

Année 2016

n° \_\_\_\_\_

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE**  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**Madame LAFAY Marina Louise Blanche**  
**Née le 7 janvier 1988 à LES LILAS (93)**

\_\_\_\_\_  
*Présentée et soutenue publiquement le : 7 Avril 2016*  
\_\_\_\_\_

**Etude prospective des informations contenues dans les  
courriers des médecins généralistes adressant leurs patients  
aux urgences de l'hôpital Tenon**

Président de thèse : **Professeur** PATRICK PLAISANCE

Directeur de thèse : **Professeur** PATRICK RAY

**DES Médecine Générale**

Au Pr Patrick Plaisance. Vous me faites le grand honneur d'accepter de présider cette thèse. Veuillez trouver l'assurance de mon profond respect.

Au Pr Patrick Ray. Merci d'avoir accepté d'être le directeur de cette thèse, de m'avoir guidée tout au long de ce travail et tout le long de mon internat.

Au Pr Aubin Auger. Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver l'expression de ma sincère gratitude.

Au Dr Richard Birène. Merci d'avoir accepté de juger ce travail, et de m'avoir tant apporté durant mon internat.

A ma famille.  
A mon père, pour m'avoir transmis l'envie de soigner.  
A ma mère, pour son aide, son écoute, sa générosité.  
A ma sœur, pour son soutien.  
A Matthieu, pour tout.  
Et à mes grands-parents. Qui seraient si fiers.

A mes copains d'amour : Anne Sophie, Magalie, Audrey, Jean, Urielle, Victoria, Marie, Anne Laure, Sylvie, Jean Marc. Vous êtes toujours présents quand j'ai besoin. Merci.

A toutes les équipes avec qui j'ai eu la chance de travailler. En particulier aux urgences de Saint Louis, à celles de Tenon, et à celles de la Croix Saint Simon.  
A Sabine Bret, pour son aide et sa gentillesse.

Cette thèse a été rédigée en écoutant QOTSA et EODM. En ces temps sombres, merci à eux.

Et enfin, merci à Tachy, la plus belle boule de poils du monde, d'avoir consciencieusement ronronné sur mes genoux tout le long de la rédaction de cette thèse.

## SOMMAIRE

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Le médecin généraliste .....</b>	<b>3</b>
1.1.1. Définition du médecin généraliste .....	3
1.1.2. Missions du médecin généraliste .....	3
1.1.3. Etat des lieux de la médecine générale en France.....	4
1.1.4. Etat des lieux de la médecine générale en Ile de France et à Paris .....	5
<b>1.2. La Permanence des Soins .....</b>	<b>5</b>
1.2.1. Définition de la permanence des soins.....	5
1.2.2. Etat des lieux de la Permanence des Soins en Ile de France et à Paris .....	6
<b>1.3. Les Services d’Accueil des Urgences (SAU) .....</b>	<b>8</b>
1.3.1. Définition : la notion d’Urgence .....	8
1.3.2. Mission des services d’urgence .....	8
1.3.3. Organisation des services d’urgence : .....	9
1.3.4. Etat des lieux en France .....	9
<b>1.4. Le SAU Tenon .....</b>	<b>10</b>
<b>1.5. La communication entre médecin .....</b>	<b>11</b>
<b>2. MATERIEL ET METHODES .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1. Type d’étude.....</b>	<b>12</b>
<b>2.2. Lieu et période.....</b>	<b>12</b>
<b>2.3. Population.....</b>	<b>12</b>
<b>2.4. Méthode .....</b>	<b>12</b>
<b>2.5. Critères de jugement principal et critères secondaires .....</b>	<b>14</b>
<b>3. RESULTATS.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1. Caractéristiques de la population.....</b>	<b>15</b>
<b>3.2. Caractéristiques des médecins généralistes adressant.....</b>	<b>15</b>
3.2.1. Localisation des médecins .....	15
3.2.2. Qualification des médecins .....	15
<b>3.3. Motifs de recours.....</b>	<b>15</b>
<b>3.4. Contenu des courriers.....</b>	<b>15</b>
<b>3.5. Prise en charge pré hospitalière.....</b>	<b>16</b>

<b>3.6. Prise en charge aux urgences .....</b>	<b>17</b>
<b>3.7. Concordance du diagnostic médecin généraliste par rapport au diagnostic de l'urgentiste et au diagnostic final.....</b>	<b>19</b>
3.7.1. Concordance générale des hypothèses diagnostiques du médecin généraliste et de l'urgentiste : .....	19
3.7.2. Concordance générale du diagnostic du médecin généraliste au diagnostic final.	20
3.7.3. Concordance générale de l'hypothèse diagnostique de l'urgentiste au diagnostic final .....	20
3.7.4. Concordance des hypothèses diagnostiques des médecins généralistes avec les diagnostics finaux selon la spécialité : .....	20
3.7.5. Concordances diagnostiques pour les diagnostics finaux les plus fréquents.....	20
3.7.6. Concordance diagnostique du médecin généraliste pour les principales suspicions diagnostiques.....	21
<b>3.8. Devenir du patient.....</b>	<b>22</b>
<b>4. DISCUSSION .....</b>	<b>24</b>
4.1. Comparaison avec d'autres travaux .....	24
4.2. Analyse de nos résultats : Forces et faiblesses de notre étude .....	26
4.3. Limites de notre étude .....	28
4.4. Comparaison avec les données de l'enquête de la DREES de 2013 .....	29
<b>5. CONCLUSION .....</b>	<b>32</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>33</b>
<b>ANNEXE 1 : FICHE DE RECUEIL.....</b>	<b>36</b>
<b>ANNEXE 2 : GLOSSAIRE - ACRONYMES .....</b>	<b>39</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>40</b>
<b>RESUME .....</b>	<b>41</b>

## **1. INTRODUCTION**

En 2012, les structures d'urgences en France ont enregistré 18,4 millions de passages, soit une estimation journalière moyenne de 50 000 passages. Parmi ces patients, environ 25% sont adressés chaque jour par leur médecin généraliste<sup>1</sup>.

Le médecin généraliste, lors de sa consultation, doit émettre une hypothèse diagnostique, et, en fonction de cette hypothèse, peut être amené à adresser le patient aux urgences si cela est nécessaire. De nombreuses raisons peuvent amener un médecin généraliste à adresser son patient aux urgences : gravité de l'état du patient, nécessité d'une hospitalisation urgente, nécessité d'un avis spécialisé rapide, etc... Lorsqu'un médecin adresse son patient à un autre médecin, il rédige un courrier à son confrère, afin de transmettre les informations qu'il estime nécessaires à une bonne prise en charge de son patient. Ainsi, lorsqu'un médecin généraliste adresse son patient aux urgences, ce patient se présente avec un courrier à l'attention de l'urgentiste qui le prend en charge.

L'objectif de notre étude est de recueillir les courriers que les médecins généralistes rédigent lorsqu'ils adressent leur patient aux urgences, afin d'en évaluer la valeur informative, et d'analyser le devenir de ces patients.

### **1.1. Le médecin généraliste**

#### **1.1.1. Définition du médecin généraliste**

Selon la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, soit l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes), les médecins généralistes sont « des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. »<sup>2</sup>

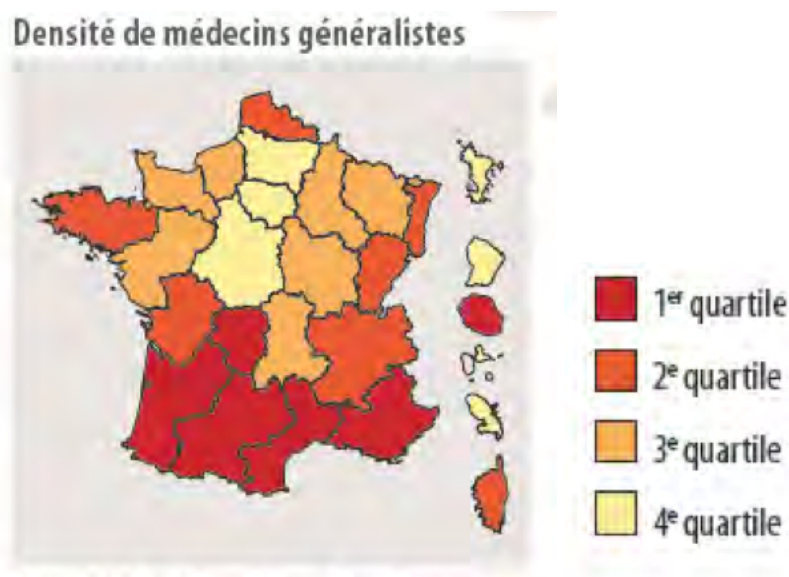
#### **1.1.2. Missions du médecin généraliste**

Les missions du médecin généraliste sont définies par la Loi HPST (« Hôpital, Patient, Santé et Territoires »)<sup>3</sup>, elles sont de :

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé.
- Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social.
- S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients.
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient.
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage.
- Participer à la mission de service public de permanence des soins.
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

### 1.1.3. Etat des lieux de la médecine générale en France

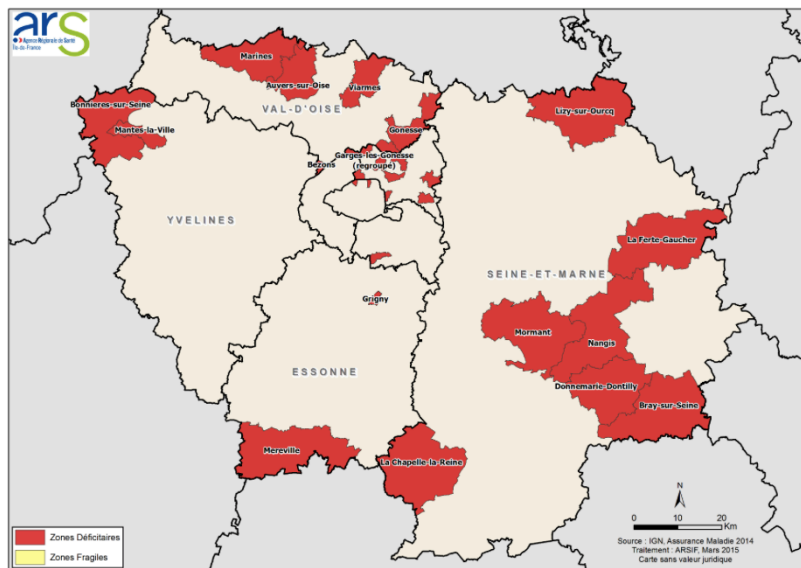
101 803 médecins généralistes exercent en France au 1<sup>er</sup> janvier 2013 dont 99 129 en France métropolitaine<sup>4</sup>.



**Figure 1 :** Densité des médecins généralistes en France en 2013 (Recueil d'indicateurs de santé régionaux, DREES, 2014)

#### 1.1.4. Etat des lieux de la médecine générale en Ile de France et à Paris

18 438 exercent en ile de France dont 11 424 en cabinet de ville, et 5 511 à Paris<sup>4</sup>. L'âge moyen des médecins généralistes en Ile de France est de 52,5 ans. 46,8% des médecins généralistes en Ile de France sont des femmes. La densité médicale est de 93,2 médecins généralistes pour 100 000 habitants en Ile de France. Elle est de 243 médecins généralistes pour 100 000 habitants à Paris, ce qui en fait la densité médicale la plus forte. Pour autant, l'Ile de France présente également la plus forte baisse de densité médicale, et se retrouve actuellement avec plusieurs zones déficitaires, répertoriées par l'ARS<sup>5</sup>.



**Figure 2 :** Zones déficitaires en médecins en Ile de France, ARS Ile de France, 2014

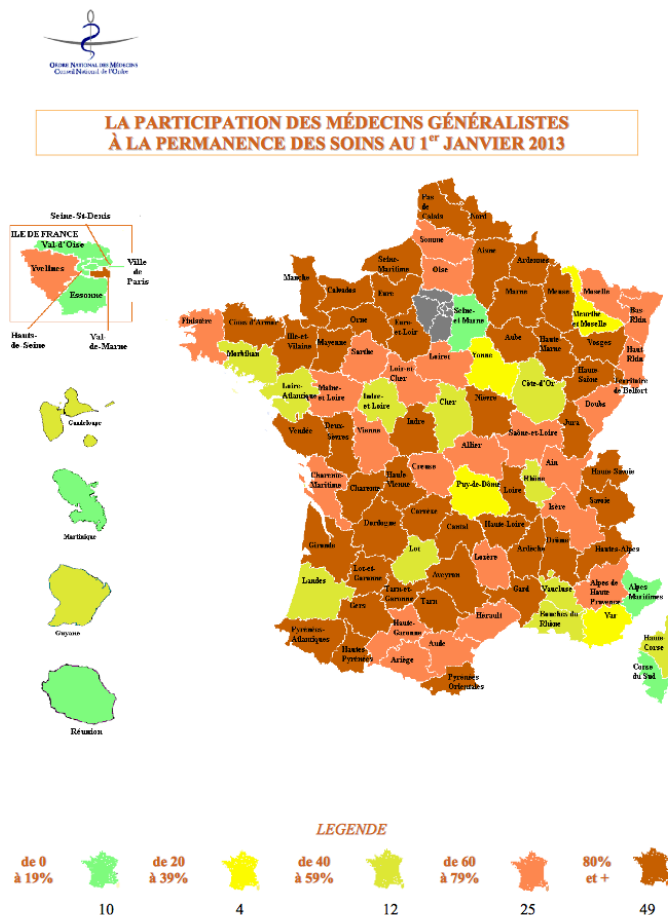
### 1.2. La Permanence des Soins

#### 1.2.1. Définition de la permanence des soins

La Permanence des Soins peut se définir comme l'organisation mise en place par les professionnels de santé d'une zone donnée afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et médicalement régulés à des demandes de soins non programmés et en dehors des plages horaires d'ouverture des cabinets libéraux. Ces plages horaires sont de 20h à 8h tous les jours, ainsi que les dimanches, jours fériés, et en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié. Elle est à différencier de la continuité des soins, qui est une obligation déontologique au praticien envers sa patientèle (Article 47 code de déontologie médicale)<sup>6</sup>. Elle n'est pas obligatoire, mais selon l'article 77 (Article R.4127-77 du code de la santé



publique) : « il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent »<sup>7</sup>. La permanence des soins ambulatoires est assurée par les médecins volontaires exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé, ainsi que par les médecins exerçant dans les associations de permanence des soins. Elle peut également être exercée par tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique. La permanence des soins ambulatoires peut être assurée en collaboration avec les établissements de santé, dans les conditions fixées par l'Agence régionale de santé.<sup>8</sup> L'organisation de la permanence des soins et celle de la prise en charge des urgences sont complémentaires. La délimitation entre ces deux domaines étant difficile à établir a priori, ces deux organisations doivent être coordonnées et médicalement régulées. La permanence des soins doit être conçue comme un système en réseau.<sup>9</sup>



**Figure 3 :** Participation des médecins généralistes à la permanence des soins au 1<sup>er</sup> Janvier 2013 (Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en janvier 2013)

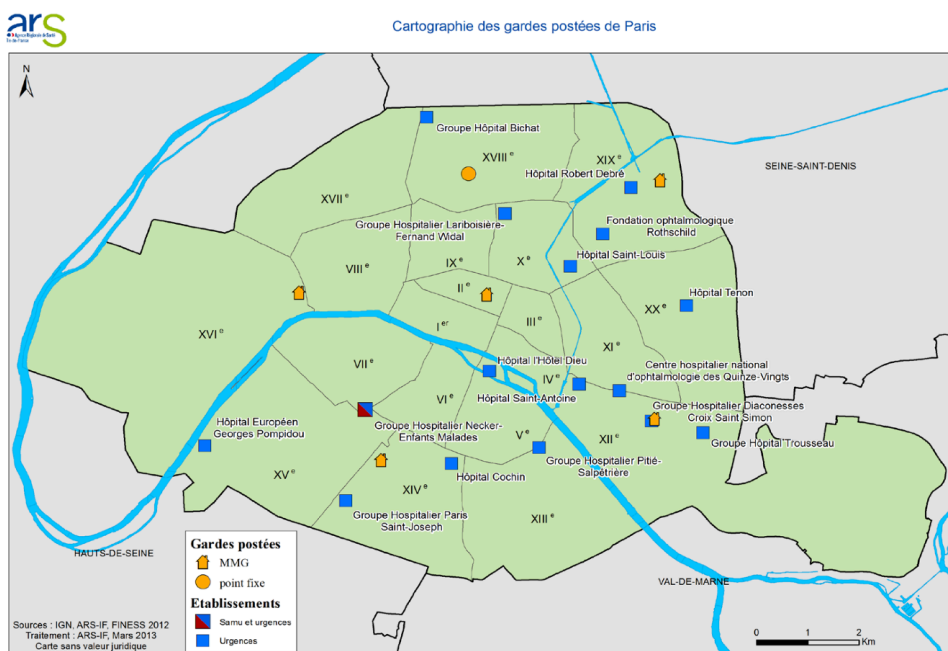
### 1.2.2. Etat des lieux de la Permanence des Soins en Ile de France et à Paris

Environ 11% des omnipraticiens libéraux installés dans la région Ile de France participent au dispositif organisé de PDSA<sup>10</sup>. La complétude des tableaux de garde départementaux est obtenue à plus de 90%, les réquisitions sont exceptionnelles et le fonctionnement de la PDSA est jugé globalement satisfaisant en Ile de France. Les modalités de participation sont les suivantes :

- la régulation médicale des appels relevant de la permanence des soins ambulatoires, organisée au sein des 8 CRRA-C15 (Centres d'appels et centre 15) de la région.
- les consultations dans un point fixe de garde, dont près de 40 maisons médicales de garde : environ 1400 médecins.
- les visites à domicile : environ 360 médecins.

Les points fixes de consultations ne fonctionnent pas après minuit et seuls les effecteurs mobiles fonctionnent en 2<sup>e</sup> partie de nuit sur la plus grande partie de la région. Les effecteurs se répartissent pour 7 départements, sur 103 secteurs de permanence des soins les dimanches et jours fériés, 99 secteurs en première partie de nuit, 61 secteurs en nuit profonde. L'activité des médecins régulateurs libéraux est prédominante en première partie de nuit, les fins de semaine et lors des pics d'activité saisonniers, notamment hivernaux.

A Paris, il existe 5 maisons médicales de garde situées dans le 2<sup>e</sup>, 12<sup>e</sup>, 14<sup>e</sup>, 16<sup>e</sup> et 19<sup>e</sup> arrondissements. 80 médecins libéraux y effectuent des gardes. 3 effecteurs mobiles effectuent des visites à domicile sur l'ensemble du territoire : Garde Médicale de Paris, SOS médecins, Urgences Médicales de Paris.<sup>11</sup>



**Figure 4 :** Cartographie des gardes postées de Paris (ARS Ile de France, 2013)

### 1.3. Les Services d'Accueil des Urgences (SAU)

#### 1.3.1. Définition : la notion d'Urgence

Selon le rapport Barrier, l'urgence, « Au sens médical, c'est une échéance avec un pronostic vital à très court terme ». Cette définition a été élargie par la Circulaire du 14 mai 1991, qui estime que le SAU doit « accueillir tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats et dont la prise en charge n'a pas été programmée, qu'il s'agisse d'urgence lourde ou d'urgence ressentie ».<sup>12</sup>

#### 1.3.2. Mission des services d'urgence

La circulaire du 16 avril 2003 donne comme mission au SAU de : « prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir. »<sup>13</sup>

Ses missions multiples sont donc :

- Assurer l'accueil des malades et des familles en évitant les délais d'attente
- Maintenir les fonctions vitales et fonctionnelles du malade

- Identifier les problèmes médicaux
- Mettre en route le traitement
- Orienter vers le bon endroit au bon moment

Selon le Décret du 22 mai 2006 : Le SAU accueille en permanence dans la structure d'urgence toute personne en situation d'urgence et assure l'observation, les soins et la surveillance.<sup>14</sup>

### 1.3.3. Organisation des services d'urgence :

Le SAU se décompose en trois zones :

- Zone d'accueil et d'orientation : Zone où se fait l'admission, l'évaluation et le triage des patients, par une infirmière dédiée.
- Zone d'examen et de soins : Box de consultations, SAUV, Salle de plâtre.
- Zone de surveillance et secteur d'hospitalisation le plus souvent.

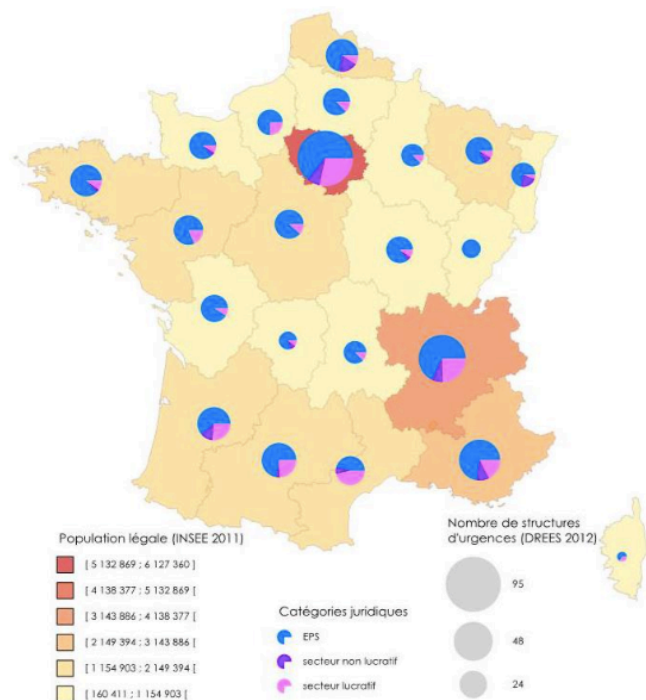
Selon le décret du 22 mai 2006<sup>14</sup>, un SAU doit impérativement disposer de :

- lits d'hospitalisation complète en médecine ;
- d'un accès à un plateau technique de chirurgie, d'imagerie médicale et d'analyses de biologie médicale, en son sein ou par convention avec un autre établissement de santé, avec un cabinet d'imagerie ou avec un laboratoire d'analyses de biologie médicale de ville, ou dans le cadre du réseau

### 1.3.4. Etat des lieux en France

Il existe 716 points d'accueil des urgences en France métropolitaine, dont 115 à Paris, qui est la région la mieux dotée en points d'accueil des urgences. Ces points d'accueil sont publics pour 76% d'entre eux, privés à but non lucratif pour 8% et privés à but lucratif pour 18%. 85% sont générales. 15% sont uniquement pédiatriques. En 2011, ces points d'accueil ont accueilli 18,5 millions de passages.<sup>15</sup>

Carte n° 1 : les structures d'urgence hospitalières par région en 2012



Source : Cour des comptes, à partir des données DREES et INSEE (2012)

**Figure 5** : Les structures d'urgences hospitalières par région en 2012 (Rapport de la sécurité sociale sur les urgences hospitalières, 2014)

#### 1.4. Le SAU Tenon

L'hôpital Tenon se trouve à Paris, Rue de la Chine, dans le vingtième arrondissement. Il comporte des services de chirurgie (viscérale, urologique, thoracique, ORL et vasculaire), de services de médecine (gériatrie, néphrologie, médecine interne, maladies infectieuses, pneumologie). Il dispose d'une réanimation polyvalente et d'un service de soins continus néphrologiques. Ses trois gros pôles de spécialités sont l'uro-néphrologie, l'oncologie et le thoracique. Le service d'accueil des urgences se trouve au sein de l'hôpital. Il dispose de 9 box, de 3 places de déchoquage, d'une UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) de 7 places et d'une ZHTCD (Zone d'Hospitalisation de Très Courte Durée) de 7 places. Il reçoit les patients amenés par le SAMU, les pompiers, ou venant par leurs propres moyens. Il enregistre en moyenne 125 passages adultes par jour, soit 42 500 passages en 2015. Chaque jour, 7 à 8 médecins sont postés : 3 à 4 médecins seniors et 3 à 4 internes. La nuit, 2 médecins seniors et 2 internes sont présents.

## 1.5. La communication entre médecin

La communication d'informations médicales entre médecins peut être rendue nécessaire dans plusieurs situations, comme le suivi médical d'un patient, avec par exemple la demande d'avis auprès d'un spécialiste, la recherche clinique, les expertises. Compte tenu des liens étroits qui relient le médecin généraliste et le service d'urgence de proximité, de nombreux patients sont susceptibles d'être adressés par un médecin généraliste dans une structure d'urgence. Dans la majorité des cas, le moyen de communication utilisé par les médecins est le courrier médical.

Depuis 1995, l'article 45 du Code de Déontologie Médicale précise que le médecin a obligation de tenir « pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. (...) A la demande du patient ou avec son consentement, le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins. »<sup>16</sup>. L'article 64 précise que « lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés. »<sup>17</sup>. Enfin, dans son rapport sur les courriers entre médecin, F.X. Mercat précise que « le courrier que les médecins échangent à propos d'un patient, concrétise et consacre le secret médical partagé. Ce secret ne lui étant pas opposable, ce courrier doit lui être accessible et compréhensible. »<sup>18</sup>. Il n'existe pas de recommandations sur le contenu de ces courriers, mais dans son rapport, F.X. Mercat rappelle également que « le médecin traitant (...) ne doit échanger avec le spécialiste que les informations médicales nécessaires pour son intervention diagnostique ou thérapeutique ».

Le courrier que le médecin généraliste rédige lorsqu'il adresse son patient aux urgences a donc un rôle central : il permet la transmission des informations importantes concernant le patient entre le médecin généraliste et l'urgentiste qui reçoit le patient. L'exhaustivité et la clarté de son contenu sont donc primordiales, afin de permettre une bonne prise en charge du patient.

### But de l'étude

L'objectif principal de l'étude sera de recueillir les courriers des médecins généralistes adressant leur patient aux urgences de l'hôpital Tenon, afin d'évaluer le contenu informatif de ces courriers. Il s'agira de préciser si les courriers contiennent les informations nécessaires à une prise en charge aux urgences.

L'objectif secondaire sera de recueillir et de comparer les hypothèses diagnostiques des médecins généralistes dans leur courrier au diagnostic final posé par les médecins urgentistes en fin de prise en charge aux urgences, afin d'évaluer la concordance diagnostique des médecins généralistes, et d'analyser la prise en charge et le devenir de ces patients.

## **2. MATERIEL ET METHODES**

### **2.1.Type d'étude**

Etude monocentrique, observationnelle, prospective.

### **2.2. Lieu et période**

Il s'agit d'un travail réalisé dans le service d'accueil des urgences de l'hôpital Tenon, du 1<sup>er</sup> septembre 2014 au 10 avril 2015, aux jours et heures de permanence des soins ambulatoires, soit du lundi au vendredi entre 8h30 et 18h30. Nous avons choisi de faire notre étude en septembre 2014, en considérant qu'il valait mieux éviter les périodes de vacances scolaires. Nous avons dans un second temps complété la durée de l'étude jusqu'en avril 2015, car nos résultats nous ont étonnés, et nous voulions savoir si la période de l'étude, ou le faible nombre de patients inclus sur cette première période les expliquaient.

### **2.3. Population**

Critères d'inclusion : Toute personne consultant au SAU de l'hôpital Tenon munie d'un courrier d'un médecin généraliste l'adressant aux urgences.

Critères d'exclusion : Patient sorti sans soins.

### **2.4. Méthode**

#### **Méthodologie**

Recueil des données : Le recueil des données (les courriers des médecins généralistes ainsi que le compte rendu de passage des urgences) était assuré par la secrétaire du service, du lundi au vendredi, de 8h30 à 18h30. Chaque dossier était anonymisé manuellement après le

recueil des données, et un numéro était attribué à chaque dossier pour les analyses des données.

Pour chaque dossier, nous avons relevé dans le courrier du médecin si les informations suivantes étaient présentes : âge du patient, sexe du patient, nom du médecin généraliste, date, spécialité concernée, histoire de la maladie, examen clinique, constantes vitales, examens faits en ville (radio, bilan biologique), hypothèse diagnostique du médecin généraliste lorsqu'elle était précisée ou sous entendue dans le courrier, antécédents du patient, traitement habituel du patient. Pour les patients de plus de 75 ans était également relevé si le niveau d'autonomie et les aides éventuelles à domicile étaient précisés. Enfin la lisibilité du courrier était évaluée de façon qualitative (« lisible » ou « illisible »). Nous nous sommes également intéressés aux médecins généralistes qui adressaient leurs patients, c'est pourquoi nous avons également relevé : sexe du médecin, arrondissement ou département d'exercice, statut : médecin installé en ville, remplaçant, permanence de soins ambulatoires (SOS médecins ou autre). Le motif de recours aux urgences était relevé dans le courrier, et correspondait à la spécialité concernée selon le médecin généraliste. Le diagnostic suspecté était pris en compte lorsqu'il était soit clairement formulé (« Merci d'éliminer une appendicite... »), soit clairement sous entendu : ainsi, un courrier faisant état d'une « dyspnée avec fièvre et toux » était considéré comme une suspicion de pneumopathie. Il était fait de même dans le dossier des urgences pour la suspicion diagnostique de l'urgentiste. Les dossiers ne comportant pas de diagnostic clairement formulé ou sous entendu étaient considérés comme « sans hypothèse ».

De même, dans le compte rendu de passage aux urgences et la fiche d'accueil des urgences, nous avons relevés les informations suivantes : date et heure d'arrivée, mode d'arrivée, heure de prise en charge médicale, durée d'attente avant le début de la prise en charge médicale, durée de prise en charge aux urgences, niveau de tri établi à l'IAO, devenir du patient (retour à domicile, hospitalisation dans un service, hospitalisation aux lits portes, transfert vers un autre établissement et la cause du transfert, décès), hypothèse diagnostique du médecin urgentiste en début de prise en charge, diagnostic final à la fin de la prise en charge aux urgences, examens effectués aux urgences, nécessité d'un avis spécialisé, spécialité concernée, nécessité de joindre le médecin généraliste ayant adressé le patient, CCMU (Classification Clinique des Malades aux Urgences), GEMSA (Groupes d'Etudes Multicentriques des



Services d'Accueil). Le devenir du patient (retour à domicile, hospitalisation dans un service, hospitalisation aux lits portes, transfert vers un autre établissement et la cause du transfert, décès) a également été noté.

Certaines pathologies sont à la « frontière » entre plusieurs spécialités, en particulier les pathologies infectieuses. Nous avons décidé de classer les infections localisées à un organe avec les autres pathologies d'organe : par exemple une pneumopathie est considérée comme correspondant à de la pneumologie. Les infections plus systémiques, telles que le paludisme, sont classées parmi les maladies infectieuses. De même nous avons classé dans « Métabolique » les pathologies systémiques, comme les complications du diabète, la déshydratation ou l'anémie.

Enfin, pour chaque dossier, nous nous sommes intéressés à la concordance entre l'hypothèse du médecin généraliste et le diagnostic final, et la concordance entre celle de l'urgentiste et le diagnostic final. Les diagnostics étaient considérés comme concordants lorsqu'ils étaient le même, clairement énoncés ou sous-entendus

### Méthode statistique

Les résultats ont été présentés sous forme de pourcentages et de moyennes.

## **2.5. Critères de jugement principal et critères secondaires**

### Critère de jugement principal

L'objectif est d'évaluer le contenu informatif des courriers des médecins adressant les patients aux urgences et de préciser si les courriers contiennent les informations nécessaires à une prise en charge aux urgences.

### Critères de jugement secondaires

Les objectifs secondaires seront de comparer les hypothèses diagnostiques des médecins généralistes dans leur courrier au diagnostic final posé par les médecins urgentistes en fin de prise en charge aux urgences, afin d'évaluer la concordance diagnostique des médecins généralistes, et d'analyser la prise en charge et le devenir de ces patients.

### **3. RESULTATS**

#### **3.1. Caractéristiques de la population**

99 personnes ont été incluses entre le 1<sup>er</sup> septembre 2014 et le 10 avril 2015. L'âge moyen des patients était de 61 ans (17 ans – 97ans). Les 75 ans et plus représentaient 36% des patients. La population comportait 54 femmes (54,5%) et 45 hommes (45,4%).

#### **3.2. Caractéristiques des médecins généralistes adressant**

Les médecins généralistes (N=99) adressant leur patient étaient en majorité des hommes (60,6%) avec 7% de données non disponibles.

##### **3.2.1. Localisation des médecins**

18 médecins exerçaient en dehors de Paris. 80 médecins exerçaient dans Paris intra-muros, dont la majorité (50 médecins) se trouvent dans les arrondissements avoisinant l'hôpital Tenon, ainsi que dans le département du 93 (15 médecins). A noter que parmi les médecins exerçant à Paris, 18 médecins sont localisés dans le 13<sup>e</sup> arrondissement. Ils correspondent en réalité à l'adresse de SOS médecin et des Urgences Médicales de Paris. Un seul courrier ne permettait pas de localiser le médecin adresseur.

##### **3.2.2. Qualification des médecins**

19 médecins intervenaient dans le cadre d'une visite à domicile au titre d'effecteur mobile de la PDSA : 17 médecins de SOS médecins, 1 médecin des Urgences Médicales de Paris, 1 médecin du SUR 93. Les 80 autres médecins étaient des médecins généralistes consultant en cabinet, dont 2 exerçaient au titre de remplaçant du médecin traitant habituel.

#### **3.3. Motifs de recours**

Les principales spécialités concernées selon les médecins généralistes et motivant un recours aux urgences étaient la pneumologie (20 patients), la gériatrie (13 patients), la chirurgie viscérale (11 patients) et l'urologie (8 patients). Neuf dossiers ne comportaient pas de motif de recours clairement énoncé.

#### **3.4. Contenu des courriers**

100% des courriers contenaient le nom du médecin adressant le patient, ainsi que le nom du patient et la date. L'histoire de la pathologie actuellement présentée par le patient était également toujours précisée. L'information la plus souvent manquante était les paramètres

vitaux du patient lors de l'examen. Les courriers étaient dans l'ensemble lisibles, avec toutefois quelques courriers très difficilement lisibles, dont 2 réellement illisibles.

<b>Contenu du courrier</b>	<b>Résultat</b>
Age du patient	79 courriers
Antécédents du patient	66 courriers
Traitement habituel du patient	37 courriers
Histoire de la pathologie actuelle	98 courriers
Examen clinique	80 courriers
Constantes	50 courriers
Diagnostic suspecté	77 courriers
Patients de plus de 75 ans	30 patients
Niveau d'autonomie précisé chez les plus de 75 ans	8 courriers parmi les 30 courriers

**Tableau 2** : Contenu des courriers

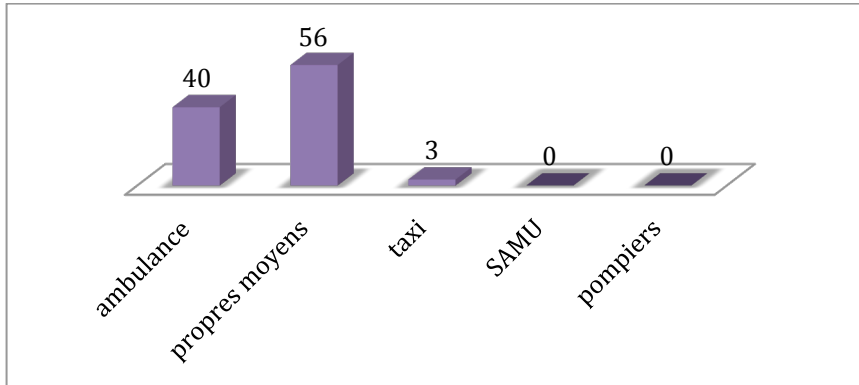
### **3.5. Prise en charge pré hospitalière**

#### Examens en ville

La majorité des patients (71/99 patients) n'avait passé aucun examen avant leur prise en charge au SAU. Cependant, 12 avaient bénéficié d'un bilan biologique, 10 d'un bilan radiologique, et 6 avaient bénéficié des deux.

### Mode d'arrivée

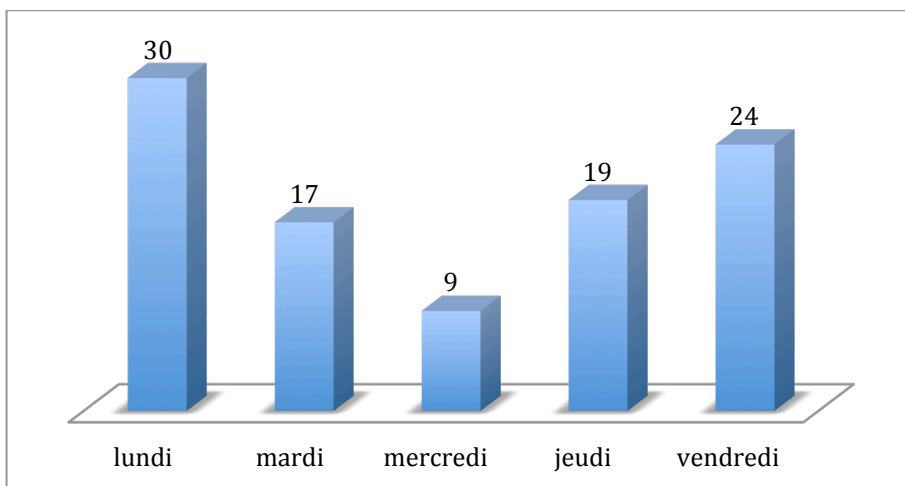
La figure 6 retrouve les différents modes d'arrivée. Aucun patient n'est venu via le SAMU ou les pompiers.



**Figure 6** : mode d'arrivée des patients aux urgences.

### **3.6. Prise en charge aux urgences**

La majorité des patients est arrivée entre 8h et 18h : 90% des patients, avec un pic d'arrivée entre 13 et 18h. On remarque un pic d'arrivée le lundi et le vendredi, ainsi qu'un nombre bien moindre de patients le mercredi.



**Figure 7** : Jour d'arrivée des patients aux urgences

### Niveau de tri

La majorité des patients (57 patients) étaient triés en niveau 3 (sur une échelle de 1 à 5, 1 étant pour les patients les plus graves) à l'IAO. Deux patients étaient niveau 1.

### Durée d'attente

La durée d'attente moyenne avant le début de la prise en charge médicale était de 02h25 (durée minimale : 12minutes – durée maximale : 8h).

### Examens au SAU :

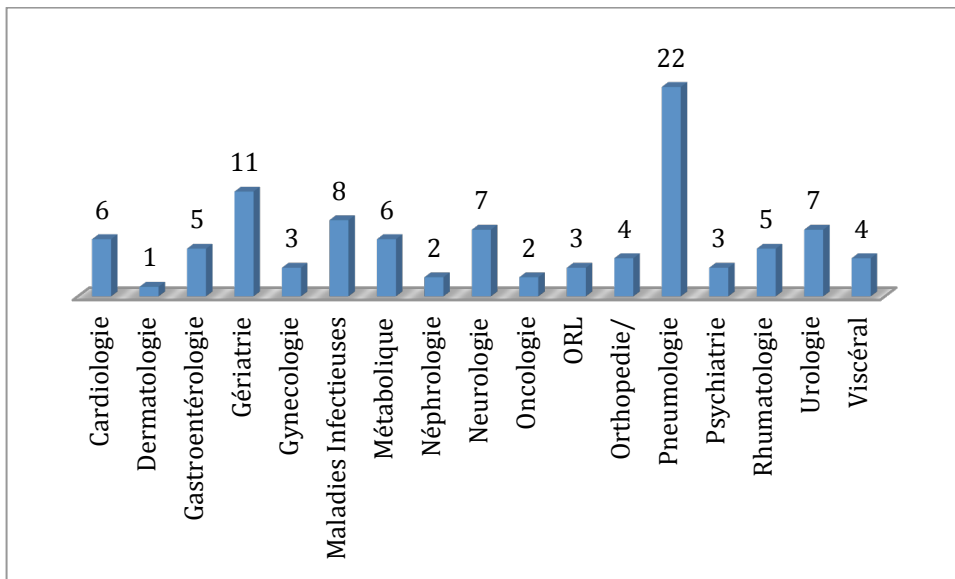
Seul 12% des patients de notre étude n'ont pas bénéficié d'examens. La moitié des patients (49%) ont bénéficié d'un bilan biologique ainsi que d'un bilan radiologique, 9% d'un bilan radiologique seul, 24% d'un bilan biologique seul. Quatre patients ont bénéficié de « gestes » au SAU (1 ponction articulaire aux urgences, 1 fibroscopie oesogastroduodénale, 1 suture et 1 méchage pour un épistaxis).

### Nécessité d'un avis médical

Un seul cas sur les 99 dossiers étudiés a nécessité d'appeler le médecin généraliste ayant adressé le patient aux urgences. La majorité des cas (71 patients) n'a pas nécessité d'avis spécialisé. Sinon, les spécialités les plus fréquemment sollicitées étaient la neurologie (N=5), l'urologie (N=5), et la psychiatrie (N=4).

### Raisons médicales concernées dans les diagnostics finaux

La majorité des patients présentaient une pathologie médicale : pneumologie le plus souvent. Seuls 11 patients présentaient une pathologie chirurgicale et la spécialité chirurgicale la plus concernée était l'urologie (compte-tenu de la spécificité de l'hôpital).



**Figure 9** : Raisons médicales concernées

### **3.7. Concordance du diagnostic médecin généraliste par rapport au diagnostic de l'urgentiste et au diagnostic final**

#### **3.7.1. Concordance générale des hypothèses diagnostiques du médecin généraliste et de l'urgentiste :**

Seuls 77 courriers des médecins généralistes contenaient une hypothèse diagnostique clairement énoncée, tout diagnostics confondus. Cependant, dans 13 autres courriers, l'hypothèse diagnostique du médecin pouvait être comprise sans être clairement écrite. Dans 9 courriers, aucune hypothèse n'était émise ou sous entendue. De même, l'hypothèse diagnostique de l'urgentiste était clairement énoncée ou sous entendue dans 92 dossiers, mais aucune hypothèse n'était énoncée dans 7 dossiers.

Au total 9 dossiers ne comportaient aucune hypothèse émise soit par le médecin généraliste soit par l'urgentiste, la concordance des hypothèses diagnostiques de l'urgentiste et du médecin généraliste ne pouvait pas être évaluée.

Dans 72 dossiers sur 88 dossiers comportant une hypothèse diagnostique à la fois par l'urgentiste et par le médecin généraliste, l'hypothèse diagnostique de l'urgentiste concordait avec celle du médecin généraliste, soit 82% des dossiers comportant une hypothèse, tout diagnostics confondus. Dans 16 dossiers, cette hypothèse était différente, soit 18% des dossiers. Les 11 dossiers restant ne comportaient pas d'hypothèse diagnostique émise soit par l'urgentiste soit par le généraliste, et ne permettaient pas d'évaluer la concordance.

### 3.7.2. Concordance générale du diagnostic du médecin généraliste au diagnostic final

Neuf courriers ne mentionnant pas d'hypothèse diagnostique, ce critère de jugement n'était pas évaluable dans ces cas. La moitié des hypothèses diagnostiques avancées par les médecins traitants, quand elles étaient formulées, se sont révélées exactes une fois le diagnostic final posé (56 dossiers), tout diagnostics confondus. Si l'on retire les 9 courriers sans hypothèse diagnostique, 60% des hypothèses diagnostiques émises par les médecins traitants se sont révélées justes.

### 3.7.3. Concordance générale de l'hypothèse diagnostique de l'urgentiste au diagnostic final

Dans 7 dossiers, l'hypothèse diagnostique de l'urgentiste n'était pas connue, ce critère ne pouvait donc pas être évalué. Dans 70 dossiers, l'hypothèse avancée par le médecin urgentiste s'est révélée exacte, tout diagnostics confondus, soit 76% des dossiers où une hypothèse était formulée.

### 3.7.4. Concordance des hypothèses diagnostiques des médecins généralistes avec les diagnostics finaux selon la spécialité :

De nombreuses spécialités étant représentées dans notre étude, nous nous sommes intéressé à la concordance diagnostique selon la spécialité concernée. Les spécialités retrouvant la plus forte concordance diagnostique étaient la traumatologie (100%), la gériatrie (91%) et la chirurgie viscérale (75%). A noter que la pneumologie, spécialité la plus souvent retrouvée dans notre étude, avait une concordance diagnostique de 50%, et qu'on ne retrouvait qu'une concordance diagnostique de 25% pour les maladies infectieuses.

### 3.7.5. Concordances diagnostiques pour les diagnostics finaux les plus fréquents

Certains diagnostics finaux revenaient fréquemment dans notre étude. Nous nous sommes intéressés à la concordance diagnostique des médecins pour ces diagnostics fréquents.

Diagnostic final	Nombre de patients	Nombre d'hypothèses diagnostiques correctes émises par le médecin généraliste	Concordance diagnostique du médecin généraliste pour ce diagnostic
AVC	5	4	80%
GEA	4	0	0%
Pneumopathie	12	10	83%
Tuberculose	2	1	50%
Exacerbation de BPCO	4	2	50%

**Tableau 6** : Concordances diagnostiques du médecin généraliste pour les diagnostics finaux les plus fréquents

### 3.7.6. Concordance diagnostique du médecin généraliste pour les principales suspicions diagnostiques

Certaines suspicions diagnostiques ayant motivé le recours aux urgences reviennent fréquemment dans notre étude. Nous nous sommes donc intéressés à la concordance diagnostique pour ces suspicions fréquentes.



Diagnostic suspecté	Nombre de patients adressés	Nombre de diagnostics confirmés	Concordance diagnostique pour cette suspicion diagnostique en pourcentage
AEG	9 patients	7 diagnostics	77%
Appendicite	5 patients	0 diagnostic	0%
AVC/AIT	6 patients	5 diagnostics	83%
Décompensation de BPCO	2 patients	2 diagnostics	100%
Décompensation d'une pathologie psychiatrique	3 patients	1 diagnostic	33%
Embolie Pulmonaire	5 patients	0 diagnostic	0%
Hématurie	3 patients	3 diagnostics	100%
Accès Palustre	2 patients	1 diagnostic	50%
Pneumopathie	8 patients	6 diagnostics	75%

**Tableau 7** : Concordance diagnostique du médecin généraliste pour les principales suspicions diagnostiques

Cinq patient étaient adressés pour suspicion d'appendicite : aucune n'a été confirmée. Les diagnostics finaux retrouvaient un kyste ovarien, une grossesse, une pyélonéphrite, 2 GEA. Cinq patients étaient adressés pour suspicion d'Embolie Pulmonaire : aucune n'a été confirmée. Les diagnostics finaux retrouvaient une péricardite, deux dyspnées, une exacerbation de BPCO, une pneumopathie. La seule EP diagnostiquée dans notre étude avait été adressée pour suspicion d'OAP. 8 patients étaient adressés pour suspicion de pneumopathie : 6 ont été confirmées. A noter qu'au total, 12 patients adressés aux urgences avaient une pneumopathie.

### **3.8. Devenir du patient**

La durée moyenne de prise en charge était de 3h17 (10min – 12heures). La majorité (75%) des patients était classée CCMU 2. 4 patients étaient classés CCMU 1. Les

patients classés CCMU 3 représentaient 19% des dossiers. 2 étaient classés CCMU 4. Aucun n'a été classé CCMU 5. La majorité des patients étaient GEMSA 4 (54 patients, soit 54,5% des dossiers). 41 des patients étaient classés GEMSA 2 soit 41% des dossiers

14 % des patients étaient hospitalisés directement après leur passage au SAU. La majorité des hospitalisations ont concerné les maladies infectieuses, suivies de la pneumologie et de la gériatrie. Un tiers (37%) des patients a été hospitalisé à l'UHCD dont un est ensuite décédé en UHCD ; un autre patient est allé en UHCD puis a nécessité une prise en charge en réanimation. 7% des patients ont été transférés : la moitié pour des raisons de secteur psychiatrique, l'autre moitié en raison d'absence de lits disponibles dans l'hôpital ou d'absence de la spécialité concernée. Au total, 58 % des patients ont été gardés à l'hôpital. Un tiers (38%) des patients sont rentrés à domicile après avoir été pris en charge au SAU. Un patient a fugué, et un autre est parti sans attendre la fin de sa prise en charge.

## **4. DISCUSSION**

Notre étude s'intéressait aux informations contenues dans les courriers que les médecins généralistes rédigeaient pour adresser leur patient aux urgences. Parmi les 99 courriers recueillis, certaines informations étaient toujours présentes : 100% des courriers contenaient le nom du patient, ainsi que celui du médecin, et l'histoire de la maladie. En revanche, les informations les plus souvent manquantes étaient les paramètres vitaux du patient, son traitement habituel, ainsi que le niveau d'autonomie des patients de plus de 75ans.

### **4.1. Comparaison avec d'autres travaux**

P.K. Barnes<sup>19</sup>, dès 1969, s'est intéressé aux courriers rédigés par les médecins généralistes lorsqu'ils adressaient leur patient en service de médecine interne : sur 166 courriers, 83 ne précisait pas le traitement habituel. En revanche, la majorité des médecins (131 courriers) proposaient une hypothèse diagnostique.

Dans l'étude de Cadat et Trolong Bailly<sup>20</sup> effectuée en 2006 ont été étudiés 233 courriers de médecins traitants. Ce travail s'est intéressé à la concordance des diagnostics des médecins traitants et des urgentistes : les diagnostics étaient concordants dans 67% des cas. L'analyse des courriers des médecins traitants révélait comme dans la notre qu'un certain nombre d'informations manquent dans les courriers des médecins généralistes : ainsi les traitements n'étaient renseignés que dans 37% des cas, et les antécédents du patients dans 62% des cas seulement. L'âge moyen des patients venus avec une lettre était plus élevé que dans notre étude : 66 ans en moyenne, et 51% des patients avaient plus de 65ans. Plus nettement encore que dans notre étude, plus de la moitié des patients venus avec un courrier étaient hospitalisés (65%), et la majorité était coté CCMU 2. A noter que seuls 48% des courriers étaient rédigés par les médecins traitants, les autres étaient rédigés par SOS médecin et par les médecins SMUR. Néanmoins, ces résultats sont proches de nos données retrouvées sur Tenon.

Boudy Lapouge<sup>21</sup>, dans son étude au centre hospitalier d'Albi, effectuée en 2013 a analysé 352 dossiers, et s'est intéressée aux motifs de recours et au devenir des patients. La moyenne d'âge de ses patients était proche de celle de notre étude : 57 ans. 38,9% des patients de son étude avaient plus de 75 ans. Les patients étaient venus en majorité (58%) par leurs propres moyens, tout comme dans notre étude. La part de patients hospitalisés était de 50%. La majorité des patients étaient cotés CCMU 2 (60,2%). En revanche, les motifs de recours étaient différents : la majorité des recours étaient pour des motifs médicaux, et les quatre

principaux motifs étaient : neurologique, gastro entérologique, non spécifié, puis cardiologique. Ceci s'explique probablement par la localisation différente de l'étude. La concordance diagnostique entre l'hypothèse du médecin généraliste et le diagnostic en fin de prise en charge aux urgences était de 52%. Cette étude ne précisait pas la qualité des informations contenues dans les courriers des médecins généralistes.

Kong Win Chang<sup>22</sup> s'est intéressée en 2009 à l'hôpital de Grenoble à l'apport d'un support de courrier standardisé d'admission à l'hôpital en le comparant à un courrier libre, lors de deux périodes d'inclusions différentes (inclusion avec courrier libre, puis avec courrier standardisé). 256 courriers ont ainsi été recueillis, permettant de constater l'amélioration de la transmission des informations, avec par exemple 95% des traitements habituels précisés dans les courriers standardisés versus 68% dans les courriers libres, et une meilleure précision du niveau d'autonomie des patients. La population étudiée retrouvait une majorité de plus de 75 ans (52,8%). L'étude ne s'intéressait pas au devenir des patients aux urgences.

Perrot<sup>23</sup>, en 2013, a recueilli 313 courriers de médecins généralistes adressant leur patient aux urgences. Les patients étaient en moyenne plus jeune que dans notre étude (48 ans), et les patients de 75ans et plus ne représentaient que 16% des patients. Ceci peut s'expliquer par la localisation de son étude (Saint Denis), où la population est plus jeune. De même, seuls 26% des patients étaient hospitalisés, versus 58% dans notre étude.

Truffaut<sup>24</sup>, en 2007, à l'hôpital de Percy, a recueilli 154 courriers de médecins généralistes afin d'évaluer la communication entre médecins généralistes et urgentistes. Le contenu des courriers retrouvait l'identification du médecin et du patient dans la quasi-totalité des courriers, en revanche, le traitement habituel des patients n'était précisé que dans 40% des cas. La population de l'étude retrouvait une population plus jeune que dans notre étude (âge moyen 52ans), les plus de 75 ans représentaient 27% des patients. 32% des patients étaient hospitalisés.

G. Ferrier<sup>25</sup>, au SAU de Carcassonne, s'est intéressé en 2008 à la concordance diagnostique des urgentistes en comparant le diagnostic de sortie des urgences à celui à la sortie d'hospitalisation dans 400 dossiers. La concordance diagnostique des urgentistes était de 60,75%.

Rodriguez Caravaca G. et Vilar de Campo I.<sup>26</sup>, dans leur étude « Diagnostic consistency between primary care and specialized care following emergency consultation » évaluaient la concordance diagnostique entre les urgences et le service spécialisé recevant le malade, chez

559 patients. Le kappa global était de 0,65 (IC95% 0,58 – 0,72). A noter qu'ils retrouvaient un kappa faible pour le diagnostic d'appendicite, et un kappa élevé pour le diagnostic de pneumonie et d'OAP.

#### **4.2. Analyse de nos résultats : Forces et faiblesses de notre étude**

Si certaines informations étaient bien précisées dans la majorité des courriers, comme le nom du médecin, le nom du patient, la date et l'âge du patient, d'autres manquaient souvent. L'information la plus souvent manquante était le traitement du patient : 62,6% des courriers ne le précise pas. Il est possible d'en conclure que les médecins traitants (pour les patients adressés par leur médecin traitant et non par SOS médecins), ayant l'habitude de prescrire le traitement habituel du patient et le connaissant bien, n'ont pas réalisé cet oubli, ou bien ont considéré que le patient communiquerait lui-même à l'urgentiste son traitement. L'accès à cette information est pourtant souvent difficile aux urgences, le patient se présentant sans l'ordonnance de ses traitements habituels, et ne les connaissant pas. L'absence de cette information dans les courriers des médecins généralistes est donc regrettable, car peut être préjudiciable à la prise en charge du patient aux urgences. Manquent également dans 50% des courriers les paramètres vitaux du patient lors de l'examen clinique par le médecin généraliste. L'absence de cette information est dommageable car des anomalies des paramètres vitaux peuvent à la fois expliquer que le médecin généraliste adresse son patient aux urgences, et aider le médecin urgentiste à comprendre le niveau de gravité (ou son évolutivité) de l'état du patient. De la même façon, dans 70% des cas, le niveau d'autonomie n'est pas précisé pour les patients de plus de 75 ans, cette donnée pouvant être déterminante dans leur prise en charge, et ce dès les urgences. Néanmoins, la longueur d'une description adaptée et précise d'une autonomie peut expliquer leur absence fréquente dans une lettre. Enfin, s'il ne s'agit pas d'une information manquante à proprement parler, on peut également être interpellé certains courriers quasi-illisibles, avec des informations potentiellement utiles absolument indéchiffrables.

L'histoire de la pathologie était presque constamment présente dans les courriers (98% des courriers), le diagnostic suspecté très souvent présent (77,7% des cas) ainsi que l'examen clinique. Ces données de base, s'agissant de patients présentant des pathologies plus lourdes que la moyenne des patients du SAU, ont possiblement permis une prise en charge plus rapide et plus efficace.

Les plus de 75 ans sont surreprésentés dans notre étude : ils ne représentent que 4% de la population générale et pourtant constituent 36% des patients de notre étude. Ceci souligne l'importance des médecins généralistes dans la prise en charge des patients âgés au quotidien, qui représentent une forte proportion de leur patientèle, mais constituent également une patientèle particulièrement fragile, susceptible de se retrouver aux urgences en raison de leurs fréquentes pathologies. On notera que parmi les motifs de recours aux urgences, 2 recours ont été motivés par la perte d'autonomie au domicile d'une personne âgée, et 2 par la difficulté de prise en charge d'une personne âgée poly pathologique. Ces recours ne constituent pas de réelles urgences, médicalement parlant, et soulignent la difficulté d'accès à l'hospitalisation directe pour les médecins généralistes et leurs patients âgés.

On remarque un pic d'arrivée le lundi, ainsi qu'un nombre bien moindre de patients le mercredi. Ceci peut s'expliquer par le plus grand nombre de cabinets de médecins traitants fermés le mercredi, ainsi que par le pic de consultations le lundi, qui est classiquement le jour le plus chargé pour les médecins généralistes comme pour les urgences. Le pic d'activité du vendredi s'explique probablement par l'inquiétude du « veille de week-end » qui pousse davantage les médecins généralistes à adresser leur patient aux urgences, sachant qu'ils ne pourront pas leur faire faire d'examen en ville avant le lundi suivant.

La majorité des patients (89 patients soit 89,9%) sont arrivés entre 8h et 18h, ce qui correspond aux heures d'ouverture des cabinets des médecins traitants. La majorité d'entre eux sont arrivés l'après midi (67,7%).

#### Sur la communication entre le SAU et le médecin traitant :

Le médecin urgentiste n'a contacté le médecin traitant que dans un seul cas sur les 99 de l'étude.

Plusieurs explications sont possibles :

- l'urgentiste a appelé le médecin généraliste mais ne l'a pas consigné dans le dossier.

- l'urgentiste a essayé de joindre le médecin mais n'a pas réussi.
- le courrier était suffisamment informatif pour que l'urgentiste puisse prendre en charge le patient sans appeler le médecin pour obtenir plus d'informations.
- le patient était adressé par SOS médecin, dont les médecins sont difficiles à joindre, leur numéro direct n'étant pas précisé.
- l'urgentiste n'a pas jugé nécessaire d'appeler le médecin généraliste.

C'est pourtant relativement fréquemment que le médecin urgentiste fait cette démarche pendant la prise en charge du patient, au SAU de Tenon. On peut en conclure que la présence du courrier, contenant un grand nombre d'informations utiles, a peut être rendu superflue cette démarche.

#### Sur la concordance des diagnostics :

Nous avons relevé une concordance « correcte » sur l'ensemble des diagnostics entre l'hypothèse diagnostique émise par les médecins généralistes et le diagnostic final (de l'ordre de 60%). Si on relie cette constatation au fait que les pathologies étaient plus lourdes que la moyenne, puisque ayant souvent entraîné une hospitalisation, on peut mettre en évidence la pertinence de l'envoi par le médecin de ces patients, avec une présomption de diagnostic grave, au SAU, ainsi que la qualité intrinsèque de leurs hypothèses diagnostiques, ces deux faits jouant en faveur d'une meilleure prise en charge des patients.

#### **4.3. Limites de notre étude**

Les urgences de Tenon enregistrent en moyenne 120 passages par jour. La part de patients adressés par leur médecin généraliste n'est pas connue, mais si l'on considère qu'elle est identique à celle de l'enquête de la DREES<sup>27</sup>, soit environ 25% des patients, 99 patients reste un nombre modeste au regard du nombre de passage annuel à Tenon. Nous avons choisi de faire notre étude en septembre, en considérant qu'il valait mieux éviter les périodes de vacances scolaires, où de nombreux cabinets de ville sont fermés, ainsi que l'hiver, période d'épidémies, où les médecins généralistes sont très pris et où la « tentation » pour les patients de se rendre directement aux urgences sans passer par leur généraliste est peut-être plus grande. Nous avons ensuite complété la durée de l'étude jusqu'en avril 2015, car nos résultats (50% de patients hospitalisés) nous ont étonnés, et nous voulions savoir si la période de l'étude, ou le faible nombre de patients inclus sur cette première période (35 dossiers) les expliquaient. Mais après une nouvelle période d'inclusion jusqu'en janvier, donc en couvrant une période de vacances et d'hiver, période d'épidémie, nos résultats sont restés

similaires. Ainsi même si ce biais potentiel existe, car une autre période de l'année ou une autre année aurait peut être amené des résultats différents, nous avons fait notre possible pour le limiter. En limitant notre étude à un seul hôpital de la région parisienne, nous n'obtenons que des résultats exploitables uniquement pour le SAU Tenon. En effet, un hôpital hors de la région parisienne n'accueillera probablement pas le même type de population ni les mêmes pathologies (selon les spécificités hospitalières de l'hôpital, la population environnante, etc...). On remarquera la quasi-absence de certaines spécialités dans les dossiers analysés, comme la cardiologie. Ceci peut s'expliquer d'une part par le faible de nombre de dossiers recueillis, d'autre part par l'absence de cette spécialité à Tenon. Les médecins généralistes exerçant à proximité de Tenon connaissent pour la plupart cette spécificité et ont probablement tendance à adresser ailleurs leur patient présentant un problème cardiologique (Saint Antoine ou La Pitié en particulier). Du fait du nombre importants de patients se présentant chaque jour aux urgences et du fait que la présence d'un courrier de médecin n'est pas automatiquement indiquée dans le dossier du patient, il n'a pas été possible d'effectuer un recueil exhaustif, même si ce recueil a été fait le plus précisément possible par le personnel des urgences. Notre étude portant sur les courriers que les médecins généralistes rédigent lorsqu'ils adressent leur patient aux urgences, un biais créé est la nécessité d'avoir un courrier à l'arrivée du patient aux urgences, cependant les médecins adressent parfois leur patient aux urgences sans rédiger de courrier. Ainsi, nous n'avons pas pu évaluer le bénéfice « réel » apporté par des lettres informatives rédigées par les médecins généralistes sur la prise en charge des patients aux urgences par rapport aux patients adressés sans lettre ou avec des lettres omettant des informations importantes.

Notre travail s'intéressait à la concordance diagnostique des médecins généralistes, en comparant leur hypothèse au diagnostic final en fin de prise en charge aux urgences. Nous ne nous sommes en revanche pas intéressés à la concordance avec le diagnostic final en fin d'hospitalisation pour les patients hospitalisés.

Notre travail évaluait aussi les liens de communication entre médecin de ville et urgences hospitalières et nous ne nous sommes pas intéressés à l'envoi des CRU aux médecins ou aux informations données par l'urgentiste au médecin généraliste.

#### **4.4. Comparaison avec les données de l'enquête de la DREES de 2013**

Il aurait été utile de pouvoir comparer nos résultats à l'échantillon complet des patients pris en charge au SAU dans la même période, afin de pouvoir isoler les différences éventuelles dans



la prise en charge des patients arrivés avec un courrier d'un médecin par rapport au reste des patients. Faute de possibilité technique de disposer d'une telle base de référence, nous avons choisi de procéder par une autre méthode : nous nous sommes intéressées aux données disponibles dans l'enquête de la DREES<sup>27</sup> faite en 2013. Il est intéressant de noter que dans l'enquête de la DREES, un certain nombre de patients avaient pris un avis médical avant de consulter. Ainsi : 62% viennent aux urgences de leur propre initiative, 24% viennent aux urgences sur conseil d'un médecin traitant, 15% viennent sur le conseil du SAMU ou des pompiers. Il est malheureusement impossible de savoir si la population s'étant présentée aux urgences de l'hôpital Tenon durant notre étude aurait eu des résultats similaires, notre étude n'étant pas exhaustive. Mais il n'y a aucune raison de supposer que le résultat aurait été différent.

Dans l'enquête de la DREES, 75,7% des patients repartent à domicile. 19,9% sont hospitalisés. 2% partent sans attendre. C'est à ce sujet du devenir des patients que les résultats de notre étude se démarquent principalement de l'enquête de la DREES : notre étude retrouve une part bien plus importante de patients hospitalisés, avec 50% des patients adressés par leur médecin traitant hospitalisés après leur passage aux urgences. Ceci laisse à penser que les patients que les médecins généralistes adressent aux urgences présentent en moyenne un niveau de gravité plus élevé que les patients « tout venant ». On peut conclure de cette différence que les médecins traitants adressent à bon escient leurs patients aux urgences, puisqu'une plus grande partie de ceux-ci avaient en effet besoin d'être hospitalisés. Par ailleurs, dans l'enquête de la DREES, les plus de 75 ans représentent 12% des passages. En comparaison, les plus de 75 ans sont sur représentés dans notre étude, constituant 36% de l'échantillon. Ceci peut s'expliquer de deux manières :

- les plus de 75 ans consultent en priorité leur médecin traitant, et ne se présentent pas spontanément aux urgences, contrairement aux patients plus jeunes.
- les plus de 75 ans présentent des pathologies plus lourdes, plus complexes, qui sont plus susceptibles de décompenser et de nécessiter une prise en charge urgente.

Dans l'enquête de la DREES, 48% des patients n'étant pas passés par l'UHCD restaient moins de deux heures dans le service d'urgence, parmi lesquels 19% y passaient moins d'une heure. Pour 4% seulement des patients, la prise en charge dépassait quatre heures. Notre étude retrouve une durée de prise en charge plus longue que celle de la DREES, avec une durée moyenne de prise en charge de 3h17. Ceci s'explique probablement par le fait que les patients de notre étude étaient dans l'ensemble plus lourds que les patients « tout venant »

de l'enquête de la DREES, ceci étant corroboré par le fait que nos patients étaient en moyenne plus souvent hospitalisés que dans l'enquête de la DREES. Cette différence constitue une confirmation supplémentaire de la pertinence de la démarche des médecins ayant adressé leurs patients.

La traumatologie représente le premier motif de recours aux urgences dans l'enquête de la DREES. A l'inverse, on trouve très peu de traumatologie dans notre échantillon. Pour expliquer cette différence majeure, deux analyses sont possibles :

- Les médecins généralistes arrivent à effectuer en ville la gestion de la majorité des traumatismes
- Les patients se rendent directement aux urgences sans passer par leur médecin généraliste en cas de traumatisme.
- Les médecins généralistes savent qu'il n'y pas de service d'orthopédie-traumatologie à l'hôpital Tenon.

## **5. CONCLUSION**

L'exercice de la médecine générale et de la médecine d'urgence recourent toutes les spécialités médicales et chirurgicales, et tous les niveaux de gravité. Notre travail a permis de constater que les médecins généralistes agissent comme des acteurs de la continuité des soins en lien avec l'hôpital. La majorité des courriers recueillis dans notre étude contiennent les informations nécessaires à une bonne prise en charge des patients, et la majorité des courriers contiennent une hypothèse diagnostique, confirmée dans environ 2/3 des cas par le médecin urgentiste à l'issue de sa prise en charge. Nous pensons que le travail de l'urgentiste est facilité lorsque le courrier du médecin généraliste est suffisamment détaillé et que celui-ci transmet ses informations et son analyse.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- (1) Les structures d'urgences hospitalières par région en 2012. Rapport de la sécurité sociale sur les urgences hospitalières, 2014.
- (2) J. Allen et al. La Définition Européenne de la Médecine Générale – Médecine de famille. Wonca Europe 2002.
- (3) Loi HPST (« Hôpital, Patient, Santé et Territoires ») : Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- (4) T. Prost et al. Recueil d'indicateurs de santé régionaux. Offre de soins et état de santé. DREES, 2014
- (5) Projet Régional de Santé de l'ARS Ile de France : Zones déficitaires et fragiles en Ile de France. 2014.
- (6) Article 47 du Code de Déontologie Médicale (Article R.4127-47 du Code de Santé Publique)
- (7) Article 77 du Code de Déontologie Médicale (Article R.4127-77 du Code de la Santé Publique)
- (8) ARS Ile de France : Cahier des charges régional d'organisation de la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) pour la Région Ile de France. 29 Mars 2013.
- (9) C. Descours. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la Permanence des Soins. 22 janvier 2003.
- (10) Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale au 31 décembre 2013.
- (11) Cartographie des gardes postées de Paris : Cahier des Charges Régional de la PDSA. Déclinaison territoriale de Paris. ARS Ile de France. Janvier 2015.
- (12) Rapport Barrier. Rapport sur la prise en charge effective des urgences médicales à tous les échelons de la médecine de ville jusqu'à l'hôpital. Septembre 1994.
- (13) Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Circulaire n°195/DHOS/01/2003 du 16 Avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

- (14) Ministère de la santé et des solidarités. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
- (15) Vuagna A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? Le panorama des établissements de santé. DRESS 2013.
- (16) Article 45 du Code de Déontologie Médicale (Article R.4127-45 du Code de la Santé Publique).
- (17) Article 64 du Code de Déontologie Médicale (Article R.4127-64 du Code de la Santé Publique)
- (18) Mercat FX. Les courriers entre médecin. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 1998.
- (19) P.K. Barnes et al. Emergency admission to a general medical unit : a survey of the accompanying letters, with recommendations. Br Med J. 1969 Nov 15; 4(5680): 424–425.
- (20) Cadat et Trolong-Bailly. L'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences. Grenoble ; 2006.
- (21) Boudy Lapouge M. Les patients adressés par leur médecin généraliste aux urgences du centre hospitalier d'Albi : Description et analyse des motifs de recours. Toulouse Faculté Purpan ; 2013.
- (22) Kon Win Chang A-C. Evaluation qualitative d'un courrier standardisé d'admission à l'hôpital. Faculté Grenoble ; 2009.
- (23) Perrot A. Analyse du retentissement de la lettre d'admission, sur la durée de passage, le délai d'attente et le taux d'hospitalisation des patients adressés par leur médecin traitant aux urgences de l'hôpital privé de la Seine-Saint-Denis. Faculté Paris Denis Diderot ; 2013.
- (24) Truffaut S. Evaluation d'un réseau de soins médecine générale - urgences. Analyse des modes de communications et attentes des praticiens. Paris 5; 2008.
- (25) G. Ferrier, V. Pequignot. Etude de la concordance diagnostique entre la sortie du SAU et la sortie de l'hôpital sur 400 patients au centre hospitalier de Carcassonne. Journal Européen des Urgences 06/2009; 22. DOI: 10.1016/j.jeur.2009.03.409

(26) Rodriguez Caravaca G. et Vilar de Campo I. Diagnostic consistency between primary care and specialized care following emergency consultation. *Aten Primaria*. 2000 Mar 31;25(5):292-6.

(27) Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières. DRESS. Juin 2013.

## ANNEXE 1 : FICHE DE RECUEIL

Fiche Recueil Données

Dossier N°

Age :

Sexe : M F

Jour semaine arrivée : lundi mardi mercredi jeudi vendredi

Heure arrivée : Durée attente :

Heure PEC :

Mode arrivée : ambulance SAMU pompiers taxi propres moyens

Tri : 1 2 3 4 5

Motif Recours :

suspicion diag grave  demande examen bio  demande examen radio

perte d'autonomie au domicile  demande d'hospitalisation

poly pathologie avec PEC difficile en ville

problème social  autre  demande d'avis

Examens effectués en pré admission :  oui  non

bio  radio

Informations disponibles dans le courrier :

nom du médecin  SOS medecin

nom du patient  Sexe medecin

âge du patient  Code postal medecin :

date

antécédents

traitement habituel

histoire patho actuelle

examen clinique

constantes

diag suspecté

personnes de plus de 75 ans :  niveau autonomie anterieur  aides à domicile

Diagnostic suspecté par medecin traitant :

Lisibilité du courrier : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Diagnostic suspecté par l'urgentiste :

Correspondance diag MT/diag urgentiste :  oui  non

Examens effectués au SAU :  oui  non

bio  radio  autre

Avis spécialisé nécessaire :  oui  non

Spécialité :

Diagnostic final :

Correspondance diag MT/ diag final :  oui  non

Correspondance diag urgentiste/diag final :  oui  non

Durée PEC au SAU :

CCMU :

GEMSA :

Devenir :

RAD

UHCD

Hospit : Service :

Transfert : Raison :  Spécialité non dispo dans l'hopital  Absence de lit

Décès

Nécessité appel MT pour plus d'infos :  oui  non

Spécialité principale :  Médecine  Chirurgie  Psychiatrie

Cardiologie

Dermatologie

Diabetologie

Gastro Enterologie



- Geriatrie
- Gynecologie
- Maladies infectieuses

- Metabolique
- Neurologie
- Nephrologie
- Oncologie
- Ophtalmologie
- ORL
- Pneumologie
- Rhumatologie

- Urologie
- Orthopedie/Traumatologie
- Chirurgie viscerale
- Chirurgie vasculaire

## **ANNEXE 2 : GLOSSAIRE - ACRONYMES**

AEG : Altération de l'Etat Général

AIT : Accident Ischémique Transitoire

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CRRA-C15 : Centre de Réception et de Régulation des Appels – Centre 15

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

EP : Embolie Pulmonaire

GEA : Gastro Entérite Aigue

GEMSA : Groupes d'Etudes Multicentriques des Services d'Accueil

Loi HPST : Loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoires »

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

OAP : Œdème Aigu Pulmonaire

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

ZHTCD : Zone d'Hospitalisation de Très Courte Durée

## **SUMMARY**

### **OBJECTIVE:**

Investigate information contained in general practitioner's letters when referring their patients to the emergency department (ED).

### **POPULATIONS AND METHOD:**

This single-center prospective observational study lasted from September 1<sup>st</sup> 2014 to April 10<sup>th</sup> 2015 in the Tenon hospital's emergency department. Patients admitted to the ED with a general practitioner's letter were included.

### **RESULTS:**

99 patients were included. 100% of the letters mentioned doctor's and patient's names, and relevant past history. Diagnostic hypotheses were mentioned in 77,7% letters. Only 50% letters mentioned the vitals parameters, 38% mentioned the patient's current therapy, and 30% specified the level of autonomy for elderly patients. Global concordance between general practitioner's diagnosis hypothesis and emergency physician's diagnosis was high (60%). 58% of patients were hospitalised.

### **CONCLUSION:**

Referral letters included in this study mentioned most of the necessary medical information to let the emergency doctor cure the patient. Most of the referral letters contained the practitioner's diagnosis hypothesis, which was most of the time confirmed. An other study could evaluate the diagnosis concordance between practitioner's hypotheses to the final diagnosis at the end of the hospitalisation.

### **KEY WORDS**

Referral letters, general practitioners, emergency department, information, concordance, hospitalisation

## **RESUME**

### **INTRODUCTION :**

Environ 25% des patients sont adressés chaque jour par leur médecin généraliste. L'objectif de notre étude est de recueillir les courriers que les médecins généralistes rédigent lorsqu'ils adressent leur patient aux urgences de l'hôpital Tenon, afin d'en évaluer la valeur informative, et d'analyser le devenir de ces patients.

### **PATIENS ET METHODE :**

Etude monocentrique, observationnelle, prospective réalisée dans le service d'accueil des urgences de l'hôpital Tenon, du 1<sup>er</sup> septembre 2014 au 10 avril 2015, aux jours et heures de permanence des soins ambulatoires, soit du lundi au vendredi entre 8h30 et 18h30. Critères d'inclusion : Toute personne consultant au SAU de l'hôpital Tenon munie d'un courrier d'un médecin généraliste l'adressant aux urgences.

### **RESULTATS :**

Sur 99 courriers recueillis, 100% des courriers contenaient le nom du patient, ainsi que celui du médecin, et l'histoire de la maladie. Une hypothèse est formulée dans 77,7% des courriers. Les paramètres vitaux n'étaient précisés que dans 50% des courriers, le traitement habituels dans 38%, l'autonomie pour les patients de plus de 75 ans dans 30% des courriers. L'hypothèse diagnostique du médecin généraliste concordait avec le diagnostic en fin de prise en charge aux urgences dans 60% des dossiers. Au total, 58 % des patients ont été hospitalisés.

### **DISCUSSION ET CONCLUSION :**

La majorité des courriers recueillis dans notre étude contiennent les informations nécessaires à une bonne prise en charge des patients, et la majorité des courriers contiennent une hypothèse diagnostique. Une étude analysant le diagnostic final en sortie d'hospitalisation des patients pour le comparer à l'hypothèse diagnostique du médecin traitant permettrait d'analyser de façon plus approfondie la qualité de l'hypothèse du médecin généraliste.

### **MOTS CLES**

Courrier, médecin traitant, urgences, informations, concordance diagnostique, hospitalisation.