

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : Evain – de Pontbriand Prénom : Marine
Née le 08/06/1988 à Versailles

Présentée et soutenue publiquement le 5 Mai 2015

Critères de demande d'évaluation hospitalière des médecins généralistes lors d'une suspicion de Pneumopathie Aiguë Communautaire (PAC). Evaluation de l'utilisation des critères du score CRB65 en médecine générale comme outil d'aide à l'orientation des patients suspects d'être atteints de PAC.

Président de thèse : Professeur AUBERT Jean-Pierre

Directeur de thèse : Docteur ACHAMLAL Jallal

DES de Médecine générale

Remerciements

Au Professeur Jean-Pierre Aubert, qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Aux membres du jury, les Professeurs Diane Descamps et Philippe Lévy, pour avoir pris le temps d'évaluer mon travail.

Aux Docteurs Myriam Chemouny et Jallal Achamlal, pour leur aide précieuse et leur patience. Merci de m'avoir guidée et éclairée de vos lumières tout au long de ce travail.

Aux équipes médicales et paramédicales des services d'accueil des urgences des Hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier. Merci pour la formation qu'ils m'ont apportée, ainsi que pour leur aide au cours du recueil des données.

Aux différents médecins croisés au cours de ma formation et qui ont marqué mon parcours professionnel : Dr Olivier Drunat, Dr Nelly Waksman, Dr Sandrine Galleron, Dr Christophe Leroy, Dr Marc Levy, Dr N. Neri, Dr Franck Digne, Dr Daniel Monié, Dr Mohad Djouab, Dr Thierry Mazars, Dr Dalila Tazerout, Dr Alain Seban, Dr Gaelle Duriez-Mise, et Dr Nadia Kandelman.

Et enfin à mes proches :

A Axel, pour sa patience et son soutien,

A mes parents, pour leurs encouragements et pour m'avoir permis de réaliser mon rêve,

A mon frère et mes sœurs,

A mes amis et proches qui m'ont toujours soutenue.

Plan

| | |
|--|----|
| Remerciements..... | 2 |
| Abréviations..... | 6 |
| Introduction..... | 7 |
| 1. Les pneumopathies, un problème de santé publique..... | 7 |
| a. Définition et généralités..... | 7 |
| b. Incidence, prévalence et taux de mortalité..... | 9 |
| c. Impact économique..... | 10 |
| 2. Orientation des patients..... | 11 |
| a. Utilité des scores en médecine de ville..... | 13 |
| b. Scores existants pour la prise en charge des PAC | 13 |
| Matériel et Méthodes..... | 17 |
| 1. Type d'étude..... | 17 |
| 2. Patients..... | 17 |
| 3. Recueil des données..... | 17 |
| Résultats..... | 19 |
| 1. Incidence des pneumopathies aux urgences de Nanterre et de Colombes..... | 19 |
| 2. Lettres récupérées et incidence des patients adressés par un médecin..... | 20 |
| 3. Caractéristiques des patients inclus..... | 21 |
| 4. Présence du CRB65 dans les lettres :..... | 21 |
| a. Confusion..... | 21 |
| b. Fréquence respiratoire..... | 22 |
| c. Tension artérielle..... | 22 |
| d. Age..... | 22 |

| | |
|--|----|
| 5. Autres critères présents dans les lettres..... | 23 |
| 6. Calcul du CRB65 d'après les données des lettres..... | 27 |
| 7. Comparaison résultats du score vs orientation finale..... | 28 |
| Discussion..... | 32 |
| 1. Organisation du système de soins, spécificités de Colombes et de Nanterre..... | 32 |
| a. Résultats de l'étude, un recours direct aux urgences..... | 32 |
| b. Démographie médicale à Nanterre et Colombes, reflet d'une problématique nationale..... | 32 |
| c. Précarité de la population locale..... | 33 |
| 2. Caractéristiques des patients de l'étude..... | 35 |
| a. Moyenne d'âge élevée..... | 35 |
| b. Lieu de résidence des patients..... | 35 |
| 3. Qualité des lettres des médecins..... | 36 |
| a. Le contenant..... | 36 |
| b. Le rédacteur..... | 37 |
| c. Le contenu..... | 38 |
| 4. Médecine générale et CRB65..... | 39 |
| a. Présence du score et de ses critères dans les lettres..... | 39 |
| i. Age et tension artérielle, présents dans la majorité des Courriers..... | 40 |
| ii. Confusion et fréquence respiratoire, plus rarement présents dans les lettres..... | 41 |
| b. Comparaison des prévisions du CRB65 avec la réalité clinique dans cette étude..... | 42 |
| i. Patients hospitalisés malgré un score de 0..... | 42 |

| | |
|--|----|
| ii. Patients rentrés à domicile malgré un CRB65 supérieur ou égal à 1..... | 43 |
| • Age | |
| • Tension artérielle | |
| 5. Autres critères de gravité..... | 47 |
| a. Température..... | 47 |
| b. Saturation en oxygène..... | 48 |
| c. Fréquence cardiaque..... | 48 |
| d. Absence d'amélioration clinique..... | 49 |
| e. Auscultation pulmonaire..... | 50 |
| f. Comorbidités..... | 50 |
| 6. Forces et limites de l'étude..... | 51 |
| a. Forces de l'étude..... | 51 |
| b. Limites de l'étude..... | 52 |
| Conclusion..... | 53 |
| Bibliographie..... | 54 |
| Annexes..... | 61 |
| Résumé..... | 64 |
| Mots clés..... | 64 |

Abréviations :

PAC : Pneumopathie Aiguë Communautaire

CRB 65 : Nom du score pour : Confusion, Respiratory rate, Blood pressure, et l'âge de plus de 65 ans.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

PSI: Pneumonia Severity Index

BTS: British Thoracic Society

SAU : Service d'Accueil des Urgences

CASH : Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers (de Nanterre)

SMUR : Service Mobile d'Urgences et de Réanimation

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

CDOM : Conseils Départemental de l'Ordre des Médecins

CDC: Centres of Disease Control and prevention

ICD: International Classification of Disease

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Loi HPST : Loi Hôpital Patients Santé et Territoires

SRIS : Syndrome de Réponse Inflammatoire Systémique

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AIT : Accident Ischémique Transitoire

Introduction

La pneumopathie aiguë communautaire est une pathologie **fréquente** et potentiellement **grave**. Il s'agit de la sixième cause de mortalité sur le plan mondial, selon l'OMS [1]. Elle touche en France entre 400000 et 600000 personnes par an [2,3]. Son diagnostic, associé à une antibiothérapie rapide et adaptée, permet de diminuer sa morbi-mortalité et son **coût**.

Cette maladie concerne de nombreux prescripteurs : médecins généralistes, pneumologues, urgentistes, praticiens hospitaliers... En fonction de sa gravité, elle peut être prise en charge en ambulatoire ou à l'hôpital. Des recommandations professionnelles internationales sont disponibles pour guider la prise en charge des médecins. Elles sont applicables par tous, à l'hôpital comme en ville. Des scores de gravité existent pour guider les praticiens. Ils ont été validés à l'hôpital et sont actuellement moins adaptés à la médecine de ville. Ils seraient pourtant d'une grande aide pour le généraliste, qui doit établir son diagnostic et déterminer sa prise en charge toujours plus rapidement, pressé par le temps et la charge de travail. Sa médecine doit pour autant rester la plus compétente possible.

1. Les pneumopathies, un problème de santé publique :

a. Définition et généralités :

Une pneumopathie est une atteinte aiguë d'origine infectieuse des alvéoles pulmonaires. Il s'agit d'un problème de santé publique, par leur fréquence et leur potentielle gravité. Cette pathologie reste difficile à quantifier compte tenu de sa prise en charge partagée entre la médecine de ville et hospitalière.

Le diagnostic de pneumopathie est défini par l'association d'un critère majeur, à 2 critères mineurs [4]. Les critères majeurs sont l'auscultation pulmonaire avec anomalie en foyer et/ou une infiltration radiologique récente. Parmi les critères mineurs, on

recherche une température inférieure à 35° ou supérieure à 38°, des frissons avec sueurs, une toux, la modification récente d'une expectoration chronique, une dyspnée ou gêne thoracique. Aucun de ces signes pris séparément n'a de valeur suffisante pour l'établissement du diagnostic.

Cette pathologie est divisée en 3 catégories : les pneumopathies aiguës communautaires, les pneumopathies liées aux soins, et les pneumopathies nosocomiales.

Pour mémoire, les pneumopathies nosocomiales sont définies par leur survenue après la 48^{ème} heure d'hospitalisation. Elles comprennent les pneumopathies nosocomiales précoces, survenant dans un délai inférieur ou égal à 5 jours, et les tardives, après le 5^{ème} jour. Elles occupent le 2^{ème} rang en fréquence parmi les infections nosocomiales, après les infections urinaires. Elles sont au premier rang en termes de mortalité, en particulier en cas de ventilation mécanique. Une étude réalisée en 2010 a isolé six micro-organismes responsables de 80% des pneumonies acquises à l'hôpital : *Staphylococcus a.* (28 %), *Pseudomonas a.* (21,8%), *Klebsiella sp.* (9,8%), *Escherichia coli* (6,9%), *Acinetobacter sp.* (6,8%), *Enterobacter sp.* (6,3%). Les germes identifiés habituellement dans les pneumonies aiguës communautaires sont rarement en cause (*Streptococcus pneumoniae* 2,9 %, *Haemophilus i.* 2,7 %) [5]. Ces six micro-organismes sont fréquemment résistants aux antibiotiques. L'antibiothérapie probabiliste constitue un véritable défi pour le clinicien et doit être adaptée à l'écologie microbienne locale.

Une pneumopathie liée aux soins est une pneumopathie communautaire chez un patient soit hospitalisé pendant au moins 48h dans les 3 derniers mois, soit vivant en maison de retraite ou long séjour, soit ayant reçu une antibiothérapie intra veineuse ou chimiothérapie au cours des 30 derniers jours, soit étant en dialyse chronique. Tout comme pour les pneumonies nosocomiales, il existe un taux important de germes multi-résistants et d'antibiothérapies initiales inappropriées. La sévérité et le taux de mortalité, détaillés ci-dessous, sont accrus [6, 7, 8].

Enfin, une pneumopathie est dite communautaire si elle est acquise en dehors d'un établissement de soins et si elle ne remplit pas les critères de pneumopathie liée aux soins.

Le médecin généraliste est principalement concerné par la prise en charge initiale de deux catégories de pneumopathies : les communautaires et celles liées aux soins. L'interrogatoire du patient et de sa famille est d'une importance capitale pour les différencier. La prise en charge et l'orientation du patient peuvent différer pour un même tableau clinique. Les infections nosocomiales sont, quant à elles, le plus souvent diagnostiquées en milieu hospitalier.

Les pneumopathies infectieuses peuvent être dues à différents agents dont la distribution varie significativement selon les séries cliniques disponibles. Le diagnostic microbiologique n'est établi que dans 53 à 59 % des cas [9]. Le germe le plus fréquent est *Streptococcus pneumoniae*, retrouvé dans 16 à 69 % des cas [10].

Vient ensuite le groupe des bactéries « intracellulaires », avec par ordre de fréquence : *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia*, *Legionella Pneumophila* et *Coxiella Burnetti* [11]. *Haemophilus influenzae* serait en cause dans 3 à 19 % des cas. Les virus, essentiellement *Influenza A*, représenteraient 22 à 36 % des cas. D'autres germes peuvent être en cause dans de plus rares cas : entérobactéries, *Staphylococcus aureus*, anaérobies, etc. Parmi ces différentes étiologies deux germes sont plus particulièrement redoutés pour la gravité potentielle des infections qu'ils entraînent : *Streptococcus pneumoniae* et *Legionella Pneumophila*.

b. Incidence, prévalence et taux de mortalité :

Les pneumopathies sont la 6^{ème} cause de mortalité au plan mondial selon l'OMS [1]. Selon l'INSERM, en 2008 et en France, 11014 personnes sont décédées d'une pneumonie ou grippe, soit 5189 hommes et 5825 femmes [12]. Cela correspond à 2% des décès, et c'est la 7^{ème} cause de décès en France en 2008, après les tumeurs, les maladies cardiovasculaires, les accidents, la maladie d'Alzheimer, les décès sans cause connue, et

le diabète. Le nombre de décès chez les personnes âgées de plus de 85 ans était de 2321 hommes et 3964 femmes, soit une proportion non négligeable du nombre total de décès cette année-là.

Le nombre de décès par pneumonie est en recul depuis 2000, où il s'agissait de la 5^{ème} cause de décès en France toujours selon l'INSERM, avec 13106 décès enregistrés. Les premières causes étaient : maladies cardiovasculaires, tumeurs, accidents, et cause non connue.

La mortalité en cas de PAC est élevée, allant de 5 à 35% selon que les malades sont traités en ambulatoire, à l'hôpital en service classique ou en Unité de Soins Intensifs [13].

Leur prévalence en France est estimée à 400000 à 600000 cas/an [2, 3]. Elle est estimée à 91000 cas/an dans les services d'accueil des urgences en France [14].

L'incidence des pneumopathies est de 4 millions de cas par an aux USA, et de 10000 cas par an en France.

L'incidence annuelle augmente avec l'âge [15]. Selon une étude américaine portant sur une cohorte de 46000 seniors âgés de 65 ans et plus, l'incidence des PAC était de 18,2 pour 1000 personnes par an entre 65 et 69 ans, et de 52,3 pour 1000 personnes par an chez les plus de 85 ans [16]. L'incidence est par ailleurs plus élevée chez les personnes vivant en institution que parmi les personnes vivant à domicile.

c. Impact économique :

Plusieurs auteurs se sont intéressés au coût de prise en charge d'une pneumopathie, que celle-ci ait lieu en ambulatoire ou à l'hôpital. Ainsi, aux États-Unis, elles atteignent annuellement 4 millions d'adultes (1,5% de la population en 1998), et représentent un coût économique de 5 milliards de dollars par an [17].

En Allemagne, en 2005 et 2006, selon Ewig et al., l'incidence d'hospitalisation pour PAC était entre 2,75 et 2,96 pour mille habitants par an [18]. Cette incidence était de 7,65 pour mille habitants chez les plus de 60 ans.

De même, selon une étude réalisée dans l'Etat de Washington par Jackson et al., le taux d'hospitalisation pour PAC est de 40% en général, et de 62% chez les plus de 90 ans en particulier [3].

L'étude de l'ALIYU, réalisée à Baltimore, Maryland, et publiée en 2003 a montré qu'une PAC coûte 8 fois plus cher traitée à l'hôpital qu'en ville [19]. De la même façon, une étude espagnole publiée en 2004 s'est intéressée au coût de prise en charge des PAC [20]. Elle comparait le coût moyen des soins hospitaliers et des soins ambulatoires. Une PAC prise en charge à l'hôpital coûtait en moyenne 1553€, contre 196€ lorsqu'elle était prise en charge en ville. Dans cette étude et d'après les auteurs, 15,7% des patients hospitalisés l'étaient par excès. Ils ne présentaient pas les critères de gravité justifiant une hospitalisation. La durée d'hospitalisation aurait pu être réduite de 3,5 jours dans la plupart des cas. La réduction du nombre d'hospitalisations excessives et des temps de séjours injustifiés pourrait permettre une réduction de 17,4% du prix moyen de prise en charge de cette maladie.

Comme développé précédemment, la fréquence des pneumopathies augmente avec l'âge. Dans une société en crise économique et présentant une population vieillissante, il est indispensable de limiter les hospitalisations à celles vraiment nécessaires [21].

2. Orientation des patients :

L'évaluation de la gravité d'une PAC est un élément clé de la prise en charge d'un patient. Elle détermine le degré d'urgence de traitement, les moyens diagnostiques et thérapeutiques à mettre en œuvre, ainsi que le choix du lieu d'administration des soins.

L'intuition est une réalité pour les praticiens français. Il s'agit de l'aspect non analytique du processus décisionnel des médecins généralistes. Une thèse a été rédigée sur ce sujet et publiée dans la revue *Exercer* en 2011 [22]. Elle développait deux concepts, celui de l'alarme, et celui de la réassurance.

Le sens de l'alarme était défini par le fait que le médecin était inquiet pour le patient alors qu'il manquait d'éléments objectifs pour cela : « il y a là quelque chose qui cloche ». La non-concordance entre les plaintes du patient et les observations du médecin poussait ce dernier à aller plus loin dans la démarche diagnostique ou relationnelle jusqu'à ce qu'il ait compris le tableau présenté par le patient. Le sens de l'alarme incitait le médecin à remettre en question ses raisonnements habituels pour faire un diagnostic ou décider d'une conduite à tenir. Il devait revenir à des raisonnements plus hypothético-déductifs.

Le sens de réassurance était défini par le fait que, même en l'absence d'éléments objectifs, le médecin se sentait sûr de proposer une prise en charge adaptée au patient : « Il n'est pas inquiet, tout colle ! ». Cette assurance était provisoire et devait être révisée au moindre doute. Le sens de réassurance pouvait donc être défini par le fait que le médecin n'était pas inquiet pour sa prise en charge bien qu'il n'ait pas tous les critères requis sous-tendant ses raisonnements habituels.

Dans cette étude, les médecins généralistes universitaires interrogés étaient par définition expérimentés et même considérés comme des experts. La sensation d'alarme apparaissait lorsqu'il y avait quelque chose d'inhabituel chez le patient. L'expérience était une toile de fond, et l'intuition poussait le médecin vers une pratique réflexive en l'amenant à s'interroger sur sa façon d'agir. Dans d'autres études, la sensation d'alarme était plus fréquente chez les jeunes médecins.

Le « bon sens clinique » du praticien qui connaît son malade doit primer. Il est bien sûr insuffisant pour guider la pratique des médecins, et doit être confronté aux recommandations des autorités de santé, ainsi qu'à des scores d'aide à la décision.

L'amélioration des recommandations de prise en charge des PAC ont permis au fil des années une diminution de la mortalité et morbidité liées à cette maladie. Cette diminution de la mortalité à 30 jours a été quantifiée par une étude publiée en 2001 : l'Odd Ratio était de 0,69 (IC95% : 0,49 – 0,97, p = 0,04) [23]. La bonne orientation des patients, correctement identifiés comme pouvant bénéficier d'une prise en charge ambulatoire, a de la même façon fait diminuer le taux d'hospitalisation [24].

a. Utilité des scores en médecine de ville :

Les scores sont utiles pour guider le praticien dans sa décision thérapeutique. Ils permettent de diminuer la variabilité des pratiques, d'améliorer la prise en charge du malade par une diminution du risque d'erreur après avoir fait l'inventaire de tous les facteurs de gravité potentiels. Il permet enfin de diminuer le coût moyen de prise en charge du patient.

Il existe de nombreux scores pour aider les médecins dans leur pratique quotidienne. Certains freins existent cependant quant à leur utilisation en médecine de ville, comme le souligne une étude réalisée en 2010 à Poitiers [25]. Seulement 30% des médecins interrogés connaissaient les scores étudiés dans cette étude. Les deux principaux freins retenus sont le manque de formation des médecins à ces scores et les doutes relatifs à leur utilité. Ces scores ont rarement été étudiés en soins primaires. De même, il n'existe pas d'étude du bénéfice du patient à l'utilisation de ces scores, ni de test dédié spécifiquement à la médecine de ville.

En pratique de ville, plus le score est simple, plus il est utilisable [26]. Leur utilisation en pratique courante est généralement difficile car les caractéristiques des patients peuvent différer de ceux sélectionnés pour l'étude de validité du score [27].

b. Scores existants pour la prise en charge des PAC :

Plusieurs scores existent pour guider le praticien dans la prise en charge d'une pneumopathie. Il s'agit soit de scores généraux, comme le score Apache 2 ou le Sepsis score, soit de scores plus spécifiques [28].

Le Pneumonia Severity Index (PSI), ou score de Fine, développé en 1997 aux Etats Unis, est un score prédictif de mortalité, validé mondialement [29, 30]. Il est constitué de critères cliniques et paracliniques dont la somme permet de classer le patient dans une des 5 catégories de risque prédéfinies. L'appartenance à l'une ou l'autre catégorie permet d'orienter le praticien dans sa prise en charge du patient. La présence de critères paracliniques le rend difficilement utilisable par les médecins généralistes.

Le score CURB65 a ensuite été développé en 2002 par la British Thoracic Society (BTS) [31, 28]. Ce score, également prédictif de mortalité, permet de classer les patients hospitalisés pour PAC dans 6 groupes de prise en charge différente. Plusieurs études l'ont comparé au PSI, retrouvant des risques de mortalité similaires, pour un score plus simple d'utilisation [31].

Le score CRB65, également développé en 2002 par la BTS, fait abstraction de tout critère paraclinique, le rendant ainsi plus maniable en médecine de ville [31]. Il est une aide pour orienter le patient. Il est composé des 4 critères cliniques suivants :

- Confusion
- Respiratory rate ≥ 30 /min
- Blood pressure : PAS < 90 mmHg ou PAD ≤ 60 mmHg
- Age ≥ 65 ans

La présence ou l'absence de ces critères permet de calculer le score et de classer le patient dans un des 3 groupes suivants :

- Groupe 1 : score égal à 0 : Faible risque de mortalité : 1,2% de mortalité à 30 jours.
- Groupe 2 : score égal à 1 ou 2 : Risque de mortalité intermédiaire : 8,15% de mortalité à 30 jours.
- Groupe 3 : score égal à 3 ou 4 : Haut risque de mortalité : 31% de mortalité à 30 jours.

L'appartenance aux différents groupes de risque oriente la prise en charge du patient : traitement ambulatoire ou hospitalier.

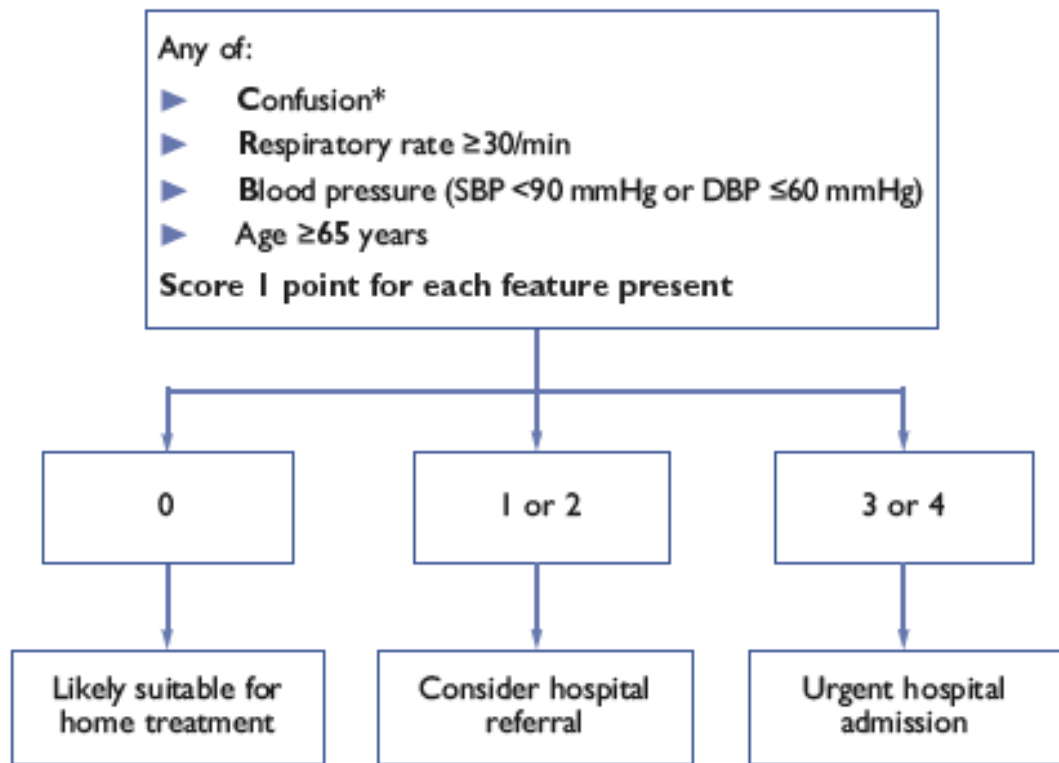


Figure 1 : Prise en charge suggérée en fonction du score CRB65.

Une méta-analyse réalisée en Angleterre et publiée en 2011 a étudié la capacité des scores CRB65 et PSI pour orienter correctement les patients en médecine de ville [32]. Elle confirme leur capacité à différencier correctement les patients à faible et haut risque de mortalité, avec une bonne sensibilité et spécificité.

En cas de prise en charge ambulatoire, comme pour toute autre pathologie, une réévaluation après 48 à 72h est nécessaire par le médecin traitant. Elle permet de renouveler la recherche des critères de gravité, de décider la poursuite ou non du même traitement, et de discuter à nouveau la poursuite de la prise en charge ambulatoire.

Une pneumopathie est, comme vu précédemment, une pathologie fréquente, potentiellement grave, dont la prise en charge varie entre les différents praticiens. Le CRB 65, score de prédiction de mortalité, a été créé pour aider les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne. L'optimisation des soins permet une diminution des coûts de santé, qui est une problématique actuelle majeure pour notre société.

L'objet de cette thèse est d'évaluer l'aide apportée aux médecins généralistes par le CRB65 pour l'orientation des patients atteints de pneumopathie : ce score est-il utilisé par les médecins généralistes ? Peut-on apporter des améliorations à ce score?

Cette analyse de pratique doit répondre à l'hypothèse suivante : celle d'une utilisation intuitive des critères du score CRB 65 par les médecins généralistes dans leur demande d'évaluation hospitalière, ainsi que l'existence d'autres critères justifiant une évaluation hospitalière non répertoriés dans ce score.

Matériel et méthodes

1. Type d'étude

Une étude prospective observationnelle multicentrique a été réalisée sur 6 mois dans le département des Hauts-de-Seine (92).

2. Patients

L'étude s'est déroulée dans deux Services d'Accueil des Urgences (SAU) adultes, du 1^{er} Janvier au 30 juin 2014 : celui de l'hôpital Louis Mourier à Colombes, et celui du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers (CASH) de Nanterre, aussi appelé Hôpital Max Fourestier.

Etaient inclus les patients adressés aux urgences avec un courrier par un médecin généraliste pour suspicion de pneumopathie, ou pour dyspnée fébrile.

Les mineurs étaient exclus, ainsi que les patients adressés par le personnel d'une résidence pour personnes âgées non médicalisée, par un infirmier. Etaient également exclus les patients consultant à la demande de leur médecin, sans lettre de ce dernier.

3. Recueil des données

Les lettres des médecins étaient photocopiées et mises de côté à l'arrivée des patients. Les critères clinico-sociaux de recours aux urgences étaient relevés à partir de ces dernières. Le compte-rendu médical de consultation au SAU était ensuite récupéré.

Un contrôle de qualité du recueil a été réalisé à partir d'Urqual, le logiciel utilisé par chacun des deux services d'urgences. A la fin de chaque mois était établie une liste de tous les patients enregistrés aux urgences dans le mois et dont le diagnostic final, principal ou associé, était pneumopathie. Le logiciel permettait de différencier le mode d'arrivée aux urgences du patient : adressé par le médecin traitant, par SOS médecin, patient transféré d'un autre hôpital, patient consultant spontanément, accompagné par

le SMUR ou les Sapeurs-Pompiers, ou autre mode d'arrivée. A partir de cette liste, chaque dossier de patient dont le mode d'adressage était médecin traitant, SOS médecin, ou autre mode d'arrivée, et dont la lettre d'adressage n'avait pas été récupérée directement, a pu être consulté aux archives des hôpitaux Louis Mourier et de Nanterre. Des lettres ayant été égarées ou oubliées lors du premier recueil aux urgences ont ainsi pu être récupérées et analysées.

A partir des lettres recueillies, les critères composant le CRB 65 étaient recherchés, et le score calculé. Les autres critères clinico-sociaux présents dans la lettre étaient listés. L'orientation finale du patient, indiquée dans le compte-rendu du SAU, était comparée à celle proposée par le score CRB 65.

Les calculs et figures ont été réalisés à partir du logiciel EXCEL.

Résultats

1. Incidence des pneumopathies aux urgences de Max Fourestier et de Louis Mourier :

Entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2014, 11524 patients ont été enregistrés aux urgences de Nanterre, et 13252 à Colombes, tout motif confondu.

Au cours de cette même période, 251 patients ont été pris en charge dans les services d'urgences de Louis Mourier et de Max Fourestier pour un diagnostic final de pneumopathie.

Parmi ces 251 patients, 176 ont été accueillis à Louis Mourier, et 75 à Nanterre.

Dans chacun des deux hôpitaux, le taux d'incidence de cette pathologie était décroissant de Janvier à Juin (figure 2).

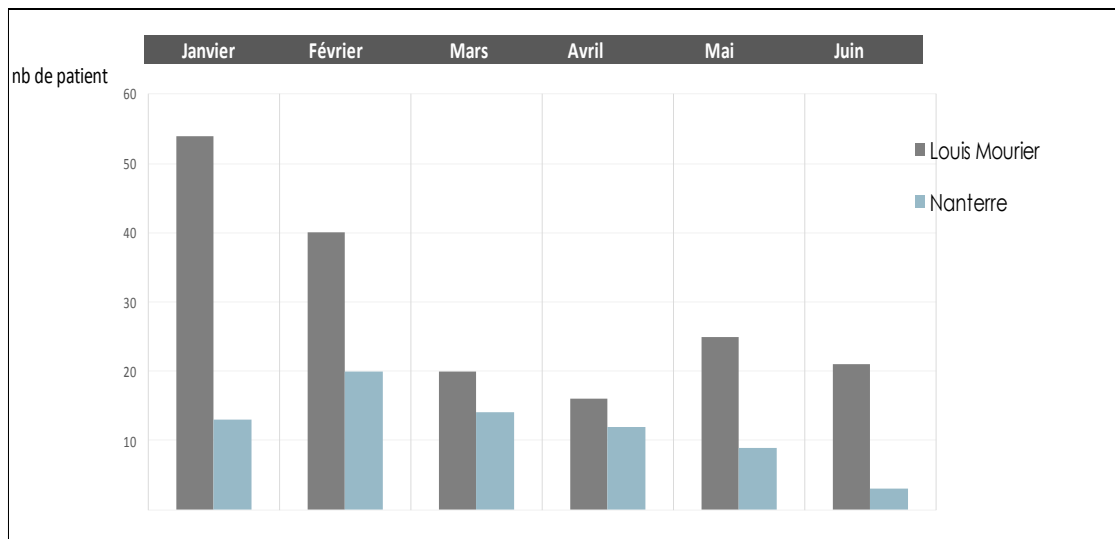


Figure 2 : Incidence des pneumopathies aux urgences des deux hôpitaux au cours du premier semestre 2014.

| | Janvier | Février | Mars | Avril | Mai | Juin |
|---------------|---------|---------|------|-------|-----|------|
| Louis Mourier | 54 | 40 | 20 | 16 | 25 | 21 |
| Nanterre | 13 | 20 | 14 | 12 | 9 | 3 |
| Total | 67 | 60 | 34 | 28 | 34 | 24 |

Tableau 1. Tableau récapitulatif du nombre de patients dont le diagnostic final était pneumopathie à Nanterre et Colombes au cours du premier semestre 2014.

2. Lettres récupérées et incidence des patients adressés par un médecin :

Sur ces 251 patients, 50 étaient adressés aux urgences par un médecin. Les 50 lettres ont été récupérées : 34 à l'hôpital Louis Mourier, et 16 à l'hôpital de Nanterre.

15 lettres (30%) ont été recueillies en Janvier, 14 (28%) en Février, 9 (18%) en Mars, 5 (10%) en Avril, 4 (8%) en Mai et 3 (6%) en Juin.

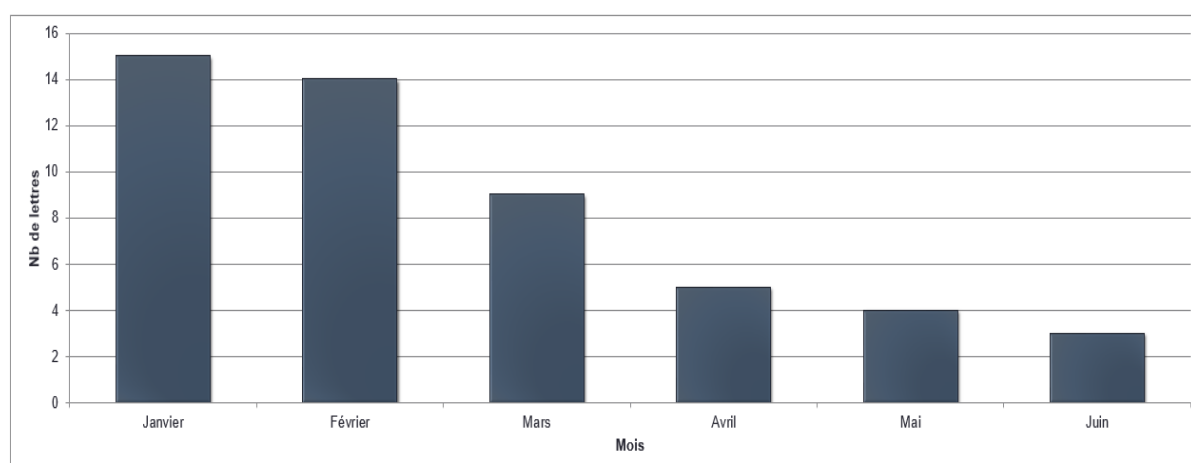


Figure 3 : Diagramme en barres illustrant le nombre de lettres récupérées en fonction des mois de l'année.

30 lettres étaient écrites par des médecins traitants, 6 par SOS médecins, 10 par des médecins coordinateurs de maisons de retraite et 4 par des médecins remplaçants.

Sur ces 50 lettres, 38 étaient manuscrites (76%), contre 12 dactylographiées (24%). Les lettres manuscrites étaient écrites par 27 médecins traitants ou remplaçants, 4 médecins coordonnateurs d'EHPAD, et 7 médecins de la société SOS Médecins.

19,3% des patients enregistrés aux urgences de Louis Mourier pour pneumopathie étaient adressés par un médecin, contre 21,3% à Nanterre.

80,7% des patients de Louis Mourier et 78,7% de ceux de Nanterre ont consulté aux urgences soit spontanément, soit sous les recommandations de proches, d'un infirmier, soit orientés par le SAMU ou les Sapeurs-pompiers.

3. Caractéristiques des patients inclus :

Sur les 50 patients adressés par un médecin généraliste, 29 étaient des femmes (58%), contre 21 hommes (42%). L'âge moyen était de 77 ans. L'âge médian était de 82 ans. Le patient le plus jeune avait 28 ans, et le plus âgé avait 102 ans. 7 patients (14%) avaient moins de 65 ans, 24 (48%) avaient entre 65 et 85 ans, et 19 (38%) avaient plus de 85 ans.

13 des 50 patients (26%) vivaient en institution.

4. Présence des critères du CRB65 dans les lettres :

a. Confusion :

L'état de conscience du patient était évoqué dans 5 lettres (10%), mais le terme confusion était employé dans 1 seule lettre (2%). Des termes proches étaient employés

dans 4 lettres, tels que désorientation spatio-temporelle, somnolence, agitation inhabituelle.

45 lettres (90%) ne mentionnaient pas l'état de conscience du patient.

b. Fréquence respiratoire :

La fréquence respiratoire était évoquée dans 6 lettres, soit directement en indiquant le chiffre, soit par les termes eupnéique ou polypnéique. Les patients décrits comme polypnéiques étaient considérés comme remplissant le critère $FR \geq 30/\text{min}$. Ce critère était rempli dans 3 lettres (6%).

Il n'était pas renseigné dans 44 lettres, soit 88% des cas.

c. Tension artérielle :

La tension artérielle était précisée dans 27 lettres (54% des lettres). 10 patients (20%) répondaient au critère TA systolique $< 90\text{mmHg}$ ou TA diastolique $\leq 60\text{mmHg}$. Un patient avait une tension imprenable, considérée ici comme inférieure à 90/60 mmHg.

Ce critère n'était pas abordé dans 23 lettres, soit 46% des cas.

d. Age :

L'âge du patient était précisé dans chaque lettre (100% des cas). Le critère était rempli, c'est-à-dire supérieur ou égal à 65 ans, dans 43 lettres (86%). 7 patients (14%) avaient un âge strictement inférieur à 65 ans.

| | Critère évoqué | Critère rempli |
|----------------------------|----------------|----------------|
| Conscience (C) | 5 | 5 |
| Fréquence respiratoire (R) | 6 | 3 |
| Tension artérielle (B) | 27 | 10 |
| Age (65) | 50 | 43 |

Tableau 2. Tableau récapitulatif de la présence et validation des critères du CRB65 dans les lettres récupérées.

5. Autres critères présents dans les lettres :

- Température :

- Donnée présente dans 32 lettres (64%),
- 21 patients (65,6%) avaient une température inférieure à 35° ou supérieure à 38° (critère diagnostic de pneumopathie),
- Un seul patient avait une température supérieure à 40° (seuil de gravité du score de Fine, cf. **Annexe 1**),
- Donnée non précisée dans 18 lettres (36%).

- Saturation en oxygène :

- Donnée présente dans 28 lettres (56%),
- 17 patients (60,7%) avaient une saturation $\leq 90\%$ (seuil de gravité pour le score de Fine, cf. **Annexe 1**),
- Donnée non précisée dans 22 lettres (44%).

- Pouls :
 - Donnée présente dans 23 lettres (46%),
 - 2 patients (8,7%) avaient un pouls supérieur ou égal à 125/min (seuil de gravité selon Fine, cf. **Annexe 1**),
 - Donnée non précisée dans 27 lettres (54%).

- Durée d'évolution des symptômes :
 - Donnée évoquée dans 33 lettres (66%) :
 - 6 décrivaient des symptômes aigus, datant de moins de 48H,
 - 18 médecins avaient déjà examiné leur patient dans les jours précédents, et/ou prescrit une première ligne de traitement,
 - 9 médecins voyaient pour la première fois le patient pour ces symptômes, apparus il y a plus de 48H,
 - Donnée absente dans 17 lettres (34%).

- Auscultation pulmonaire :
 - Donnée présente dans 25 lettres (50%) :
 - auscultation normale pour 3 patients,
 - foyer unilatéral pour 8 patients,
 - atteinte bilatérale pour 14 patients,
 - Donnée absente dans 25 lettres (50%).

- Autre symptôme associé à la dyspnée fébrile :
 - asthénie (14 patients),
 - anorexie (6 patients),
 - diarrhées (4 patients),
 - chutes (3 patients),

- signes fonctionnels urinaires (3 patients),
 - vomissements (2 patients),
 - infection ORL concomitante (2 patients),
 - difficultés à prendre le traitement (2 patients),
 - palpitations (1 patients),
 - déshydratation (1 patients),
 - escarre (1 patient),
 - insuffisance cardiaque gauche (1 patient),
 - paralysie faciale (1 patient),
 - anxiété (1 patient).
- Autre diagnostic suspecté, en plus de celui de pneumopathie :
- décompensation cardiaque (5 patients),
 - cystite (1 patient),
 - embolie pulmonaire (1 patient),
 - tuberculose pulmonaire (1 patient),
 - grippe hypoxémiante (1 patient),
 - accident vasculaire cérébral (1 patient).

Dans 23 lettres (46%), les médecins ne se prononçaient pas sur une hypothèse diagnostique, se contentant de décrire les symptômes.

- Explorations complémentaires réalisées :
- 17 médecins (34%) avaient réalisé un bilan paraclinique dans un laboratoire de ville : bilan biologique standard et/ou d'imagerie (radiographie pulmonaire ± scanner thoracique).

- Comorbidités citées dans les lettres :
 - Données absentes dans 11 lettres (22%),
 - Dans les 39 lettres restantes étaient retrouvées les comorbidités suivantes :
 - Hypertension artérielle (17 patients, soit 34%),
 - Trouble du rythme ou de la conduction cardiaque (15 patients, soit 30%),
 - Diabète (9 patients, soit 18%),
 - Insuffisance cardiaque (8 patients, soit 16%),
 - Troubles cognitifs (7 patients, soit 14%),
 - BPCO (7 patients, soit 14%),
 - Antécédent personnel d'infection pulmonaire (6 patients, soit 12%),
 - Accident vasculaire cérébral (6 patients, soit 12%),
 - Asthme (5 patients, soit 10%),
 - Insuffisance rénale chronique (5 patients, soit 10%),
 - Tumeur maligne (5 patients, soit 10%),
 - Embolie pulmonaire (4 patients, soit 8%),
 - Insuffisant respiratoire chronique (3 patients, soit 6%),
 - Tabagisme (3 patients, soit 6%),
 - Anémie chronique (2 patients, soit 4%),
 - Comitialité (2 patients, soit 4%),
 - Ethylisme chronique (2 patients, soit 4%),
 - Cirrhose (2 patients, soit 4%),
 - Prothèse valvulaire cardiaque (1 patient, soit 2%),
 - Trouble de la coagulation (1 patient, soit 2%),
 - Méningite (1 patient, soit 2%),
 - Isolement socio-familial (1 patient, soit 2%),
 - Antécédent psychiatrique (1 patient, soit 2%),
 - Maladie inflammatoire chronique des intestins (1 patient, soit 2%),
 - Polyarthrite rhumatoïde (1 patient, soit 2%).

- Un patient était décrit comme non réanimatoire par le médecin l'adressant.

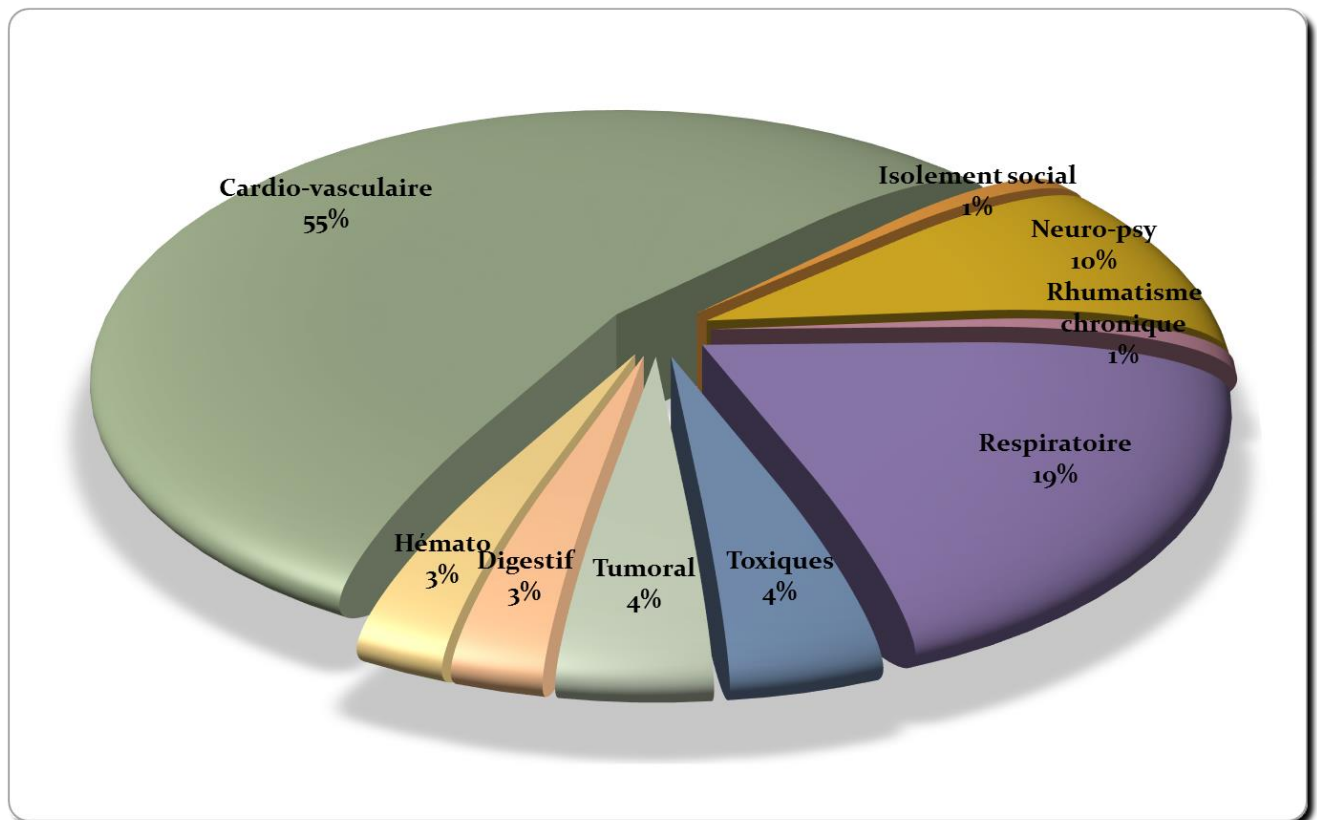


Figure 4 : Graphique représentant les comorbidités retrouvées dans les lettres, classées par catégories.

6. Calcul du CRB65 d'après les données des lettres :

Le score CRB65 n'était évoqué ni calculé dans aucune lettre.

Calculé à posteriori, ce score était de 0 dans 5 lettres (10%), de 1 dans 31 lettres (62%), de 2 dans 12 lettres (24%), et de 3 dans 2 lettres (4%). Aucun n'avait un score de 4.

90% des patients étudiés avaient un score supérieur ou égal à 1. En revanche, 10% des patients avaient un score strictement inférieur à 1.

Parmi les 5 patients ayant un score inférieur à 1, 4 (80%) ont été finalement hospitalisés après examen clinique et paraclinique aux urgences.

Parmi les 43 patients ayant un score entre 1 et 2, 11 (25,5%) ont été pris en charge en ambulatoire après évaluation aux urgences.

Les 2 patients ayant un score de 3 ont été hospitalisés (100%).

Parmi les 13 patients vivant en institution, 6 (46,1%) avaient un score de 1 ; 5 (38,5%) avaient un score de 2 et 2 (15,4%) avaient un score de 3.

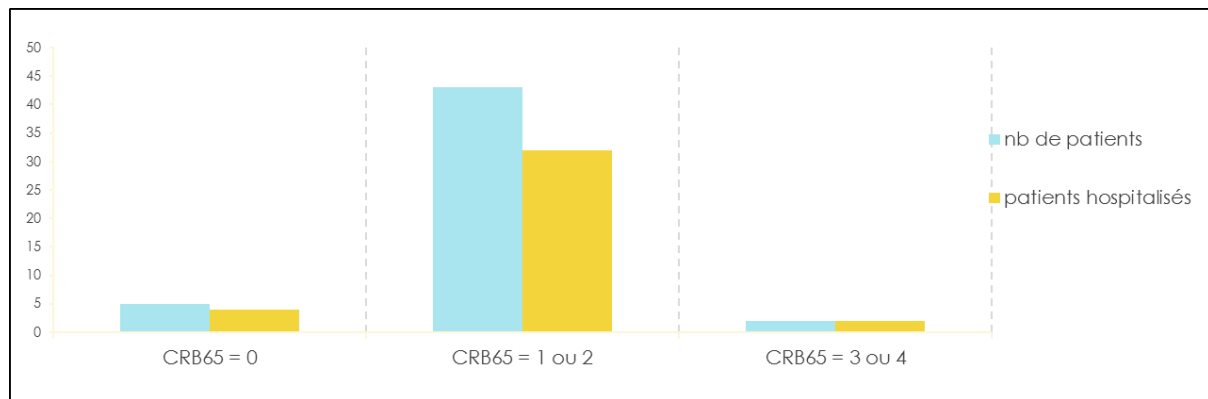


Figure 4 : Graphique comparant les scores CRB65 calculés à partir des lettres au taux d'hospitalisation réel.

7. Comparaison résultats du score versus orientation finale :

Parmi les 38 patients hospitalisés après passage aux urgences, 34 avaient un CRB65 supérieur ou égal à 1 (89%), et 4 patients avaient un score à 0 (11%).

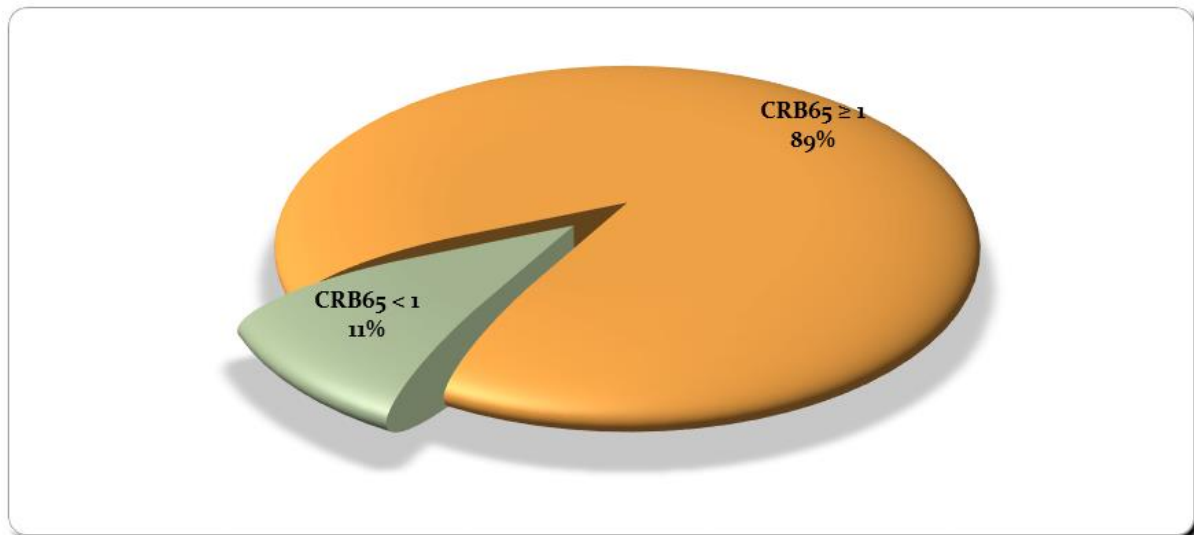


Figure 5 : Graphique représentant la proportion de score CRB65 inférieur à 1 parmi les patients hospitalisés après passage aux urgences.

Ceux qui avaient un score à 0 mais qui ont quand même été hospitalisés présentaient les caractéristiques suivantes :

- 1er patient : contexte d'immunodépression post chimiothérapie dans un contexte de sarcome métastasé,
- 2^{ème} patient : pneumopathie abcédée avec échec d'une première cure d'antibiotiques,
- 3^{ème} patient : hémoptysies, ralentissement psychomoteur majeur aux urgences et non évoqué dans la lettre. Diagnostic de tuberculose pulmonaire avec atteinte cérébrale à l'imagerie,
- 4^{ème} patient : patient sans domicile fixe, éthylique chronique, incapacité à suivre un traitement quotidiennement, antécédent de pneumopathie récente et indication à faire une fibroscopie avec identification de germe.

Parmi les 12 patients renvoyés à domicile pour une prise en charge ambulatoire, 11 patients avaient un score supérieur ou égal à 1 (91,7%).

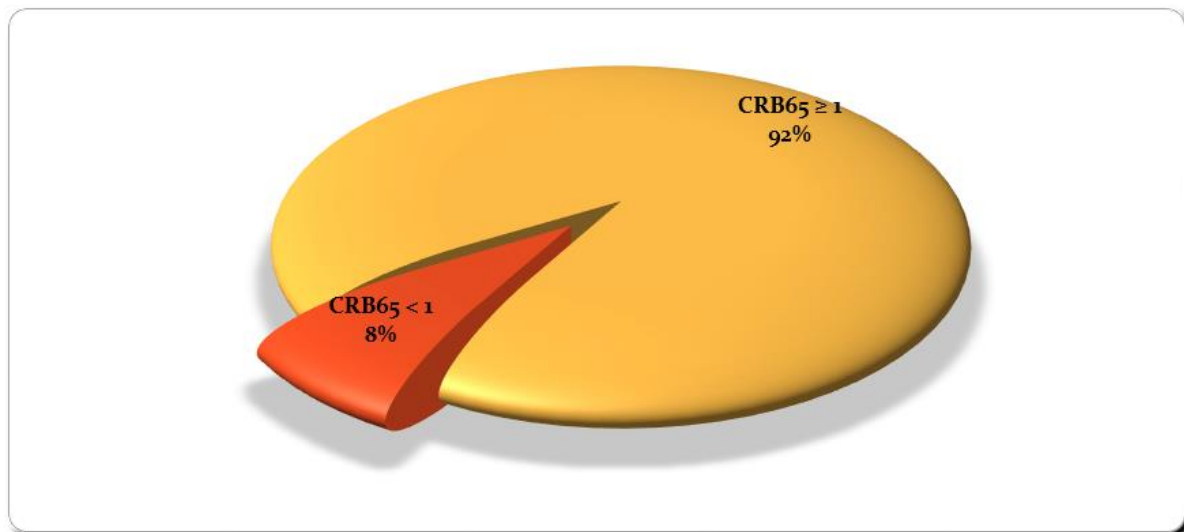


Figure 6 : Graphique représentant la proportion de score CRB65 supérieure ou égale à 1 parmi les patients non hospitalisés après passage aux urgences.

Les scores de ces 11 patients pris en charge à domicile étaient de 1 pour 8 patients, et de 2 pour 3 patients. Aucun patient pris en charge à domicile n'avait un score de 3 ou 4.

Parmi les patients pris en charge à domicile et ayant un score de 1, ce point était acquis pour 7 cas sur 8 par l'âge supérieur à 65 ans. Pour le dernier patient, le point était dû à une TA diastolique à 60 mmHg lors de la mesure par le médecin traitant, avec une systolique à 110 mmHg. Cette valeur a été recontrôlée à 140/89 mmHg aux urgences.

En ce qui concerne les 3 patients pris en charge à domicile et ayant un CRB65 à 2, le premier point était toujours dû à l'âge, le deuxième à la confusion ou à la polypnée. Les 2 patients décrits comme confus ou agités dans les lettres n'avaient pas d'antécédent notable de démence, et avaient donc bien un score de 2 aux urgences. La patiente décrite comme polypnéique dans la lettre a été recontrôlée à une fréquence respiratoire à 28/min aux urgences.

Parmi les 13 patients vivant en institution, 3 patients ont été renvoyés « à domicile » après évaluation aux urgences. Ces derniers avaient un score de 1 pour 1 patient, point obtenu par le critère « âge », et un score de 2 pour 2 patients.

Le premier patient était adressé aux urgences devant l'absence d'amélioration notable après 48h de traitement par ceftriaxone, sans autre signe de gravité.

Pour les 2 patients ayant un score de 2, le premier remplissait les critères âge et polygnée, non confirmée aux urgences. Le deuxième remplissait les critères âge et confusion. L'examen aux urgences n'a pas retrouvé de signe de gravité clinique ni paraclinique, permettant le retour en foyer logement.

Discussion :

1. Organisation du système de soins, spécificités de Colombes et Nanterre :

a. Résultats de l'étude : un recours direct aux urgences :

Dans l'étude, 80% des patients consultants aux urgences le font spontanément, sans évaluation préalable par un médecin de ville. Leur médecin traitant, s'ils en ont un, n'est pas informé de cette démarche. Ce chiffre est trop élevé, dans une société où le médecin généraliste doit tenir le rôle de coordinateur de la santé des patients. Ce phénomène peut être expliqué par différentes raisons, développées par la suite.

Comme le souligne une thèse soutenue en 2012 évaluant la qualité de la communication entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral, le médecin traitant est au cœur du nouveau dispositif de notre système de santé, depuis 2004 [33]. Il est devenu un véritable coordinateur du « parcours de soins » du patient. Ce dispositif a été mis en place en vue de limiter les dépenses de l'Etat dans le domaine de la santé : le médecin généraliste, en récoltant les informations aux différentes sources (patient, confrères spécialistes, administrations, hôpitaux), constitue une véritable base de données médicales pour chacun de ses patients. Ce recueil de données, le dossier du patient, est à la fois un outil de suivi pour le médecin, mais surtout un moyen de lutter contre des consultations redondantes ou des examens itératifs. Le médecin traitant, véritable référent pour le patient, oriente son patient au sein du système de soins. Sa mission de coordination des soins a été réaffirmée dans la loi HPST du 21 juillet 2009, où le médecin généraliste est décrit comme un acteur pivot des soins de premiers recours.

b. Démographie médicale à Nanterre et Colombes, reflet d'une problématique nationale :

La démographie médicale française est faible. Ce phénomène s'aggrave au fil des années, expliqué en partie par une moyenne d'âge élevée des médecins libéraux (53 ans

dans le 92 en 2013) avec de nombreux départs à la retraite à venir [23]. Cela se traduit par un manque de disponibilité des médecins, débordés, ne pouvant plus accepter de nouveau patient. Il est parfois difficile d'obtenir un rendez-vous urgent dans un délai raisonnable.

Alors que le département des Hauts-de-Seine présente une densité de médecins généralistes inférieure au niveau francilien (83,5 professionnels pour 100 000 habitants contre 92,5), de très fortes disparités apparaissent lorsque l'on étudie cette densité par commune (de 54 pour la valeur la plus faible à Vanves, à plus de 113 pour la valeur la plus haute à Clamart, Meudon et Rueil Malmaison) [34]. La CDOM des Hauts-de-Seine a recensé en 2013 : 45 médecins généralistes libéraux ou d'activité mixte à Colombes, soit une densité de 5,5 médecins pour 10000 habitants (-13,5% entre 2007 et 2013). A Nanterre, 48 médecins généralistes sont installés, soit 5,4 médecins pour 10000 habitants, en diminution de 18,6% en 6 ans [35].

Entre 2004 et 2009, 15 % des médecins généralistes libéraux de Nanterre sont partis à la retraite sans être remplacés [34]. Les patients ont donc des difficultés à trouver un médecin qui les accepte en tant que médecin traitant, ou simplement pour les recevoir en cas d'urgence.

c. Précarité de la population locale :

L'étude a été réalisée au sein de deux hôpitaux fréquentés par une population précaire. Le revenu médian en 2007 atteint 15527 euros à Nanterre, un montant très inférieur à ceux des Hauts-de-Seine et de la région francilienne, respectivement : 23671 euros et 20575 euros. La moitié de la population nanterrienne vit dans un ménage qui a déclaré un revenu par unité de consommation (UC) inférieur à 15727 euros par an. 1/3 des ménages ne sont pas soumis à l'impôt sur le revenu (part supérieure de 11,2 points à la moyenne départementale et de 7,8 points à la moyenne régionale) [36].

Le coût d'accès aux soins, dans une société en crise financière, peut en partie expliquer le recours direct aux urgences, observé dans l'étude. Les hôpitaux pratiquent

le tiers payant. Le patient n'a pas à avancer les frais de consultation, contrairement à la majorité des médecins généralistes aujourd'hui. Cette observation est probablement majorée pour notre étude, réalisée au sein de deux hôpitaux fréquentés par une population précaire, comme développé précédemment.

Une étude anglaise, réalisée entre 1991 et 2003, a publié en 2009 les résultats suivants : 28% de plus de risque de contracter une PAC si les conditions de vie sont défavorables [37]. Les résultats ont été ajustés à l'âge et au sexe, avec un risque relatif de 1,28 (IC 95% : 1,24 – 1,32).

L'hôpital Max Fourestier partage ses locaux avec un foyer d'accueil pour sans-abris, utilisant régulièrement les urgences comme lieu d'hébergement si celui-ci est complet. La loi rappelle que tous les établissements de santé doivent contribuer à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins requis par son état de santé. Aucune personne ne doit être l'objet d'une quelconque discrimination que ce soit en raison de son état de santé, de son handicap, de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de ses opinions politiques, de sa religion, de sa race ou de ses caractéristiques génétiques [38]. Tout patient consultant aux urgences, même pour hébergement, doit bénéficier d'un examen clinique, et paraclinique si indiqué. Cette donnée amplifie les résultats de l'étude, le médecin généraliste n'étant alors pas consulté.

Le phénomène de recours direct aux urgences sans voir un médecin généraliste au préalable est une des origines de la surcharge de travail des urgences, pour des motifs sortant parfois du cadre de l'urgence : douleur abdominale légère depuis 3 mois, chute il y a une semaine, etc. Le délai d'attente pour la prise en charge des patients dépasse fréquemment les 3 heures dans certains hôpitaux. Une réorganisation de l'accès aux soins hospitaliers semble nécessaire au vu de ces résultats.

2. Caractéristiques des patients de l'étude :

a. Moyenne d'âge élevée :

La moyenne d'âge de la population de l'étude était élevée, de l'ordre de 77 ans. L'âge médian était de 82 ans. 86% des patients étaient âgés de plus de 65 ans, et 38% avaient plus de 85 ans. On rappelle que les patients mineurs étaient exclus du recueil de données.

Dans la littérature, on retrouve également que l'incidence des pneumopathies augmente avec l'âge [39]. Les personnes âgées sont plus sujettes aux pneumopathies infectieuses [40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47]. Les performances du système respiratoire déclinent progressivement avec l'altération du tissu élastique thoraco-pulmonaire, dû au vieillissement. La compliance thoracique diminue, avec pour conséquence une augmentation du travail pulmonaire. De façon parallèle, on observe une diminution des forces musculaires avec l'âge. Le risque de détresse respiratoire est plus important si une infection survient sur ce terrain fragilisé.

Physiologiquement, toute personne inhale des sécrétions oropharyngées pendant son sommeil. Ça n'a pas de conséquence chez le sujet sain. La personne âgée, quant à elle, présente un réflexe de toux altéré, ainsi que des troubles de déglutition plus fréquents [48]. Ses capacités de déglutition sont diminuées, tout comme ses sécrétions salivaires. La clairance muco-ciliaire est ralentie. S'ajoutent à toutes ces raisons des facteurs de vulnérabilité : comorbidités, dénutrition, iatrogénie, environnement etc.

b. Lieu de résidence des patients :

26% des patients inclus dans l'étude vivaient en institution, médicalisée ou non. Comme évoqué précédemment, on parle de pneumopathie liée aux soins, et non de pneumopathie aigue communautaire [5]. Les germes en cause sont plus souvent multi résistants, et le pronostic de l'infection plus sévère.

Fine, dans son score pronostic de mortalité des pneumopathies, a retenu la résidence en institution comme un facteur de gravité (Annexe 1). Les critères d'inclusion des patients dans son étude étaient le diagnostic de pneumopathie selon les recommandations officielles de l'International Classification of Disease (Annexe 2), et les patients âgés de plus de 18 ans [30]. Les critères d'exclusion étaient les suivants : infection concomitante par le VIH, immunodépression, hospitalisation du patient dans les 7 jours précédents ou le transfert du patient depuis un autre hôpital.

La vie en institution était au contraire un critère d'exclusion de l'étude validant le CURB65 et le CRB65 [31]. Les critères d'exclusion utilisés étaient les suivants : pneumopathie n'étant pas le diagnostic suspecté initialement ou ayant motivé l'hospitalisation, pneumopathie secondaire à une obstruction bronchique, tuberculose pulmonaire, bronchectasie, pathologie tumorale, infection par le VIH, patient hospitalisé dans les 14 jours précédents, immunodépression, patient déjà inclus précédemment dans l'étude ou vivant en institution.

Notre étude a utilisé des critères d'inclusion plus larges, afin de refléter le mieux possible le quotidien des médecins généralistes. On garde donc en mémoire que le CRB65 n'est pas validé ni même étudié pour une partie de la population de notre étude.

3. Qualité des lettres des médecins :

a. Contenant :

Sur les 50 lettres récupérées, 38 étaient manuscrites (76%), et 12 étaient dactylographiées (24%). Pour rappel, les lettres manuscrites étaient écrites par 28 médecins traitants ou remplaçants, 4 médecins coordonnateurs d'EHPAD, et 6 médecins de la société SOS Médecins.

D'après une étude de l'URPS réalisée en 2013 sur une population de 8000 médecins libéraux d'Ile de France, toute spécialité confondue, 93% des médecins répondants étaient informatisés [49]. Les résultats de notre étude ne sont pas

concordants avec cette donnée. La faible utilisation du matériel informatique peut être expliquée par le fait que la consultation s'est fréquemment réalisée à domicile. C'est le cas notamment pour chaque patient adressé par SOS médecin.

Les lettres manuscrites sont parfois difficiles à déchiffrer, et peuvent être source d'erreur d'interprétation. Cette problématique concerne particulièrement l'urgentiste qui, après lecture de la lettre, pourra réaliser un examen clinique orienté par les antécédents et les traitements décrits par le médecin traitant. Même s'il se forge sa propre opinion après examen du patient, une confusion entre deux pathologies lourdes ou des traitements peuvent être à l'origine de catastrophes. De même, une allergie précisée dans le courrier, mais illisible, peut modifier la prise en charge thérapeutique et son efficacité, par mesure de précaution. Cela pose encore plus de problèmes lorsque la lettre est adressée à un confrère à qui le patient est adressé en consultation, pour une question précise. Si celle-ci n'est pas compréhensible, le médecin non joignable et que le patient est peu informatif, la consultation peut se révéler inutile.

b. Rédacteur :

6 médecins étaient des salariés de la société SOS médecins, et n'avaient pas accès au dossier médical du patient. Leur lettre ne comprenait que les comorbidités évidentes cliniquement, ou énumérées par le patient ou sa famille. Le contexte d'anxiété du patient, en lien avec sa pathologie aiguë, a probablement majoré l'imprécision et la non exhaustivité de cette liste.

De la même façon, les 10 médecins coordonnateurs d'EHPAD n'étaient pas les médecins traitants des patients inclus. Ils ne sont pas des soignants avec une relation duelle médecin/malade. Ils apportent des compétences gériatriques au niveau des résidents de l'EHPAD avec pour objectif la qualité de la prise en charge. Ils préservent le délicat équilibre individu/collectivité. Le médecin coordonnateur n'intervient sur le plan médical qu'en cas d'urgence vitale en l'absence de médecin sur place et doit rendre compte au médecin traitant [50]. Les 10 patients concernés avaient un médecin traitant, tenu de maintenir à jour le dossier médical. Le médecin coordonnateur a pour seule

information ce qui est renseigné dans ce dossier. Les données contenues dans leurs lettres peuvent parfois être incomplètes.

Enfin, 4 lettres étaient rédigées par des médecins remplaçants. Ils voyaient le patient le plus souvent pour la première fois. Comme pour les médecins coordonnateurs, les informations médicales disponibles sont limitées à celles renseignées dans le dossier médical par le médecin traitant. Si celui-ci est à jour et clair, le médecin remplaçant possède toutes les informations nécessaires à une bonne prise en charge. Si ce n'est pas le cas, la lettre qu'il rédige en sera le reflet, incomplète.

c. Contenu :

La qualité du contenu des lettres recueillies était hétérogène. Certaines étaient claires et complètes, d'autres brèves et peu informatives. Voici, pour rappel, les principaux éléments d'anamnèse et de l'examen physique, avec leur taux de présence dans les lettres recueillies, par ordre de fréquence décroissante :

- Age dans 100% des lettres,
- Antécédents dans 78% des lettres,
- Histoire de la maladie dans 66% des lettres,
- Température dans 64% des lettres,
- Traitements dans 58% des lettres,
- Saturation dans 56% des lettres,
- Tension artérielle dans 54% des lettres,
- Hypothèse diagnostique formulée dans 54% des lettres,
- Auscultation pulmonaire dans 50% des lettres,
- Fréquence cardiaque dans 46% des lettres,
- Allergie dans 32% des lettres,
- Fréquence respiratoire dans 12% des lettres,
- Etat de conscience précisé dans 10% des lettres.

Comme développé précédemment, l'accès limité au dossier médical, ainsi que la lisibilité parfois médiocre des lettres, rendent la rédaction et/ou le déchiffrement des informations difficiles.

Ce résultat peut aussi être en partie expliqué par le manque de temps des praticiens. On a évoqué plus haut la problématique de la démographie médicale à Colombes et Nanterre, comme dans le reste du pays. En France, la charge importante de travail des médecins conduit à un temps moyen de consultation de 16 min, et de 30 min en visite à domicile [51]. Le généraliste ne dispose pas toujours du temps nécessaire pour rédiger au mieux son courrier d'admission.

Une thèse a été rédigée sur ce sujet en 2006, ayant pour intitulé « L'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences » [52]. L'auteur concluait par l'absence de différence significative en terme de délai de prise en charge du patient, avec ou sans lettre d'adressage. Ce résultat était dû à la médiocre qualité des courriers. Une lettre bien renseignée constituerait un gain de temps pour le médecin urgentiste qui reçoit le patient, que ce soit sur le plan clinique, diagnostique et thérapeutique, mais aussi économique. La communication médicale entre le médecin adressant et le médecin urgentiste est importante et doit être privilégiée. Chacun œuvre dans l'intérêt du patient et les médecins devraient donc collaborer pour se relayer l'information médicale.

4. CRB65 dans les lettres des médecins :

a. Présence du score et de ses critères dans les lettres :

Pour rappel, le CRB65 est un score clinique de prédiction de mortalité pour les pneumopathies. Il est une aide pour le praticien en médecine de ville dans sa décision d'orientation du patient. Il est composé de 4 critères : confusion, fréquence respiratoire, tension artérielle et âge. Comme on l'a évoqué précédemment, ce score n'a pas été validé pour une partie de la population de notre étude. Les patients vivant en institution n'étaient pas exclus, contrairement au protocole de l'étude réalisée pour valider ce score [31]. Cette population de patients nous paraissait intéressante à inclure compte tenu de leur prévalence dans la patientèle d'un médecin généraliste. Monsieur Fine a lui-même inclus ces patients pour valider son score de mortalité, mondialement reconnu [30].

Parmi les 50 lettres du recueil de données de notre étude, aucune ne citait le score de gravité étudié. Aucun autre score n'était d'ailleurs cité (Glasgow...). Les critères du score, relevés séparément, étaient peu présents : état de conscience précisé dans 10% des lettres, fréquence respiratoire dans 12%, tension artérielle dans 54%, et âge dans 100% des lettres.

i. Age et tension artérielle, présents dans la majorité des courriers :

L'âge et la tension artérielle étaient les deux critères du score le plus souvent précisés dans les lettres.

L'âge, ou la date de naissance, vient naturellement après le nom du patient lors de la rédaction d'un courrier. C'est une habitude pour les médecins, sans perte de temps car sans mesure à effectuer. Ceci explique la présence de ce critère dans 100% des lettres, quel que soit son rédacteur.

La mesure de la tension artérielle est elle aussi un réflexe. Les publications de santé soulignent l'omniprésence du tensiomètre dans les consultations de médecine générale, en cabinet comme en visite à domicile. La prise de tension fait partie des actes médicaux réalisés dans la quasi-totalité des consultations. Il s'agit d'un acte routinier qui permet la transition entre l'interrogatoire et l'examen clinique. Il est bien connu du patient qui tend régulièrement le bras avant que l'on ne l'y invite. On aurait donc pu espérer 100% de présence dans les lettres mais le résultat n'était que de 54%. On peut supposer que les courriers ont été rédigés dans la précipitation, par manque de temps. L'absence des chiffres de tension dans les lettres ne permet pas d'affirmer que celle-ci n'a pas été mesurée. En revanche on peut supposer que ces chiffres étaient normaux. Le contraire aurait alerté le médecin qui l'aurait alors notifié dans son courrier, ou appelé le SAMU. Cette donnée aurait pu être vérifiée en contactant les médecins concernés, ce qui n'était pas prévu dans le protocole de l'étude.

- ii. Confusion et fréquence respiratoire, plus rarement présents dans les lettres :

L'état de conscience et la fréquence respiratoire étaient au contraire rarement précisés, présents respectivement dans 10% et 12% des lettres.

Fine retient la désorientation, la stupeur et le coma comme critère de gravité correspondant à l'état de conscience (Annexe 1). Pour le CRB65, le critère confusion est défini de la façon suivante : désorientation spatio-temporelle aiguë ou Mental Test Score inférieur ou égal à 8 (Annexe 4). L'évaluation de l'état de conscience est un réflexe pour les urgentistes, avec le calcul du score de Glasgow (Annexe 3). Notre recueil de données semble indiquer le contraire pour les médecins généralistes, probablement moins habitués aux situations d'urgences vitales qu'à celles d'urgences relatives et de prévention/dépistage. Il pourrait s'agir encore une fois d'un manque de temps pour rédiger le courrier, plus que d'un manque de connaissance ou de réflexe.

Le critère $FR \geq 30/\text{min}$ était rempli dans 3 lettres (6%). Trois autres courriers décrivaient la fréquence respiratoire, sans que ce critère ne soit rempli. La mesure de la fréquence respiratoire semble être moins ancrée dans les habitudes des médecins de ville. Ce critère de gravité est aussi sous-utilisé à l'hôpital, comme le remarque une étude Anglaise publiée en 2005 [53, 54]. Elle est plus longue à mesurer que la tension, et nécessite d'avoir une trotteuse ou un chronomètre. Le médecin semble plus enclin à la recherche des signes objectifs de lutte respiratoire, comme le tirage sus claviculaire ou le balancement thoraco abdominal, qui ne nécessitent qu'un rapide coup d'œil.

b. Comparaison des prévisions du CRB65 avec la réalité clinique dans cette étude :

Pour rappel, le score étudié recommande une prise en charge ambulatoire lorsque son résultat est de 0, une évaluation hospitalière s'il est de 1 ou 2, et une admission urgente à l'hôpital pour un score de 3 ou 4.

Pour notre étude, le CRB65 était calculé à partir des données récupérées dans les courriers d'admission aux urgences. Le résultat de ce score était ensuite comparé à la décision finale d'orientation du patient : retour au domicile ou hospitalisation. Les résultats de l'étude ne correspondent pas aux recommandations détaillées précédemment. En effet, 11% des patients hospitalisés avaient un score de 0, et 92% des patients renvoyés à domicile après évaluation hospitalière avaient un score supérieur ou égal à 1. L'étude des comptes rendus médicaux des urgences a permis d'identifier les motifs d'hospitalisation ou de retour à domicile de ces patients.

i. Patients hospitalisés malgré un score de 0 :

L'hospitalisation des patients ayant un score de 0 était justifiée par les critères de gravité suivants : immunodépression, pneumopathie abcédée, antécédent récent de pneumopathie, et ralentissement psychomoteur majeur aux urgences, non présent dans le courrier du médecin généraliste.

L'immunodépression est un facteur de gravité mondialement reconnu, lié au terrain. D'autres micro-organismes non habituels, tels que les mycobactéries, les champignons ou les parasites, peuvent être responsables d'une pneumopathie infectieuse dans ce contexte [53, 54]. Les recommandations internationales de prise en charge, telles que celles de la BTS [28], ne s'appliquent pas à cette catégorie de patients. Celle-ci est alors d'emblée hospitalière. Elle dépend du profil d'immunodépression et de la présentation clinico-radiologique. Le médecin doit chercher à documenter le germe afin d'adapter le plus rapidement possible de traitement étiologique.

L'immunodépression est un critère d'exclusion retenu par Fine pour valider son score. C'est aussi un critère d'exclusion pour l'étude validant le CRB65 [30, 31]. Non étudié chez l'immunodéprimé, le CRB65 n'est donc pas utilisable pour les patients concernés de notre étude.

L'abcédation n'était pas non plus retenue comme un critère de gravité par Fine, contrairement à l'épanchement pleural. Il s'agit d'une complication des pneumopathies, principalement observée chez les patients immunodéprimés ou éthyliques chroniques

[28]. Contrairement aux pneumopathies non compliquées, les germes à suspecter sont les bactéries anaérobies, le *S. Aureus*, les bacilles gram négatifs entéro-digestifs, et le *S. milleri* en cas de mauvaise hygiène dentaire. L'abcédation est responsable de nombreux échecs des traitements empiriques. L'antibiothérapie de première intention n'est pas la même, et la durée de traitement se voit prolongée [29]. Un drainage chirurgical est parfois indiqué. L'abcès pulmonaire est donc un critère de gravité non retenu dans les scores étudiés, mais modifiant la prise en charge des patients.

De la même façon, une inclusion récente dans l'étude validant le CRB65 était un facteur d'exclusion [30]. Le patient présentant une récurrence de pneumopathie n'aurait donc pas dû être inclus dans notre étude, expliquant l'inadéquation du résultat du CRB65 et de la prise en charge finale. Un des motifs de cette exclusion est la prescription récente d'antibiotiques, ayant pu modifier le profil de résistance des germes responsables.

Le dernier patient hospitalisé malgré un score de 0 présentait une aggravation rapide de son état de santé entre le moment de l'évaluation ambulatoire et celle hospitalière. Le ralentissement psychomoteur majeur présent aux urgences n'était en effet pas décrit dans le courrier. Le CRB65 calculé aux urgences était de 1, justifiant son hospitalisation.

L'immunodépression, un antécédent récent de pneumopathie, voire une antibiothérapie récente, et l'abcédation pulmonaire sont donc des critères de gravité qu'il faudra envisager d'inclure dans un futur score d'aide à l'orientation des patients en pratique de ville. La présence d'un de ces critères doit probablement amener le praticien à adresser d'emblée son patient pour une évaluation hospitalière.

ii. Patients rentrés à domicile malgré un CRB65 supérieur ou égal à 1 :

Dans notre étude, sur les 12 patients finalement pris en charge à domicile, 11 avaient un score supérieur ou égal à 1, soit 92% de ces patients. 8 avaient un score à 1, et 3 un score à 2.

Parmi les 8 patients ayant un score à 1, ce point était acquis pour 7 d'entre eux par l'âge, supérieur à 65 ans. Le dernier patient, âgé de moins de 65 ans, avait obtenu le point par le critère tension artérielle. Celle-ci avait été mesurée au cabinet à 110/60 mmHg, et recontrôlée à 140/89 mmHg aux urgences.

- Age

Comme développé précédemment, l'incidence des pneumopathies augmente avec l'âge [39]. Les nombreuses modifications physiopathologiques liées à ce terrain expliquent cette observation. Le risque de détresse respiratoire est important si une infection survient sur ce terrain fragilisé. Le critère de l'âge est donc justifié dans la composition du score de gravité étudié.

Une question légitime à se poser est la pertinence de la limite fixée à 65 ans, dans une société vieillissante. En effet, les progrès de la médecine ont permis une augmentation de l'espérance de vie, en maintenant une qualité de vie la meilleure possible. En 2013, selon l'INSEE, l'espérance de vie d'une femme en France était de 85 ans, et de 78,7 ans pour un homme [36]. En dix ans, l'espérance de vie des hommes a progressé de 2,9 ans et celle des femmes de 2,1 ans. L'âge utilisé pour calculer le score devrait être l'âge physiologique et non l'âge biologique. Il est difficile à déterminer, surtout dans l'urgence ou lorsque le médecin de ville rencontre le patient pour la première fois (remplaçant, SOS médecin...).

Une étude réalisée en Espagne en 2013 a comparé le CRB65 classique avec un score modifié, le CRB75 [55]. Les critères composant les scores étaient les mêmes, hormis la limite d'âge, augmentée à 75 ans. L'étude était réalisée chez des personnes âgées de plus de 65 ans. Les deux scores classaient correctement les patients dans les 5 groupes de mortalité à 30 jours, avec une aire sous la courbe ROC plus importante pour le CRB75 (0,735 vs 0,681, $p < 0,01$). Cette étude montrait que le CRB75 était plus précis que le premier score pour prédire la mortalité à 30 jours pour les patients âgés de plus de 65 ans. Ces résultats suggèrent que l'âge ne doit pas constituer en soit un facteur de risque classant toute personne de plus de 65 ans dans un groupe de moyen à haut risque

de mortalité. Le docteur Ochoa explique que le CRB75 permet d'identifier les patients de plus de 75 ans ayant des comorbidités mais qui peuvent raisonnablement être prises en charge en ambulatoire, limitant ainsi les hospitalisations inutiles et leurs coûts élevés. Ces deux scores n'étant donc pas comparables car n'évaluant pas la même chose, la limite d'âge portée à 75 ans semble tout de même intéressante à étudier.

- Tension artérielle :

Le dernier patient pris en charge à domicile malgré un score de 1 avait moins de 65 ans mais une tension mesurée au cabinet à 110/60 mmHg. Le score CRB65 du patient était de 1, point obtenu par la mesure de la tension artérielle diastolique, inférieure ou égale à 60 mmHg. Aux urgences, ce chiffre était contrôlé à 140/89 mmHg, ramenant le score à 0 et justifiant la prise en charge à domicile.

La mesure de la tension artérielle est variable dans le temps, et d'une condition de mesure à une autre. Cette variabilité a conduit à établir des recommandations précises pour le diagnostic d'une hypertension : deux mesures par consultation, au cours de 3 consultations successives, sur une période de 3 à 6 mois. Les deux mesures d'une même consultation doivent être espacées d'une minute au moins, le chiffre à retenir étant la moyenne des deux. Le brassard doit être adapté à la morphologie du patient, et se trouver au niveau du cœur. Le sujet doit être au repos, couché ou en position assise, au calme, depuis au moins 5 minutes, n'ayant pas pris de café ni d'alcool dans l'heure précédente, ni fumé dans les 15 minutes. La mesure se fait aux deux bras [56]. A noter que ces recommandations de bonne pratique, publiées par l'HAS en 2005, ont été suspendues en 2011 pour d'une suspicion de conflit d'intérêt d'un expert ou l'absence d'une ou plusieurs déclarations publiques d'intérêts [57]. Elles n'ont pas été modifiées à l'heure actuelle, mais on peut supposer que la suspension portait sur le choix thérapeutique plus que sur les modalités de mesure en elle-même.

La tension artérielle reflète l'état hémodynamique du patient. On parle d'état de choc en cas d'insuffisance circulatoire aiguë, aboutissant à une hypoxie tissulaire. L'un des premiers signes physiques est une baisse de tension, après une tachycardie. L'hypotension se définit comme une pression artérielle systolique strictement inférieure

à 90mmHg, ou une réduction d'au moins 40 mmHg des chiffres tensionnels habituels, en l'absence d'autre cause connue d'hypotension (iatrogénie). Elle nécessite une prise en charge hospitalière immédiate. La baisse de la tension artérielle diastolique ne rentre pas dans la définition de l'hypotension. Comme pour le diagnostic d'hypertension, la mesure devrait être répétée en cas de tension limite basse, dans la mesure où l'état général du patient le permet. Le chiffre obtenu est à comparer aux valeurs habituelles du patient. Il faut pour cela avoir accès au dossier médical du patient, ce qui est rarement applicable en cas de visite à domicile ou par SOS médecin.

Fine retient comme critère de gravité pour son score une tension artérielle systolique strictement inférieure à 90 mmHg (Annexe 1). Le chiffre de diastolique ne modifie pas la prise en charge, quel qu'il soit. Au contraire, pour le CRB65, le chiffre de diastolique est aussi déterminant que la systolique, avec une limite à 60 mmHg. Il faudrait évaluer la pertinence de l'hypotension artérielle diastolique comme facteur de gravité.

Les 3 patients restants, sur les 11 pris en charge à domicile, avaient un score de 2. Chaque fois, un des deux points était acquis par l'âge supérieur à 65 ans. Le deuxième point était obtenu par le critère confusion (2 patients), et la polypnée (1 patient).

Les deux patients décrits comme confus dans le courrier présentaient des troubles cognitifs, sans aggravation aiguë d'après leur entourage. La désorientation spatiotemporelle était donc chronique, ne rentrant pas dans les critères de gravité.

Le patient polypnéique présentait une fréquence respiratoire à 28/min aux urgences. Il ne présentait pas de signe radiologique ni biologique de gravité. Il résidait en EPHAD médicalisée, ce qui a facilité son retour à domicile rapide.

5. Autres critères ayant amené le médecin à adresser aux urgences, non compris dans le score :

L'étude des courriers a permis d'analyser la présence des critères du CRB65. D'autres éléments de l'anamnèse et de l'examen physique ont conduit les médecins à orienter leur patient aux urgences. Ces autres critères de gravité ont été identifiés à partir des lettres rédigées.

a. Température :

La notion de fièvre est fréquemment retrouvée dans les courriers. Ce paramètre est aisément mesurable en médecine de ville comme à l'hôpital. Tout cabinet médical est équipé d'un thermomètre. La mesure de la température est nécessaire au diagnostic de sepsis et à rechercher dans toute suspicion de pathologie infectieuse.

Pour rappel, le sepsis est défini par l'association d'un syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) et d'une infection confirmée au moins cliniquement. Le diagnostic de SRIS requiert la présence d'au moins deux signes parmi : une température corporelle supérieure à 38° ou inférieure à 36°, un rythme cardiaque supérieur à 90 battements/min, un rythme respiratoire supérieur à 20/min chez l'adulte ou hyperventilation se traduisant par une PaCO₂ inférieure à 32mmHg en air ambiant, et des leucocytes supérieurs à 12G/l ou inférieur à 4G/l ou plus de 10% de cellules immatures en l'absence d'autre cause connue [58].

La fièvre n'entre pas dans les critères de gravité composant le CRB65. Un patient de notre étude remplissait celui retenu par Fine, à savoir une température inférieure à 35° ou supérieure à 40° (Annexe 1). Ce critère, facile et rapide à rechercher en cabinet, pourrait être étudié dans un futur score d'aide à l'orientation des patients suspects de pneumopathie.

On rappelle que la population de notre étude était âgée en moyenne de 77 ans. Certains symptômes considérés comme caractéristiques chez le sujet jeune peuvent être atypiques ou absents chez les malades âgés. Ainsi, comme une douleur thoracique peut

être absente dans les syndromes coronariens aigus du diabétique, la fièvre peut manquer dans les infections. Cette notion peut expliquer l'absence de la température dans les critères de gravité du CRB65. Une étude approfondie serait utile afin d'évaluer le risque relatif de mortalité à 30 jours en fonction de l'importance de la fièvre.

b. Saturation :

Tout comme la température, la saturation est fréquemment précisée dans les courriers des médecins. L'oxymètre de pouls est un équipement facile d'utilisation, et de prix abordable, allant de 50 à 150€. Léger et petit, il est transportable en visite à domicile. La saturation en oxygène du sang, donnée en pourcentage, reflète l'hypoxie tissulaire par mesure de l'hypoxémie.

Dans son score, Fine retient une saturation inférieure à 90% comme critère de gravité, correspondant à une PaO₂ inférieure à 60mmHg (Annexe 1), à température et pH identique. Cette dernière valeur n'étant pas mesurable en urgence au cabinet, seule la saturation mesurée par l'oxymètre de pouls pourrait être incluse dans un score de gravité adapté à la médecine de ville. Le médecin peut comparer le résultat aux chiffres habituels mesurés en l'absence de pathologie aigue infectieuse. Il s'agit d'un indicateur rapide de gravité clinique, dont l'impact sur la mortalité à 30 jours devrait être évalué précisément.

c. Fréquence cardiaque :

De même, on retrouve la fréquence cardiaque dans de nombreux courriers de médecins généralistes. Ce critère clinique, facilement mesurable au palper ou à l'auscultation, peut aussi être donné par l'oxymètre de pouls. Comme évoqué précédemment, un pouls supérieur à 90 battements par minute permet de poser le diagnostic de SRIS, s'il est associé à un autre critère clinique. Si le médecin suspecte une infection, on parle alors de sepsis. La prise d'antipyrétiques peut masquer une température élevée, mais la tachycardie persiste. Les B-Bloquants, ou autres anti-arythmiques, peuvent en revanche masquer ce symptôme.

Absent du CRB65, le score de Fine retient une fréquence cardiaque supérieure à 125/min comme critère de gravité (Annexe 1). Seuls deux patients de notre étude remplissaient le critère du score de Fine, et ont tous les deux été hospitalisés. Le CRB65 calculé pour ces patients était de 1 et 2. Bien que ces patients aient présenté d'autres critères de gravité, l'influence d'une tachycardie sur la mortalité à 30 jours et donc sur la nécessité d'une évaluation hospitalière serait intéressante à étudier.

d. Absence d'amélioration clinique :

D'après les résultats de notre étude, seulement 18% des patients étaient vus pour la première fois pour ce motif, avant d'être orientés vers les urgences. Les patients restants avaient tous déjà été évalués par le médecin traitant dans les jours précédents. Les recommandations internationales précisent la nécessité d'une réévaluation du patient à 48H en cas de prise en charge ambulatoire d'une pneumopathie [28]. Le médecin cherche alors à nouveau les critères de gravité clinique. Il évalue l'efficacité et la tolérance du traitement. Une évaluation hospitalière est recommandée en cas d'aggravation clinique.

Aucun des scores étudiés, ni CRB65 ni Fine, n'incluait cet élément dans les critères de gravité. Une inclusion récente dans l'étude validant le CRB65 était même un facteur d'exclusion [30]. Le protocole de l'étude ne précisait pas s'il s'agissait de la même pneumopathie réévaluée à 48H ou d'une succession de deux pneumopathies traitées indépendamment.

La réévaluation clinique avec non amélioration est un facteur de gravité qu'il serait intéressant d'étudier et d'inclure dans un futur score d'aide à l'orientation des patients.

e. Auscultation pulmonaire

Dans notre étude, 56% des patients présentaient une auscultation pathologique des deux champs pulmonaires. On rappelle que cette information clinique n'était pourtant précisée que dans un courrier sur deux, donc difficilement interprétable. Il pouvait s'agir d'une pneumopathie bilatérale, ou unilatérale associée à une insuffisance cardiaque gauche aiguë.

Ni Fine, ni les auteurs du CRB65 n'ont inclus l'auscultation pulmonaire dans les critères de gravité décisifs [31] (Annexe 1). Selon la BTS, plusieurs études internationales ont énuméré les facteurs de gravité à rechercher systématiquement [28]. Dans la liste figure une atteinte bilatérale pulmonaire, mise en évidence par une radiographie. On peut supposer qu'une telle image se traduirait par une auscultation pathologique bilatérale.

Cette donnée clinique nous paraît intéressante à étudier, pour éventuellement l'inclure dans un score de prédiction de mortalité.

f. Comorbidités :

Près d'un quart des points permettant de calculer le score PSI peuvent être obtenus par les comorbidités. Fine recommande en effet de rechercher un cancer évolutif (cancer de la peau exclu), une cirrhose ou une hépatite chronique active, une insuffisance cardiaque, une atteinte cérébrale (AVC, AIT), et une insuffisance rénale (Annexe 1). Le score CRB65 n'inclut pas les comorbidités pour proposer une orientation du patient et calculer son taux de mortalité à 30 jours [31].

Les pathologies chroniques présentes chez les patients de notre étude sont les mêmes que celles retenues par Fine. En plus de celles-ci, on note principalement du diabète, des troubles cognitifs, et une pathologie pulmonaire chronique sous-jacente. Pour rappel, un diabète ancien est à l'origine d'une immuno-modulation, ce qui était un critère d'exclusion pour valider le CRB65 et Fine.

Les comorbidités étant un critère purement d'anamnèse, elles pourraient être incluses dans un score d'orientation des patients.

6. Forces et limites de l'étude :

a. **Forces de l'étude :**

Une des principales forces de cette étude était sa réalisation en aveugle. Les médecins généralistes adressant leur patient aux urgences n'étaient pas informés de l'étude en cours. Les courriers étaient rédigés spontanément, représentant de façon fiable le quotidien du médecin. S'il avait été informé, le praticien aurait passé plus de temps à la rédaction de sa lettre, et aurait pu adresser le patient dans un autre hôpital.

Le caractère multicentrique de l'étude devait être une de ses forces. S'intéresser à deux services d'urgences a effectivement permis d'augmenter le nombre de lettres recueillies, et donc d'amplifier la puissance de l'étude. Les rédacteurs des courriers étudiés étaient plus nombreux et diversifiés. Cependant, les populations des deux communes étudiées présentaient trop de similitudes, en particulier sur le plan socio-économique. Comme développé précédemment, les services d'urgences de Louis Mourier et de Max Fourestier accueillent des patients en situation précaire, n'ayant pas systématiquement un médecin traitant. La même étude, si elle avait été réalisée dans une région plus favorisée, aurait certainement été plus concluante. Les patients auraient consulté leur médecin de famille, qui aurait systématiquement rédigé un courrier. La puissance de l'étude aurait ainsi été augmentée.

La réalisation d'un contrôle de qualité du recueil des données a permis d'optimiser la puissance de l'étude. Les courriers égarés lors du premier recueil ont été récupérés aux archives, augmentant ainsi le nombre de patients inclus, et donc la puissance de l'étude.

b. Limites de l'étude :

La puissance de l'étude était faible. Au cours des six mois, seulement 50 patients ont été inclus dans l'étude, alors que 251 patients étaient accueillis aux urgences pour pneumopathie pendant cette même période. Cette observation a déjà été développée précédemment. Les résultats de l'étude sont donc difficilement interprétables et généralisables.

La population étudiée était peu représentative de la situation globale sur le territoire français. Les patients avaient un niveau de vie inférieur à la moyenne nationale. Ils étaient peu adressés par des médecins, en raison de leurs difficultés socio-économiques. Ce phénomène était amplifié par la présence d'un foyer de sans-abris au sein de l'hôpital de Nanterre.

Le contenu des lettres recueillies était hétérogène, et parfois pauvre. Ce résultat ne permet pas de conclure à un manque de compétence des médecins généralistes. En effet, l'absence d'une donnée dans le courrier ne sous-entend pas que celle-ci n'a pas été recherchée au cours de la consultation. Comme développé précédemment, le manque de temps du médecin permet d'expliquer en grande partie ce phénomène. Les résultats de l'analyse de ces courriers, notamment le calcul du CRB65, sont probablement sous-estimés.

Il aurait été intéressant de rappeler les patients inclus à 30 jours pour savoir ce qu'ils sont devenus. On aurait ainsi pu connaître la durée d'hospitalisation pour les patients concernés, et, s'ils ont été pris en charge en ambulatoire, s'ils ont ensuite été hospitalisés dans une autre structure, si certains d'entre eux sont décédés... Ce n'était pas prévu initialement dans le protocole de l'étude. L'idée nous est venue trop tard pour qu'on puisse la mettre en œuvre.

Conclusion

Les pneumopathies aiguës communautaires sont une pathologie fréquente et potentiellement grave. Il s'agit d'un problème de santé publique, concernant de nombreux praticiens, en pratique de ville comme à l'hôpital. L'orientation rapide du patient après évaluation initiale permet d'optimiser ses chances de guérison, ainsi que de limiter les coûts de prise en charge.

Le CRB65 est un score clinique, simple d'utilisation, qui aurait pu intéresser les médecins généralistes au quotidien. En pratique, notre étude a montré que ce score n'est pas utilisé en ville. La décision finale du médecin concernant le lieu de prise en charge de son patient se base sur une évaluation globale, composée de données cliniques et paracliniques, confrontées aux recommandations internationales et à l'intuition du médecin. Les critères d'exclusion de ce score sont trop nombreux, et trop fréquents, limitant son application. Il ne peut notamment s'appliquer aux patients vivants en institution, pourtant suivis par des médecins libéraux. De même, la présence d'une complication locale (abcès), d'une immunodépression, ou d'une récurrence de pneumopathie ne permettent pas d'appliquer le CRB65.

Les critères composants le score devraient être réévalués. L'âge pourrait être augmenté à 75 ans, et serait alors plus adapté à la démographie actuelle. La fréquence respiratoire doit être réellement quantifiée, et non simplement estimée. Ce score pourrait être complété par d'autres critères de gravité cliniques, tels que la tachycardie, l'hypoxie, une hypothermie, une aggravation clinique, une atteinte pulmonaire bilatérale. Les comorbidités devraient être prises en compte, comme dans le score de Fine, notamment les insuffisances d'organe. D'autres études sont donc à envisager, afin d'adapter ce score à une pratique quotidienne de ville.

Bibliographie

1. Bartlett JG, Breiman RF, Mandell LA, et al. Community-acquired pneumonia in adults: guidelines for management. *Clin Infect Dis* 1998 ; 26 : 811-38.
2. Janssens JP, Krause KH. Pneumonia in the very old. *Lancet Infect Dis* 2004; 4: 112-124.
3. Jackson ML, Neuzil KM, Thompson WW, et al. The burden of community-acquired pneumonia in seniors: results of a population based study. *Clin Infect Dis* 2004; 39: 1642-1650.
4. Roupie E. Pneumopathies communautaires de l'adulte. *Médecine d'urgence* 2006 Elsevier Masson SAS, p. 531-540.
5. Ronald N. Jone. Microbial Etiologies of Hospital-Acquired Bacterial Pneumonia and Ventilator-Associated Bacterial Pneumonia. *Clinical Infectious Diseases* 2010; 51(S1):S81-S87.
6. Kollef MH, Shorr A, Tabak YP, et al. Epidemiology and outcomes of health-care-associated pneumonia: results from a large US database of culture-positive pneumonia. *Chest* 2005; 128:3854-62.
7. Micek ST, Kollef KE, Reichley RM, Roubinian N, Kollef MH. Health care-associated pneumonia and community acquired pneumonia: a single-center experience. *Antimicrob Agents Chemother* 2007;51:3568-73.
8. Shindo Y, Sato S, Maruyama E, et al. Health-care associated pneumonia among hospitalized patients in a Japanese community hospital. *Chest* 2009; 135: 633-40.
9. Épidémiologie bactérienne des infections ORL et broncho-pulmonaires en 1998. *Presse Méd* 1999; 28 Suppl 1:3-5.

10. Mayaud C, Parrot A, Houacine S, Denis M, Akoun G. Épidémiologie des germes responsables au cours des pneumopathies communautaires. *Rev Pneumol Clin* 1992; 48: 101-10.
11. Mayaud C. Épidémiologie des infections respiratoires basses aiguës de l'adulte. Rôle de *Chlamydia pneumoniae* et de *Mycoplasma pneumoniae*. *Presse Méd* 1997;26:1248-53.
12. A. Aouba, M. Eb, G. Rey, G. Pavillon, É. Jouglà. Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. *BEH InVS N°22*. 7 Juin 2011.
13. Fine MJ, Smith MA, Carson CA, Mutha SS, Sankey SS, Weissfeld LA, et al. Prognosis and outcomes of patients with community-acquired pneumonia. A meta-analysis. *JAMA* 1996; 275: 134-41.
14. Elkharrat D. Epidémiologie des infections respiratoires basses : étude prospective dans 137 services d'accueil et de traitement des urgences. RICAI, Paris, France, 2002.
15. Martin GS, Mannino DM and Moss M. The effect of age on the development and outcome of adult sepsis. *Crit Care Med* 2006; 34: 15-21.
16. Marrie T. Empiric treatment of ambulatory community-acquired pneumonia: always include treatment for atypical agent. *Infect Dis Clin North* 2004; 18 : 829-41.
17. Talmadge E, King Jr, MD. Update in Pulmonary Medecine. John Roberts MD Editor, 1998-99 Series.
18. Ewig S, Birkner N, Strauss R, et al. New perspectives on community acquired pneumonia in 388 406 patients. Results from a nationwide mandatory

performance measurement program in healthcare quality. *Thorax* 2009; 64: 1062–1069.

19. Aliyu ZY, Aliyu MH, Mccornick K. Determinants for hospitalization in “low-risk” community acquired pneumonia. *BMC Infect Dis* 2003; 17: 3: 11.
20. Bartolome M, Almirall J, Morera J, Pera G, Ortu V. et al. A population-based study of the costs of care for community-acquired pneumonia. *Eur Respir J* 2004; 23: 610–616.
21. Reyes S, Martinez R, Valle ´s J.M, Cases E. and Menendez R. Determinants of hospital costs in community-acquired pneumonia. *Eur Respir J* 2008; 31: 1061–106.
22. Coppens M, Barraine P, Barais M, Nabbe P, Berkhout C. et al. L’intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais «gut feelings». Prix de thèse 2010. *Exercer* 2011;95:16-20.
23. Dean NC, Silver MP, Bateman KA, James B, Hadlock CJ, Hale D. Decreased mortality after implementation of a treatment guideline for community-acquired pneumonia. *Am J Med* 2001; 110: 451–457
24. Marrie TJ, Lau CY, Wheeler SL, Wong CJ, Vandervoort MK, Feagan BG. A controlled trial of a critical pathway for treatment of community-acquired pneumonia. CAPITAL Study Investigators. Community-Acquired Pneumonia Intervention Trial Assessing Levofloxacin. *JAMA* 2000; 283: 749–755.
25. Cario C, Levesque JL, Bouche G. Tests et échelles : frein des généralistes à leur utilisation. Etude transversale descriptive menée dans une population de médecins généralistes. *Supplément Rev Prat Meg Gen* 2010 ; 60 : 24-28.
26. Royston P, Moons K. G. M, Altman D. G, Vergouwe Y. Prognosis and prognostic research: Developing a prognostic model. *BMJ* 2009; 338: b604.

27. Altman D. G, Vergouwe Y, Royston P, Moons K. G. M. Prognosis and prognostic research: validating a prognostic model. *BMJ* 2009; 338: b605.
28. British Thoracic Society. Community Acquired Pneumonia in Adults Guideline Group. Guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. *Thorax*, October 2009. Vol 64, Supplement III.
29. American Thoracic Society. Guidelines for the management of adults with community-acquired Pneumonia: diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy and prevention. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1730-48.
30. M. J. Fine, T. E. Auble, Ph. D., et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community acquired pneumonia. *The New England Journal of Medicine*. Volume 336, Number 4: 243-250.
31. W. S. Lim, M. M. van der Eerden, R. Laing, W. G. Boersma, N. Karalus, G. I. Town, et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax* 2003; 58: 377-382.
32. A.R. AKRAM, J.D. CHALMERS and A.T. HILL. Predicting mortality with severity assessment tools in out-patients with community-acquired pneumonia. *Q J Med* 2011; 104:871-879.
33. H. BINART ECALE. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. Thèse pour le doctorat en Médecine, Université de Bobigny, 2012.
34. P.A. PEYVEL, C. EVIN, P. JARRY. Contrat local de santé entre l'Etat, l'ARS Ile-de-France et la commune de Nanterre. 2011.

35. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas National 2014. Consulté le 12 Novembre 2014. Disponible : <http://demographie.medecin.fr/demographie>.
36. L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Evolution et structure de la population, 92025 Colombes, Mise à jour le 28 Juin 2012.
37. Myles PR, McKeever TM, Pogson Z, Smith CJ, Hubbard RB. The incidence of pneumonia using data from a computerized general practice database. *Epidemiol. Infect.* 2009 May; 137(5):709-16.
38. Ministère de la Santé. Usagers, vos droits : charte de la personne hospitalisée. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Direction générale de la santé. Avril 2006.
39. E. R. C. Millett, J. K. Quint, L. Smeeth, R. M. Daniel, and S. L. Thomas. Incidence of Community-Acquired Lower Respiratory Tract Infections and Pneumonia among Older Adults in the United Kingdom: A Population-Based Study. *PLoS One.* 2013; 8(9): e75131.
40. Gleeson K, Egli DF and Maxwell SL. Quantitative aspiration during sleep in normal subjects. *Chest* 1997; 111: 1266-1272.
41. Huxley EJ, Viroslav J, Gray WR and Pierce AK. Pharyngeal aspiration in normal adults and patients with depressed consciousness. *Am J Med* 1978; 64: 564- 568.
42. Tracy JF, Logemann JA, Kahrilas PJ, Jacob P, Kobara M and Krugler C. Preliminary observations on the effects of age on oropharyngeal deglutition. *Dysphagia* 1989; 4: 90-94.
43. Palmer LB, Albulak K, Fields S, Filkin AM, Simon S and Smaldone GC. Oral clearance and pathogenic oropharyngeal colonization in the elderly. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 164: 464- 468.

44. Arpin S. Oral hygiene in elderly people in hospitals and nursing homes. *Evid Based Dent* 2009; 10: 46.
45. Marik PE, Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest* 2003; 124: 328–336.
46. Ho JC, Chan KN, Hu WH, et al. The effect of aging on nasal mucociliary clearance, beat frequency, and ultrastructure of respiratory cilia. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 983–988.
47. Svartengren M, Falk R and Philipson K. Long-term clearance from small airways decreases with age. *Eur Respir J* 2005; 26: 609–615.
48. S. Teramoto, H. Yamamoto, Y. Yamaguchi, Y. Hanaoka, M. Ishii, S. Hibi, et al. Lower respiratory tract infection outcomes are predicted better by an age > 80 years than by CURB-65. *European Respiratory Journal*. VOLUME 31 NUMBER 2: 477-478.
49. C. Martineaux, F. Wilthien, P. Assyag, P. Renard, F. Prudhomme, URPS Médecins. Enquête : « Votre pratique professionnelle de l'informatique ». Juin 2014. URPS Ile de France, ARDOC Ile de France.
50. CIRCULAIRE N° DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012 relative à la mise en œuvre du décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes. Ministère des affaires sociales et de la santé. 2012.
51. P. Le Fur, Y. Bourgueil, C. Cases. Le temps de travail des médecins généralistes : une synthèse des données disponibles. *Questions d'économie et de la santé*, n°144, Juillet 2009.

52. D. Cadat, C. Trolong-Bailly. L'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences. Human health and pathology. 2006. <dumas-00783628>
53. Emmanuel Bergot. Épidémiologie et mécanismes des pneumonies de l'adulte. La revue du praticien. Vol 61, Octobre 2011 : 1064-1070.
54. C. Chidiac. Pneumonies communautaires de l'adulte. Vol 61, Octobre 2011 : 1077-1084.
55. Ochoa Gondar O, Vila Córcoles A, Rodriguez Blanco T, de Diego Cabanes C, Salsench Serrano E, Hospital Guardiola I. Ability of the modified CRB75 severity scale in assessing elderly patients with community acquired pneumonia. Aten Primaria. 2013 Apr; 45 (4): 208-15.
56. HAS. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Recommandations de bonne pratique 2005.
57. HAS. Indépendance de l'expertise : la Haute Autorité de Santé tient ses engagements. Communiqué de presse du 19 Septembre 2011.
58. Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales. Edition 2010. Page 166-169.

Annexes

Annexe 1 : Critères de gravité retenus pour le score de Fine, permettant de classer les patients en 5 groupes : (mmHg : millimètre de mercure, mmoles/L: milli moles par litre, °C: degré Celsius) :

| Caractéristiques du patient | Nombre de points |
|--|-------------------------|
| • Age (années) homme | N années |
| • Age (années) femme | N années - 10 |
| • Vivant en maison de retraite | +10 |
| Maladie sous-jacente | |
| • Cancer évolutif (cancer peau exclus) | +30 |
| • Cirrhose ou hépatite chronique active | +20 |
| • Insuffisance cardiaque | +10 |
| • Atteinte cérébrale (AVC, AIT) | +10 |
| • Insuffisance rénale | +10 |
| Données cliniques | |
| • Désorientation, stupeur ou coma | +20 |
| • Fréquence respiratoire ≥ 30 /minutes | +20 |
| • Pression artérielle systolique < 90 mmHg | +20 |
| • Température $< 35^{\circ}\text{C}$ ou 40°C | +15 |
| • Fréquence cardiaque ≥ 125 /minutes | +10 |
| Données biologiques et radiologiques | |
| • pH artériel $< 7,35$ | +30 |
| • Urée sanguine ≥ 11 mmoles/L | +20 |
| • Natrémie < 130 mmoles/L | +20 |
| • Glycémie ≥ 14 mmoles/L | +10 |
| • Hématocrite $< 30\%$ | +10 |
| • PaO ₂ < 60 mmHg ou SpO ₂ $< 90\%$ ou ventilation mécanique | +10 |
| • Epanchement pleural | +10 |

Annexe 2 : Critères diagnostics de pneumonie selon l'International Classification of Disease utilisée par Fine (source CDC) :

Une pneumonie chez un patient de plus de 12 mois doit au moins répondre à un des critères suivants:

Critère 1 : Le patient présente des crépitations, des r'les, une matité lors de l'examen clinique et, au moins un des critères suivants

- apparition d'expectorations purulentes ou changement de leur aspect
- hémoculture positive
- isolement d'un agent pathogène dans un échantillon obtenu par aspiration transtrachéale, brossage bronchique ou biopsie.

Critère 2 : La radiographie du patient présente un infiltrat croissant récent ou évolutif, une opacité, un abcès ou un épanchement pleural et, au moins un des critères suivants :

- apparition d'expectorations purulentes ou changement de leur aspect
- hémoculture positive
- isolement d'un agent pathogène dans un échantillon obtenu par aspiration transtrachéale, brossage bronchique ou biopsie.
- isolement d'un virus ou détection d'un antigène viral dans les sécrétions respiratoires
- détection d'un titre d'anticorps-IgM unique ou élévation par quatre de l'anticorps IgG pour l'agent pathogène dans un échantillon de sérum correspondant
- preuve anatomo-pathologique de pneumonie

Remarques

Des cultures des expectorations ne sont pas utiles pour le diagnostic de pneumonie mais peuvent contribuer à l'identification du micro-organisme et apporter des données utiles concernant la sensibilité aux antibiotiques.

Des constatations en provenance de clichés du thorax en série seront plus utiles qu'une radiographie unique.

Annexe 3 : Score de Glasgow :

| | | |
|------------------------------|---|----------|
| ↳ Ouverture des yeux. | | |
| ↳ Spontanée | 4 | } Yeux |
| ↳ Stimulation verbale | 3 | |
| ↳ A la douleur | 2 | |
| ↳ Aucune | 1 | |
| ↳ Réponse verbale. | | |
| ↳ Orientée | 5 | } Verbal |
| ↳ Confuse | 4 | |
| ↳ Inappropriée | 3 | |
| ↳ Incompréhensible | 2 | |
| ↳ Aucune | 1 | |
| ↳ Réponse motrice. | | |
| ↳ Obéissance aux ordres | 6 | } Moteur |
| ↳ Flexion adaptée | 5 | |
| ↳ Flexion non adaptée | 4 | |
| ↳ Décortication | 3 | |
| ↳ Décérébration | 2 | |
| ↳ Aucune | 1 | |

Annexe 4 : Mental Test Score, retenu pour la définition de confusion dans le CRB65 :

-
1. Age
 2. Time (to nearest hour)
 3. Address for recall at end of test: e.g. 42 West Street. (Ask patient to repeat the address to ensure it has been heard correctly)
 4. Year
 5. Name of hospital
 6. Recognition of two persons (e.g. doctor, nurse)
 7. Date of birth
 8. Year of start of first world war (or any famous event)
 9. Name of monarch
 10. Count backwards from 20 to 1
-

Each point scores one

Résumé :

Introduction : La pneumopathie est la sixième cause de mortalité dans le monde. L'optimisation des soins permet une diminution des coûts de santé, problématique majeure pour notre société. Le CRB65 est un score de prédiction de mortalité, créé pour aider les professionnels de santé dans leur choix de lieu de prise en charge des pneumopathies : ville ou hôpital. Il est composé de 4 critères : confusion, fréquence respiratoire, tension artérielle et âge. L'objet de ce travail est d'évaluer l'aide apportée aux généralistes par le CRB65: est-il utilisé ? Peut-on l'améliorer?

Méthodes : Cette étude prospective observationnelle multicentrique était réalisée entre Janvier et Juin 2014 aux urgences adultes des hôpitaux de Colombes et Nanterre. Etaient inclus les patients adressés avec un courrier par un généraliste pour suspicion de pneumopathie. Les critères composants le CRB 65 étaient recherchés dans les lettres recueillies, et le score calculé. L'orientation finale du patient, indiquée dans le compte-rendu médical, était comparée à celle proposée par le score.

Résultats : En 6 mois, 251 patients consultaient pour pneumopathie, 50 avec un courrier. 76% d'entre eux étaient manuscrits. Le CRB65 n'était cité dans aucune lettre. D'autres critères de gravité étaient décrits par les médecins de ville : fièvre/hypothermie, désaturation, tachycardie, aggravation clinique, foyer bilatéral, comorbidités. Calculé à partir des courriers, le score était de 0 pour 10% des patients, et ≥ 1 pour 90% d'entre eux. 80% des patients ayant un score à 0 étaient hospitalisés, contrairement à ce que présageait le score. De même, 24,4% de ceux ayant un score ≥ 1 étaient finalement soignés en ambulatoire. L'hospitalisation des patients malgré un score de 0 était justifiée par : immunodépression, abcédation, hémoptysie et confusion aiguë, et liée au terrain.

Discussion : Ce score n'est pas utilisé au quotidien par les généralistes. La décision finale d'orientation du patient se base sur une évaluation globale, confrontée aux recommandations internationales et à l'intuition du médecin. Les critères d'exclusion sont trop nombreux, limitant son application au quotidien. Les critères le composant devraient être réévalués, comme l'âge à 75 ans. Ce score pourrait aussi être complété par les comorbidités, la fréquence cardiaque, et l'hypoxie.

Mots clés : Pneumopathie aiguë communautaire, médecine générale, critère de gravité, orientation, score.