

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 13 février 2019 à Poitiers

par Monsieur **EPAILLY Maxime**

Analyse du parcours de soins des patients adressés par leur médecin
traitant aux urgences du CHU de Poitiers

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT
Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Directrice de thèse : Madame le Docteur Marie DUBOCAGE

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 13 février 2019 à Poitiers

par **Monsieur EPAILLY Maxime**

Analyse du parcours de soins des patients adressés par leur médecin
traitant aux urgences du CHU de Poitiers

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT
Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Directrice de thèse : Madame le Docteur Marie DUBOCAGE

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

**Professeurs des Universités-Praticiens
Hospitaliers**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (**mission 09/2017 à 03/2018**)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maitre de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité de 10/2017 à 01/2018**)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- SIMMONDS Kevin, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont permis la réalisation de ce travail

À Monsieur le Professeur Mimoz

Pour m'avoir fait l'honneur de bien vouloir présider cette thèse. Mon passage dans votre service m'a beaucoup appris tant sur le plan professionnel que personnel. Je vous en suis extrêmement reconnaissant.

À Monsieur le Professeur Roblot

Pour avoir accepté de juger ce travail. Merci pour votre disponibilité et votre confiance.

À Monsieur le Professeur Gomes Da Cunha

Pour m'avoir accompagné pendant tout mon cursus d'interne. Du stage de niveau 1 à Ruelle, jusqu'à la thèse, l'enseignement que vous m'avez transmis aura été d'un bénéfice immense. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

À Madame le Docteur Dubocage

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je te suis très reconnaissant de l'aide que tu m'as apportée et de toutes ces heures de travail que tu m'as consacrées.

À Monsieur le Docteur Arnaud Chaudet, Monsieur le Docteur Jeremy Guenezan et Monsieur le Docteur Nicolas Marjanovic

Un grand merci pour votre aide et vos relectures dans le cadre de ce travail.

À toute l'équipe soignante des urgences

Je tiens à vous remercier chaleureusement pour votre collaboration dans ce projet. Une pensée particulière pour les médecins et infirmier(e)s d'accueil qui ont été très réactifs et efficaces dès le début de ce travail.

À Madame le Docteur Denanot-Jollet et Madame le Docteur Cadero

Merci pour votre enseignement dans le service de gériatrie. Je n'oublierai jamais l'humanité dont vous faisiez preuve auprès des patients.

À Sonia et Odile

Merci pour votre bonne humeur quotidienne. Je n'oublierai jamais la bonne ambiance dans laquelle nous avons travaillé ensemble. Merci d'avoir été là.

À Madame le Docteur Gomes

Merci pour tout votre soutien et votre enseignement durant ces 3 années d'internat. La transmission de votre pratique de la médecine m'a été très précieuse.

À Monsieur le Docteur Galopin et Monsieur le Docteur Rioux

Une profonde reconnaissance pour l'apprentissage de la médecine rurale que vous m'avez enseignée.

À tous mes co-internes des urgences : Guilbot, Le grand Charles, Edouard la Web, Edouard la Deb, Maëlle, Laura, Garner, Vincent, Désiré, Grand Nico, et la jeune promo de chefs

Merci pour ces bons moments passés ensemble !

À mes parents Alexandre et Brigitte

Merci de tout mon cœur pour votre amour et votre soutien indéfectible. Sans vous, rien n'aurait été possible. Je vous aime !

À Mamie Anne Marie, Tatou, Mamie Yoyo, Papi, Bruno, Marie, Rémi, Margaux, Emmanuel, Laure, Alice, Béatrice et Frédéric, Louis et Léo

Merci pour votre affection et tendresse pendant toutes ces années.

À ma belle-famille : Hélène, Francis et Tatiana

Quel plaisir d'être à vos côtés ! Vous qui m'avez accueilli dans votre tribu comme votre propre fils. Merci encore pour votre aide, votre soutien dans ce travail et au quotidien.

À tous mes amis : Le coach, Matthieu, Olivier, Balou, Bertrand, Thomas, Edouard C, Edouard D, Arnaud, Maje, Guilb, Charles, Rémi, Fiona, Paul et les autres

Merci pour votre amitié pendant toutes ces longues années

Et bien évidemment, à toi qui n'a cessé de me soutenir pendant ces nombreuses années d'études. Malgré les difficultés, tu as toujours cru en moi. Toujours une oreille à l'écoute, une épaule sur laquelle s'appuyer, des conseils bienveillants, une douceur de vivre. Sans toi rien n'aurait été possible non plus.

Merci à toi mon amour.

SOMMAIRE

I) INTRODUCTION	11
II) MATERIEL ET METHODES	13
1) Type et lieu d'étude	13
2) Population.....	13
3) Recueil des données	13
4) Critères de jugement	14
5) Analyse statistique.....	15
6) Ethique	15
III) RESULTATS.....	16
1) Population étudiée	16
2) Critère de jugement principal.....	19
3) Critères de jugements secondaires	19
a) Devenir des patients des deux groupes	19
b) Devenir des patients en fonction de l'âge.....	20
c) Analyse des motifs de recours	22
d) Temps de passage aux urgences	24
e) Examens complémentaires réalisés aux urgences.....	26
f) Services d'hospitalisation	30
g) Alternatives au passage aux urgences des patients adressés.....	31
IV) DISCUSSION.....	33
Limites de l'étude	38
V) CONCLUSION	40
VI) BIBLIOGRAPHIE	41
VII) ANNEXES.....	43
Annexe A : Evolution du nombre de passage annuels aux urgences.....	43
Annexe B : Croissance annuelle des taux de passage dans les services d'urgence dans le monde	44

Annexe C : Analyse des motifs de recours avancés par les patients.....	45
Annexe D : Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU).....	46
Annexe E : Dépenses de soins ambulatoires par les patients	47
Annexe F : Contenu de la prise en charge aux urgences selon l'âge	48
RÉSUMÉ	49
SERMENT	50

ABREVIATIONS

- **AEG** : Altération de l'état général
- **AVC** : Accident Vasculaire Cérébral
- **BIO** : Biologie
- **CCMU** : Classification Clinique des Malades des Urgences
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation des Statistiques
- **DROM** : Département et Région d'Outre-Mer
- **ECG** : Electrocardiogramme
- **EEG** : Electroencéphalogramme
- **EMG** : Electromyogramme
- **GDS** : Gaz du Sang
- **HAD** : Hospitalisation à Domicile
- **HDJ** : Hôpital de Jour
- **HOSPIT** : Hospitalisation
- **IAO** : Infirmière d'Accueil et d'Orientation
- **IFOP** : Institut Français d'Opinion Publique
- **IRDES** : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
- **IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique
- **MAO** : Médecin d'accueil et d'Orientation
- **MIN** : minutes
- **MMG** : Maison Médicale de Garde
- **ORL** : Oto-Rhino-Laryngologie
- **RAD** : Retour Au Domicile
- **RADIO** : Radiographie
- **RSG** : Réseau de Santé Gériatrique
- **SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente
- **SAMI** : Service d'Accueil Médical Initial
- **SAU** : Service d'Accueil des Urgences
- **SAUV** : Service d'Accueil des Urgences Vitales
- **SFMU** : Société Française de Médecine d'Urgence
- **SMUR** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

- **SU** : Service d'Urgence
- **TDM** : Tomodensitométrie
- **UHCD** : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
- **UNV** : Unité Neuro Vasculaire
- **USC** : Unité de Soins Continus
- **VVP** : Voie Veineuse Périphérique

I) INTRODUCTION

Au cours des dernières années, le nombre de consultations dans les services d'urgences (SU) français n'a cessé d'augmenter avec 21 millions de passages en 2016 soit une progression de 3,5% en un an (1) (Annexe A et B). Parmi ces admissions, de nombreux patients se présentent spontanément aux urgences tandis que d'autres sont adressés par le médecin généraliste. Ce dernier reste le premier recours dans la prise en charge du patient.

Les médecins généralistes représentent, le plus souvent, le premier contact du patient avec le monde médical.

Par le biais des consultations ou visites, ils permettent d'assurer des soins ambulatoires par la prévention, l'éducation, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des malades.

Le temps médical que les généralistes peuvent consacrer à leurs malades n'est plus extensible, sortant ainsi du dogme du médecin disponible à toute heure du jour et de la nuit. La conséquence est un nombre croissant de patients qui s'orientent spontanément vers les services d'urgences ou vers des structures telles que SOS médecin. L'accessibilité aux soins avec l'ouverture 24h/24 et 7j/7 des SU représente un des arguments les plus fréquents avancés par les patients (Annexe C). D'autre part, la dispense d'avance des frais, l'absence de prise de rendez-vous, la possibilité d'obtenir des examens complémentaires et des avis spécialisés rapidement, constituent des arguments supplémentaires pour les patients.

Ainsi, les services d'urgences accueillent aussi bien un patient présentant une urgence vitale, qu'un patient ne présentant aucun critère de gravité.

Il faut néanmoins souligner que la notion d'urgence est variable selon la perception du patient, du médecin ou de l'infirmière et regroupe plusieurs entités : « l'urgence vitale », « l'urgence vraie » et « l'urgence ressentie ». Il n'existe pas une vision unique de l'urgence, mais une multitude de facettes propres aux patients ou aux acteurs de soins concernés (2). Différents outils comme la classification CCMU sont utilisés afin de pouvoir évaluer le niveau de gravité des patients (Annexe D).

Débordés la quasi-totalité de l'année, les services d'urgences permettent de répondre à la totalité des demandes médicales sans rendez-vous et à n'importe quelle heure du jour et de la nuit.

Les urgences générales du CHU de Poitiers sont le centre de référence de l'ancienne région « Poitou Charentes » accueillant les urgences médico-chirurgicales de tout ce territoire. Depuis décembre 2013, ce service bénéficie d'un « trauma center », structure pour optimiser le parcours de soins des polytraumatisés. Il permet une plus grande réactivité et une visibilité sur l'ex-région pour orienter au mieux ces patients dont la pathologie s'avère grave.

Le service des urgences de Poitiers accueille chaque année plus de 50 000 personnes : 53633 patients de septembre 2017 à septembre 2018 avec une croissance de +1,8%¹ sur l'année 2018. Il reçoit entre 130 et 145 patients par jour. Face à cette constante augmentation des admissions, nous pouvons nous demander quelles sont les solutions pour tenter d'endiguer le phénomène de « services saturés ». Pour cela, une analyse de la démographie médicale des urgences est nécessaire au préalable afin de mieux comprendre le parcours de soin du patient en son sein.

Devant cet afflux croissant vers ces structures d'urgences, nous pouvons donc nous demander quel est le devenir des patients qui sont adressés par leur médecin traitant. Ont-ils plus de risque d'être hospitalisés que ceux venant de leur propre gré ? Pourraient-ils être orientés vers une autre filière (comme l'hôpital de jour) afin de permettre des prises en charge optimales ? Nous pouvons enfin nous demander quelle est la concordance entre la demande du médecin traitant et la réponse apportée par les urgences ?

L'objectif principal de cette étude est d'analyser la concordance entre le diagnostic formulé par le généraliste et celui apporté par les urgences.

¹ Source : Gestionnaires des lits du CHU de Poitiers (appel téléphonique)

II) MATERIEL ET METHODES

1) Type et lieu d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale avec analyse des dossiers de patients se présentant aux urgences du CHU de Poitiers du 01/03/2018 minuit au 01/06/2018 minuit.

2) Populations

Concernant les patients adressés par leur médecin traitant, les critères d'inclusion étaient les patients de plus de 18 ans, s'étant présentés aux urgences du CHU de Poitiers avec un courrier d'un médecin généraliste qu'il soit leur médecin traitant ou un remplaçant.

Les critères de non inclusion étaient les patients mineurs et ceux ne disposant pas de courrier rédigé par un médecin.

Les critères d'exclusion étaient les patients partis sans attendre, fugueurs, sortis contre avis médical et les patients avec un courrier du médecin dont la lecture ne permettait pas le recueil d'informations.

Concernant les patients non adressés par un médecin, les critères d'inclusion étaient les patients de plus de 18 ans, s'étant présentés d'eux même aux urgences, sans courrier de leur médecin.

Les critères de non inclusion étaient les patients mineurs

Les critères d'exclusion étaient les patients partis sans attendre, fugueurs, sortis contre avis médical, ou amenés par la police.

3) Recueil des données

Tous les patients admis réalisaient leur admission à l'accueil des urgences. Les médecins et infirmier(e)s d'accueil réalisaient une photocopie du courrier médical des patients adressés par leur médecin, puis collaient l'étiquette d'identification sur la photocopie. Chaque photocopie était ensuite déposée dans une panière et récupérée régulièrement pour être analysée.

Les données recueillies dans les dossiers des patients, en plus de la lettre du médecin traitant étaient :

- L'âge
- Le sexe
- La durée de passage
- Le diagnostic évoqué par le généraliste et celui retenu par l'urgentiste
- La classification CCMU
- Le motif de recours : médical ou chirurgical
- Les examens complémentaires réalisés (biologie, imagerie)
- Le service d'hospitalisation ou le retour à domicile

4) Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le taux de concordance entre la demande du généraliste et la réponse apportée par les urgences.

Pour cela, nous avons analysé les diagnostics du généraliste et celui de fin de passage aux urgences, ou à défaut celui de fin d'hospitalisation, puis nous les avons comparés. Chaque patient a été classé dans un groupe d'organe en fonction de la pathologie suspectée. Une suspicion de colique néphrétique était donc classée dans « urologie ».

Ensuite, les patients étaient classés en deux groupes, le premier étant ceux adressés par un médecin généraliste et le deuxième ceux ne l'étant pas.

Certains médecins n'ont pas précisé leur suspicion diagnostique mais une liste de symptômes. Ces courriers n'ont été retenus que lorsque cette liste de symptômes pouvait être regroupée en syndrome. Par exemple, le diagnostic suspecté était pris en compte lorsqu'il était soit clairement formulé («Merci d'éliminer une appendicite...»), soit clairement sous-entendu. Ainsi, un courrier faisant état d'une «dyspnée avec fièvre et toux» était considéré comme une suspicion de pneumopathie.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- le devenir des patients adressés par leur généraliste : hospitalisation ou retour au domicile comparativement aux patients non adressés,
- l'analyse des motifs de recours des patients adressés et non adressés,
- la durée moyenne de passage aux urgences dans les deux groupes,
- le niveau de gravité des patients adressés via la classification CCMU dans les deux groupes,
- le taux de réalisation d'examens complémentaires dans les deux groupes,
- les services d'hospitalisation les plus sollicités dans les deux groupes,
- les alternatives possibles aux urgences dans le groupe des patients adressés.

Concernant les alternatives possibles aux urgences dans le groupe de patients adressés nous n'avons pas pu bénéficier d'outils standardisés permettant de déterminer le caractère justifié ou non de leur réalisation aux urgences. Il s'agit donc de notre propre interprétation.

5) Analyse statistique

Les données ont été recueillies via le logiciel Resurgences® (Intuitive / Groupe Berger-Levrault, Boulogne-Billancourt, France), puis anonymisées. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Excel® (Microsoft, Redmond, Etats-Unis) pour PC 2010 (version 14.0.7224.5000) et du logiciel XLS STAT (version 2014.5.03).

Les variables quantitatives étaient décrites sous forme de moyenne et d'écart type, les variables qualitatives par le pourcentage correspondant.

Les variables quantitatives ont été comparées par un coefficient kappa selon la distribution normale. Les variables qualitatives comparées par un test du Chi2 selon les effectifs.

Un seuil de significativité de 5% a été retenu.

6) Ethique

Le protocole a été soumis au Comité National Informatique et Libertés, et validé le 19/02/2018.

III) RESULTATS

1) Population étudiée

Pendant la période de l'étude, nous avons inclus 9045 patients dont 456 adressés par un médecin généraliste et 8589 non adressés. Le diagramme de flux est présenté dans la figure 1.

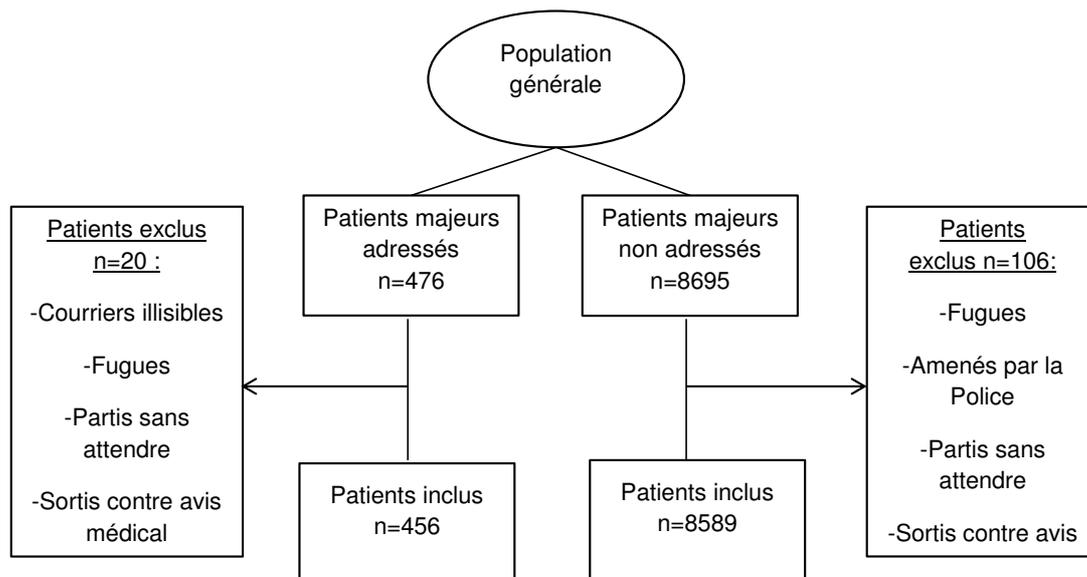


Figure 1. : Flow chart

Les principales caractéristiques des patients sont présentées dans le tableau suivant.

Tableau 1. Caractéristiques des patients (n=9045)

	Patients adressés (=456)	Patients non adressés (=8589)
<u>Age</u> (en % de la population concernée)		
<20 ans	1,7	5,1
20-40 ans	10,1	36
40-60 ans	18,2	23,9
60-80 ans	30,3	19,7
>80 ans	39,7	15,3
<u>Sexe</u>		
Homme (%)	48	52,3
Femme (%)	52	47,7
Sex-Ratio	0,92	1,1
<u>Temps moyen de passage au SU</u>		
	7h49 min	6h07 min
<u>CCMU</u> (en % de la population concernée)		
CCMU I	4,61	10,26
CCMU II	69,30	70,74
CCMU III	24,12	16,82
CCMU IV	1,54	1,60
CCMU V	0,22	0,40
CCMU P	0,22	0,17
CCMU D	0	0,01

La moyenne d'âge des patients adressés était de 68,5 ans (médiane : 72 ans ; écart type : 20,8 ans).

Tandis que chez les non adressés, elle était de 53,2 ans (médiane : 47 ans ; écart type : 23,1 ans).

Chez les patients adressés, les plus de 80 ans étaient les plus représentés avec 39,7% de l'effectif. Concernant les non adressés, c'est la tranche d'âge 20-40 ans qui était la plus importante avec 36% de l'effectif.

La CCMU II était la classification la plus fréquente avec 69,3% chez les patients adressés et 70,74% chez les patients non adressés.

2) Critère de jugement principal

Une concordance entre le diagnostic du médecin généraliste et le diagnostic final était retrouvée dans **84,4%** des cas (Kappa de Cohen = 0.82 [0.79-0.86]).

3) Critères de jugements secondaires

a) Devenir des patients des deux groupes

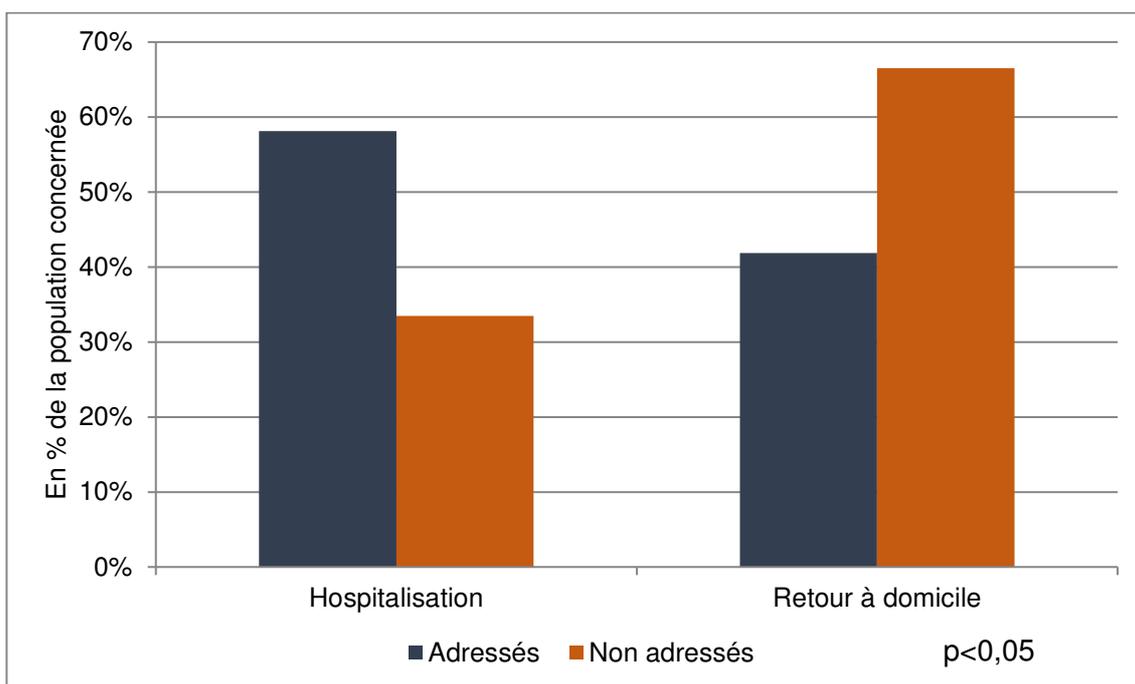


Figure 2. Devenir des patients adressés et non adressés

Chez les patients adressés, 265 patients ont été hospitalisés (58,1%) contre 2877 chez les patients non adressés (33,5%).

Chez les patients adressés, 191 patients sont rentrés au domicile (41,9%) contre 5712 chez les patients non adressés (66,5%).

Les patients adressés par leur médecin traitant étaient donc significativement plus hospitalisés que ceux venant d'eux même aux urgences ($p < 0,05$).

b) Devenir des patients en fonction de l'âge

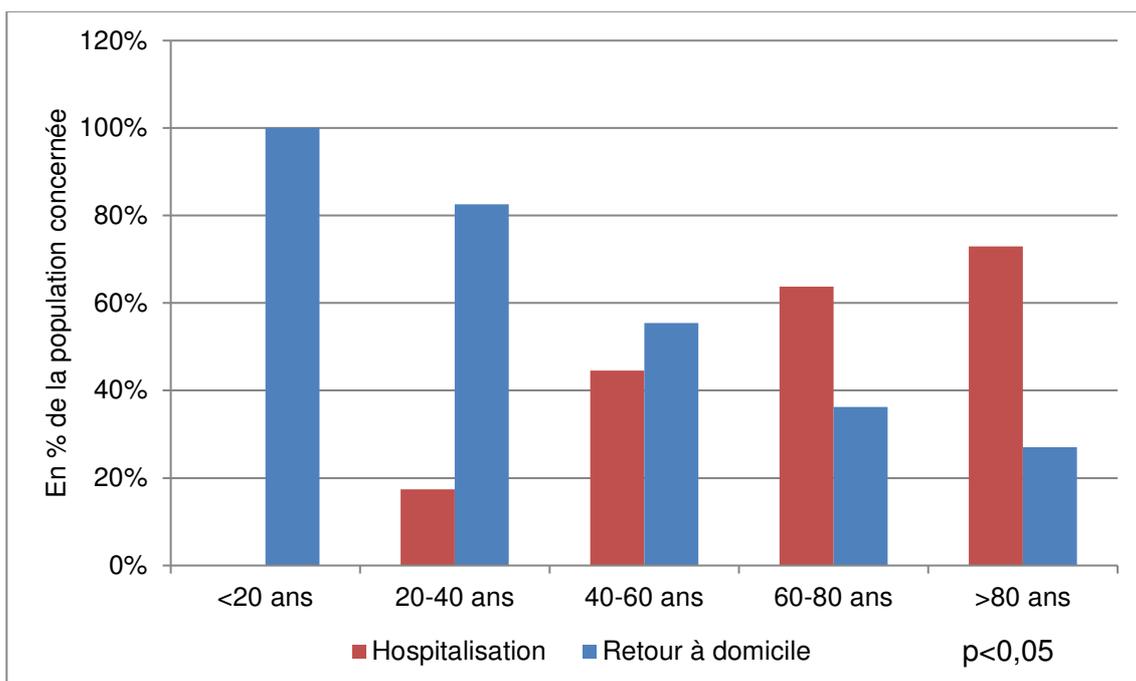


Figure 3. Devenir des patients adressés en fonction de l'âge

Parmi les patients adressés par leur médecin, tous les moins de 20 ans sont rentrés au domicile.

Le taux d'hospitalisation augmentait significativement avec l'âge : 132 patients (soit 73%) adressés de plus de 80 ans ont été hospitalisés ($p < 0,05$).

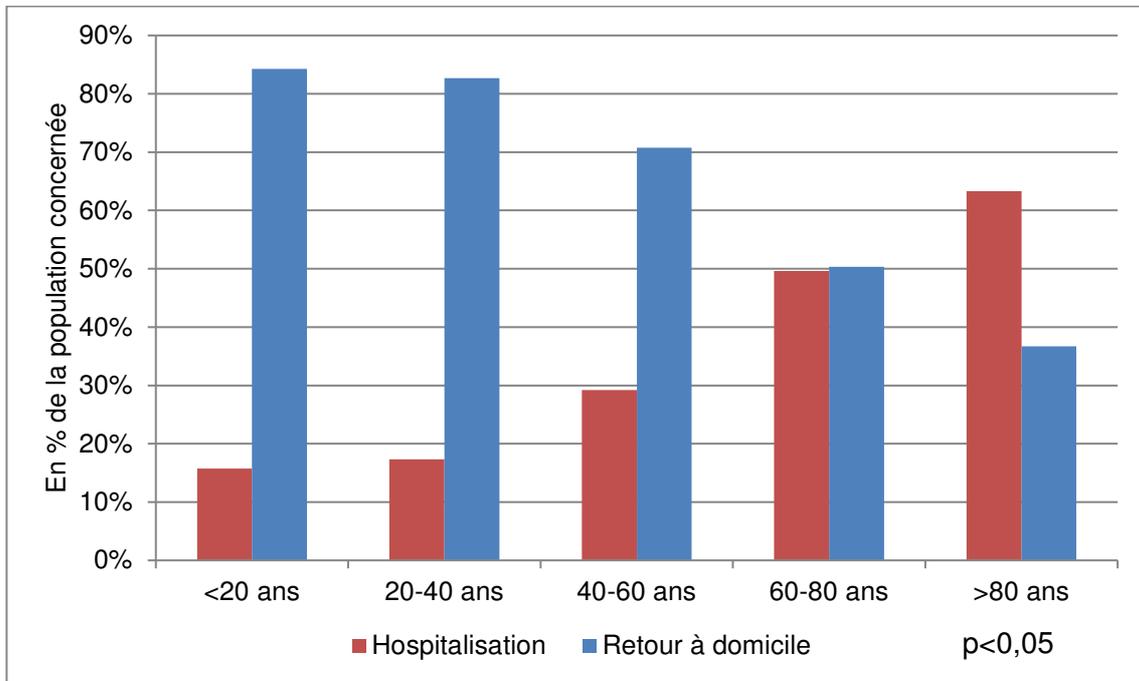


Figure 4. Devenir des patients non adressés en fonction de l'âge

Chez les patients non adressés de moins de 20 ans, 69 ont été hospitalisés (15,7%) et 370 sont rentrés au domicile (84,3%).

Le taux d'hospitalisation augmentait significativement avec l'âge : 832 patients de plus de 80 ans ont été hospitalisés (63,3%) et 482 sont rentrés au domicile (36,7%) ($p < 0,05$).

c) Analyse des motifs de recours

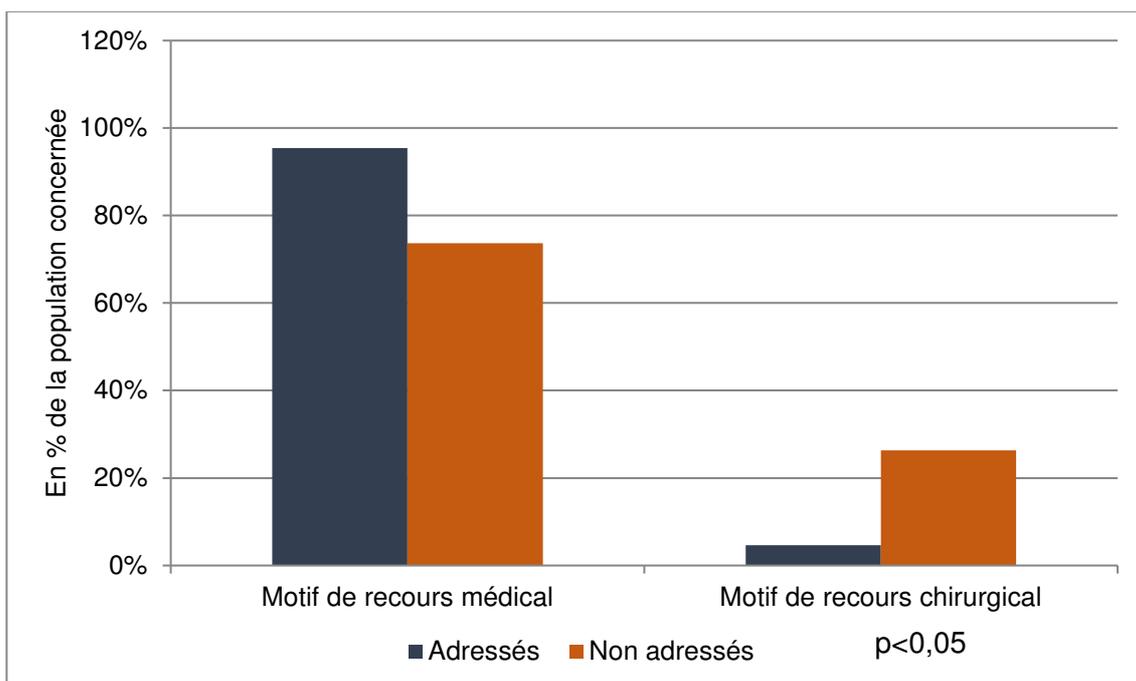


Figure 5. Comparaison des motifs de recours entre patients adressés et non adressés

Les motifs médicaux étaient significativement plus fréquents chez les patients adressés que chez les patients non adressés : 435 patients ont été adressés par leur médecin pour un motif médical (95,4%) contre 6328 patients pour les patients non adressés (73,7%) ($p < 0,05$).

Les motifs de recours chirurgicaux étaient significativement plus fréquents chez les patients non adressés que chez les patients adressés avec respectivement 2261 (26,3%) et 21 patients (4,6%) ($p < 0,05$).

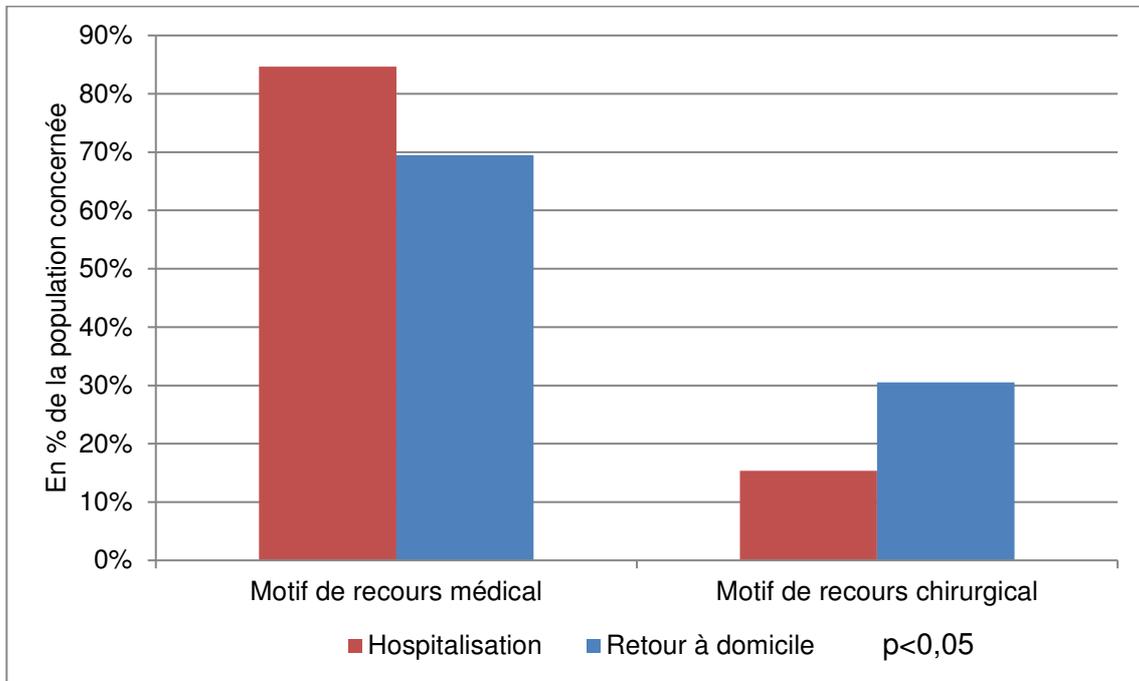


Figure 6. Comparaison des motifs de recours entre patients hospitalisés et retournant au domicile

Les motifs de recours médicaux étaient significativement plus fréquents dans la population des patients hospitalisés que ceux retournant au domicile avec des effectifs respectifs de 2660 (84,7%) et 4103 (69,5%) patients ($p < 0,05$).

Les motifs de recours chirurgicaux étaient significativement plus nombreux chez les patients retournant au domicile avec 1800 cas (30,5%) que chez les patients hospitalisés avec 482 cas (15,3%) ($p < 0,05$).

d) Temps de passage aux urgences

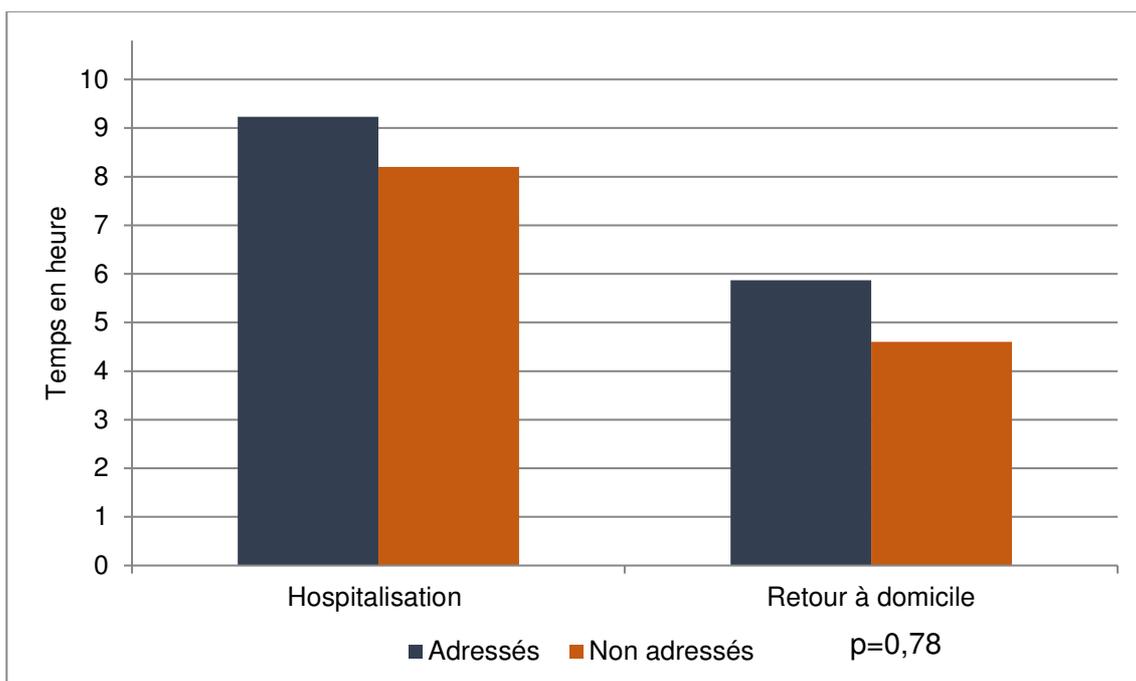


Figure 7. Comparaison des temps de passage entre patients adressés et non adressés en fonction de leur devenir

Il n'existe pas de différence significative de temps de passage entre les patients adressés et non adressés ($p=0,78$).

Chez les patients hospitalisés, le temps de passage des adressés était de 09h14 minutes (min) contre 08h12 min pour les patients non adressés ($p=0,78$).

Concernant les patients retournant au domicile, le temps de passage des adressés était de 05h52min contre 04h36min pour les patients non adressés ($p=0,78$).

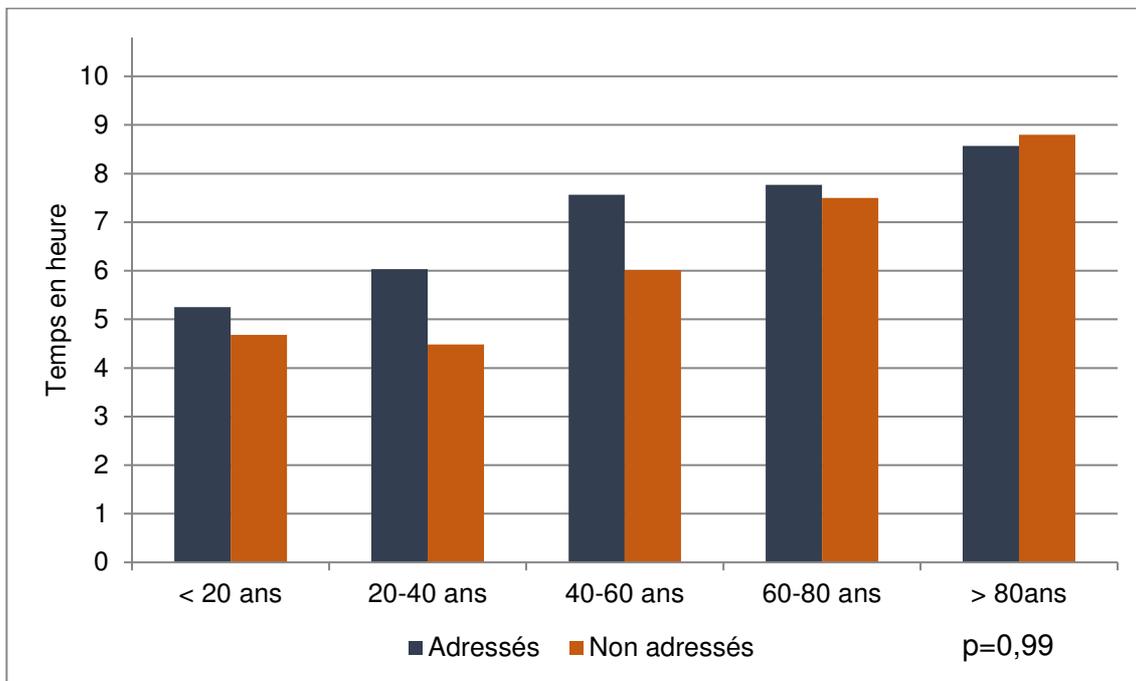


Figure 8. Temps de passage aux urgences des patients adressés et non adressés en fonction de l'âge

Les temps de passage augmentaient avec l'âge dans les deux groupes. Les patients de moins de 20 ans ont passé en moyenne 04h58 min aux urgences et les patients de plus de 80 ans ont passé en moyenne 08h41 min soit 03h43 min de plus.

Cependant, cette différence de temps de passage entre les patients adressés et les patients non adressés n'était pas significative (p=0,99).

e) Examens complémentaires réalisés aux urgences

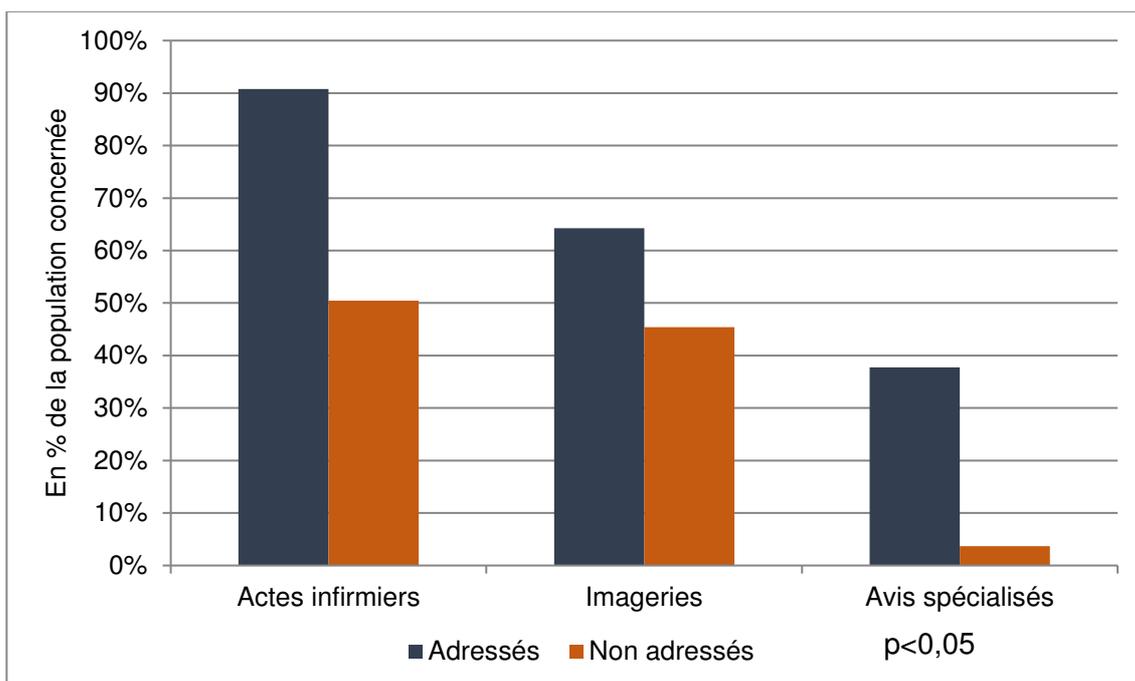


Figure 9. Comparaison des examens complémentaires entre patients adressés et non adressés

Dans la population des adressés, 414 patients (91%) ont eu au moins un acte infirmier (biologie, pose de voie veineuse périphérique (VVP), gaz du sang (GDS), électrocardiogramme (ECG)), 293 (64%) ont eu au moins une imagerie et 172 (38%) ont eu au moins une demande d'avis spécialisé.

Concernant les patients non adressés, 4333 (50%) ont eu au moins un acte infirmier, 3900 (45%) ont eu au moins une imagerie et 317 (4%) ont eu au moins une demande d'avis spécialisé.

Les patients adressés avaient donc significativement plus d'exams complémentaires que les patients non adressés ($p < 0,05$).

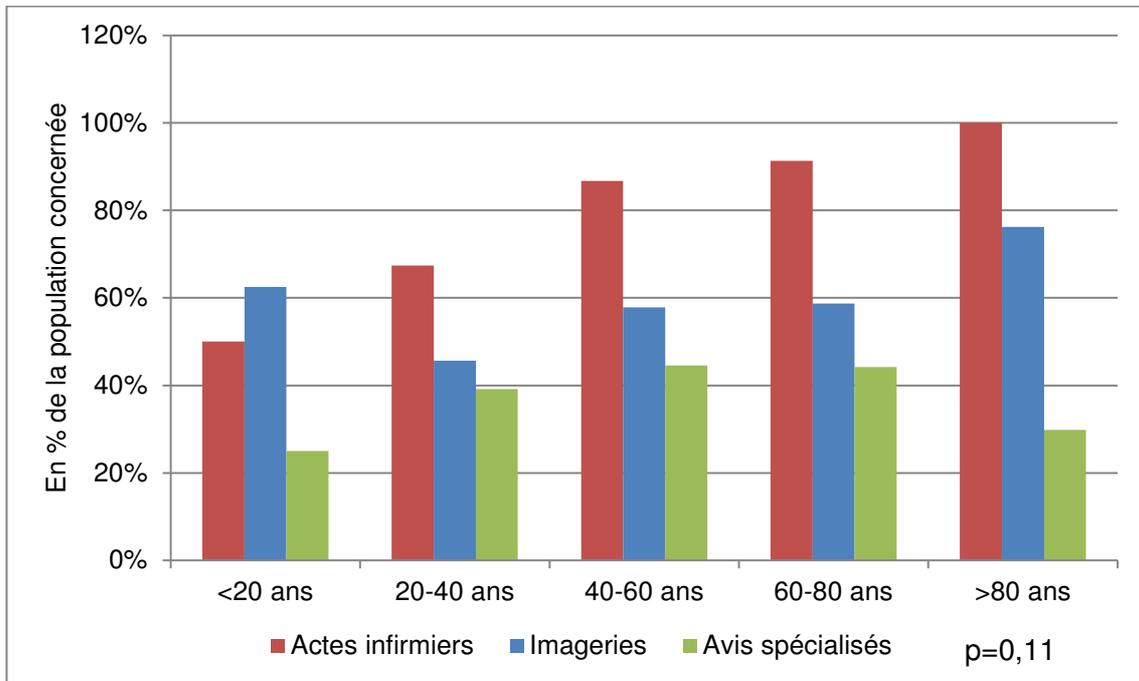


Figure 10. Examens complémentaires réalisés aux urgences en fonction de l'âge chez les patients adressés

Dans la population des patients adressés, il n'existait pas de différence significative de réalisation d'examen complémentaire en fonction des tranches d'âge ($p=0,11$).

Par contre, si l'on compare spécifiquement la population des moins de 20 ans et celle de plus de 80 ans, on observait que ces derniers ont eu significativement plus d'examens complémentaires que les patients jeunes ($p<0,05$).

La moitié des patients de moins de 20 ans ont eu un acte infirmier tandis que tous les patients de plus de 80 ans en ont eu un.

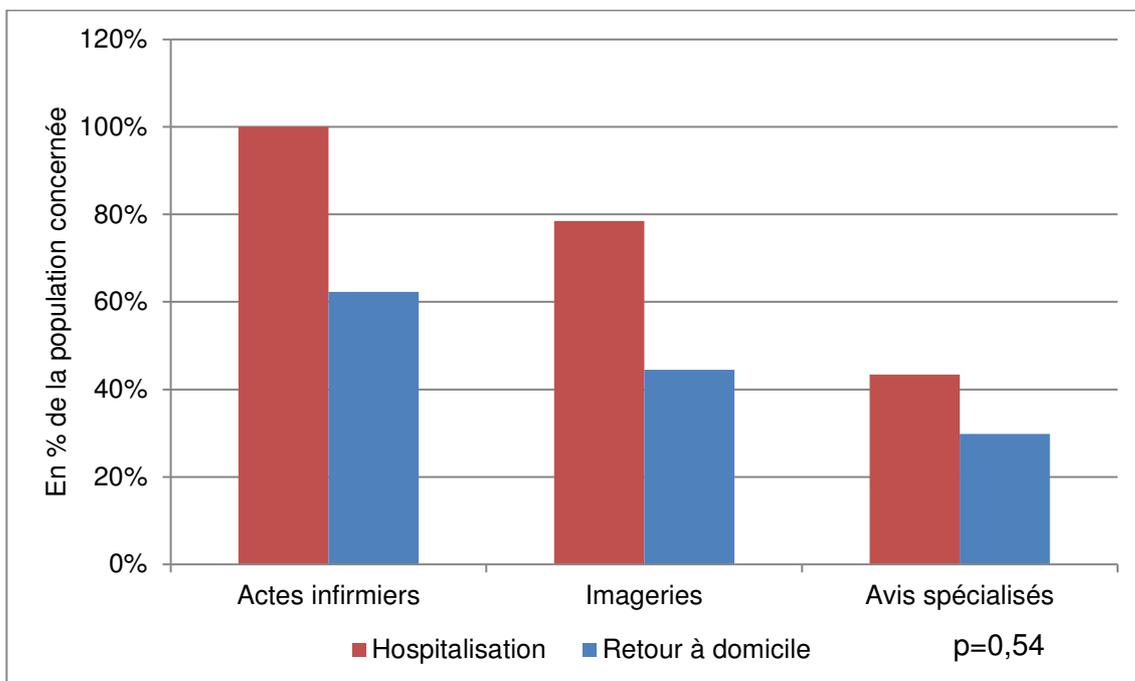


Figure 11. Examens complémentaires réalisés chez les patients adressés en fonction de leur devenir

Dans la population des adressés, nous pouvons constater que les patients hospitalisés ont eu, de manière non significative, plus d'examens complémentaires que ceux retournant au domicile, tout examens complémentaires confondus ($p=0,54$).

Tous les patients adressés hospitalisés ont eu au moins un acte infirmier avec 295 (100%) actes réalisés contre 119 (62,3%) pour les patients retournant au domicile ($p<0,05$).

Concernant les examens d'imagerie, 208 (78,5%) examens ont été réalisés dans la population des hospitalisés contre 85 (44,5%) chez les patients retournant au domicile ($p=0,19$ avec IRM, $p<0,05$ sans IRM).

Les avis spécialisés seront demandés pour 115 (43,4%) patients qui seront hospitalisés contre 57 (29,8%) pour ceux qui rentreront à domicile ($p<0,05$).

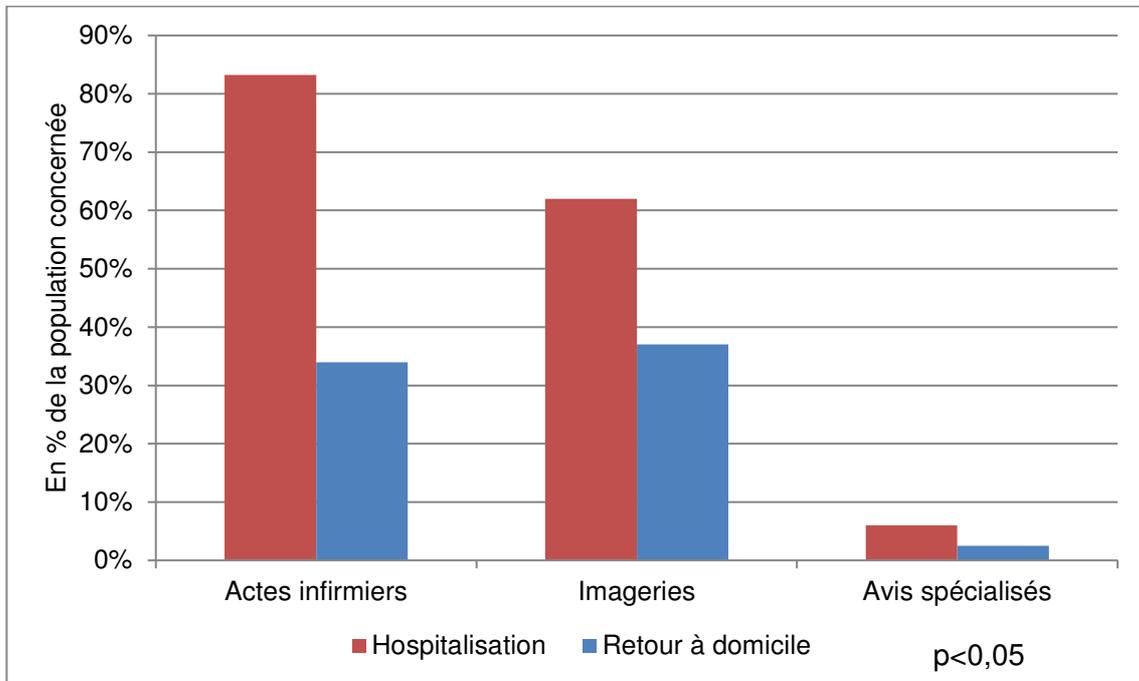


Figure 12. Examens complémentaires réalisés chez les patients non adressés en fonction de leur devenir

Dans la population des patients non adressés, ceux hospitalisés ont eu de manière significative, plus d'examens complémentaires que ceux retournant au domicile tout examens complémentaires confondus ($p < 0,05$).

En effet, 2394 (83,2%) actes infirmiers ont été réalisés chez les patients hospitalisés contre 1939 (33,9%) chez ceux retournant au domicile ($p < 0,05$).

Concernant les examens d'imagerie, 1784 (62%) ont été réalisés chez les hospitalisés, et 2116 (37%) ont été réalisés chez ceux retournant au domicile ($p < 0,05$).

Les avis spécialisés ont été demandés pour 173 (6%) patients hospitalisés contre 144 (2,5%) chez ceux retournant au domicile ($p < 0,05$).

f) **Services d'hospitalisation**

Tableau 2. Services d'hospitalisation des adressés et non adressés

	Adressés hospitalisés (n=265)	Non adressés hospitalisés (n=2877)
<u>Services d'hospitalisation</u> (en %)		
Gériatrie	34,3	18,6
Hépto-gastro entérologie	8,3	5,9
Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)	7,2	24,8
Médecine interne	6,8	3,1
Neurologie	5,7	6,3
Maladie infectieuse	5,3	3,7
Oncologie	5,3	3,1
Chirurgie viscérale	4,9	4,1
Pneumologie	3,4	4,2
Chirurgie orthopédique	3,0	7,9
Endocrinologie	2,3	0,6
Urologie	2,3	2,4
Cardiologie	1,5	2,9
Rhumatologie	1,5	1,6
Unité de Soins Continus (USC)	1,5	2,1
Hématologie	1,1	0,6
Néphrologie	1,1	0,5
Psychiatrie	1,1	0,1
Unité Neuro Vasculaire (UNV)	1,1	2,3
Dermatologie	0,8	0,3
Gynécologie	0,4	0,2
Neurochirurgie	0,4	0,7
Oto-Rhino-Laryngologie (ORL)	0,4	1,1
Réanimation	0,4	2,1
Chirurgie vasculaire	0,0	0,2
Chirurgie ambulatoire	0,0	0,2
Ophtalmologie	0,0	0,2
Chirurgie cardio thoracique	0,0	0,1
Chirurgie plastique	0,0	0,0

Dans la population des patients adressés, le service de gériatrie était le plus sollicité avec 34,3% des hospitalisations. Il est suivi par les services d'hépatogastroentérologie (8,3%), d'UHCD (7,2%) et de médecine interne (6,8%).

Chez les patients non adressés, c'était l'UHCD qui était le plus sollicité avec 24,8% des hospitalisations. Il était suivi par la gériatrie (18,6%), la chirurgie orthopédique (7,9%) et la neurologie (6,3%).

g) Alternatives au passage aux urgences des patients adressés

Pour 64% des personnes adressées, le passage aux urgences a été justifié. A l'inverse dans 36% des cas, les patients auraient pu bénéficier d'une prise en charge autre que celle des urgences.

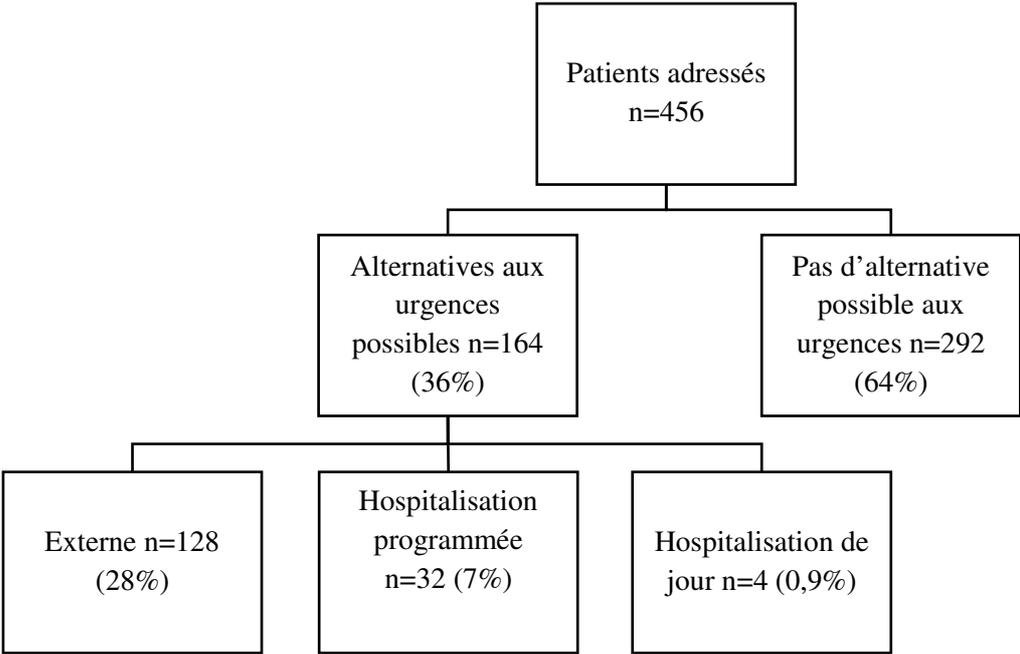


Figure 13. : Alternatives possibles aux urgences

Parmi les 36% d'alternatives possibles aux urgences, 0,9% des patients auraient pu bénéficier d'une hospitalisation de jour, 7% d'une hospitalisation programmée et 28% d'entre eux auraient pu bénéficier d'une prise en charge en externe (n=128) :

- 68 patients (15%), auraient pu bénéficier d'une prise de sang dans un laboratoire en ville,

- 38 patients (8,3%), de radiographie(s) en centre d'imagerie de ville,

- 20 patients (4,4%), auraient pu bénéficier d'une prise de sang au laboratoire et d'une radiographie(s) en cabinet de radiologie

- 2 patients (0,4%), de scanner en centre d'imagerie

IV) DISCUSSION

Notre travail avait pour objectif principal d'évaluer le taux de concordance entre la demande formulée par le médecin généraliste et la réponse apportée par le médecin urgentiste.

Les résultats ont montré que dans 84% des cas le diagnostic évoqué par le médecin traitant est concordant avec le diagnostic final. Ce chiffre est plutôt satisfaisant comparativement aux études similaires. En effet, il est retrouvé un taux de concordance de 60% pour l'étude réalisée à l'hôpital de Tenon par Lafay (3), de 68% pour l'étude réalisée au CHU de Grenoble par Cadat (4), ou encore de 86% pour l'étude de Vendoux réalisée au centre hospitalier d'Etampes (5). Une étude menée en Loire-Atlantique par Senicourt retrouve également une concordance de 62% entre le diagnostic pré-hospitalier évoqué par SOS médecin et le diagnostic hospitalier (6).

L'analyse des résultats a également montré que les patients adressés par leur médecin traitant avaient un taux d'hospitalisation plus élevé que celui des patients venant d'eux-mêmes au service d'accueil des urgences avec des taux respectivement de 58,1% et 33,5% ($p < 0,05$). Ces chiffres s'expliquent très certainement par le travail déjà effectué en amont par le généraliste.

Ce taux d'hospitalisation chez les patients adressés est comparable à ceux retrouvés dans la littérature. En effet, il est retrouvé un taux de 56% dans l'étude réalisée par Cadat (4), et de 54 % dans l'étude de Champenois pour les patients adressés par SOS médecins dans les services d'urgences de Nantes (7).

Les patients âgés de plus de 60 ans ont été plus hospitalisés que les patients jeunes qu'ils soient adressés ou non adressés. En effet les taux d'hospitalisation augmentent avec l'âge dans les 2 groupes, jusqu'à atteindre 73% chez les patients adressés de plus de 80 ans. Ce taux d'hospitalisation est probablement surestimé en raison du grand nombre de patients de plus de 80 ans dans notre population d'adressée (39,7%). Cette proportion de patients « gériatriques » se retrouve également dans l'étude réalisée par Lafay avec un taux de 36% de patient adressés de plus de 75 ans (3).

Les patients venant aux urgences par leurs propres moyens consultaient davantage pour des motifs chirurgicaux (cf figure 5). En effet, nos résultats ont montré que les motifs de recours chirurgicaux (en particulier l'orthopédie/traumatologie) étaient significativement plus élevés chez les patients non adressés ($p < 0,05$). Cela peut s'expliquer par le fait que les patients victimes d'accident notamment de la voie

publique, consultaient directement aux urgences sans aller voir leur médecin généraliste. Ceci est décrit par Baubeau et Al (8) dans un rapport de la DREES publié en 2003, dans lequel le taux de motifs traumatologiques atteint 48% chez les non adressés dont 38% étaient des victimes d'accident.

Par contre, les patients adressés par leur médecin le sont majoritairement pour un motif médical. En effet, notre étude a montré que les motifs médicaux sont significativement plus élevés chez les patients adressés ($p < 0,05$). Cette prépondérance de motifs médicaux se retrouve également dans l'étude de Boudy-Lapouge, dans laquelle 75,6% des motifs de recours des médecins généralistes étaient d'origine médicale (9).

Les patients adressés ont eu significativement plus d'examen complémentaires que les patients non adressés ($p < 0,05$). En effet, les patients adressés ont eu dans 91% des cas au moins un acte infirmier contre 50% pour ceux non adressés. En ce qui concerne les imageries, ces taux sont respectivement de 64% et 45%. Pour ce qui est des avis spécialisés, ils étaient de 38% chez les patients adressés et 4% chez ceux non adressés.

Ces chiffres sont similaires à ceux de l'étude de Boudy-Lapouge qui met en évidence que 91% des patients adressés par un médecin généraliste bénéficient d'examen complémentaires (9). D'autre part, le travail réalisé par Devallois-Ameziane avait abouti à la même conclusion (10).

Les caractéristiques socio démographiques étaient une moyenne d'âge de 68,5 ans pour la population adressée et de 53,2 ans pour les patients non adressés et avec un sex ratio respectivement de 0,92 et 1,1.

Dans le groupe des adressés, 40% des patients étaient âgés de plus de 80 ans. Ce chiffre élevé est le reflet d'une population vieillissante qui est plus fragile sur le plan physique, psychique ou socio-économique (11) (Annexe E). Comme l'avait montré une étude réalisée par la DRESS en 2017, la prise en charge de ces patients perturbe le fonctionnement du service d'urgence avec des prises en charge plus longues du fait de leur caractère polypathologique (12) (Annexe F). Ils nécessitent beaucoup plus d'examen et de soins que les patients plus jeunes : dans notre étude, tous les patients de plus de 80 ans ont eu un acte infirmier contre 50% pour les patients de moins de 20 ans. En conséquence, leur temps de passage aux urgences est plus important : les moins de 20 ans sont hospitalisés en moyenne

4h58min aux urgences contre 8h41min pour les plus de 80 ans, soit 3h43min de plus.

Le service d'hospitalisation le plus sollicité pour les patients adressés était le service de médecine gériatrique représentant 34,3% des admissions dans ce groupe. Ceci corrobore le fait que les patients de plus de 80 ans sont les plus nombreux dans la population des adressés.

Nous pouvons donc nous demander comment améliorer la prise en charge des patients âgés aux urgences ?

Les urgentistes et les gériatres du CHU sont en train d'organiser une filière gériatrique réservée aux patients de plus de 85 ans, afin de limiter leurs temps d'attente et de passage aux urgences.

Ainsi nous pouvons espérer que chaque patient polypathologique, de plus de 85 ans, adressé par son médecin, puisse être orienté directement dans cette filière pour recevoir une prise en charge gériatrique adaptée. L'ouverture de cette filière, permettrait également de désengorger les autres boxs des urgences.

Perspectives :

Comme attendu le taux de concordance reflète une très bonne appréciation clinique des médecins généralistes et cela nous fait poser la question de l'intérêt systématique d'un passage par les urgences. Quelle(s) alternative(s) existe(nt)-il ? Actuellement il pourrait être proposé un guide d'aide à la prise en charge de certaines pathologies qui sont adressés aux urgences sans bénéfice. Certains patients sont adressés pour une suspicion de phlébite aux urgences. Dans la plupart des cas, ces patients ne peuvent pas avoir d'échographie doppler en urgence et rentrent donc à domicile avec une prescription d'anticoagulant à dose curative, et auront donc leur examen en externe. Ou encore, les patients nécessitant une transfusion sans urgence devant une anémie chronique, il arrive que les services d'hospitalisation de jour ne puissent pas les accueillir dans la journée. Un protocole pourrait être rédigé pour différer cette transfusion et éviter ainsi une hospitalisation systématique en UHCD.

Dans notre étude, 36% des patients adressés auraient pu bénéficier d'une alternative au passage aux urgences en réalisant leurs examens complémentaires dans une autre filière. Par exemple, 28% des patients adressés auraient pu bénéficier de leurs examens en ville dans un laboratoire et/ou cabinet de radiologie, 7 % auraient pu avoir une hospitalisation programmée et 0,9% auraient pu accéder à une hospitalisation de jour.

Cependant, il s'agit de chiffres satisfaisants en comparaison avec l'étude de Vendoux (5). En effet, les urgentistes du centre hospitalier d'Etampes estimaient que, pour 43% des patients adressés, une autre orientation que le SAU aurait été plus indiquée.

Ces chiffres peuvent paraître élevés. Ils sont le reflet de la difficulté qu'ont les médecins de ville à obtenir un contact avec le monde hospitalier pour un avis spécialisé ou une demande d'hospitalisation programmée. En effet, une enquête réalisée par l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) a démontré que le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous chez un spécialiste était de 16 jours, et de 2 jours pour un examen d'imagerie (13).

Dans son enquête réalisée à Macon en 2010, Le Gall avait mis en évidence que le manque de lits en service de médecine, les délais trop longs, le manque d'interlocuteurs disponibles et le manque de temps pour le généraliste étaient des

obstacles à la programmation des hospitalisations (14). Selon la même enquête, pour 79% des médecins généralistes et hospitaliers, la programmation des hospitalisations assurerait une meilleure prise en charge des patients.

Afin d'améliorer la programmation des hospitalisations, la création d'un interlocuteur hospitalier dédié aux relations avec la médecine de ville devrait pouvoir être envisagé. Il pourrait être en mesure de fournir une réponse dans des délais plus brefs aux attentes des médecins généralistes.

Il serait notamment intéressant que les médecins généralistes puissent bénéficier systématiquement d'une ligne directe pour joindre les médecins urgentistes afin d'organiser au mieux la suite de la prise en charge de leurs patients avec, par exemple, une entrée directe dans un service, la programmation d'une transfusion, etc... Cela notamment grâce aux gestionnaires des lits qui ont une vision sur l'ensemble des lits disponibles sur le CHU de Poitiers. Ceci a été mis en évidence dans les travaux de Montserret qui retrouvent une amélioration du temps de prise en charge des patients lors d'un appel préalable du médecin traitant (15). En effet, l'échange des données cliniques, thérapeutiques et sociales entre le MAO et le généraliste permet d'anticiper les actions de santé dès l'admission du patient. En plus d'être un avantage pour ce dernier, cet appel permet une amélioration du fonctionnement des urgences en limitant le temps d'attente des personnes âgées avant leur hospitalisation dans le service approprié.

Les hospitalisations de jour peuvent également être considérées comme une bonne alternative soit à un passage aux urgences, soit à une hospitalisation complète. Les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, permettent la mise en œuvre d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, d'investigations à visée diagnostique, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale (16) (17).

Limites de l'étude

Notre étude présentait un certain nombre de limites qu'il convient de signaler.

Le caractère monocentrique de l'étude constituait inévitablement un facteur limitant à l'analyse des données. En effet, nous nous sommes concentrés sur le service d'accueil des urgences générales du CHU de Poitiers. Or, celui-ci dispose également d'urgences cardiologiques, gynécologiques, pédiatriques et ophtalmologiques. Il est très probable que des patients relevant de la médecine générale se soient rendus directement dans ces services sans passer par les urgences générales.

Par ailleurs, la ville de Poitiers dispose également d'une clinique privée qui dispose d'urgences et où des patients ont également pu être adressés par leur médecin traitant.

D'autre part, le mode d'inclusion des patients a pu constituer un biais de classement. Dans le cadre de cette étude, nous avons demandé aux infirmier(e)s et médecins d'accueil de photocopier chaque courrier de patients adressés. Or, l'équipe soignante a eu une période de 15 jours difficiles au cours du mois de mars pendant laquelle les urgences et l'ensemble de l'hôpital ont été saturés. Certains courriers, n'ont donc pas pu être photocopiés par manque de temps et ainsi entraîner un défaut d'inclusion.

De plus, le recueil de données a été effectué sur une période s'étendant entre l'hiver et le printemps 2018. Une étude sur une autre période pourrait retrouver des résultats différents. Il serait donc intéressant de refaire la même étude à une autre période de l'année afin d'évaluer l'impact saisonnier et des périodes d'épidémies sur les taux d'hospitalisation.

Par ailleurs, nous avons pu constater que notre effectif global de 9045 patients ne correspondait pas à celui recueilli auprès des gestionnaires de lits ($n=12674$) sur la période du 01 mars au 01 juin 2018. Cette différence peut s'expliquer par le nombre de patients qui sont partis sans attendre ($n=22$), par ceux amenés par les forces de l'ordre ($n=5$), par les sorties contre avis médical ($n=39$), par les décès aux urgences ($n=40$), et enfin par les entrées des mineurs âgés de 15 à 17 ans et 11 mois qui sont tout de même passés par le service des urgences adultes ($n=707$).

Cependant il reste une différence de 2816 patients qui peut être expliquée par l'absence de remplissage systématique des caractéristiques du patient lors de son

admission au SAU sur le logiciel Résurgences®. En effet, le critère « adressé par un médecin » n'est pas un renseignement obligatoire pour la constitution du dossier.

Nous avons également un biais de jugement dans notre étude car nous avons fait le choix de regrouper les pathologies par spécialité comme précisé dans la méthodologie.

Comme mentionné plus haut, il existait un biais de sélection dans notre travail. En effet, certains médecins n'ont pas précisé leur suspicion diagnostique mais une liste de symptômes. Ces courriers ont été retenus que lorsque cette liste de symptômes pouvait être regroupée en syndrome. Par exemple, le diagnostic suspecté était pris en compte lorsqu'il était soit clairement formulé («Merci d'éliminer une appendicite...»), soit clairement sous-entendu: ainsi, un courrier faisant état d'une «dyspnée avec fièvre et toux» était considéré comme une suspicion de pneumopathie.

Enfin, concernant les alternatives possibles aux urgences dans le groupe des patients adressés, nous n'avons pas pu bénéficier d'outils standardisés permettant de déterminer le caractère justifié ou non de leur réalisation aux urgences. Il s'agit donc d'une analyse subjective tenant compte de notre propre interprétation.

V) CONCLUSION

Cette étude a montré un taux de concordance de 84,4% entre le diagnostic évoqué par le généraliste et celui de fin de passage aux urgences.

La population adressée par les médecins de ville est essentiellement une population gériatrique avec 40% des patients âgés de plus de 80 ans. Nous avons pu voir que ces derniers étaient hospitalisés dans presque 73% des cas.

Cette étude a également montré que les patients adressés par leur médecin ont 1,76 fois plus de risque d'être hospitalisés que ceux venant d'eux même aux urgences.

Le nombre d'examens complémentaires réalisés aux urgences augmentait avec l'âge. En effet, tous les patients âgés de plus de 80 ans ont eu au moins un acte infirmier contre la moitié pour les moins de 20 ans. Par ailleurs, nous avons pu voir que les patients adressés ont reçu significativement plus d'examens complémentaires que les non adressés.

Enfin, nous avons observé que 36% des patients adressés par le généraliste auraient pu bénéficier d'une prise en charge en externe, d'une hospitalisation programmée ou de jour. Ce chiffre témoigne des difficultés qu'éprouve le médecin à adresser le patient dans d'autres filières. Cet obstacle constitue un véritable marqueur de cette césure ville/hôpital.

Les outils permettant d'améliorer le flux des patients au sein du service d'urgence sont multiples. Devant le nombre important de patient âgés adressés par leur médecin, la création d'une filière gériatrique permettrait: une prise en charge adaptée des plus de 85 ans en raison de leur caractère polypathologique et chronophage, ainsi qu'un désengorgement des autres boxs. Cette filière est en cours d'évaluation par un autre travail.

D'autre part, la création d'une ligne téléphonique directe pour joindre le Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) permettrait aux généralistes d'obtenir un contact rapproché avec les urgentistes améliorant ainsi la prise en charge du malade et le temps de passage aux urgences, en particulier pour les patients âgés.

Enfin, promouvoir et renforcer l'utilisation des services d'hôpitaux de jour permettrait d'être une alternative efficace aux urgences.

Cependant, le caractère financier nécessaire à la réalisation de ces propositions mériterait d'être estimé afin d'en évaluer la faisabilité.

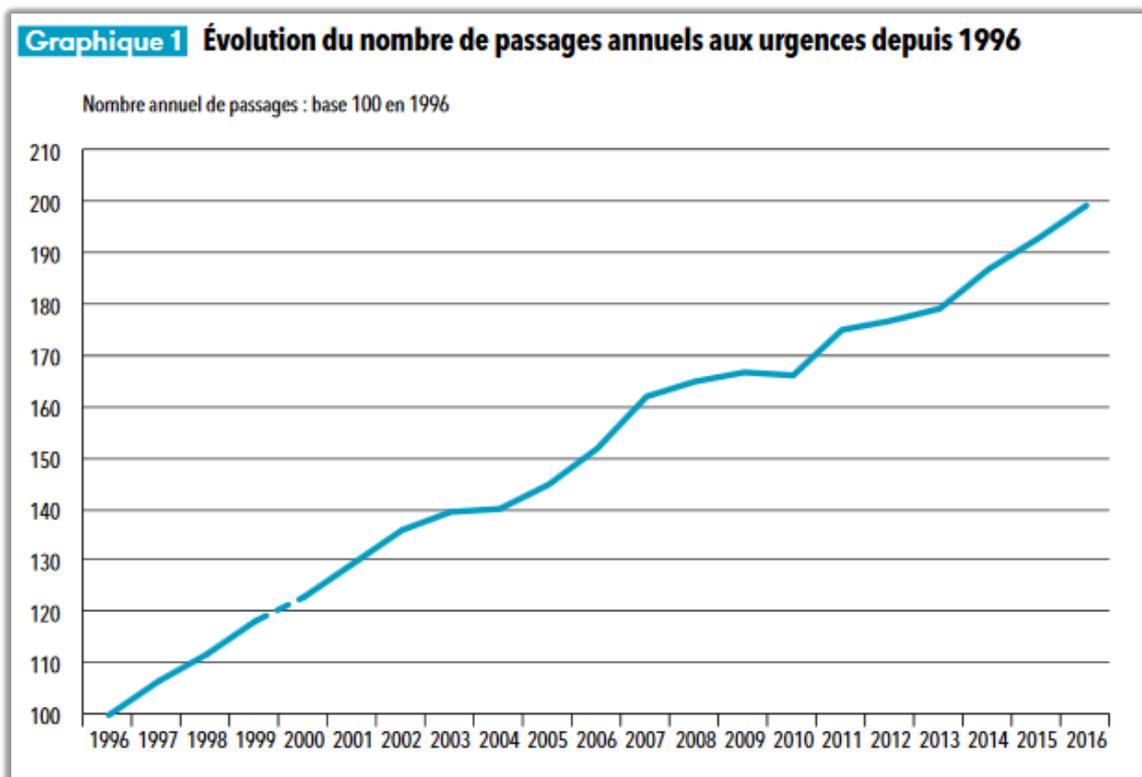
VI) BIBLIOGRAPHIE

1. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). La médecine d'urgence 2016 (consulté le 19/10/2018). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/27-7.pdf>
2. Hebert M.T, Brabant Y. Critères et moyens pour différencier les urgences vraies des urgences ressenties. GEAPI. Poitiers 2014.
3. Lafay M. Etude prospective des informations contenues dans les courriers des médecins généralistes adressant leur patient aux urgences de l'hôpital de Tenon. Thèse de médecine générale. Paris VII 2016.
4. Cadat D, Trolong-Bailly C. L'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences. Thèse de médecine générale. Grenoble 2006.
5. Vendeoux A. Motifs de consultation et parcours aux urgences des patients adressés par le médecin généraliste: une étude prospective au centre hospitalier d'Etampes. Thèse de médecine générale. Paris VI 2014.
6. Senicourt G. Concordance des diagnostics pré-hospitaliers et hospitaliers chez les patients adressés au service d'accueil des urgences adultes de Saint-Nazaire par SOS médecins: une évaluation des pratiques professionnelles. Thèse de médecine générale. Nantes 2016.
7. Champenois A. Etude rétrospective portant sur le devenir des patients adressés au service d'accueil des urgences de Nantes par SOS médecins Nantes sur la période du mois de mars 2012. Thèse de médecine générale. Nantes 2014.
8. Baubeau D, Valérie C. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DREES; 2003. (215)
9. Boudy-Lapouge M. Les patients adressés par leur médecin généraliste aux urgences du centre hospitalier d'Albi: description et analyse des motifs de recours. Thèse de médecine générale. Toulouse 2013.
10. Devallois-Meziane D. L'influence du médecin généraliste dans la prise en charge des patients aux urgences. Thèse de médecine générale. Marseille 2010.

11. Nicolas S, Rapp T. Vieillesse, fragilité et dépenses de santé. IRDES. Mars 2016
12. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. Mar 2017. (Consulté le 04/11/2018). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1007.pdf>
13. Institut Français d'Opinion publique (IFOP) pour Jalma. L'observatoire de l'accès aux soins. Enquête auprès des français et des professionnels de santé. ; oct 2011. (19743)
14. Le Gall A. Programmer les hospitalisations en médecine générale ? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise. Thèse de médecine générale. Dijon 2010.
15. Montserret J. Intérêt de la mise en place d'une ligne téléphonique médecin généraliste-médecin d'accueil des urgences sur le temps de prise en charge des patients de plus de 75 ans. Thèse de médecine générale. Toulouse 2014.
16. Comité éditoriale de l'UVMAF. Alternatives à l'hospitalisation; 2014. (Consulté le 05/11/2018). Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/alternatives_hospitalisation/site/html/cours.pdf
17. Delrue M. Hôpital de jour "Ville-Hôpital", évaluation de la satisfaction des médecins généralistes. Thèse de médecine générale. Paris VII 2015.

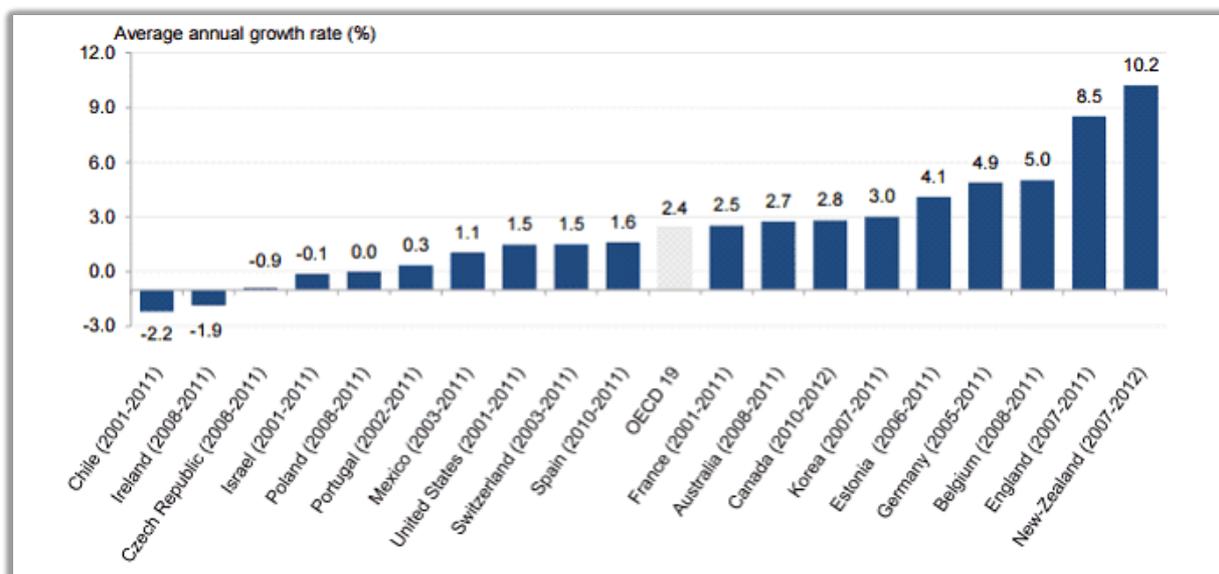
VII) ANNEXES

Annexe A : Evolution du nombre de passage annuels aux urgences



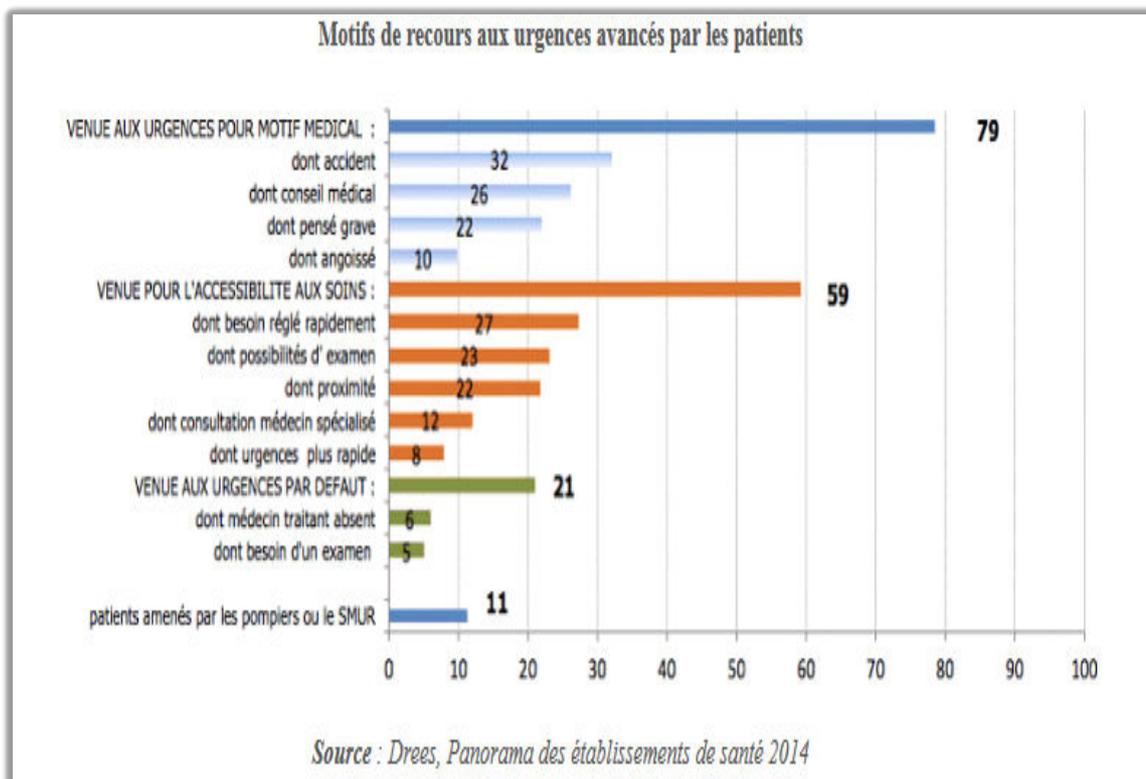
Source : DREES, SAE 1996-2016

Annexe B : Croissance annuelle des taux de passage dans les services d'urgence dans le monde



Source : OECD disponible sur : <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5jrts344crns-en.pdf>

Annexe C : **Analyse des motifs de recours avancés par les patients**



Source : DREES, Panorama des établissements de santé 2014

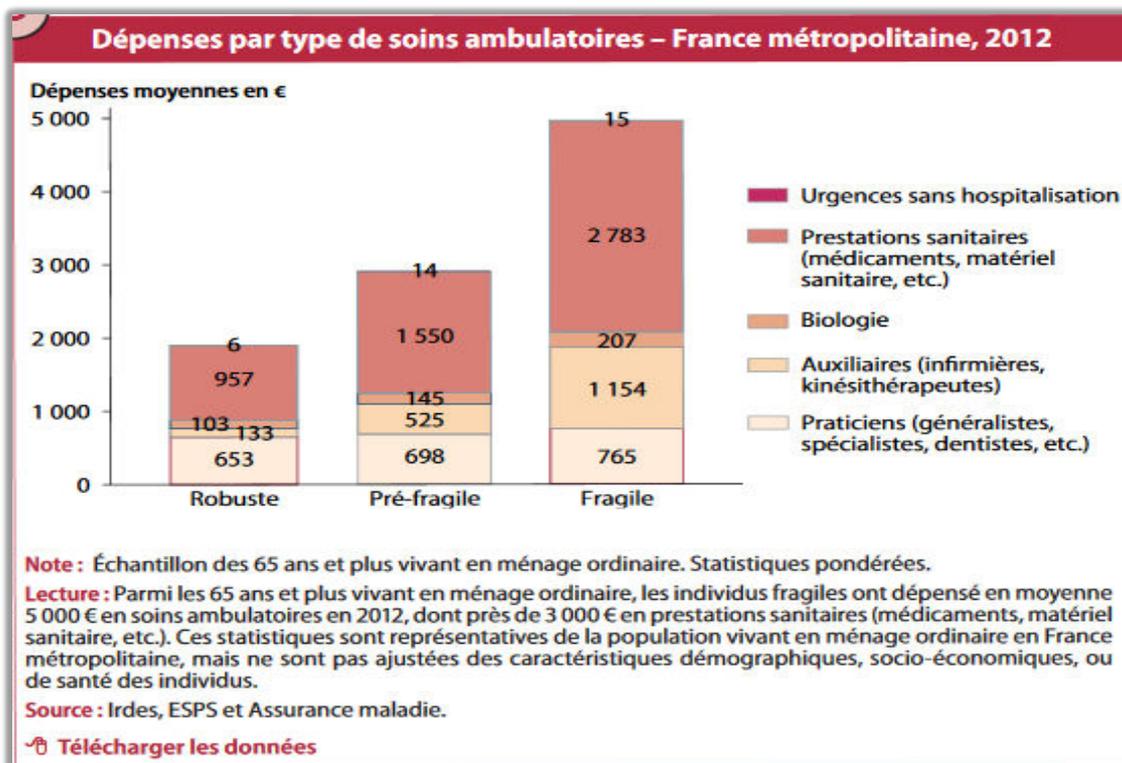
Évaluer la gravité immédiate et potentielle

Classification clinique des malades aux urgences

CCMU 1	état clinique stable aucun acte diagnostique ou thérapeutique
CCMU 2	état clinique stable acte diagnostique ou thérapeutique complémentaire
CCMU 3	état clinique instable pas de mise en jeu du pronostic vital
CCMU 4	mise en jeu du pronostic vital pas de manœuvre de réanimation immédiate
CCMU 5	mise en jeu du pronostic vital manœuvres de réanimation immédiates

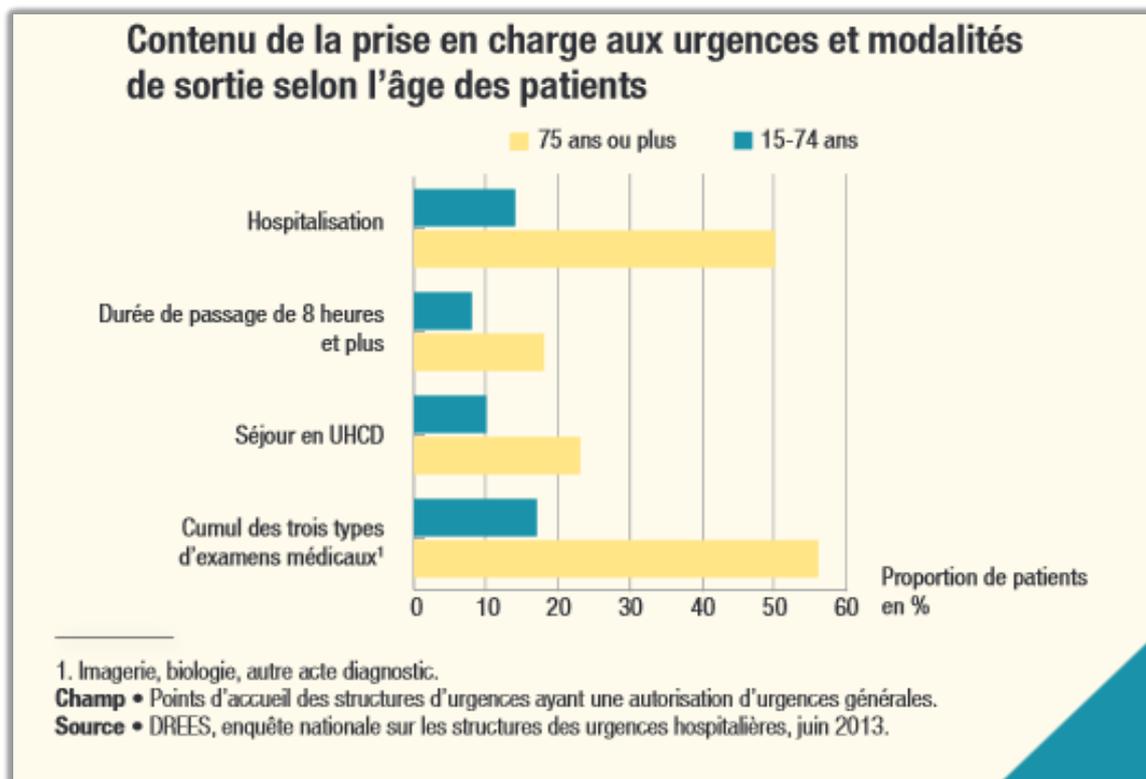
Source : Premier examen clinique d'un patient adulte vu aux urgences. Barthelemy R. Hôpital Lariboisière

Annexe E : Dépenses de soins ambulatoires par les patients



Source : IRDES

Annexe F : Contenu de la prise en charge aux urgences selon l'âge



Source : DREES

RÉSUMÉ

Introduction : Ces dernières années, la fréquentation des services d'urgence français n'a cessé d'augmenter avec 21 millions de passages en 2016. Certains patients sont adressés par leur médecin traitant et d'autres viennent d'eux même. L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux sur la population des patients adressés par leur médecin traitant afin d'évaluer la concordance entre le diagnostic du généraliste et celui de l'urgentiste.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude observationnelle durant la période du 01/03/2018 au 01/06/2018 au sein du service d'urgence adulte du CHU de Poitiers. Les patients inclus étaient les majeurs adressés par leur médecin traitant avec un courrier et les patients non adressés.

Résultats : 9045 patients ont été inclus dans l'étude dont 456 adressés par un médecin généraliste et 8589 non adressés. Une concordance entre le diagnostic évoqué par le généraliste et celui de l'urgentiste a été retrouvée dans 84,4% des cas. Près de 40% des patients adressés par leur médecin avaient plus de 80 ans. Les patients âgés adressés par leur médecin nécessitaient plus fréquemment une hospitalisation (73%). Les patients adressés avaient significativement plus de risque d'être hospitalisés et plus d'exams complémentaires que les patients non adressés ($p < 0,05$).

Conclusion : La concordance des diagnostics témoigne d'une bonne appréciation clinique du malade par le généraliste. La création d'une ligne d'appel directe et d'une filière gériatrique permettraient de faciliter le lien entre médecine de ville et hospitalière ainsi que d'améliorer le flux des patients âgés aux urgences.

Mots clés : Médecin généraliste, urgences, concordance diagnostic, hospitalisation



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RÉSUMÉ

Introduction : Ces dernières années, la fréquentation des services d'urgence français n'a cessé d'augmenter avec 21 millions de passages en 2016. Certains patients sont adressés par leur médecin traitant et d'autres viennent d'eux même. L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux sur la population des patients adressés par leur médecin traitant afin d'évaluer la concordance entre le diagnostic du généraliste et celui de l'urgentiste.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude observationnelle durant la période du 01/03/2018 au 01/06/2018 au sein du service d'urgence adulte du CHU de Poitiers. Les patients inclus étaient les majeurs adressés par leur médecin traitant avec un courrier et les patients non adressés.

Résultats : 9045 patients ont été inclus dans l'étude dont 456 adressés par un médecin généraliste et 8589 non adressés. Une concordance entre le diagnostic évoqué par le généraliste et celui de l'urgentiste a été retrouvée dans 84,4% des cas. Près de 40% des patients adressés par leur médecin avaient plus de 80 ans. Les patients âgés adressés par leur médecin nécessitaient plus fréquemment une hospitalisation (73%). Les patients adressés avaient significativement plus de risque d'être hospitalisés et plus d'exams complémentaires que les patients non adressés ($p < 0,05$).

Conclusion : La concordance des diagnostics témoigne d'une bonne appréciation clinique du malade par le généraliste. La création d'une ligne d'appel directe et d'une filière gériatrique permettraient de faciliter le lien entre médecine de ville et hospitalière ainsi que d'améliorer le flux des patients âgés aux urgences.

Mots clés : Médecin généraliste, urgences, concordance diagnostic, hospitalisation