont trouvé. »

E3 : « [...] un diagnostic, ... »

E4 : « Si c'est une mamie qui est tombée, il faut vérifier qu'il n'y ait pas de fracture. »

b) Prise en charge

Les médecins traitants souhaitent avant tout que leur patient soit pris en charge aux urgences, de manière globale ; qu'il soit évalué et qu'il en découle les examens et les traitements nécessaires à l'amélioration de son état de santé.

E2 : « Qu'ils prennent en charge mes patients. »

E3 : « Une prise en charge. »

E7 : « Ce que j'attendais, c'est qu'au moins on l'évalue sur le plan cardio-vasculaire. »

E7 : (Au sujet d'un patient de plus de 75 ans qui faisait une décompensation cardiaque)
« Donc là c'était pour la suite de la prise en charge. »

E8 : « C'est bilancer quelque chose sur lequel j'avais un doute et qui moi, me semble urgent. »

E9 : « Qu'il [le patient] soit pris en charge et que l'on, ..., qu'il soit pris en charge pour le motif pour lequel je l'envoie. »

E10 : « C'est pas forcément pour le recours aux spécialistes ou le recours à un examen complémentaire, ça peut être pour avoir l'avis du confrère spécialiste en urgence qui du coup peut aider à éliminer les choses aiguës chez un patient âgé qui m'inquiète. »

c) Traitement

Certains médecins notent qu'ils attendent la prise en charge thérapeutique.

E1 : « C'est [...] et la thérapeutique. »

E5 : « Donc c'est surtout, traiter le problème aigu. »

d) Accessibilité des examens

En raison des difficultés d'accès pour certains patients âgés, des complications que peuvent représenter les examens complémentaires s'ils sont répétés, et dans des lieux différents, les urgences semblent être une alternative en termes d'accessibilité des examens complémentaires. De même, la permanence de ses soins est incomplète, ils ne sont pas disponibles le week-end ni toujours en urgence.

E1 : « C'est parfois des examens que je ne peux pas avoir en ville. »

E1 : « Donc c'est ça en fait que j'attends des urgences surtout, et la réalisation sur le même lieu de tous les gestes diagnostiques et thérapeutiques. »

E4 : « Quelque chose qui nécessite un examen en urgence. » (En prenant l'exemple de la suspicion d'embolie pulmonaire).

E6 : « Si c'est une mamie qui est tombée, il faut vérifier qu'il n'y ait pas une fracture mais j'essaie de les envoyer juste en filière courte en prévenant que c'est juste une radio... »

E6 : (Dans le cadre d'un traumatisme crânien avec indication d'imagerie) « C'est pour avoir le scan. »

E8 : « C'est parce que tu n'as plus de permanence de soin en ville, c'est-à-dire que tu n'as plus de laboratoire, plus de cabinet de radio, c'est très compliqué. »

E9 : « Les examens complémentaires aussi. »

E10 : « La plupart du temps c'est pour avoir un examen complémentaire que je pourrais pas avoir en situation..., en aigu. »

E11 : « C'est plutôt le besoin d'un plateau technique. »

e) Surveillance

A la différence de l'hôpital, le patient ne peut pas être surveillé 24 heures sur 24 par son médecin au domicile. C'est pourquoi certains médecins attendent des urgences une surveillance rapprochée.

E1 : « Parfois une surveillance que je ne peux pas réaliser au domicile, parce que nous on n'est pas là le weekend. »

E6 : « Sinon j'adresse souvent pour des chutes, avec TC plus ou moins PC, pour avoir le scan et la surveillance neuro. »

E7 : (A propos d'un patient adressé pour décompensation cardiaque). « Donc là c'était pour la suite de la prise en charge et la surveillance. »

f) Hospitalisation

Quand la situation l'exige ou que la prise en charge au domicile ne peut être envisagée, les médecins sont en demande d'hospitalisation pour leurs patients. Celle-ci ne pouvant pas se faire toujours par entrée directe dans les services, ils adressent alors la personne aux urgences.

E1 : « Et après la prise en charge en surveillance ou en hospitalisation. »

E3 : « [...], une orientation... »

E4 : « Là c'était une hospitalisation. Ce cas dont je me souviens, c'était une patiente qui avait besoin d'une hospitalisation, ça ne pouvait pas attendre le lendemain. »

E7 : « C'était plus pour l'évaluer et peut-être effectivement d'espérer une hospitalisation pour faire le point et sécuriser le maintien à domicile. »

g) Être informé

Beaucoup de praticiens insistent sur l'importance de savoir que leur patient est passé aux urgences, l'importance de savoir ce qu'il s'est passé. Ils veulent avoir l'information.

E2 : « Qu'ils me tiennent au courant de ce qu'ils vont faire de ce patient. »

E3 : « Et enfin, un retour d'informations. »

E3 : « C'est important de savoir ce qu'il s'est passé. »

E4 : « Déjà savoir qu'il est passé aux urgences. »

E4 : « Juste savoir qu'il y est allé. »

E4 : « Mais avoir au moins l'information qu'il y a eu un passage aux urgences. »

E7 : « Donc si on n'a pas d'info de ce qu'il s'est passé au niveau de cet évènement aigu, c'est trop tard. »

E7 : (Un médecin confronté au retour à domicile d'un patient mais qui ne sait pas ce qui a été fait) « Vous pouvez rentrer à la maison, y a pas de danger, si ça ne va pas, retournez voir votre médecin, ou revenez » Mais alors qu'est-ce que vous avez fait ? »

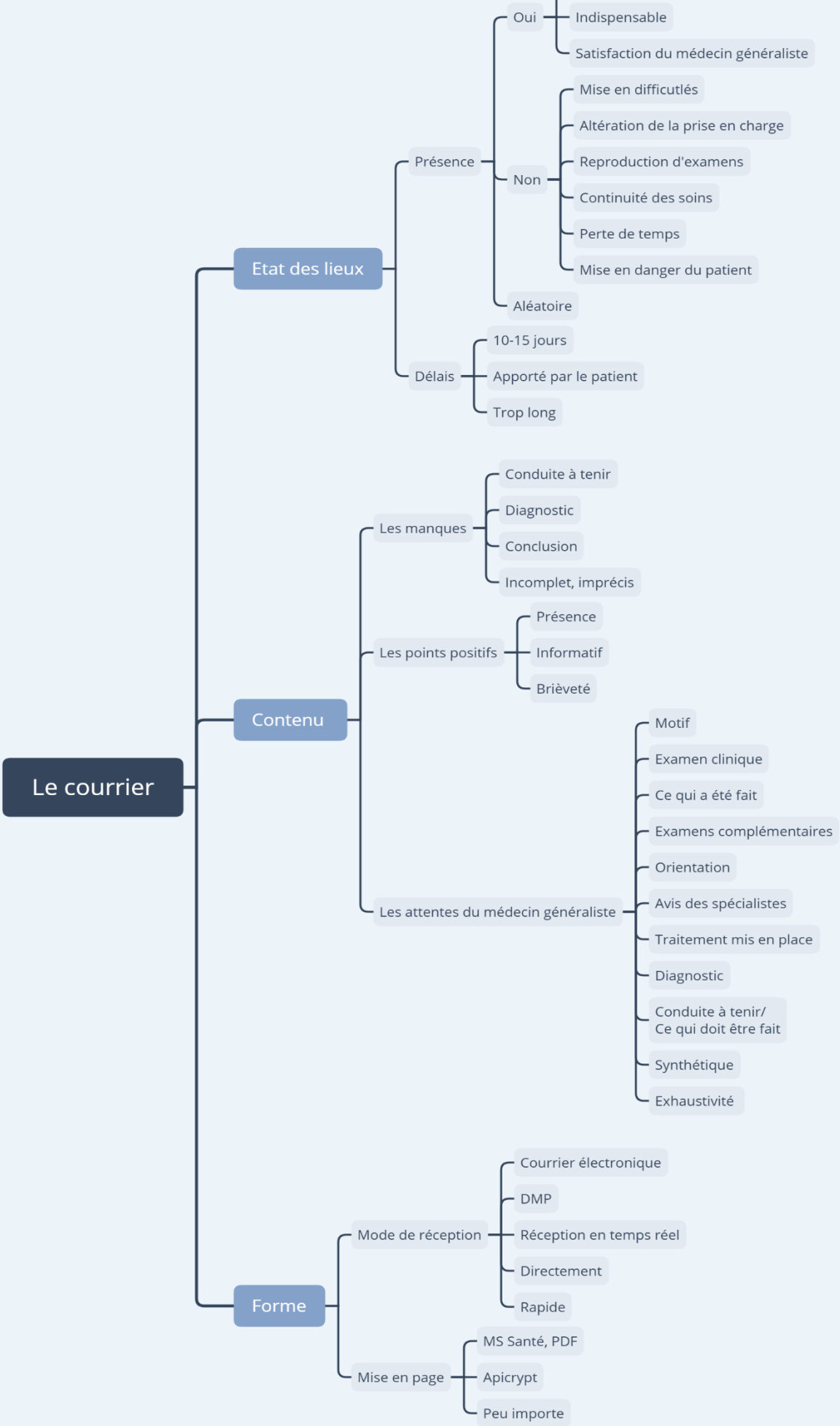
E7 : « Parce que s'il y a eu une intervention, une justification de passage sur ce plateau technique là, nous dans notre prise en charge, de décision, on a besoin d'avoir les résultats de ce qu'il s'est passé donc bien sûr, c'est indispensable. »

E7 : « Mais le drame c'est la carence d'infos, si on n'a pas l'info, on ne sait plus, on ne sait pas. »

E8 : « Des fois ils viennent te voir tant de temps après, tu n'es pas au courant qu'ils sont passés aux urgences. »

E8 : « Après chez les déments ce qui est embêtant c'est quand il n'y a pas la famille, on ne sait pas forcément ce pourquoi ils sont revenus, donc ton idée elle est très bien d'être informé le plus tôt possible. »

3- Le courrier



Le courrier

Etat des lieux

Présence

Oui

- Indispensable
- Satisfaction du médecin généraliste

Non

- Mise en difficultés
- Altération de la prise en charge
- Reproduction d'examens
- Continuité des soins
- Perte de temps
- Mise en danger du patient

Aléatoire

Délais

- 10-15 jours
- Apporté par le patient
- Trop long

Contenu

Les manques

- Conduite à tenir
- Diagnostic
- Conclusion
- Incomplet, imprécis

Les points positifs

- Présence
- Informatif
- Brièveté

Les attentes du médecin généraliste

- Motif
- Examen clinique
- Ce qui a été fait
- Examens complémentaires
- Orientation
- Avis des spécialistes
- Traitement mis en place
- Diagnostic
- Conduite à tenir/ Ce qui doit être fait
- Synthétique
- Exhaustivité

Forme

Mode de réception

- Courrier électronique
- DMP
- Réception en temps réel
- Directement
- Rapide

Mise en page

- MS Santé, PDF
- Apicrypt
- Peu importe

3.1 Etat des lieux

3.1.1 Présence

a) Oui

- Indispensable

L'existence du courrier semble être un élément indispensable dans la pratique du médecin traitant, primordial pour une prise en charge optimale.

E3 : (Au sujet du courrier). « Tout à fait, d'autant plus s'ils ressortent immédiatement à domicile, et même quand on les revoit à distance, c'est important de savoir ce qu'il s'est passé, ce qu'il y a eu comme examens et comme traitement. C'est indispensable. »

E4 : (Quand on lui propose un courrier disponible à la sortie des urgences). « Ça améliorerait forcément. »

E7 : « Déjà qu'il soit existant ça serait pas mal. »

E7 : « Le drame c'est la carence. » (Toujours à propos du courrier.)

- Satisfaction du médecin généraliste

E1 : « On est très content d'avoir le compte rendu du médecin. »

E7 : « Je lui ai écrit pour lui dire merci et de continuer. Mais c'est arrivé qu'une fois. » (A propos d'un médecin qui lui avait fait un courrier manuscrit aux urgences suite à la prise en charge d'une patiente.

E9 : « Donc quand j'en reçois un, je suis déjà satisfaite. [...] mais en recevoir un me satisfait déjà. »

b) Non

- Mise en difficultés

L'absence de données concernant le séjour au service d'accueil des urgences peut mettre en difficultés les praticiens dans leur exercice et dans l'accompagnement du patient.

Ils ne savent pas toujours si le patient doit être réévaluer, dans quel délai, ou encore si des résultats d'examen sont encore en attentes.

E1 : « Malgré le fait que ça a été bien pris en charge aux urgences, mais ils veulent revoir, avoir notre avis : et du coup quand on n'a pas les éléments, c'est beaucoup plus difficile. »

E5 : « Sauf que si nous on n'a pas les informations sur ce qu'il s'est passé, ça se termine on essaye de deviner, on regarde les ordonnances de sortie qui nous aiguillent un peu. »

E6 : « Surtout quand ils ne sont pas hospitalisés derrière, quand ils rentrent à domicile et que tu dois les revoir le lendemain, tu sais pas trop ce qui a été fait, c'est embêtant. »

E7 : « Donc si on n'a pas d'infos de ce qu'il s'est passé au niveau de cet événement aigu, c'est trop tard. »

E7 : (Un médecin confronté au retour à domicile d'un patient mais qui ne sait pas ce qui a été fait) « Vous pouvez rentrer à la maison, y a pas de danger, si ça ne va pas, retournez voir votre médecin, ou revenez » Mais alors qu'est-ce que vous avez fait ? »

E10 : « On aurait besoin en tant que médecin généraliste d'avoir la suite de la prise en charge, par exemple l'avis d'un cardiologue, et on n'a pas d'idée sur quel suivi à faire, quel suivi biologique après l'introduction d'un traitement. »

- Altération de la prise en charge

L'altération de la prise en charge du patient découle de la difficulté dans laquelle est le médecin s'il n'a pas d'information.

Le soin du patient ne peut être optimal s'il manque des données à son médecin. Celui-ci a besoin de renseignements sur le diagnostic posé, les examens réalisés, les rendez-vous attendus...

E5 : « Après s'il y a besoin de prendre des rendez-vous complémentaires, ou s'ils ont été pris, que ça soit formulé à ce moment-là, parce que, les patients souvent s'il y a des rendez-vous qui ont été pris, si c'est pas écrit dans un courrier ça passe à l'as. »

E6 : (Au sujet des ECBU.) « Si on n'a pas l'antibiogramme et on voit que le syndrome inflammatoire diminue pas vraiment, derrière, qu'est qu'on fait, on se dit que c'était résistant et on refait l'ECBU. »

E7 : « Donc si on n'a pas d'info de ce qu'il s'est passé au niveau de cet événement aigu, c'est trop tard. »

E7 : « « Vous pouvez rentrer à la maison, y a pas de danger, si ça ne va pas, retournez voir votre médecin ou revenez », mais alors qu'est-ce que vous avez fait ? Avec plaisir de faire ça, bien sûr, mais il nous faut des éléments, et quinze jours après, c'est trop tard. »

E9 : (Quand on lui demande si le courrier améliorerait sa prise en charge.) « L'améliorer oui, et grandement la faciliter. »

E10 : « Je reviens sur le fait qu'il manque le suivi préconisé ensuite si jamais il y a eu un avis spécialisé donné, ce qui oblige parfois à rappeler un deuxième spécialiste dans un deuxième temps avec les délais que ça sous-entend. »

- Reproduction des examens

Parmi les interviewés, nombreux sont ceux qui trouvent regrettable la répétition des examens complémentaires, qu'ils s'agissent de bilans sanguins ou d'examens d'imagerie. Si ces résultats apparaissaient dans les courriers, les doublons pourraient être évités dans certaines situations, soit un gain de temps pour le patient et pour son praticien.

E1 : « Oui ça arrive souvent même. Notamment les radios, après je comprends qu'on ne puisse pas les avoir dans un compte rendu mais je ne sais pas si elles sont données aux patients. Voilà c'est la petite chose qui est un peu compliquée qui est dommage qu'on n'ait pas dans un compte rendu, si c'est de la traumatologie. » (Lorsqu'on lui demande s'il est amené à refaire des examens par manque d'informations.)

E2 : « Oui, un bilan alors qu'il a déjà été fait aux urgences. Parfois dans le bilan d'urgences il y a un cholestérol ou une hémoglobine glyquée et je ne la referais pas si je savais que ça avait été fait. Il faudrait avoir les résultats. Pareil pour les imageries, afin de ne pas reproduire les examens. »

E3 : (Quand on lui demande s'il refait des examens lorsqu'il n'a pas le courrier.) « Oui, tout à fait. »

E4 : « Pour les examens je pense aux prises de sang, comme on n'est pas au courant des examens qui ont été faits, aussi bien il y a des examens que je refais sans savoir que ça fait doublon, mais clairement la prise de sang c'est quelque chose qu'ils font très souvent, voire systématiquement aux urgences, et ça pourrait m'aider. »

E6 : « Ouais, des fois on doit refaire des ECBU, on doit refaire des doublons parce qu'on ne sait pas trop ce qui a été trouvé. Typiquement je crois que c'est les ECBU en fait. Si on n'a pas l'antibiogramme et on voit que le syndrome inflammatoire diminue pas vraiment, derrière, qu'est qu'on fait, on se dit que c'était résistant et on refait l'ECBU. »

E10 : « Je pense que les biologies peuvent être faites en doublon parce qu'elles sont souvent pas notées dans le courrier. Typiquement je pense à des INR ou à des choses comme ça qui ne sont pas forcément bien mentionnées dans le courrier au moment de la sortie. On peut avoir des doutes et avoir tendance à refaire les prélèvements. »

- Continuité des soins

La continuité des soins est une caractéristique majeure de l'exercice de la médecine générale.

Ce devoir, vis-à-vis du patient « pose à tout soignant la question de la communication et du transfert d'informations entre les différents acteurs de soins, notamment lorsque le patient est orienté par un autre médecin... » (11).

E3 : (Répondant à la question de l'amélioration de la prise en charge engendrée par un courrier disponible rapidement.) « Tout à fait, d'autant plus s'ils ressortent immédiatement à domicile, et même quand on les revoit à distance, c'est important de savoir ce qu'il s'est passé, ce qu'il y a eu comme examens et comme traitement. C'est indispensable. »

E4 : « Les comptes-rendus, on les reçoit jamais. Surtout pour ceux qui sont allés aux urgences sans que je les voie, par exemple si ce sont des patients qui ont chuté pendant le week-end, c'est intéressant pour moi de savoir qu'il y a eu une chute, s'il y a besoin de le réévaluer. »

E4 : « Je repense aux problèmes de chute, déjà si je sais directement, enfin quand j'arrive le lundi, que dans le week-end j'ai un patient qui a chuté et qui est passé aux urgences, ça me permet de le rappeler, de le réévaluer et de refaire le point. Même si ce n'est pas une chute, il y aura toujours à réévaluer. Et si on reçoit le courrier deux trois semaines après, c'est trop tard. »

E5 : « Sauf que si nous on n'a pas les informations sur ce qu'il s'est passé, ça se termine on essaye de deviner, on regarde les ordonnances de sortie qui nous aiguillent un peu. »

E7 : « Donc ne pas avoir les images, ok, d'accord, mais au moins le compte rendu, d'autant plus si on invite les gens à dire « si ça ne va pas mieux, retournez voir votre médecin traitant. » »

E7 : « « Vous pouvez rentrer à la maison, y a pas de danger, si ça ne va pas, retournez voir votre médecin ou revenez », mais alors qu'est-ce que vous avez fait ? Avec plaisir de faire ça, bien sûr, mais il nous faut des éléments, et quinze jours après, c'est trop tard. »

E7 : « C'est évident que plus..., dans la prise en charge pluriprofessionnelle, pluridisciplinaire d'un patient, d'autant plus s'il y a plusieurs intervenants, moi plus j'ai d'infos mieux c'est, après je ferai le tri. »

E7 : « C'est-à-dire que s'il y a un retour à domicile, qu'elle est la suite ? »

E7 : (Evoquant le courrier actuel.) « Qu'il ne sert à rien, parce que c'est trop tard. C'est trop tard. Donc il n'a pas d'intérêt dans le suivi aigu. »

E7 : « Parce que s'il y a eu une intervention, une justification de passage sur ce plateau technique là, nous dans notre prise en charge de décision, on a besoin d'avoir les résultats de ce qu'il s'est passé, donc bien sûr, c'est indispensable. »

E8 : « Après chez les déments ce qui est embêtant c'est quand il n'y a pas la famille, on ne sait pas forcément ce pourquoi ils sont revenus, donc ton idée elle est très bien d'être informé le plus tôt possible. C'est surtout pour les patients dépendants que c'est important. »

E9 : « Ça serait vraiment une chose idéale [de recevoir un courrier] pour nous et pour la suite de la prise en charge des patients quand on retourne les voir à domicile le lendemain. »

E9 : « Si la communication était plus facile, ça nous prendrait moins de temps d'aller les revoir ou au cabinet ou en visite à domicile dès le lendemain et de vérifier les nouvelles prises de traitement. »

E10 : « On aurait besoin en tant que médecin généraliste d'avoir la suite de la prise en charge, par exemple l'avis d'un cardiologue, et on n'a pas d'idée sur quel suivi à faire, quel suivi biologique après l'introduction d'un traitement. »

E10 : (En discutant du contenu du courrier.) « Y aurait pas forcément besoin d'énormément mais ça permet quand le patient revient à vingt-quatre, quarante-huit heures chez son médecin généraliste, qu'il y ait au moins quelque chose. »

E10 : « Le problème du patient qui ressort avec son courrier en format papier dans la poche c'est qu'après il reconsulte pas forcément dans un délai court et après il peut se passer une ou deux semaines avant que le médecin généraliste ne sache que la personne a été hospitalisée donc ça permettrait au médecin généraliste ou le cas échéant à son remplaçant d'être au courant en temps réel si un patient âgé et polypathologique est hospitalisé, est admis aux urgences et en même temps, ça permet de mieux gérer la réévaluation à quarante-huit, soixante-douze heures post passage aux urgences. »

E10 : « Ça permet d'éviter les ruptures thérapeutiques sur les patients qui sortent avec une ordonnance qui n'est pas forcément pour du long terme, qui est censée être réévaluée par le médecin généraliste [...], d'autant qu'aux urgences ils ont pas forcément le temps d'expliquer, de prendre le temps de faire l'éducation thérapeutique sur ce qui est mis en place et je pense que ça conduit à un défaut d'observance que le médecin généraliste peut rattraper s'il le voit rapidement. »

E11 : « Dans les deux jours par contre, ça me paraît plus logique, ça permet si le patient doit être réévalué ou si le patient revient nous voir parce que y a un souci, c'est vrai qu'avoir le courrier à ce moment-là, au moment où on fait la consultation, ça aide aussi. »

- Perte de temps

La carence d'informations concernant le passage aux urgences est source de perte de temps pour le médecin qui va devoir, par ses propres moyens, investiguer afin d'avoir les données et les renseignements nécessaires à la prise en charge de son patient.

E7 : « Moi j'ai un courrier préfabriqué, si j'ai envie d'avoir le dossier des urgences, je tombe sur les secrétaires des urgences qui me demandent d'envoyer un fax daté et signé, justifiant ma demande. Donc j'ai le courrier préfabriqué que je donne à mes secrétaires en disant que Monsieur ou Madame untel est sorti des urgences, je veux avoir les éléments du dossier, on leur faxe et je l'ai en général dans la journée quand ça marche bien, c'est fatigant.

E5 : « Sauf que si nous on n'a pas les informations sur ce qu'il s'est passé, ça se termine on essaye de deviner, on regarde les ordonnances de sortie qui nous aiguillent un peu et après on demande aux secrétaires d'appeler pour savoir un peu ce qui a été fait. Ça fait perdre un peu de temps. »

- Mise en danger du patient

Du point de vue de certains des médecins interrogés, l'absence de courrier reçu dans un délai court peut mettre en danger le patient, principalement parce que les médecins ne sont pas toujours au courant du passage du patient aux urgences.

E7 : (Au sujet d'une patiente démente renvoyée au domicile sous Xarelto®, sans courrier et sans que le médecin traitant ne soit prévenu). « Donc faudrait pas qu'elle le confonde avec des tic-tacs. »

E10 : « Je pense que ça conduit à un défaut d'observance que le médecin généraliste peut rattraper s'il le voit rapidement. »

c) Aléatoire

E1 : « Je le reçois mais pas tout le temps. » (A propos du courrier)

E3 : « Je dirais dix pour cent, c'est très rare. »

3.1.2 Délai

a) 10-15 jours

E1 : « Quand on en a un je dirais entre dix et quinze jours, grosso modo. »

E3 : « Dans les quinze jours. »

E4 : « Peut-être au bout de deux-trois semaines. »

E6 : « Les courriers arrivent en général trois semaines après. »

E7 : « Jamais. Enfin pardon, j'exagère, on reçoit un courrier par la poste et ce courrier arrive dans les quinze jours. »

E8 : « Le délai je dirai trois semaines, si ce n'est plus. »

b) Apporté par le patient

E1 : « Sauf si la personne revient avec son compte rendu. »

E6 : « Souvent c'est les patients qui ont des papiers et qui nous les montrent en fait. »

c) Trop long

Un délai jugé trop long et inadapté dans la continuité des soins.

E1 : « Donc aux urgences Lapeyronie on le reçoit, mais un peu tardivement. »

E2 : « Ensuite, le délai est trop long. Entre temps on a revu le patient ou on apprend qu'il est ailleurs. »

E4 : « [...] il y aura toujours à réévaluer. Et si on reçoit le courrier deux-trois semaines après, c'est trop tard. »

E4 : « C'est tellement bref que je me demande pourquoi on le reçoit si longtemps après. »

E5 : « Si c'est le CHU, je peux avoir ça dans les deux-trois mois. »

E5 : « Ce qui gêne le plus, c'est le délai. »

E7 : « Qu'il ne sert à rien, parce que c'est trop tard. C'est trop tard. »

E7 : « Il nous faut des éléments, et quinze jours après c'est trop tard. »

E8 : « Autant pour le courrier ça peut trainer, ... »

E9 : « Dans un délai long, souvent plus d'une semaine. »

E10 : « Je pense que le courrier a toujours été reçu en dehors de mon délai de remplacement. »

3.2 Contenu

3.2.1 Les manques

a) Conduite à tenir

En lien avec la continuité des soins, la conduite à tenir n'est pas toujours explicitée dans le courrier de sortie et manque à quelques médecins.

E1 : « Et on n'a pas forcément la conduite à tenir ou des choses plus précises. »

E1 : « Deux-trois lignes [...] et ce qui est prévu quand il repart. »

E7 : « C'est-à-dire que s'il y a un retour à domicile, qu'elle est la suite ? »

E10 : « Je reviens sur le fait qu'il manque le suivi préconisé ensuite si jamais il y a eu un avis spécialisé donné. »

b) Diagnostic

E1 : « Il manque parfois le diagnostic ; on voit qu'il y a eu tout un bilan de fait mais on n'a pas, voilà, on ne sait pas tellement. »

c) Conclusion

Parfois le médecin rapporte que la conclusion finale est absente, que le dossier n'est pas conclu.

E1 : « Moi c'est l'impression que ça me donne parfois, que c'est très automatisé, qu'il y a eu le bilan fait et puis on ne saura pas forcément la conclusion clinique ou thérapeutique ou diagnostique derrière. »

E1 : « Globalement je suis content des courriers quand je les reçois, après il pourrait y avoir un peu plus l'examen clinique, une conclusion, prendre le temps de faire une conclusion. »

d) Incomplet, imprécis

Le médecin généraliste trouve souvent le courrier incomplet, sans pour autant vouloir un document très exhaustif, il attend certaines informations indispensables qui ne sont pas toujours inscrites dans le courrier.

E1 : « Parfois on a un peu l'impression d'avoir un déroulé d'ordinateur avec tout ce qui a été fait et avec beaucoup d'informations qui ne sont pas très intéressantes. »

E2 : « Souvent ils sont trop brefs, pas assez explicites. On ne sait pas ce qu'il s'est passé. »

E2 : « Ce n'est pas assez précis. »

E4 : « Mais c'est tellement bref que je me demande pourquoi on les reçoit si longtemps après. [...] Mais on aimerait savoir comment ils sont arrivés au diagnostic et ce qu'ils ont mis comme traitement. »

E8 : « Ils sont pas toujours simples à déchiffrer, ils sont un peu brouillons, après, sans jugement. »

E9 : « Souvent il me manque quand même certaines informations, ils ne sont pas toujours très complets. »

E10 : « Il manque souvent les examens complémentaires qui ont été réalisés, ils sont mentionnés mais parfois rognés. »

3.2.2 Les points positifs

a) Présence

E1 : « Après c'est déjà très bien, moi je suis très content d'avoir le bilan bio et d'avoir au moins un petit résumé succinct. »

E1 : « Déjà savoir qu'il y est passé [aux urgences], donc avoir l'information. »

E1 : « Globalement je suis content des courriers quand je les reçois. »

b) Informatifs

Certains sujets interrogés sont satisfaits des renseignements trouvés dans les courriers qu'ils trouvent informatifs.

E3 : « Ils sont synthétiques, pour les rares que j'ai reçus, et informatifs. »

E5 : « Ils sont plutôt bien faits, il y a l'essentiel. Il y a une trame pré établie. Sauf certains passages que je peux lire en diagonal sur l'examen clinique, sinon le reste je trouve ça plutôt bien fait. »

c) Brièveté

La brièveté des courriers est un élément positif souligné par les interviewés. En effet le caractère bref permet un gain de temps et permet de transmettre l'essentiel.

E3 : « Ils sont synthétiques »

E4 : « L'avantage c'est que c'est très bref. »

E5 : « Ils sont plutôt bien fait, il y a l'essentiel. »

3.2.3 Les attentes du médecin généraliste sur le contenu du courrier

a) Motif

Si le patient n'a pas été adressé par leurs soins, les médecins ont besoin que le motif de consultation apparaisse sur le courrier.

E2 : « Oui ça a une importance. Pourquoi a-t-il été adressé si c'est sa famille qui l'envoie. »

E4 : « Juste savoir qu'il y est allé, savoir pourquoi. »

E6 : « Le motif, ... »

E11 : « Un courrier avec le motif d'admission... »

b) Examen clinique

Les praticiens sont partagés concernant le détail de l'examen clinique au sein du courrier. Certains expliquent ne pas y porter d'attention étant donné qu'ils ont pu examiner le patient en amont mais d'autres confrères apprécient de voir apparaître l'examen de leur collègue urgentiste.

E1 : « Si, si, pour moi l'examen clinique c'est très important. »

E1 : « [...] après il pourrait y avoir un peu plus l'examen clinique. »

E7 : « Moi je vais pas râler si on me détaille l'examen clinique qui a été fait. Tout me paraît important. »

E8 : (Répondant à la question de relance : est-ce que l'examen clinique vous intéresse ?)
« Oui, oui. »

E10 : « Je pense que justement, l'examen clinique est pas forcément détaillé. »

E10 : « Pour les patients que j'adresse parce que j'ai un doute sur ma clinique ou sur mon examen initial, d'avoir l'examen initial du médecin urgentiste, ce qu'on n'a pas toujours, au final c'est assez succinct pour nous aider, pour notre pratique, à visée pédagogique et pour notre pratique future. »

E11 : « L'examen clinique je pense que ça dépend du moment et de la personne qui a examiné, après, mettre une synthèse de l'examen clinique, du genre... hémiplégie, vraiment une conclusion, une synthèse de l'examen peut être intéressant. »

c) Ce qui a été fait

La prise en charge, ce qui a été fait au cours du séjour aux urgences est un élément intéressant pour le médecin traitant, afin de comprendre le raisonnement de leur confrère mais également de pouvoir mieux l'expliquer au patient lorsque celui-ci revient le voir.

E1 : « Et puis le raisonnement thérapeutique, [...] montrer vraiment ce qui a été fait. »

E2 : « [...] la prise en charge faite, ... »

E2 : « Quel est le diagnostic fait, le bilan fait et la prise en charge ? »

E3 : « [...] et la prise en charge. »

E4 : « Mais on aimerait savoir comment ils sont arrivés au diagnostic et ce qu'ils ont mis comme traitement. »

E7 : « Et bien ce qui a été fait, ... »

E9 : « Idéalement j'aimerais recevoir un courrier qui reprend la prise en charge des urgences. »

E11 : « C'est vrai que savoir ce qui a été fait au moins ça permet de savoir quel raisonnement a été suivi. »

d) Examens complémentaires

A l'unanimité les médecins interrogés dans cette étude souhaitent que les examens complémentaires soient mis en évidence dans le courrier de sortie.

Ils mentionnent surtout les bilans sanguins et les examens d'imagerie qui sont les examens les plus fréquemment réalisés aux urgences.

La nécessité d'avoir les résultats des examens complémentaires est, selon eux, un moyen d'améliorer la prise en charge en ville de leur patient, d'optimiser la continuité des soins et d'éviter la reproduction de ces examens.

E1 : « Après, un résumé des examens complémentaires, quitte à avoir les examens complémentaires dans leur intégralité même si c'est vrai que c'est moins utile parce qu'on va tout scanner. Du coup scanner une pile de 7 ou 8 pages ça a moins d'intérêt pour la reprise ultérieure plutôt qu'un courrier synthétique où on a eu les éléments principaux de la biologie, de l'imagerie.

E2 : « [...], le bilan fait. »

E3 : « Oui, oui, les examens complémentaires. »

E4 : « Juste savoir [...] les examens qui ont été faits, les résultats de ces examens. »

E4 : « Pour les examens je pense aux prises de sang, comme on n'est pas au courant des examens qui ont été faits, aussi bien il y a des examens que je refais sans savoir que ça fait doublon, mais clairement la prise de sang c'est quelque chose qu'ils font très souvent, voire systématiquement aux urgences, et ça pourrait m'aider. »

E5 : « Les examens complémentaires oui, bien sûr, avec tout ce qui est biologie, imagerie ou autre. »

E5 : « C'est le plus intéressant, les examens complémentaires, ... »

E6 : « Les examens complémentaires, s'il y a eu radio, scanner, ... »

E7 : « On arrive parfois à avoir les biologies mais on n'a que très rarement les comptes rendus d'imagerie. Donc de ne pas avoir les images, ok, d'accord mais au moins le compte rendu. »

E8 : « Les examens effectués et leur conclusion. »

E9 : « Savoir s'il y a eu des examens complémentaires type imagerie, bilan et avoir les résultats ; les résultats de notés sur ces courriers. »

E10 : « Également avoir le compte rendu des examens complémentaires d'imagerie. [...] ça peut être intéressant, voilà, d'avoir une copie du compte rendu de l'imagerie. »

E11 : « Un courrier avec [...] les examens qui ont été réalisés... »

e) Orientation

Les praticiens souhaitent être informés du devenir de leur patient, qu'il rentre à domicile ou qu'il soit hospitalisé.

E2 : « L'orientation, ... »

E3 : « [...], l'évolution. »

E8 : « Où est ce qu'ils ont été orientés s'ils ont été orientés. »

f) Avis des spécialistes

L'avis du médecin spécialiste, s'il a été sollicité a son importance pour certains confrères. Pour améliorer la prise en charge du patient et anticiper d'éventuels rendez-vous futurs à prendre.

E5 : « S'il y a eu l'avis des spé. C'est le plus intéressant, les examens complémentaires, les avis et rendre une conclusion. »

E9 : « Les avis spé qui sont nécessaires à sa prise en charge. »

E10 : « On n'a pas souvent l'avis détaillé du spécialiste, on a souvent « avis du spécialiste » et ensuite c'est écrit..., enfin voilà c'est souvent pareil, assez succinct. »

E11 : « Oui c'est vrai que ça c'est important de savoir, savoir un peu les rendez-vous qui ont été pris, si le cardio est passé... »

g) Traitement mis en place

Qu'il s'agisse du traitement reçu pendant l'hospitalisation, d'un médicament introduit pour un temps donné ou encore de la modification d'un traitement de fond, il doit apparaître dans le courrier afin d'en informer le médecin traitant.

Si cette information passe inaperçue, des erreurs peuvent être faites, un traitement peut ne pas être reconduit, ...

E1 : « Ce qu'il a eu sur place, c'est important. Et avec quoi il ressort. »

E2 : « Et le traitement mis en place. »

E4 : « Et aussi [...], le traitement. »

E5 : « Reprendre le traitement d'entrée et le traitement de sortie, c'est pas mal, ça permet de comparer et qu'on soit sûr qu'ils aient eu toutes les infos sur le traitement d'entrée. »

E5 : « Le traitement mis en place. »

E6 : « Et les traitements, globalement quel antibiotique ils ont mis, parce qu'on ne sait pas. Les antalgiques, les traitements qu'ils ont mis. »

E8 : « Et puis le traitement mis en place. »

E9 : « Et surtout avoir les modifications de traitement qui ont été faites. »

E10 : « Je pense que c'est important d'avoir les traitements, enfin la prise en charge thérapeutique qui a été faite sur le moment. »

h) Diagnostic

D'après leurs expériences diverses, les médecins considèrent que le diagnostic clair et précis n'apparaît pas suffisamment dans les courriers de sortie des urgences

E1 : « Et puis surtout que ça apparaisse clairement le diagnostic. Parce que parfois on a l'impression qu'il manque le diagnostic. »

E1 : « Une conclusion. Prendre le temps de faire une conclusion. »

E2 : « Qu'ils me tiennent au courant [...], et du diagnostic qu'ils ont trouvé. »

E2 : (A la question qu'elles informations aimeriez-vous recevoir.) « Le diagnostic. »

E2 : « Quel est le diagnostic ? »

E3 : « Le diagnostic, ... »

E4 : « Et aussi le diagnostic posé. »

E5 : « Le diagnostic, ... »

E5 : « C'est le plus intéressant [...] et rendre une conclusion. »

E6 : « Le diagnostic retenu. »

E11 : « Une conclusion au moins pour savoir ce qui a été conclu même si parfois on ne trouve pas forcément et on peut renvoyer les patients chez eux, c'est vrai que savoir ce qui a été fait au moins ça permet de savoir quel raisonnement a été suivi. »

i) Conduite à tenir/Ce qui doit être fait

Avoir la conduite à tenir ou quelques données sur les éléments qui doivent être recontrôlés ou arrêtés améliorerait la prise en charge et la continuité des soins lors qu'ils réévaluent leurs patients.

Plusieurs médecins expliquent que le patient n'est pas en mesure la plupart du temps de rapporter si des rendez-vous ont été pris ou encore si des bilans sanguins doivent être réévaluer.

E1 : « Se dire voilà ce qu'on a décidé, on tempore et on vous le remet sous votre surveillance ou, on envisage ça plus tard et on a prescrit... »

E1 : « Deux-trois lignes sur pourquoi il est venu, ce qu'on a fait et pourquoi il repart et ce qui est prévu quand il repart. »

E3 : « [...], l'évolution. »

E5 : « Après s'il y a besoin de prendre des rendez-vous complémentaires ou s'ils ont été pris, que ça soit formulé à ce moment-là, parce que les patients souvent s'il y a des rendez-vous qui ont été pris, si c'est pas écrit dans un courrier ça passe à l'as. »

E6 : « Voilà s'il y a un ECBU qui a été fait, est ce qu'il a été lancé, le temps qu'on récupère les résultats pour adapter l'antibio derrière. »

E7 : « [...] et ce qu'on attend pour la suite. C'est-à-dire, s'il y a un retour à domicile, quelle est la suite ? »

E8 : « Eventuellement est-ce qu'il y aura un suivi, ce qui est souvent pas noté. C'est le truc qui est le moins souvent noté. »

E9 : « Par contre, le changement de traitement ça me paraît essentiel en pratique. »

E10 : « On aurait besoin en tant que médecin d'avoir la suite de la prise en charge, par exemple l'avis d'un cardiologue et on n'a pas d'idée sur quel suivi faire, quel suivi biologique après l'introduction d'un traitement par le spécialiste ou autre. [...] et avoir des consignes de suivi. »

j) Synthétique

Une majorité des médecins attend un courrier synthétique qui reprend les éléments cités si dessus, afin de pouvoir prendre connaissance des informations importantes sans perdre de temps, sans passer à côté de données primordiales qui peuvent parfois être au milieu d'une multitude de détails moins utiles.

E1 : « Du coup scanner une pile de sept ou huit pages ça a moins d'intérêt pour la reprise ultérieure plutôt qu'un courrier synthétique où on a eu les éléments principaux de la biologie, de l'imagerie et le diagnostic sur la même page. »

E1 : « Je trouve ça bien d'avoir un document synthétique et qui ne soit pas exhaustif. Il faut être efficace, si on a trop de données, on ne les lit pas. »

E4 : « Ça peut être très bref, tenir sur une feuille. »

E5 : « Quelque chose d'assez court, reprendre tous les antécédents, on n'en a pas besoin. »

E5 : « [...] succinct. Quand on voit les courriers détaillés, chaque appareil par appareil, on lit en diagonal. »

E6 : « Voir ce qu'il a trouvé le médecin urgentiste oui, mais revoir le premier externe, l'examen de l'interne, ça fait beaucoup en fait en double. »

k) Exhaustivité

Concernant l'exhaustivité des données, celle-ci est appréciée par certains médecins mais non souhaitée pour nombre d'entre eux, compte tenu du risque de perte des informations les plus pertinentes dans le contexte d'urgence.

E1 : « Parfois on a un peu l'impression d'avoir un déroulé d'ordinateur avec tout ce qui a été fait et avec beaucoup d'informations qui ne sont pas très intéressantes. On n'a peut-être pas besoin d'avoir le dextro à 14 heures et à 15 heures et savoir que c'est telle infirmière qui a fait le dextro. Parfois on a des infos qui apparaissent avec toutes les tensions, comme si c'étaient toutes les données du passage qui étaient répertoriées. »

E5 : « L'interrogatoire oui, l'examen clinique, succinct. Quand on voit les courriers détaillés, chaque appareil par appareil, on lit en diagonale. »

E5 : « Sauf certains passages que je peux lire en diagonale sur l'examen clinique, sinon le reste je trouve ça plutôt bien fait. »

E6 : « Globalement toutes les constantes infirmières on s'en fiche un peu en fait, même tout de qui est les observations, les trucs de l'externe, on s'en fiche en fait. »

E6 : « Voir ce qu'il a trouvé le médecin urgentiste oui, mais revoir le premier externe, l'examen de l'interne, ça fait beaucoup en fait en double. »

E7 : « Moi je vais pas râler si on me détaille l'examen clinique qui a été fait. Tout me parait important. »

E7 : « Moi plus j'ai d'infos mieux c'est, après je ferai le tri. »

E9 : « Alors l'examen clinique oui, mais souvent c'est moi qui les ai envoyé, je les ai évalué auparavant donc c'est pas forcément ce qui m'intéresse le plus. »

E10 : « Parfois les courriers que j'ai vu je les trouvais un peu trop lourds d'un point de vue visuel, avec des détails heure par heure sur l'administration d'un traitement ; la fonction de la personne qui l'a administré, ... Ce qui peut s'entendre comme médico-légal dans le dossier médical mais qui ne semble pas forcément pertinent pour le courrier de sortie. »

3.3 Forme

3.3.1 Mode de réception

a) Courrier électronique

Le format électronique semble faire l'unanimité dans l'échantillon de médecins interrogés.

E1 : « Alors moi j'aimerais bien les recevoir par courrier électronique, ça me semblerait plus logique. »

E2 : « Par internet, directement. »

E3 : « Le mieux serait par outil informatique. »

E5 : « Par voie dématérialisée ça serait mieux. »

E6 : « Peut-être le plus rapide c'est internet. »

E8 : « Moi perso, si tout pouvait se faire par mail ça serait vraiment bien parce que j'en ai ras le bol des courriers. »

E9 : « J'ai l'impression que ça se fait très peu mais si on pouvait recevoir ça par mail sécurisé ça serait vraiment, vraiment très approprié. »

E11 : « Mais après effectivement le mieux ça serait une messagerie cryptée, envoyée le jour même comme ça on peut savoir ce qu'il s'est passé très rapidement. »

b) DMP

Quelques médecins ont évoqué le DMP. Le Dossier Médical Partagé est un carnet de santé numérique qui conserve et sécurise les informations de santé du patient. Il permet un partage des informations avec les différents professionnels de santé qui entourent le patient.

Les médecins ont pour le moment des avis assez divergents sur l'utilité du DMP, du moins pour la transmission des courriers des urgences.

E1 : « Pour le DMP, j'aurais peur que trop peu de médecins généralistes ne regardent pas. C'est très chronophage. Moi j'ai que trois patients qui ont un DMP. J'ai encore du mal à rentrer les antécédents, c'est fastidieux. Après si tout le monde l'utilisait, pourquoi pas. »

E3 : « Il y a aussi l'intérêt du DMP, les courriers pourraient être mis sur le DMP, mais le but n'est pas que tout soit sur le DMP sans qu'on le sache. J'ai peur que le DMP devienne un sac dans lequel on met tout et que ça soit difficile de retrouver l'information. Donc il faut qu'il y ait une copie dans le DMP mais qu'on soit réceptionnaire de l'information aussi. »

E4 : « En temps réel, [...] avec le DMP. »

E6 : (A propos du DMP.) « Non pas du tout, honnêtement on ne le fait pas. J'avais commencé un peu avec ma prat en SASPAS mais là on le fait pas, on n'a pas trop le temps. »

E11 : (En parlant du DMP) « Alors non, ça a commencé quand j'étais en SASPAS, c'est déjà pas très pratique à utiliser ; quand j'étais en rempla j'avais pas trop le temps de mettre en route ça. »

c) Réception en temps réel

Le verbatim suivant illustre la réponse des médecins lorsqu'on évoque l'intérêt d'un courrier reçu en temps réel pour la prise en charge en ville de leurs patients.

E1 : « Ça serait génial, tout simplement parce que souvent on les voit arriver, pour beaucoup de patient le lendemain ou le surlendemain d'un passage aux urgences. »

E1 : « Donc oui ça serait super, moi je trouve ça très bien. »

E2 : « Oui, parce que je saurais ce qu'il s'est passé. »

E4 : « Ça serait parfait en temps réel. »

E5 : « Ça serait l'idéal. Souvent, surtout dans notre milieu semi rural, les gens ont l'habitude dès qu'ils sortent d'hospitalisation, de venir nous voir. Sauf que si nous on n'a pas les infos sur ce qu'il s'est passé, ça se termine on essaye de deviner. »

E6 : « Ça serait super, surtout quand ils ne sont pas hospitalisés derrière, quand ils rentrent à domicile et que tu dois les revoir le lendemain, tu sais pas trop ce qui a été fait, c'est embêtant. »

E7 : « C'est évident, c'est évident, c'est évident. »

E8 : « Ça serait bien, ça serait mieux d'autant que les patients ne reviennent pas te voir tout de suite. »

E8 : « Après chez les déments ce qui est embêtant c'est quand il n'y a pas la famille, on ne sait pas forcément ce pourquoi ils sont revenus, donc ton idée elle est très bien d'être informé le plus tôt possible. »

E11 : « Dans les deux jours par contre, ça me paraît plus logique, ça permet si le patient doit être réévalué ou si le patient revient nous voir parce que y a un souci, c'est vrai qu'avoir le courrier à ce moment-là, au moment où on fait la consultation, ça aide aussi. »

d) Rapide

Pour certains médecins, le maître mot est la rapidité de réception, quelle que soit la forme d'expédition (informatique ou postale.)

E5 : « Les courrier papiers c'est bien, on les scanne et on les met dans les dossiers et on les lit mais c'est vrai que si on peut les recevoir directement et les ranger sur l'ordinateur, je pense que ça va plus vite aussi. Ça fait des économies. »

E7 : « Sous forme rapide. »

E11 : « Dans les deux jours par contre, ça me paraît plus logique. » (Au sujet du délai de réception.)

3.3.2 Mise en page

a) Messageries électroniques sécurisées réservées aux professionnels de santé

E1 : « L'avantage d'MSSanté® c'est qu'on a un PDF. En termes de police et de mise en page c'est mieux, mais Apicrypt® c'est très bien.

E4 : « Ou même sur Apicrypt®. »

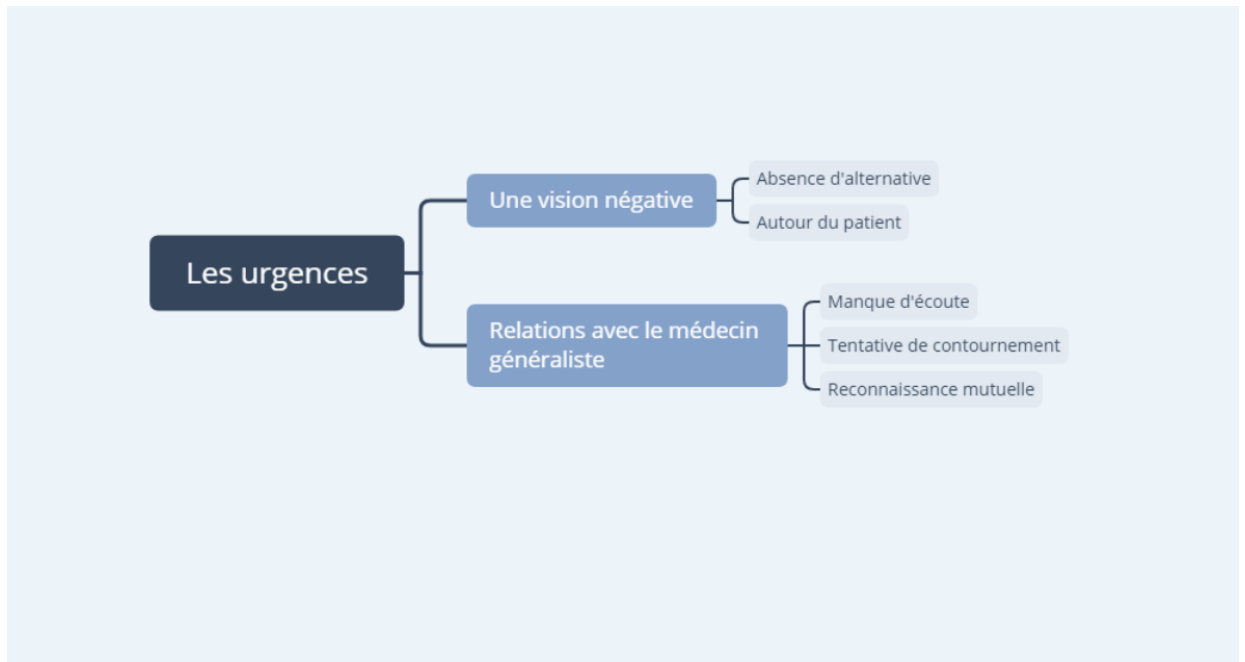
E9 : « Si on pouvait recevoir ça par mail sécurisé ça serait vraiment, vraiment très approprié. »

b) Format

E4 : « Ça peut être très bref, tenir sur une page. »

E10 : « [...] qui pourrait tenir sur un format A4. »

4- Les urgences



4.1 Une vision négative

4.1.1 Absence d'alternative

Les médecins généralistes interrogés ont une vision assez négative des services d'urgences. Celles-ci sont vraiment sollicitées en dernier recours, lorsqu'ils ne trouvent aucune alternative.

E1 : « C'est que c'est vraiment une grosse urgence. »

E1 : « J'essaye souvent de trouver une solution alternative, voilà, et c'est qu'en dernier recours qu'on est obligé de passer par là. » (En parlant des urgences.)

E4 : « C'est bête mais quand on n'est pas dans les heures ouvrables on est obligé de passer par les urgences. »

E6 : « Mais quand on a zéro point de chute, j'adresse à Lapeyronie. »

E6 : « Après, les choses graves ça va à Lapeyronie, mais les petites choses pas graves ça n'y va pas. »

E8 : « Quand j'ai pas le choix le vendredi soir. »

E8 : « En général quand j'adresse et que je n'ai pas le choix, c'est qu'il n'y a plus de permanence de soins en ville. »

4.1.2 Autour du patient

La vision négative des services d'urgences s'articule beaucoup autour du manque de confort du patient, et de l'attente.

Cet aspect des urgences est d'autant plus difficile à supporter que les patients de plus de 75 ans sont souvent plus fragiles, et chaque passage aux urgences est source de confusion et de perte des repères.

E1 : « Il y a un sas d'attente qui fait un peu peur avec des brancards qui ne sont pas toujours très confortables et envoyer une personne de plus de 75 ans aux urgences de Lapeyronie, ça me fait mal au cœur. »

E4 : « Quand je pense à mes souvenirs de stage d'externe aux urgences, rien que le côté confort, qu'ils aient un vrai brancard, pas un plan dur mais quelque chose de confortable, pour l'attente. »

E6 : « L'idée c'est qu'ils ne passent pas six heures sur un brancard quand on adresse un petit papi ou une mamie. »

E6 : « C'était juste une radio du genou quoi et elle y a passé sept heures, une mamie démente sur un brancard. Du coup, plus ça va moins j'envoie. »

4.2 Relations avec le médecin généraliste

4.2.1 Manque d'écoute

La bête noire des relations entre les urgences et les praticiens généralistes soulevée par ces derniers est un manque d'écoute entraînant souvent une incompréhension de la part du médecin.

E1 : « Après les fois où j'ai appelé les urgences, on tombe sur l'infirmière d'accueil qui note pas forcément qu'ils attendent cette personne et le médecin d'orientation, on sent que ce n'est pas très important pour lui. »

E6 : « Parfois c'est juste, je les envoie en filière courte, si c'est une mamie qui est tombée, il faut vérifier qu'il n'y ait pas une fracture mais j'essaye de les envoyer juste en filière courte en prévenant que c'est juste une radio et malheureusement elle passe souvent en FMC et elle y est huit heures pour au final rien, c'était juste une radio à faire. »

4.2.2 Tentative de contournement

A l'aide de leurs réseaux les médecins traitants privilégient les entrées directes dans les services ainsi que les avis externes pour éviter un passage aux urgences pour leur patientèle gériatrique.

Ils n'adressent un sujet âgé aux urgences qu'en dernier recours, si les premières solutions proposées se sont soldées par un échec.

E1 : « On essaie de faire des admissions directes ou de temporiser ou d'avoir accès à des spécialistes qui peuvent nous donner un avis et accueillir le patient un peu plus tard. »

E4 : « En fait pour les patients gériatriques, j'essaie d'éviter les urgences, je vais plutôt passer par le gériatre de garde. »

E5 : « Après on essaye toujours avec notre réseau de spé de se débrouiller ou d'hospitaliser directement en médecine mais quand ce n'est pas possible, on est obligé d'adresser aux urgences. »

E6 : « Quand j'arrive pas à trouver une place directement en hospité, globalement j'essaye quand même de voir, quand ils sont suivis en clinique, on essaye de passer directement par les cliniques ou les cardiologues. »

E7 : « C'est vrai que c'est quand même assez rare que je sois amené à faire passer les personnes âgées aux urgences. En général on se débrouille pour organiser les choses dans les soixante-douze heures, on y arrive plus ou moins. »

E8 : « Les échanges se font plutôt avec Balmès, c'est aussi pour ça que je ne les adresse pas aux urgences mais plutôt directement dans les services. J'essaye de faire des entrées directes. »

4.2.3 Reconnaissance mutuelle

Chacun respecte le travail des confrères, qu'ils s'agissent des urgentistes ou des médecins généralistes.

Les objectifs sont similaires, prendre soins du patient.

On retrouve une certaine bienveillance pour les confrères des urgences à travers le regard des praticiens interrogés.

E1 : « On est très content d'avoir le compte rendu du médecin. »

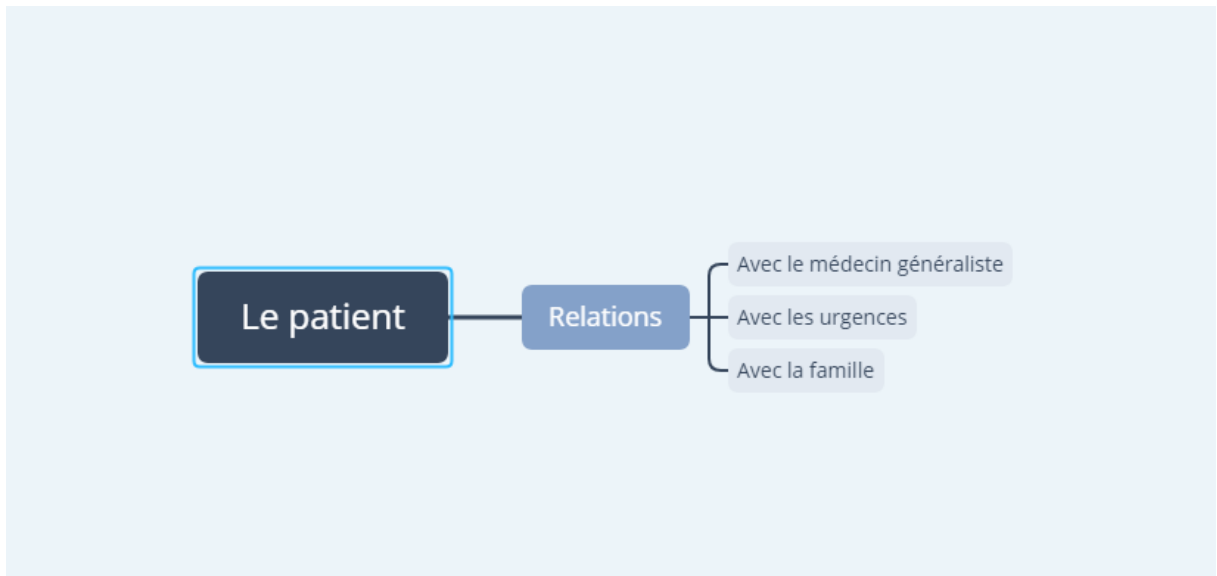
E1 : « Il y a des très bons urgentistes là-bas, c'est pas le problème. »

E5 : « Généralement je ne refais pas d'examen après un passage aux urgences où j'ai eu l'impression que ça a été bien traité et que le patient va mieux. »

E7 : « Je lui ai écrit pour lui dire merci, et de continuer. »

E7 : « Donc on bosse tous, on apporte tous notre pierre à la prise en charge des gens, petit à petit, avec notre plateau technique et essaye de faire ce qu'on peut. »

5- Le patient



5.1 Ses relations

a) Avec le médecin généraliste

Il existe une relation de confiance importante entre le patient et son médecin généraliste. Le patient retourne fréquemment voir son médecin traitant après un passage aux urgences afin d'avoir l'avis de son médecin traitant, et d'avoir l'expertise d'un médecin en qui il connaît et en qui il a confiance.

E1 : « Malgré le fait que ça a été bien pris en charge aux urgences mais ils veulent revoir, avoir notre avis. »

E5 : « Souvent, surtout dans notre milieu semi rural, les gens ont l'habitude dès qu'ils sortent d'hospitalisation, de revenir nous voir. »

b) Avec les urgences

Un médecin interrogé rapporte que les patients ne comprennent pas toujours ce qu'ils se passent aux urgences, et que dans d'autres cas, certains tentent d'obtenir des bénéfices secondaires du séjour aux urgences.

E1 : « Ils [les patients] nous disent « il faut absolument que je fasse un scanner » et le compte rendu c'était une lombalgie, « faire le scanner si toujours hyperalgique ». Elle avait compris ce qu'elle voulait entendre, et c'est vrai pour beaucoup de choses. »

E1 : « On se rend compte que c'est rigolo de voir ce qu'ils ont compris. Ce qu'ils nous rapportent ce sont souvent des choses beaucoup plus négatives que la réalité. »

c) Avec la famille

Une autre praticienne interviewée note que la famille a une place importante, surtout chez les patients fragiles, dans la transmission des informations, en l'absence de courrier. En effet, la confusion entraînée par le passage aux urgences est compensée par la famille qui pourra par la suite essayer d'expliquer l'essentiel de la prise en charge au médecin traitant.

E8 : « Après chez les déments, ce qui est embêtant c'est quand il n'y a pas la famille, on ne sait pas forcément ce pourquoi ils sont revenus. »

Discussion

1- Forces et faiblesse

Le but de ce travail est de mettre au point un courrier à la sortie des urgences du CHU Lapeyronie pour les patients de plus de 75 ans, mais surtout que ce courrier réponde aux attentes des médecins généralistes, tant sur le plan de son contenu que dans son mode de réception.

Cette idée de travail m'est venue après mon passage chez le praticien, lorsque je me suis rendu compte que l'absence de courrier me mettait en difficulté quand j'étais amenée à revoir des patients âgés après leur passage aux urgences. Je me suis intéressée à la population gériatrique en particulier parce que selon moi, un séjour aux urgences perturbe énormément un patient de plus de 75 ans et est source d'une très grande confusion.

Tous les médecins généralistes que j'ai pu interviewer étaient motivés par le sujet et partageaient mon ressenti. La plupart d'entre eux m'ont aussi rapporté que le problème n'était pas nouveau et que d'autres avant moi s'étaient penchés sur la question.

Ce travail m'a permis de rencontrer des médecins qui avaient beaucoup plus d'expériences que moi et qui m'ont apporté énormément d'éléments auxquels je n'aurais pas pensé.

J'ai pu également discuter de ce travail avec des médecins urgentistes dans d'autres centres et ceux-ci étaient étonnés de l'absence de courrier. Ils ont pu également me faire part de leurs vécus vis-à-vis des informations qu'ils mettaient dans leurs courriers et de celles qu'ils ne laissaient pas apparaître.

1.1 Forces de l'étude

Le problème de la continuité des soins et de la coordination ville-hôpital est un sujet intéressant qui soulève de nombreuses études depuis plusieurs années, et qui reste stimulant grâce aux nombreuses améliorations qui peuvent être apportées au système actuel.

Le modèle des entretiens semi dirigés a permis de vrais échanges avec les médecins rencontrés, en toute liberté d'expression, afin de partager au mieux leurs expériences et leurs expertises.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, obtenue après le huitième entretien. Trois entretiens ont tout de même été conduits afin de confirmer cette saturation des données.

L'analyse thématique longitudinale a permis une analyse précise, sans omettre d'informations. La triangulation des premiers entretiens est une force pour cette étude.

Les médecins rencontrés travaillaient dans des territoires géographiques variés et avaient des modes d'exercices différents (médecin travaillant seul, en cabinet de groupe ou encore médecins remplaçant). De même plusieurs tranches d'âges étaient représentées permettant d'avoir un échantillon représentatif.

Aucun des participants n'a rapporté avoir été troublé par l'enregistrement de ses propos. Afin de créer un climat de confiance, il leur était précisé au début qu'il n'y avait pas de bonnes ou mauvaises réponses.

Sur le plan éthique, pour chacun des praticiens un consentement oral et écrit a été obtenu.

1.2 Faiblesses de l'étude

a) Biais de recrutement

Les plupart médecins interrogés étaient tous intéressés par leur sujet et motivés pour changer les choses mais qu'en est-il des médecins qui n'ont pas répondu à l'invitation ? Est-ce par manque de temps ou par désintérêt. Les réponses des médecins interviewés ont peut-être été influencées par leur envie de changer les choses.

Pour 3 médecins, les urgences du CHU Lapeyronie n'étaient pas le service d'urgence de première intention, pas par choix mais par facilité géographique. Leur avis concernant les courriers actuels n'étaient donc pas informatifs pour ce travail mais leurs suggestions et leurs attentes sur un futur courrier standardisé avaient parfaitement leur place dans cette étude.

b) Biais d'interprétation

L'analyse thématique laisse une grande part à l'interprétation et implique donc une certaine subjectivité. Cette subjectivité a pu être observée dans les différences d'analyse et de codage entre deux lecteurs.

La triangulation des premiers entretiens a permis de limiter ce biais mais n'ayant pas été appliquée à tous les entretiens, celui-ci ne peut être complètement éliminé.

On peut également noter un certain biais dans la subjectivité du codage qui ne répond pas à une référence ni à une trame imposée.

c) Biais d'investigation

Le travail d'analyse de contenu est un exercice minutieux et méthodique qui nécessite une certaine expertise que je n'ai pas encore acquise. Ce premier travail de recherche n'est donc pas aussi informatif qu'il aurait pu l'être avec un enquêteur plus expérimenté.

Il s'agit du principal biais de cette étude, malgré l'aide et le savoir-faire apportés par le Docteur CADUDAL.

2- Discussion des résultats

Selon le code de Santé Publique (12), le médecin traitant d'un patient, afin de lui apporter les meilleurs soins possibles et en tant que coordinateur des soins, doit disposer de toutes les informations concernant celui-ci. Il semble donc nécessaire qu'il soit informé dans les meilleurs délais des faits concernant la santé de son patient à travers une communication optimale avec l'ensemble des acteurs de la santé du patient, incluant l'hôpital.

Comme le rappelle l'article 59 du Code de Déontologie, « Le médecin appelé d'urgence auprès d'un malade doit, si celui-ci doit être revu par son médecin traitant ou un autre médecin, rédiger à l'intention de son confrère un compte rendu de son intervention et de ses prescriptions qu'il remet au malade ou adresse directement à son confrère en informant le malade. » (13).

Le courrier de sortie des urgences, même s'il échappe à la législation de la lettre de liaison ou du compte rendu d'hospitalisation du fait de son temps de passage à l'hôpital inférieur à vingt-quatre heures semble donc être une nécessité (14).

Aux urgences du CHU Lapeyronie à Montpellier, le patient ressort sans courrier de consultation externe. En effet, dans les quarante-huit heures qui suivent son passage aux urgences, les secrétaires du service remettent en forme l'observation faite par les médecins et internes. Ce courrier est ensuite mis dans le casier du médecin afin d'être relu et signé par le médecin. Il n'y a pas de trame automatisée et la qualité du courrier est donc médecin dépendant ; cette qualité dépend également du temps dont disposait le médecin pour rédiger une conclusion, et donc de l'activité du service. Un envoi est fait aux médecins généralistes une fois par semaine. Si un médecin n'est pas amené à être de garde dans la semaine ou s'il n'a malheureusement pas le temps de signer les courriers rédigés par les secrétaires, le délai d'envoi, déjà supérieur à quarante-huit heures peut s'allonger significativement. Il faut noter également que les résultats des examens ne sont pas remis directement au patient, en effet, les comptes rendus d'imagerie sont provisoires et, afin d'être validés, les images doivent être relues par un médecin sénior le lendemain.

2.1 Le médecin généraliste

2.1.1 Les relations du médecin avec le milieu des urgences

Un rapport récent établi par la Fédération Hospitalière de France intitulé « Renforcer le lien Ville-Hôpital » soumet plusieurs propositions pour améliorer la communication autour du parcours de santé du patient (15).

La proposition numéro une entre-autre, suggère de « rendre obligatoire la communication des résultats médicaux (compte-rendu d'hospitalisation, imagerie, biologie, ...) aux médecins généralistes », afin que ce dernier retrouve sa position de coordinateur du parcours de soins du patient (15).

Cet objectif d'amélioration de la communication ville-hôpital est également celui de l'Etat depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 Juillet 2009, appliquée par les Agences Régionales de Santé (16).

Plusieurs centres hospitaliers font actuellement des expérimentations en vue d'améliorer cette communication, comme le Centre Hospitalier de Créteil qui tient le rôle d'établissement pilote pour une start up qui développe une plateforme internet de lien entre la Ville et l'Hôpital. Grâce à un lien disponible sur les outils informatiques des médecins généralistes, ceux-ci reçoivent l'information en temps réel, dès qu'elle est entrée dans le dossier patient informatisé de l'hôpital (l'admission du patient, ses résultats, ...).

Au cours des différents entretiens recueillis, les expressions pour caractériser les relations avec l'hôpital et en particulier les urgences étaient « aucune relation », « aucun échange », « très minces », « très peu d'échanges » reflétant cette nécessité d'améliorer les échanges et la communication. De leur côté, les médecins interrogés adressaient quasi systématiquement leur patient aux urgences accompagné d'un courrier à l'intention du médecin urgentiste.

Comme le rappelle le Code de Déontologie, article 63, « [...] le médecin qui prend en charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le praticien désigné par le malade ou son entourage. Il doit le tenir informé des décisions essentielles auxquelles ce praticien sera associé dans toute la mesure du possible. » (17).

Devant ces difficultés de communication pourtant pointées du doigt depuis plusieurs années, le rapport Larcher constate qu'une « part de la coordination des prises en charge repose sur le patient et sa famille et le risque est grand de ruptures dans la prise en charge. » (18). Ce risque est d'autant plus grand que le patient est fragile et isolé, ce qui est souvent observé chez le patient de plus de 75 ans.

2.1.2 Les ressentis du médecin généraliste

Au cours de notre étude, la plupart des médecins généralistes nous ont fait part de leurs sentiments concernant l'adressage de leurs patients aux urgences. Plusieurs praticiens rapportent des émotions telles que la culpabilité, la peur ou encore un sentiment d'échec dans le fait d'orienter un patient d'âge gériatrique aux urgences. Ces ressentis sont influencés par une vision des urgences et surtout des conditions d'attente très négatives. Beaucoup évoquent des salles d'attente pleines, des brancards inconfortables, des temps d'attentes très long et un manque d'écoute des besoins des patients dû à un manque de personnel.

En conséquence de ces craintes, les médecins généralistes adressent leurs patients âgés aux urgences que lorsqu'ils ne trouvent pas d'alternative, comme nous avons pu le recueillir lors des entretiens.

Une étude réalisée en Bretagne en 2018 interrogeait les praticiens sur leur motif d'adressage (19). Les deux principales réponses étaient « parce que je pense que c'est urgent » et « parce que le plateau technique de l'hôpital correspondait au besoin du patient. ». Dans cette étude ils rapportent également les difficultés d'hospitaliser directement les patients dans les services, sans passer par les urgences, tout comme l'avaient exprimé les médecins lors de nos entretiens.

Un rapport de la DREES de 2003 intitulé « Les usagers des urgences » (20) retrouvait que les patients hospitalisés concernaient 17,80% des patients s'étant présentés spontanément aux urgences contre 51,40% pour les patients adressés par le médecin traitant. Ces résultats mettent en évidence que le ressenti du médecin généraliste face à l'urgence est souvent objectif.

2.1.3 Les attentes du médecins généralistes

Dans notre questionnaire nous avons posé la question, brute, de savoir quelles étaient les attentes du médecin généraliste lorsqu'il adresse un patient aux urgences.

Les praticiens répondent pour la majorité, chercher l'accès à un plateau technique disposant d'examens complémentaires. On retrouve également le souhait d'une surveillance hospitalière ou même l'hospitalisation du malade. Certains expriment avoir recours aux urgences lorsqu'ils ont un doute et tous attendent un retour d'informations sur ce qui a été fait aux urgences et ce qu'il advient du patient.

Une étude réalisée à Lyon en 2015 sur les attentes des médecins généralistes (21) retrouvait cette demande d'examens complémentaires exprimée dans 59% des courriers adressés aux médecins urgentistes. Ces données sont confirmées par une étude réalisée auprès des médecins généralistes parisiens en 2014 (22).

2.2 Le courrier attendu par les médecins généralistes

2.2.1 Le contenu

L'étude réalisée a permis de mettre en évidence les différents items que les praticiens souhaitent voir apparaître dans le courrier de consultation externe. Même si quelques-uns des items restent des sujets de discorde, la plupart des médecins s'entendent sur les informations qui doivent être présentes.

La majorité des items correspondent aux rubriques définies par la Haute Autorité de Santé (23) pour la lettre de liaison qui doit accompagner un patient à la suite d'une hospitalisation d'au moins vingt-quatre heures (qui ne s'applique donc pas aux passages aux urgences). En effet, on retrouve le motif d'entrée, la synthèse du passage, les examens complémentaires, les traitements mis en place, le diagnostic et enfin ce qui doit être fait. A ces éléments, les médecins interrogés souhaiteraient avoir les avis des spécialistes.

L'item de l'examen clinique n'a pas été choisi de manière absolue par tous les médecins généralistes, certains trouvant le détail de l'examen trop fastidieux.

De même, les médecins sont majoritairement en attente d'un courrier synthétique, facile à lire, contenant l'essentiel, mais une minorité préfère avoir toutes les informations et faire un tri dans un second temps. Cette demande de synthétisation est retrouvée dans une étude réalisée en 2011 au CHU d'Angers évaluant un courrier de sortie des urgences déjà en place (24).

Il s'agit d'une étude rétrospective à travers laquelle les médecins traitants ont été interrogés par enquête postale sur leur perception des courriers et leur mode de transmission. Ils rapportent que les courriers peuvent être trop longs avec les notes de l'externe puis de l'interne et en retiennent une partie des données essentielles dans « un flot d'informations excessives ». Les praticiens suggèrent un intérêt de faire apparaître la conclusion du passage en premier, afin d'avoir d'emblée une synthèse rapide, plus adaptée à la pratique du médecin généraliste.

Cette étude révèle aussi que le problème du délai de transmission n'est pas propre au CHU de Montpellier. En effet, les médecins estiment celui-ci non satisfaisant, 8,5% des courriers étant transmis dans les moins de quarante-huit heures et mettent une limite à six jours.

Concernant la construction du courrier les médecins notent également vouloir avoir l'accès aux avis des spécialistes, comme les médecins interrogés dans notre étude.

2.2.2 Le mode de transmission

Au sujet du mode de transmission, plusieurs éléments entrent en compte tels que la rapidité de transmission, la facilité d'accès mais également d'autres données comme le souhait de la part des médecins de responsabiliser les patients.

En effet la première question qui se pose est de savoir s'il est préférable de remettre le courrier en mains propres au patient ou de le transmettre directement au médecin traitant, sans passer par le patient. Le sujet est discutable ; remettre le courrier de consultation externe au patient en lui préconisant une réévaluation par son médecin traitant dans les jours à venir le rend pleinement acteur de sa santé comme le préconise la SFMU (25). Le second avantage de ce mode de transmission est de s'assurer que le médecin sera en possession du courrier s'il revoit le patient parce que celui-ci lui apporte directement. Malheureusement, dans le cas où le patient ne reconsulte pas son médecin généraliste, ce dernier ne peut être informé de son passage aux urgences et donc assurer la continuité des soins.

Dans le cadre de la patientèle gériatrique, sujet de notre étude, la suggestion de reconsulter le médecin traitant n'est pas toujours entendue ou comprise. Même si, comme certains praticiens l'ont souligné lors des entretiens, les personnes âgées ayant une grande confiance en leur médecin de famille, elles reconsultent de leur propre chef afin d'avoir l'avis de leur médecin sur la prise en charge des urgences. Un sujet fragile, dément ou non, s'il n'est pas accompagné par un proche, ne retiendra peut-être pas la consigne de revoir son praticien parmi les nombreuses informations qui lui seront fournies lors de son passage aux urgences.

Devant ce moyen de transmission incertain, d'autres solutions ont dû être envisagées ces dernières années à une époque où l'informatisation des données est le maître mot.

En effet, une thèse réalisée en Corrèze en 2015 retrouvait une utilisation du dossier informatisé dans 85% des cabinets (26). Dans notre étude, l'ensemble des médecins interrogés travaillaient avec des outils informatiques et possédait une messagerie sécurisée. A travers cette étude corrézienne sur l'informatisation du dossier médical, les médecins généralistes interrogés rapportent une meilleure vision globale du patient, la facilitation dans la transmission de données et un gain de temps dans la recherche d'informations.

Pour rappel, la transmission des données du patient par des moyens dématérialisés est encadrée par de nombreuses législations telles que la loi Informatique et Libertés (27) et le Code de la santé publique (28). En 2014 un rapport du Ministère de la Santé sur l'usage de la messagerie sécurisée MSSanté, rappelait l'intérêt d'une communication dématérialisée « accélérer, renforcer et moderniser les échanges entre les établissements de santé et les professionnels de santé du secteur ambulatoire. [...] une opportunité de gain, d'efficacité et de productivité grâce à la réduction, voire la suppression, des envois de courriers sous forme papier, à la rapidité de transmission des informations et des documents, au temps économisé par les secrétariats médicaux. » (29).

Le cryptage des données médicales est régi par la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés), autorisant les médecins à utiliser une messagerie cryptée sécurisée pour échanger toute donnée informatique médicale relative au patient (30).

Un rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins datant de 2010 affirme que les « messageries sécurisées dédiées aux usages professionnels, faciliteront notamment les échanges ville-hôpital, condition nécessaire à une meilleure coordination des soins. » (31)

Après lecture de ses différents articles et rapports, il paraît intéressant que le patient reparte avec un courrier, afin de s'assurer que ses proches et lui-même ont bien compris la synthèse du passage aux urgences et de laisser les consultants acteurs de leur santé ; cependant, dans la dynamique du Dossier Médical Partagé et dans un souci d'optimisation de la communication ville-hôpital, il semble indispensable de transmettre également un courrier par voie dématérialisée aux médecins généralistes.

2.2.3 Le délai de transmission

A l'unanimité les médecins interrogés dans notre étude ont reproché le délai de réception du courrier qui leur est transmis trop tard, perdant une partie de son intérêt dans la prise en charge de leurs patients.

Plusieurs médecins ont relevé le fait que l'absence de courrier reçu dans un délai court nuisait à la continuité des soins et à la bonne prise en charge de leur patient. Cette carence d'informations met certains d'entre eux en difficultés et les oblige à reproduire des examens dont ils ne savent pas s'ils ont été réalisés aux urgences. L'absence de courrier est aussi à

l'origine d'une perte de temps, passé à chercher des réponses en contactant les services hospitaliers, les patients n'étant pas en mesure d'expliquer précisément les traitements reçus aux urgences, les examens complémentaires passés et leurs résultats.

Comme le montre une étude publiée dans le Journal of the American Medical Association (JAMA) dans une revue de la littérature de 2007 (32), l'absence de courrier reçu dans un délai bref est responsable d'une altération de la qualité des soins dans 25% des cas. Cette analyse concluait qu'une informatisation ainsi qu'une standardisation des courriers faciliterait un transfert rapide d'informations pour les médecins de soins primaires tels que les médecins traitants, permettant une amélioration des soins de suivi.

Un référentiel rédigé au nom de la Société Française de Médecine d'Urgence datant de 2001(22) sur la gestion de l'aval des urgences, rapporte qu'il est nécessaire que : « un courrier (manuscrit ou informatisé) soit remis au patient lors de sa sortie avec photocopies des principaux examens paracliniques » mais aussi qu'un « courrier soit adressé au médecin traitant pour les malades non hospitalisés. Ce courrier précise au minimum le motif ou le diagnostic d'entrée, le diagnostic de sortie, dans un délai inférieur à 48 heures. ». Ces propos mettent en évidence que la problématique n'est pas récente mais que plusieurs sociétés ont déjà statué sur le sujet.

2.3 Les urgences

2.3.1 Une vision négative

A travers leurs expériences et leurs ressentis, les praticiens interrogés pendant notre étude ont témoigné d'une vision plutôt négative des urgences sur certains points. En effet, ces derniers semblent vouloir à tout prix éviter d'envoyer leurs patients aux urgences afin de leur éviter de longues heures d'attente dans des conditions précaires.

Ce point de vue péjoratif est assez répandu dans la conscience populaire. Les événements des derniers mois marqués par de nombreux services d'urgences en grève n'améliorent pas la popularité des urgences. En effet, au mois d'août 2019, selon la Direction Générale de l'Offre de Soins (33), cent quatre-vingt-quinze services d'urgence étaient en grève, s'indignant des conditions de prise en charge des patients, faute de moyens matériels mais surtout humains.

2.3.2 Les relations avec le médecin généraliste

Les échanges entre l'urgentiste et le médecin généraliste se font principalement via un courrier rédigé par le médecin traitant à l'intention du personnel des urgences. Dans notre travail, l'ensemble des médecins affirmait rédiger un courrier à l'intention de l'urgentiste, contenant le plus souvent le motif de consultation, les antécédents, le traitement habituel, l'examen clinique et parfois précisant les examens attendus.

Une étude réalisée en 2006 à l'Université de Grenoble rapportait que 54% des patients se présentaient aux urgences avec un courrier, dans 48% des cas celui-ci était écrit par le médecin traitant et par les médecins des maisons médicales de garde ou SOS Médecin dans 26% des cas (34).

Pour rappel, ce courrier doit respecter le secret professionnel tel qu'inscrit dans l'article 4 du Code de Déontologie (35) et partager seulement des données médicales nécessaires à la bonne prise en charge du patient. Le courrier est remis en mains propres au patient et celui-ci est informé de son contenu.

Le service d'accueil des urgences n'était prévenu de l'arrivée du patient par téléphone que dans 8% des cas. Cette étude n'a pas pu démontrer son objectif principal qui était l'amélioration du délai de prise en charge des patients adressés avec une lettre du médecin, cependant cette lettre constitue tout de même un gain de temps pour l'urgentiste., tant sur le plan diagnostique, thérapeutique et aussi économique.

Concernant l'appel au service d'accueil des urgences par les médecins généralistes, dans le cas du CHU Lapeyronie, les urgentistes notent que de nombreuses informations se perdent avant d'arriver au médecin qui va réellement s'occuper du patient.

2.4 Le patient

2.4.1 Ses relations avec le médecin généraliste

La relation entre le médecin généraliste et le patient gériatrique reste privilégiée. Au cours des entretiens plusieurs médecins nous ont rapporté que les patients revenaient les voir à la sortie des urgences afin d'avoir leur avis.

Une étude de la DRESS de janvier 2003 a mis en évidence que la moitié des plus de soixante-dix ans avait pris l'avis d'un médecin généraliste avant de consulter aux urgences (36). Ces

données sont toujours d'actualité, étant confirmées dans une étude de 2013 de la DRESS (4) qui notait que 58% des patients de plus de soixante-quinze ans avaient consulté leur médecin traitant dans les vingt-quatre heures précédant leur passage aux urgences contre 35% des patients de moins de soixante-quinze ans. Cependant, une étude plus récente (19), datant de 2018 retrouvait un chiffre moins important, 39,1% des patients étaient adressés à la suite d'une consultation chez leur médecin généraliste. Ce chiffre est peut-être le reflet de la problématique actuelle du manque de médecins généralistes.

On retrouve également dans les données de cette étude que 20% des patients étaient adressés aux urgences par leur médecin traitant.

2.4.2 Ses relations avec le service d'urgence

De récents sondages réalisés sur neuf cent quatre-vingt-dix-sept français, rapportent que 77% des français trouvent que les services d'urgences se détériorent en 2019 ; cependant, ils seraient plus de 90% à soutenir les mouvements de grève actuellement en place (37).

Les études de satisfaction réalisées auprès des usagers sur les services d'urgences reprennent généralement deux grands axes : l'attente, perçue et réelle et la prise en charge. Les principaux facteurs d'insatisfaction sont le temps d'attente, la mauvaise gestion de la douleur et le manque d'informations concernant le diagnostic ainsi que sur les consignes de surveillance (38). L'attente, même si elle est justifiée aux yeux d'une majorité des patients, est a priori mieux perçue lorsqu'elle est annoncée au préalable. En effet selon une étude traitant spécifiquement du temps d'attente aux urgences (39), 67% des patients interrogés estiment qu'ils auraient mieux supporté l'attente si la durée de celle-ci leur avait été annoncé dès leur arrivée. De même la perception de cette attente est modifiée par une bonne prise en charge de la douleur (38).

3- Perspectives

Depuis plusieurs années, le nombre de passages aux urgences ne cesse de croître, en effet il a doublé en vingt ans, atteignant vingt-et-un million en 2017. Cette croissance fait d'ailleurs l'objet de mesures prises récemment via le Pacte de refondation des urgences présenté par le Gouvernement en septembre dernier.

Notre étude a permis, à la demande du chef de service des urgences du CHU Lapeyronie, d'élaborer un courrier type répondant aux attentes des médecins généralistes, à la sortie des urgences afin d'améliorer le lien ville-hôpital et la continuité des soins.

Ce courrier imaginé est synthétique, rapide à compléter par l'urgentiste, rapide à lire par le médecin généraliste. Il reprend les éléments indispensables à la bonne prise en charge du patient en post-urgence par le généraliste.

Au cours des deux prochaines années, lors de mon assistantat, l'objectif va être, en partenariat avec le département d'informatique, de mettre en place la version dématérialisée de celui-ci, et de réduire son délai d'envoi.

Le courrier a-t-il changé la prise en charge des patients en post-urgence ? A-t-il amélioré la continuité des soins ? Ce courrier n'est-il pas trop fastidieux pour les médecins urgentistes ?

Un second travail sera nécessaire afin d'avoir un retour au près des médecins généralistes mais aussi des médecins urgentistes.

COURRIER DE CONSULTATION EXTERNE

MOTIF Motif de consultation : dyspnée, douleur abdominale

EXAMENS
COMPLEMENTAIRES Compte rendu des radiographies, bilans sanguins, scanners, ...

TRAITEMENTS
REÇUS AUX
URGENCES **ANTIBIOTHERAPIE**

ANTICOAGULANT

AVIS SPECIALISTES - **CARDIOLOGUE- ETT**
- **CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE**

TRAITEMENT DE
SORTIE

RESULTATS EN
ATTENTE/ RDV A
PRENDRE Ex : ECBU (résultats sous 72h)
Soins IDE pour pansement
Ablation de point
Radiographie de contrôle dans 4 semaines
RDV prévu avec gériatre en consultation chute le 31/12/2019

CONCLUSION **DIAGNOSTIC**

Nom du médecin urgentiste

Conclusion

Le système de santé français situe le médecin traitant au cœur du parcours de soins du patient, il est donc nécessaire que ce dernier soit informé des événements de santé de son patient, avec l'accord de celui-ci.

Les services d'urgences sont de leur côté, de plus en plus sollicités, en effet, les passages aux urgences ne cessent d'augmenter. Ces services sont donc impliqués à part entière dans les problématiques de communication ville-hôpital.

Le courrier de sortie est un élément nécessaire à la communication entre le médecin urgentiste et le médecin traitant. Il s'agit d'un élément indispensable à la continuité des soins et à la bonne prise en charge du patient. En effet, si le praticien ne sait pas que ce qu'il est arrivé à son patient ou encore qu'il doit être réévaluer ; il ne peut optimiser son suivi et sa prise en charge. Cette difficulté est plus marquante dans la population gériatrique, régulièrement mise à mal lors d'un séjour aux urgences, recevant un flot d'informations, dans un lieu souvent surchargé où tout va très vite.

Ce courrier doit répondre aux attentes des principaux concernés que sont les médecins traitants, tant sur le contenu, la forme de diffusion mais également le délai de transmission. Il doit donc être synthétique, rappelant les examens réalisés aux urgences et leurs résultats, reprenant la prise en charge, les avis et les thérapeutiques reçus. Cette lettre doit enfin aiguiller le médecin sur les rendez-vous à envisager et les traitements à poursuivre. La voie dématérialisée s'imposera de plus en plus à nous, facilitant les délais de transmission des informations.

Bibliographie

1. INSEE. Population par sexe et groupes d'âges en 2019. [En ligne]. 2019. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
2. INSEE. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. [En ligne]. 2006. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
3. Haute Autorité de Santé (HAS). Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. [En ligne]. 2015. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015_04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
4. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. [En ligne]. Mars 2017. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1007.pdf>
5. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (4^{ième} éd.). Paris : Armand Colin ; 2016. 430p.
6. Frappé P. Initiation à la recherche. Paris : Global Média Santé, 2018. 216p.
7. Bardin L. L'analyse de contenu. Paris : PUF ; 2014. 296p.
8. Oude Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, et Bourrel G. « La méthode phénoméno-pragmatique : Une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé ». Exercer. 2013 ; 24(105) : 4-11.
9. Cadudal C. Entourage, médias et professionnels de santé influencent les choix des mamans dans la diversification alimentaire de leur enfant après six mois d'allaitement exclusif. [Thèse]. Université de Montpellier. 2016.

10. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Rev Médicale Assur Mal. 2001 ; 32(2) : 117-21.
11. Bousquet M-A. Concepts théoriques en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. [Thèse]. Université Paris VI. 2013.
12. Code de Santé Publique. Parcours de soins coordonnés_Loi_13_08_2004 [En ligne]. Disponible : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-3.pdf
13. Code de déontologie. Article 59. [En ligne]. Disponible : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
14. République Française. Décret n°2016-99 du 20 Juillet 2016 relatif aux lettre de liaison. Journal Officiel de la République Française n°169 du 22 Juillet 2016. [En ligne]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922482&categorieLien=id>
15. Fédération hospitalière de France. Rapport 2018 : Renforcer le lien ville-hôpital. [En ligne]. Disponible : <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Ville-hopital-des-pistes-pour-renforcer-les-liens> **
16. République Française. Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel de la République Française n°0167 du 22 Juillet 2009. [En ligne]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
17. Code de déontologie. Article 63. [En ligne]. Disponible : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/rapport-medecins-membres-professions-sante-art-56-68-1/article-63-information>

18. Larcher G. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital [En ligne]. 2008. Disponible : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf
19. Lejaille V. Motivation de recours et parcours de soins aux urgences des patients d'une petite ville d'Ille et Vilaine : Redon. Sciences du Vivant. 2018. [En ligne]. Disponible : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932184/document>
20. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Les usagers des urgences. Janvier 2003. [En ligne]. Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/usagers_urgences.pdf
21. Gros D. Etude descriptive et prospective des courriers d'admission aux urgences du centre hospitalier Lyon Sud : Analyse des besoins du médecin généraliste. [Thèse]. Université Lyon Est. 2015.
22. Vendoux A. Motifs de consultation et parcours aux urgences des patients adressés par le médecin généraliste. [Thèse]. Université de Paris VI. 2014.
23. Haute Autorité de Santé (HAS). Document de sortie d'hospitalisation. [En ligne]. 2014. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_contenu_metier_23102014.pdf
24. Carneiro B, Paré F, Roy PM, Fanello S. Qualité des courriers de sortie des consultants des urgences de l'hôpital aux médecins généralistes. Santé Publique. 2014 ;26(2):165-72
25. Bleichner G. Critères d'évaluation des structures d'accueil des urgences. Référentiel de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). Mars 2001. [En ligne]. Disponible : https://www.sfmou.org/upload/referentielsSFMU/ref_mars2001.pdf
26. Brindel L. L'informatisation du dossier médical chez les médecins généralistes Étude chez les praticiens en Corrèze. [Thèse]. Université de Limoges. 2015.

27. République Française. Loi n°78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée le 6 Août 2004. Journal Officiel de la République Française n°0182 du 7 Août 2004. [En ligne]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000886460>
28. Code de Santé Publique. Protection des personnes en matière de santé. Article L1110-4. [En ligne]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020886954&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
29. République Française. INSTRUCTION N° DGOS/PF5/2014/361 du 23 décembre 2014 relative à l'usage de la messagerie sécurisée MSSanté dans les établissements de santé. Décembre 2014. [En ligne]. Disponible : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/01/cir_39112.pdf
30. Commission Nationale de l'Informatique et des Liberté (CNIL). Traitement des données de santé par messagerie sécurisée. 2014. [En ligne]. Disponible : <https://www.cnil.fr/fr/declaration/au-037-traitements-des-donnees-de-sante-par-messagerie-securisee>
31. Ordre National des Médecins. Dématérialisation des documents médicaux. Juin 2010. [En ligne]. Disponible : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/hvffzu/dematerialisation_des_documents_medicaux.pdf
32. Kripalani S, Lefevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians implications for patient safety and continuity of care. JAMA. Février 2007 ; 297(8):831-41
33. Direction Générale de l'Offre de Soins. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
34. Cadat D, Trolong-Bailly C. L'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences. Médecine humaine et pathologie. [Thèse]. Université de Grenoble. 2016.

35. Code de déontologie. Article 4. [En ligne]. Disponible : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
36. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Janvier 2003. [En ligne]. Disponible : <https://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/er215.pdf>
37. Odoxa. Une grève des urgences largement soutenue sur fond d'hôpital en souffrance. [En ligne]. (2019). Disponible : [://www.odoxa.fr/sondage/greve-urgences-largement-soutenue-fond-dhopital-souffrance/](http://www.odoxa.fr/sondage/greve-urgences-largement-soutenue-fond-dhopital-souffrance/)
38. Deschanel G. Satisfaction et devenir des patients consultants aux urgences de Chambéry. [Thèse]. Université de Grenoble. 2010.
39. Hugla D. Temps et satisfaction aux urgences. [Thèse]. Université d'Angers. 2014.

Annexes

Annexe 1 : Courrier adressé aux médecins généralistes.

Cher Confrère,

Je suis actuellement en DES 3 de Médecine Générale à la faculté de Montpellier.

Je réalise une thèse afin d'essayer d'améliorer la continuité des soins entre la ville et l'hôpital, en particulier pour les patients de plus de 75 ans.

J'aimerais mettre en place un courrier de sortie automatisé après le passage aux urgences Lapeyronie. Pour que celui-ci réponde au mieux aux attentes des médecins généralistes, mon travail consiste à interroger ceux-ci afin d'avoir leur avis.

Seriez-vous intéressés de participer à ce projet ?

Les entretiens durent entre 15 et 30 minutes et peuvent se dérouler à votre cabinet pour plus de facilité.

Je suis joignable par téléphone ou par mail pour répondre à vos questions concernant mon travail de thèse.

Cordialement

Agathe LOLLICHON

Annexe 2 : Exemple de grille thématique d'analyse

Grille thématique entretien n°1

Le courrier

Rubrique	Thème	Sous Thème	Verbatim
Présence	Oui	Satisfaction du MG	57
	Non		2, 3
		Mise en difficulté	53
		Altération de la suite de la prise en charge	58
		Reproduction d'examens	58
	Aléatoire		1
Délais	10-15 jours		4
	Apporté par le patient		5
Contenu	Examens complémentaires		6
	Résumé	Succin, synthétique	7, 29, 31
	Les manques	CAT	8
		Diagnostic, conclusion	9, 10
	Points positifs	Présence	11, 7, 26, 42
	Les attentes	Résumé des examens complémentaires (Biologie, imagerie)	27, 30
		Synthétique	29, 31, 45, 48
		Diagnostic	30, 32, 44, 45
		Ce qui a été fait	33, 36, 45
		CAT/ ce qui doit être fait	34, 45
		Examen clinique	35, 43
		Traitement mis en place	37
	Non indispensable	La totalité des examens	28
		Trop d'informations	46, 49
		Dextro, relevé tensionnel	47
Forme	Mode d'envoi	Courrier électronique	38
		Moins : DMP	41
		Réception en temps réel	50, 26, 54
	Mise en page	MS Santé, PDF	39
		Apicrypt	40

Le médecin généraliste

Relations avec les urgences	Problématiques	Age du patient	12, 14
		Peur	13
		Tentative de contournement	18, 19
		Ne se sent pas écouté	60, 62
		Peur de déranger	67
		Incompréhension, frustration	62
	Positives	Appui face au patient	61
		Reconnaissance	66
		Echange	67
Ressenti/Emotion	Négatives	Echec	15
		Peur	16
		Culpabilité	17, 64, 65
		Mise en difficulté	53
		Déception	63, 64
		Tristesse	17, 64
	Positives	Content de la prise en charge	51
		Content de recevoir un courrier	57
Attentes		Diagnostic	20
		Traitement	21
		Examens plus accessibles à l'hôpital	22
		Surveillance	23
		Centralisation des examens	24
		Hospitalisation	25

Les urgences

Services d'urgence	CHU	Vision négative	17
		Tentative de contournement, alternative aux urgences	18, 19
		Si situation grave ou absence d'alternative	59
Relations	Médecin généraliste	Ne se sent pas écouté	60

Le patient

Relations	Avec le médecin généraliste	Confiance	52
	Avec les urgences	Incompréhension	55, 56
		Bénéfices secondaires	56

Annexe 3 : Consentement écrit vierge

CONSENTEMENT ECRIT

Présentation

Cette enquête est réalisée dans le cadre d'une thèse permettant l'obtention du diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale.

Cet entretien semi directif a pour objectif de mettre en place un courrier de sortie automatisé pour les patients gériatriques effectuant un passage aux urgences du CHU de Montpellier s'inspirant des attentes des médecins généralistes de la région.

Ces entretiens seront réalisés par Agathe LOLLICHON, encadrée par le Docteur Céline CADUDAL. Néanmoins, ils ne sont possibles que grâce au consentement des personnes qui acceptent d'être enregistrées, à qui nous demandons par conséquent une autorisation écrite.

Autorisation :

Je soussigné(e) _____

- autorise par la présente à enregistrer en audio l'entretien le _____ à _____.

- autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonymisée à des fins de recherche scientifique (mémoires ou thèses, articles scientifiques, exposés à des congrès, séminaires)

- Prends acte que pour toutes ces utilisations scientifiques les données ainsi enregistrées seront anonymisées. Ceci signifie que les transcriptions de ces données utiliseront des pseudonymes et remplaceront toute information pouvant porter à l'identification des participants

Lieu et date : _____

Signature :

Annexe 4 : Le verbatim

L'intégralité du verbatim des 10 entretiens réalisés est disponible sur CD-ROM

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Selon les recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence, le Code de déontologie et le code la Santé Publique, un courrier doit parvenir au médecin traitant de tout patient dans un délai court et raisonnable. En effet pour permettre au médecin traitant d'assurer son rôle au cœur du parcours de soin du patient ainsi que la continuité des soins ; celui-ci doit être informé des différentes prises en charge relatives au patient.

L'objectif de cette étude était de paramétrer un courrier de sortie des urgences du CHU Lapeyronie pour les patients gériatriques, répondant aux attentes des médecins généralistes de la région.

Pour y répondre, nous avons mis au point une étude qualitative de type thématique s'appuyant sur onze entretiens individuels, semi-dirigés menés auprès de médecins généralistes volontaires d'Avril à Juillet 2019.

La communication entre la ville et l'hôpital est régulièrement remise en question par les différents acteurs du parcours de soins. Cette carence a un effet délétère sur la continuité des soins du patient. Les personnes âgées plus particulièrement, faute de courrier, n'arrivent pas toujours à rapporter à leur médecin traitant la prise en charge dont elles ont bénéficié aux urgences.

En cas de retour au domicile du patient, les médecins généralistes sont en demande d'un courrier de sortie synthétique, reçu dans un délai rapide, afin d'optimiser la continuité des soins de leur patient. En effet, un courrier reçu trop tard perd de son intérêt. Ce courrier doit contenir les éléments indispensables à la bonne prise en charge du patient tels que le motif de consultation, les examens complémentaires réalisés et leurs résultats, mais également le traitement mis en place ou encore les avis sollicités au près des médecins spécialistes. Enfin, il est nécessaire que ce courrier rappelle les rendez-vous à prendre ou les résultats des examens à récupérer.

Avec la dématérialisation des données relatives au patient qui s'impose de plus en plus au milieu médical, la transmission d'un courrier par messagerie sécurisée semble être un moyen d'améliorer la communication entre les médecins généralistes et le milieu hospitalier, permettant également de perfectionner la continuité des soins.

Mots clés : courrier de sortie, communication ville-hôpital, urgences gériatriques, médecins généralistes.

Summary

According to the recommendations from the French Society of Accident and Emergency Medicine, the Code of Ethics and the Public Health Code, the doctor of any patient must receive a letter in a short and reasonable period. Indeed, to allow the doctor job throughout the treatment process and for its continuity ; he must be informed of the patient care.

The aim of this study was to configure a discharge summary from the CHU Lapeyronie for the geriatric patients, to respond to the region's doctors' expectations.

To answer it, we have made a thematic qualitative study based on eleven individual interviews, semi-directive, carried out on family doctors from April to July 2019.

The communication between the city and the hospital is often questioned by the different actors of the treatment process. The elder people especially, with no letter, can not always notify their doctors the patient's care they were offered at the emergency service.

In case a patient goes back home, the primary care physicians are asking for a post of synthetic discharge summary, received in a short period, in order to optimise the continuity of patient's care. In fact, a letter received too late can lose its interest. This discharge summary must include the essential elements for the great medical care of the patient like the motive of consultation, exams done and its results, but also the treatment made or the opinions solicited with the specialist doctors. Finally, it is necessary this discharge summary remind the appointments to take or the exams results to get.

With the dematerialization of the patient's data which being ordered more and more in the medical industry, the transmission of a post by secured messaging service seems to be a tool to improve the communication between the primary care physicians and the hospital field, but also to improve the care's continuity.

Key words : Discharge summary, communication city-hospital, geriatric emergency, primary care physicians