

Année 2018

2018 TOU3 1113

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

ROMAN CAMPO CARNEADO

18 octobre 2018

Mode d'adressage des patients consultant au service d'accueil des urgences de Millau

Directrice de thèse : Dr Motoko DELAHAYE

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Madame le Docteur Motoko DELAHAYE

Monsieur le Docteur François JACOB

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GÜTTARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DODIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraires associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Ebienné	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safoouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SÂBOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAÛNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLÂVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNEGAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biochimie
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOL Yves
Dr CHICOLAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patric	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

P.U. - P.H.

2ème classe

M. AGCABLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALÈNC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve Médecine Générale

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAVALD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carlo	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

REMERCIEMENTS AU JURY

Au président du jury :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, je vous en suis reconnaissant. Merci également pour votre investissement auprès des internes de médecine générale. Je vous prie de croire en l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Aux membres du jury :

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury. Je vous prie de trouver ici l'expression de mes remerciements et ma sincère gratitude.

Monsieur le Docteur François JACOB.

Merci d'être présent aujourd'hui et d'avoir accepté de participer à ce jury, cela me tenait à cœur.

Notre rencontre est le fruit d'heureuses coïncidences, merci pour ta pédagogie, pour m'avoir donné gout aux urgences et pour ton immense soutien sans lequel mon parcours ne serait pas celui-ci. C'est avec impatience que j'attends de travailler au sein de ton service des urgences de Millau.

A ma directrice de thèse :

Madame le Docteur Motoko DELAHAYE.

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Ton implication, tes enseignements et tes recommandations m'ont été précieux dans l'élaboration de ce travail. Merci de t'être rendue disponible malgré ta charge de travail importante.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

À mes parents,

Je ne mesurerai jamais l'ensemble des efforts que vous avez pu faire pour que je puisse en arriver là. Je vous remercie pour toutes ces valeurs que vous m'avez transmises, pour votre soutien tout au long de mes études, pour votre confiance et votre amour.

À toute ma famille,

Nos (trop rares) fêtes de famille sont toujours de bons moments et je garde de supers souvenirs de tous ces instants passés avec chacun d'entre vous.

À mes amis de Poitiers, Max, Bilel, Éric, Ando, Miguel, Johanna, Amaury,

Je mesure chaque jour l'incalculable chance de vous compter parmi mes proches. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble, et j'espère qu'il y en aura encore beaucoup d'autres.

À Christophe,

Toi qui m'a accompagné pendant toutes ces années qui sont remplies de souvenirs mémorables passés sur les bancs de la Fac et lors de ces journées BU. On en a enfin fini !

A mes anciens colocataires et amis, Rico, Guéno, Estelle, Marine,

Merci pour tous ces bons moments passés à la coloc' à Toulouse.

Au Docteur Jacob, à tous les urgentistes et à toute l'équipe des urgences de Millau,

Merci pour votre pédagogie et votre bonne humeur. Mais par-dessus tout, merci de m'avoir donné goût aux urgences. A très bientôt !

À toutes les personnes qui ont participé à la réalisation de cette thèse,

Merci aux infirmier(e)s des urgences de Millau pour avoir pris le temps de distribuer les questionnaires nécessaires à mon recueil de données, ainsi que tous les médecins urgentistes et internes qui ont pris le temps de les remplir. Merci à tous pour votre participation et vos encouragements.

Et enfin à Sonia,

Merci pour ta patience, ton soutien infailible et ton enthousiasme au quotidien. Tu as été là pour moi et m'a toujours encouragé et remotivé dans les moments les plus difficiles.

Et à tous ceux que je n'ai pas cités mais qui comptent...

TABLE DES MATIERES

Remerciements au Jury	6
Remerciements personnels	7
TABLE DES MATIERES	9
TABLE DES ANNEXES	11
TABLE DES FIGURES	12
LISTE DES ABREVIATIONS	13
INTRODUCTION.....	14
MATERIEL ET METHODES.	17
I. Type d'étude.	17
II. Élaboration des questionnaires.....	17
III. Population cible.....	19
A. Critères d'inclusion.	19
B. Critères d'exclusion.	19
IV. Déroulement de l'étude.....	19
A. Distribution des questionnaires	20
B. Recueil des données	20
RESULTATS.	21
I. Données générales sur la population étudiée.....	21
II. Analyse du questionnaire patient	22
A. Profil de la population étudiée.	22
B. Moyen de transport à l'arrivée au SAU.....	22
III. Étude de la venue au SAU.....	23
IV. Adressage par le MG traitant.	24

V. Analyse du questionnaire soumis aux MU.....	25
A. Étude du mode d'adressage.....	25
B. Point de vue des MU.	25
C. Motif de consultation et devenir.....	26
D. Classification CCMU.....	27
E. A la question « Le recours au SAU était-il justifié ou non ? ».....	27
DISCUSSION.....	28
CONCLUSION.....	33
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	34
ANNEXES.....	34

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Offre de soins en médecine d'urgence en Aveyron (ORUMIP 2016).

Annexe 2 : Classification Clinique des Malades des Urgences (Observatoires régionaux des urgences).

Annexe 3 : Questionnaire patient

Annexe 4 : Questionnaire médecin

Annexe 5 : Pictogramme 1 du protocole d'adressage des patients au SAU par les médecins généralistes.

Annexe 6 : Pictogramme 2 du protocole d'adressage des patients au SAU par les médecins généralistes.

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Inclusion des patients

Figure 2 : Moyen de transport à l'arrivée au SAU (n=245)

Figure 3 : Mode d'adressage vers le SAU (n=245)

Figure 4 : Raison de la consultation au SAU sans adressage préalable (n=90)

Figure 5 : Mode d'adressage estimé idéal par le MU (n=245)

Figure 6 : Motif de consultation (n=245)

Figure 7 : Orientation après passage au SAU (n=245)

LISTE DES ABREVIATIONS

CH :	Centre Hospitalier
CNOM :	Conseil National de l'Ordre des Médecins
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
INSEE :	Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
IOA :	Infirmière Organisatrice d'Accueil
MG :	Médecin Généraliste, Médecine Générale
MU :	Médecin Urgentiste, Médecine d'Urgence
PDSA :	Permanence Des Soins Ambulatoire
SAMU :	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU :	Service d'Accueil des Urgences
SP :	Sapeurs Pompiers

INTRODUCTION

Le flux de patients venant consulter aux Services d'Accueil des Urgences (SAU) hospitaliers est en constante augmentation depuis les années 80. La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) ^[1] révèle le nombre de passage aux urgences à 20 millions en 2016, avec une croissance de 3,5 % en moyenne par an depuis 1996. L'ex-région Midi Pyrénées est la 2^{ème} plus grande région de France, représentant 8,7 % de la population française.

L'Aveyron dénombre une population de 279 169 habitants en 2014 d'après les chiffres de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)^[2], soit une densité de la population au km² de 32. Le SAU du Centre Hospitalier (CH) de Millau est le 2^{ème} SAU en termes de nombre de passages (après le SAU de Rodez), comptant 16 408 passages d'après les chiffres de l'ORUMIP ^[3] durant l'année 2016 avec une augmentation de 0,1 % par rapport à l'année précédente, soit une moyenne de 45 passages par jour. La cartographie placée en Annexe 1 montre la répartition de l'offre de soins et des plateaux techniques en Médecine d'Urgence (MU) en Aveyron. On compte par ailleurs 214 Médecins Généralistes (MG) en Aveyron en 2017 avec une densité médicale faible (140 MG pour 100 000 habitants selon les chiffres du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ^[4].

Les usagers consultent aux SAU selon plusieurs modes d'entrée : sur décision personnelle, par moyen de transport individuel ou ambulance - suite à la régulation médicale du motif d'appel au SAMU ou au 3966 (numéro d'appel unique en ex Midi-Pyrénées pour la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA)), amenés par les Sapeurs-Pompiers (SP).

Plusieurs éléments conduisent à saturer le fonctionnement des SAU. Ce constat est la conséquence de modifications socio-démographiques profondes en France. En effet on observe d'une part une croissance et un vieillissement de la population française passant de 58,8 millions d'habitants en 2000 à 63,7 millions en 2015, avec une diminution dans la catégorie des moins de 19 ans passant de 25,6 millions à 24 millions et une augmentation des plus de 75 ans passant de 7,2 millions à 9,1 millions selon les chiffres de l'INSEE ^[2]. D'autre part un changement des comportements des français vis-à-vis du système de soins, de plus en

plus en quête d'immédiateté, souhaitant une réponse rapide à une question de santé comme le décrit le rapport d'information déposé au Sénat en juillet 2017 ^[5]. Face à ces modifications il existe une inadéquation des moyens médicaux disponibles, que cela soient des moyens humains (nombre insuffisant de personnel soignant hospitalier) ou matériels (insuffisance du nombre de lits d'hospitalisation d'aval).

Ce constat peut également être une conséquence de la désertification médicale, touchant particulièrement les zones rurales et certaines zones urbaines où les MG retraités ne sont pas toujours remplacés (étude de la DRESS publiée en mai 2017^[6]). La mission de soins de premier recours ne pouvant parfois plus être accomplie par les MG, les patients se dirigent vers les CH.

Face à ces constats, la nécessité d'une meilleure communication entre médecine de ville et hôpital semble indispensable. La communication entre médecins est d'ailleurs régie par l'article L1110-4 du Code de Santé Publique (CSP) ^[7]. Ce dernier considère l'échange d'informations entre médecins comme nécessaire à la continuité des soins et à la qualité de la prise en charge du patient. Cependant de nombreuses études ont été réalisées à ce sujet ces dernières années et révèlent un réel manque de communication entre médecins hospitaliers et médecins libéraux ^[8, 9, 10].

Cela est illustré notamment par le travail de thèse du Dr Hubert en 2006 ^[10], qui avait réalisé une enquête qualitative auprès de 50 MG sur la circulation de l'information médicale entre l'hôpital et la ville dans le secteur de Paris et de la Seine-Saint-Denis. D'après son travail la communication entre les médecins hospitaliers et les MG semblait satisfaisante sur le plan quantitatif, avec un taux de retour des Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH) qui s'élevait à 86 %, mais pas satisfaisante sur le plan qualitatif. En effet, 23 MG estimaient que les médecins hospitaliers prenaient rarement l'initiative de la communication avec le MG. Pour 6 MG, les difficultés de la communication avec l'hôpital s'expliquaient par l'indisponibilité des médecins hospitaliers et la difficulté à les joindre, l'instabilité des correspondants hospitaliers et la méconnaissance de la pratique de ville par les médecins hospitaliers. 7 MG avaient le sentiment d'une communication unidirectionnelle dont ils étaient toujours les initiateurs et les demandeurs. 40 MG reprochaient à l'hôpital de conserver les clichés radiologiques. Les médecins hospitaliers prévenaient le MG du décès de ses patients dans seulement 12 % des cas. Dans 70 % des décès, c'était la famille qui annonçait le décès du patient au médecin traitant. Les délais de réception des CRH estimés entre 8 jours et 1 mois pour 32 MG, étaient

considérés comme longs ou trop longs pour 47 MG. Enfin 44 MG ne se sentaient pas associés au projet thérapeutique de leurs patients lorsqu'ils étaient hospitalisés.

Ces résultats rejoignent ceux du travail de thèse du Dr M.Giraud ^[9] qui avait réalisé en 2010 une enquête de satisfaction auprès des MG de Grenoble concernant le service rendu par le CHU. Les MG déploraient un manque de coopération avec les médecins hospitaliers, des difficultés pour les joindre ou faire hospitaliser leurs patients dans les services adaptés, et un retard à l'information.

Par ailleurs de nombreux travaux ont cherché à évaluer la qualité informative du courrier d'admission aux Urgences des MG ^[11, 12, 13, 14] : le contenu, la pertinence des informations données, la lisibilité... des courriers. Mais peu d'études ont analysé le mode d'adressage des patients aux SAU par leurs MG traitants.

L'objectif principal de cette étude est d'analyser le mode d'adressage des patients par leur MG traitant vers le SAU du CH de Millau.

MATERIEL ET METHODES.

I. Type d'étude.

Il s'agit d'une étude transversale observationnelle portant sur le mode d'adressage des patients consultant au SAU de Millau.

Notre étude a été réalisée au moyen d'un double questionnaire auto-administré.

II. Élaboration des questionnaires.

Le premier questionnaire était destiné aux patients, l'objectif était d'explorer leur parcours et les raisons les ayant amenés à consulter au SAU. Le second était réservé aux MU afin d'explorer les informations qu'ils avaient reçues et avoir leur opinion sur le mode d'adressage.

Les questions ont été élaborées après un temps de recherche documentaire en s'appuyant sur l'étude de la DRESS intitulée « Motifs et trajectoire des patients aux urgences », la thèse du Dr D. Benguigui qui étudie le mode d'adressage des patients venant consulter au SAU de l'hôpital Edouard Herriot à Lyon [1, 12, 13, 14,15, 16].

Les deux questionnaires débutaient chacun par un paragraphe d'introduction.

Le questionnaire destiné aux patients était composé de 8 questions. Les trois premières portaient sur des renseignements généraux : sexe, âge.

Les questions suivantes renseignaient :

Le mode de transport utilisé pour venir au SAU :

- Moyen personnel ou amené par un membre de l'entourage en véhicule individuel
- Ambulance
- SP, SAMU/SMUR, forces de l'ordre

Le mode d'adressage du patient :

- Patient consultant de sa propre initiative.
- Patient adressé par son médecin traitant.
- Patient adressé par le centre de régulation des appels via le 15 ou le 3966

Les raisons qui ont motivé un passage au SAU sur sa propre initiative :

- Sentiment d'urgence
- Aggravation depuis la consultation chez le MG traitant
- Rendez-vous chez le MG traitant trop éloigné
- Sentiment d'avoir besoin d'examen complémentaires
- Proximité géographique du SAU

Si le patient a été adressé par son MG traitant :

- Avec courrier à remettre aux urgences.
- Et/ou avec appel téléphonique pour les prévenir.

Le questionnaire réservé aux médecins était composé de 11 questions.

Les premières questions traitaient du mode d'adressage du patient :

- Avec courrier du médecin traitant.
- Si oui sous quelle forme (manuscrite, dactylographiée, faxée) ainsi que sa lisibilité.
- Si le médecin urgentiste avait été prévenu de l'arrivée du patient par téléphone et qui avait répondu à cet appel.

Dans la seconde partie, le MU devait donner son opinion sur :

- La pertinence du mode d'adressage effectif en fonction de la situation du patient
- Le mode d'adressage idéal qui aurait pu être utilisé par le MG traitant

Les dernières questions concluaient le dossier :

- Motif de consultation principal du patient
- Devenir après son passage au SAU
- Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) (Annexe 2)^[17].
- Si le MU estimait le recours au SAU justifié ou non.

Chaque question des deux questionnaires était à réponse unique. Ils sont disponibles en Annexes, respectivement 3 et 4.

III. Population cible.

A. Critères d'inclusion.

Tous patients consultant au SAU de Millau.

B. Critères d'exclusion.

- Patients inconscients.
- Etat d'instabilité hémodynamique ou Détresse respiratoire.
- Douleur non contrôlée.
- Incapacité physique ou mentale à remplir le questionnaire.
- Problème de langue ou de lecture, mal voyant.
- Refus de participation à l'étude.

IV. Déroulement de l'étude.

L'étude s'est déroulée sur une période de deux mois et demi, du dix-sept avril 2018 au premier juillet 2018 inclus. Nous avons préalablement demandé l'accord au Chef du SAU de Millau pour sa réalisation.

Nous avons organisé plusieurs rencontres avec la cadre du service ainsi que l'ensemble du personnel soignant afin d'expliquer l'intérêt et le protocole de l'étude. Nous avons également édité des affiches et pictogrammes expliquant le protocole de l'étude et mis à disposition du personnel soignant du SAU (Annexes 5-6).

Nous avons prévu de relancer régulièrement l'équipe toutes les deux semaines.

L'étude était initialement prévue sur une durée de 2 mois mais a été prolongée de 15 jours afin de recueillir davantage de questionnaires devant un nombre recueilli insuffisant.

Les résultats ont été relevés tous les 15 jours. Le recueil des données a été réalisé sur tableur Microsoft Excel 2016®.

A. Distribution des questionnaires :

Lors de l'entrée administrative du patient, l'Infirmière Organisatrice d'Accueil (IOA) remettait à chaque patient le questionnaire patient, en lui indiquant qu'il pouvait rendre la feuille barrée en cas de refus de participer. Elle insérait dans ce même temps le questionnaire médecin dans le dossier du patient.

Le patient remplissait ensuite son questionnaire dans la salle d'attente en attendant sa prise en charge médicale. C'est lors de son installation en boîte de consultation que le soignant (infirmière, médecin ou aide-soignant) relevait le questionnaire patient rempli. Le questionnaire était ensuite rangé dans le dossier du patient.

Lors de la prise en charge médicale, le médecin ou l'interne remplissait le questionnaire médecin avant de le remettre dans le dossier du patient.

A la fin de la prise en charge aux urgences, le soignant récupérait les deux questionnaires, les agrafait ensemble et les déposait dans un carton prévu à cet effet.

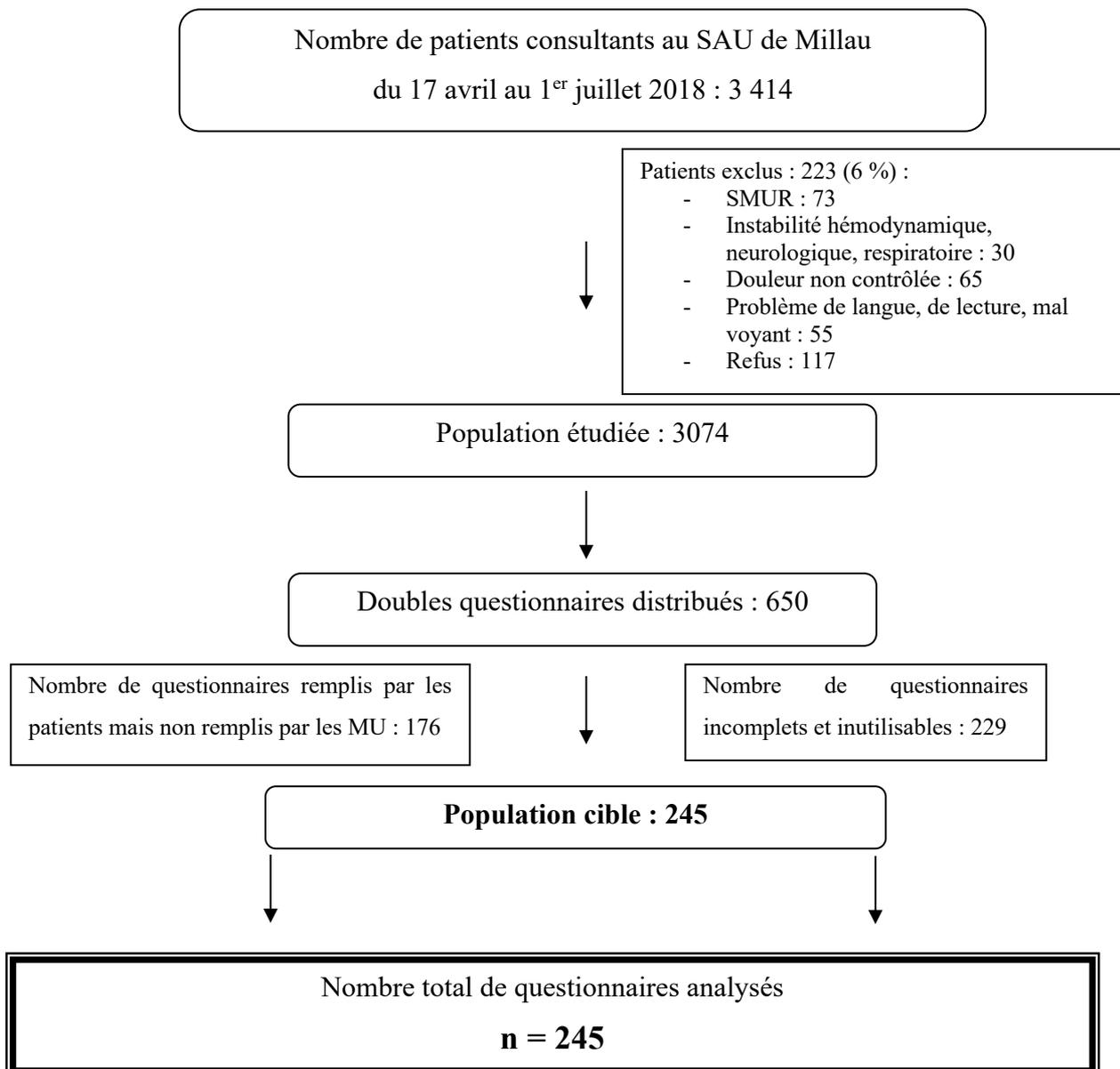
B. Recueil des données :

Les questionnaires étaient recueillis toutes les deux ou trois semaines, puis intégrés dans un tableur Microsoft Excel 2016® pour être analysés.

RESULTATS.

I. Données générales sur la population étudiée.

Figure 1 : Inclusion des patients



II. Analyse du questionnaire patient.

A. Profil de la population étudiée.

1. Sexe.

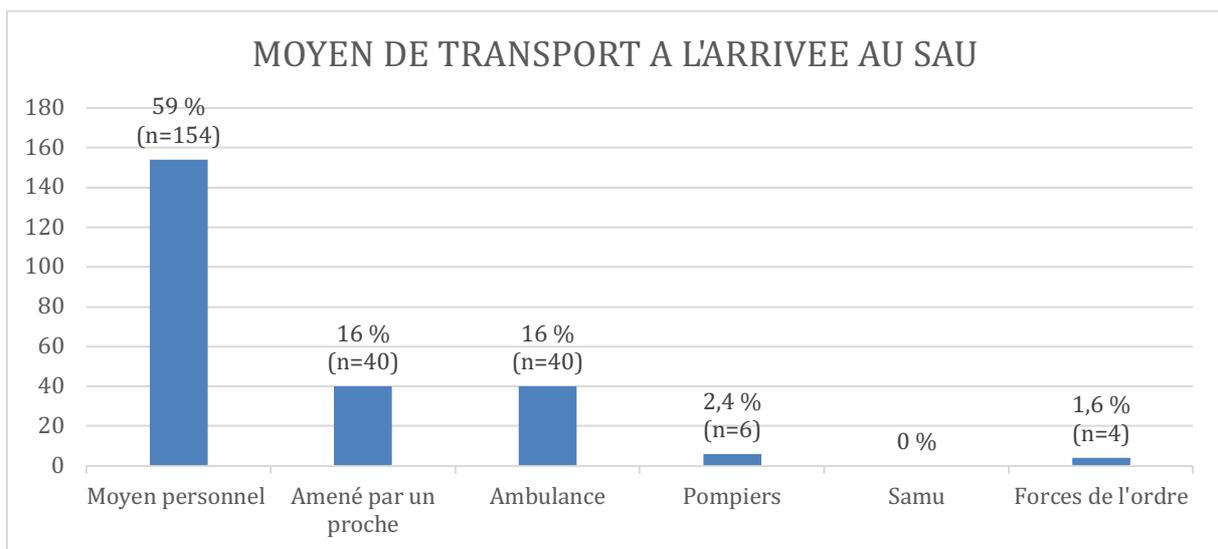
Nous avons relevé 49 % (n=121) patients de sexe masculin et 51 % (n=124) de sexe féminin.

2. Age.

En ce qui concerne l'âge, nous avons compté 17 % de moins de 15 ans (n= 42), 37 % (n=92) chez les 16 à 65 ans, et 45 % (n=111) chez les 66 ans et plus.

B. Moyen de transport à l'arrivée au SAU

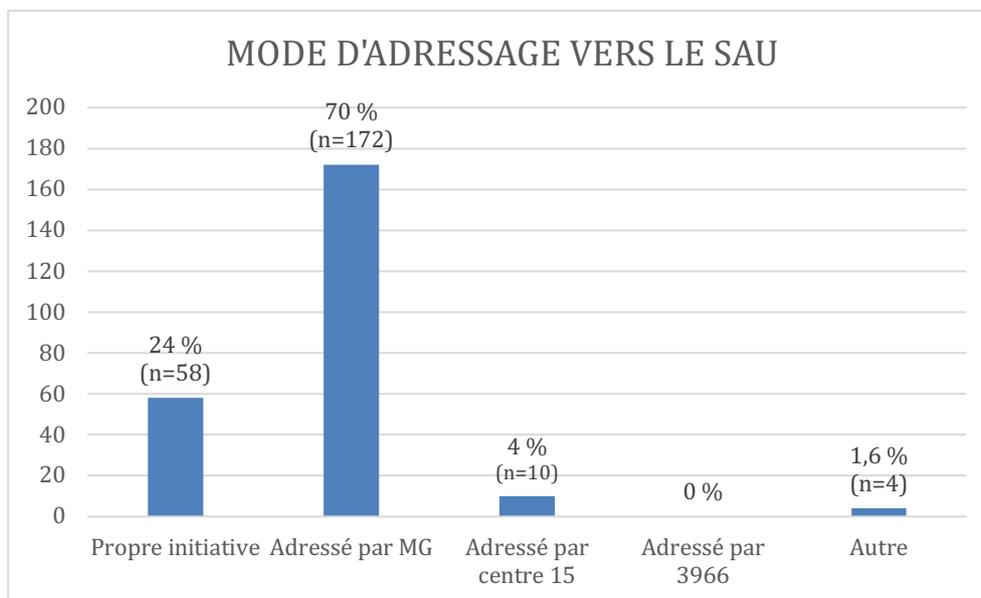
Figure 2 : Moyen de transport à l'arrivée au SAU (n=245)



III. Étude de la venue aux urgences.

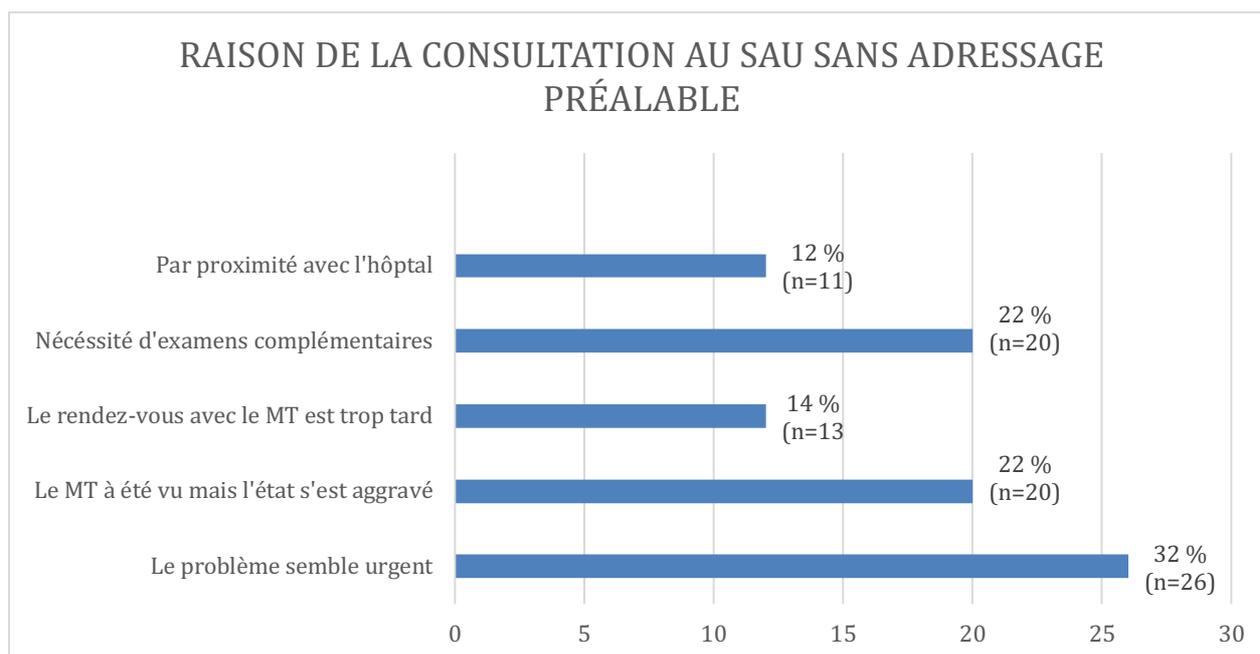
1. Mode d'adressage vers le SAU

Figure 3 : Mode d'adressage vers le SAU (n=245)



2. Raisons invoquées par les patients pour consulter au SAU sans adressage préalable.

Figure 4 : Raison de la consultation au SAU sans adressage préalable (n=90)



IV. Adressage par le MG traitant.

1. Circonstances d'adressage.

195 patients étaient adressés par leur MG traitant au SAU.

Parmi eux, 79 % (n=154) étaient directement adressées à l'issue de la consultation, 11 % (n=21) après recommandation téléphonique par le MG traitant mais sans consultation et donc sans examen clinique, 10 % (n=20) à la suite d'une consultation datant de plusieurs jours sans amélioration depuis.

2. Lettre remise au patient.

Parmi les 195 patients adressés par le MG traitant, 88 (n=172) déclaraient avoir reçu un courrier du MG traitant, et 12 % (n=23) déclaraient n'avoir rien reçu.

3. Appel téléphonique donné.

Parmi les 195 patients adressés par le MG traitant, 39 % (n=76) déclaraient que le médecin avait appelé le SAU pour informer de leur arrivée, 46 % (n=90) déclaraient qu'il ne l'avait pas fait, 15 % (n=29) déclaraient ne pas le savoir.

V. Analyse du questionnaire soumis aux MU.

C. Étude du mode d'adressage.

1. Courriers.

56 % des questionnaires (n=137) mentionnent la présence d'un courrier d'admission, 44 % (n=108) mentionnent l'absence d'un courrier.

65 % des courriers reçus sont manuscrits (n=89), 35 % sont dactylographiés (n=48).

Parmi les courriers manuscrits, 71 % (n=64) sont jugés lisibles par les MU contre 28 % (n=36) jugés illisibles.

2. Appels téléphoniques.

42 % (n=103) des questionnaires des MU notent la présence d'un appel téléphonique reçu de la part du MG ayant adressé le patient, 58 % (n=142) disent ne pas avoir reçu d'appel.

La personne recevant l'appel est dans 79 % (n=82) des cas le MU, dans 9 % des cas l'interne et dans 12 % des cas une infirmière.

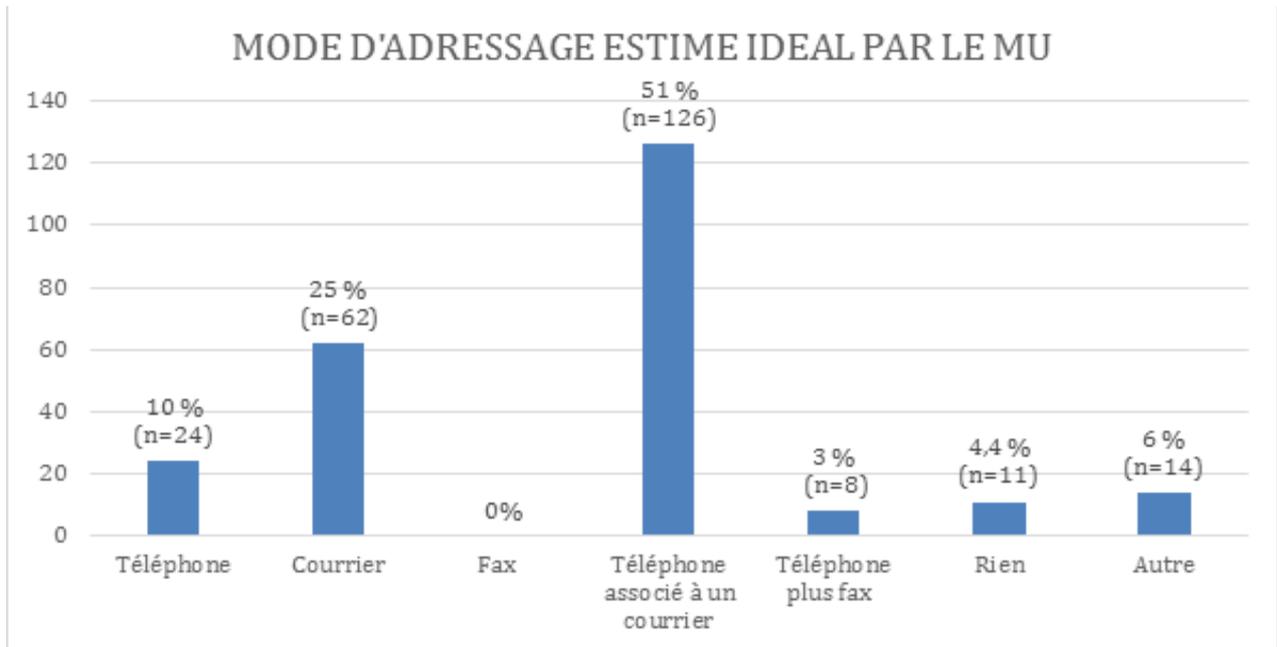
D. Point de vue des MU.

1. A la question « Le mode d'adressage est-il adapté ? ».

Dans 63 % (n=155) des cas le MU estime que le mode d'adressage est adapté et dans 37 % (n=90) non adapté.

2. A la question « Quel est le mode d'adressage idéal ? ».

Figure 5 : Mode d'adressage estimé idéal par le MU (n=245)

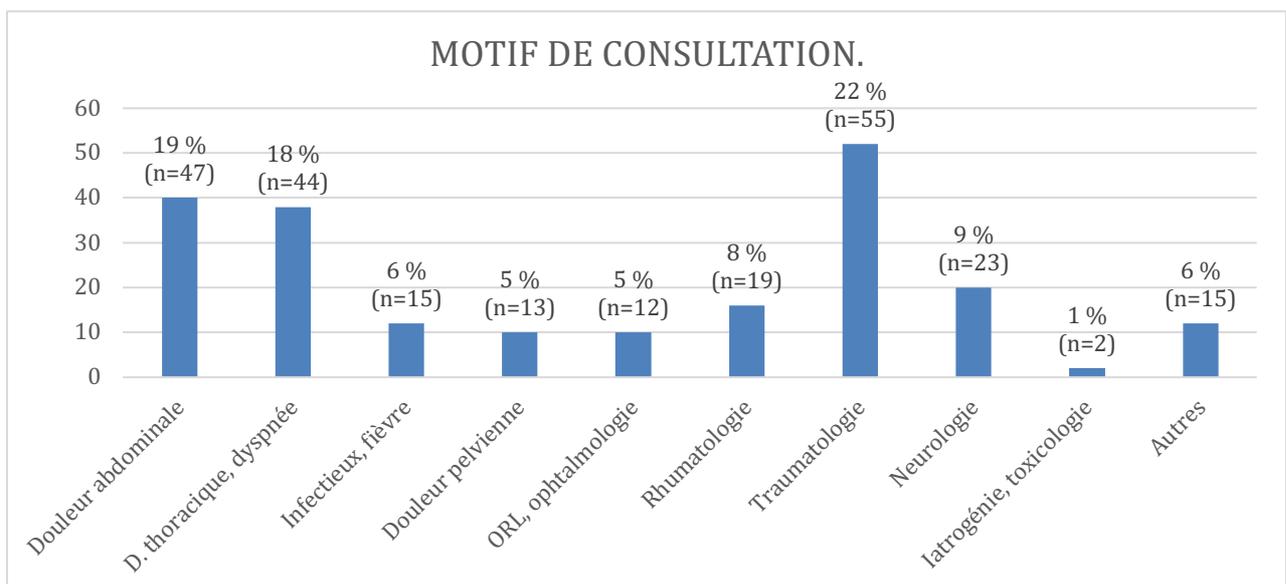


Dans 6 % des cas (n=14) les MU avaient répondu « Autre » : ils précisait que le patient ne relevait pas d'une prise en charge au SAU.

C. Motif de consultation et devenir.

1. Motif de consultation.

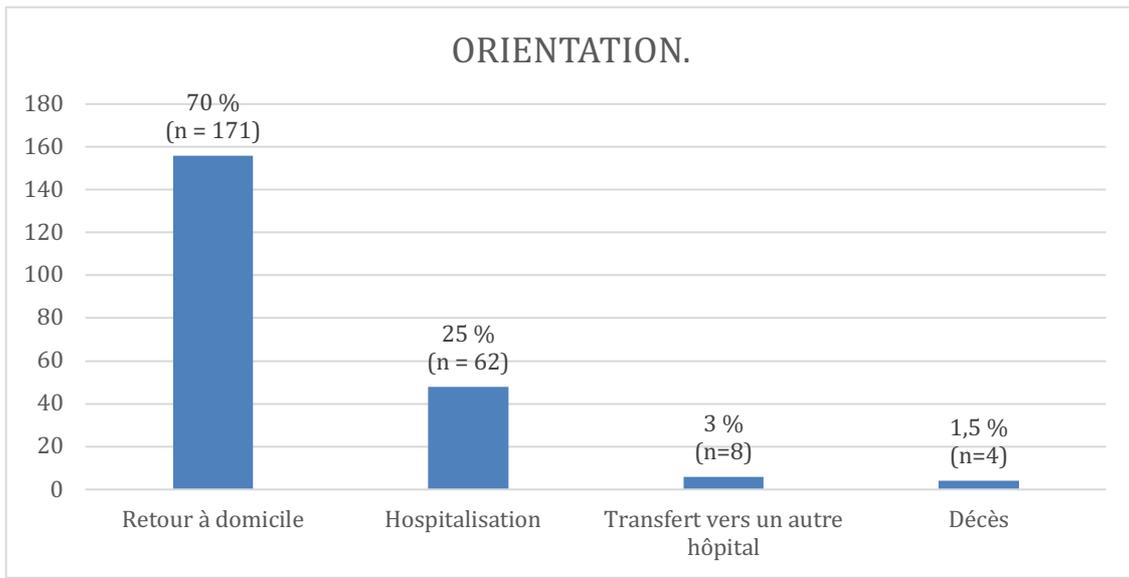
Figure 6 : Motif de consultation (n=245)



Dans 6 % (n=15) des cas, les MU ont évoqué le motif « Autre ». Dans ce cas il était précisé « Altération de l'état général » dans 8 questionnaires (3,2 %) et « Cause psychiatrique » dans 7 questionnaires (2,8 %).

2. Orientation.

Figure 7 : Orientation après passage au SAU (n=245)



D. Classification CCMU.

3,3 % (n=8) des patients sont classés CCMU 1,
86,5 % (n=212) des patients sont classés CCMU2,
10,2 % (n=25) des patients sont classés CCMU3.

E. A la question « Le recours au SAU était-il justifié ou non ? ».

77 % (n=189) des recours sont estimés justifiés par les MU contre 23 % (n=56) qui sont estimés ne pas l'être.

DISCUSSION

Notre étude a permis d'étudier le mode d'adressage des patients au SAU du CH de Millau : les patients ont été adressés par leur MG traitant avec un courrier en main propre et pour moitié un appel téléphonique associé. Le mode d'adressage estimé idéal par les MU est la transmission d'un courrier d'adressage associé à un appel téléphonique. Ils estiment que le mode d'adressage est généralement adapté.

L'originalité de notre étude réside dans le fait d'avoir analysé les différents moyens d'adressage du patient au SAU par le MG. L'utilisation d'un double questionnaire a permis d'obtenir à la fois les données liées à l'adressage du patient, mais aussi le point de vue de l'urgentiste face au mode d'adressage employé.

La première limite de cette étude est le faible nombre de questionnaires recueillis. En effet, après application des critères d'exclusion, sur les 3074 patients potentiellement « incluables », seulement 245 questionnaires ont été renseignés soit un taux de réponses de 8 % (dont 40 % de réponses exploitables).

L'importante suractivité du SAU du CH de Millau sur la période de l'étude explique probablement ces difficultés d'inclusion. En effet, chaque année durant la période printemps-été, on observe une augmentation du flux de patients au SAU de Millau pouvant parfois doubler en comparaison au reste de l'année (en moyenne 30 patients par jour en février contre 60 en juillet). L'augmentation de la population en période estivale est liée principalement aux touristes venus profiter des activités et sports de nature qui font l'attrait de cette région. Cette augmentation d'activité entraînant une surcharge de travail pour le personnel du SAU, il est probable que les questionnaires n'aient pas été assez fréquemment proposés (seulement 1 sur 5), puis qu'ils aient été moins souvent renseignés.

Par ailleurs, nous avons constaté que 70 % des patients ayant participé à l'étude déclarent avoir été adressé par le médecin traitant. Ce chiffre ne concorde pas avec les relevés statistiques du SAU de Millau qui comptent seulement 7 % de patients adressés par le MG traitant, ni avec les chiffres de l'ORUMIP ^[3] qui révèle 4,7 % de patients adressés aux SAU

par le MG traitant. Cette discordance est probablement liée à une incompréhension du protocole, complexe, par l'équipe soignante : ils ont du distribuer les questionnaires principalement aux patients ayant été adressés par le MG, et non pas en systématique à tous les patients, induisant un biais de sélection, notamment lors des journées de forte affluence avec des consultations relevant majoritairement de la traumatologie.

Enfin, on peut imaginer un sentiment de gêne et de culpabilité du patient n'ayant pas été adressé par le MG, préférant ne pas répondre au questionnaire ou prétendre qu'il a été adressé par le MG, de peur d'être jugé ou de ne pas bien être pris en charge...

Notre échantillon paraît comparable à la population de patients consultant dans les SAU de l'ex-Midi-Pyrénées, d'après les chiffres de l'ORUMIP :

- On observe une quasi-parité de sexe avec une discrète majorité de femmes.
- Concernant les tranches d'âges, on a constaté que les 66 ans et plus sont majoritaires.
- Les patients admis aux SAU viennent majoritairement par leur propre moyen : cette tendance rejoint les chiffres de l'ORUMIP qui compte davantage (77 %) de patients venant par leur propre moyen.
- Toutefois le taux de consultations en traumatologie est élevé du fait du nombre d'activités sportives importantes pratiquées dans la région de Millau.

Parmi les patients adressés par le MG traitant, 79 % sont adressés à l'issue d'une consultation, 11 % sont adressés après recommandation téléphonique sans consultation. Dans ce cas, le MG traitant n'a pas réalisé d'examen clinique, il prend donc le risque d'orienter le patient vers le SAU de façon inadaptée (adresser à tort des patients qui ne relèvent pas d'une prise en charge au SAU, ou encore ne pas adresser avec le bon moyen de transport en orientant un patient grave par ses propres moyens au SAU alors qu'il nécessiterait un transport médicalisé). Bien que cette situation doive être évitée, on peut comprendre que certaines circonstances peuvent conduire le MG à utiliser ce mode d'adressage. Dans ce cas il semble nécessaire d'appeler préalablement le MU du SAU, et si possible lui transmettre un courrier d'adressage. Cet appel téléphonique pourrait être l'occasion de discuter la pertinence du mode de transport proposé selon l'état du patient. Ce type d'adressage sans examen clinique préalable suppose que le MG adresseur ait pu exercer une forme de régulation médicale dont le résultat serait l'adressage au SAU. Toutefois les MG formés et exerçant de la régulation médicale dans le cadre du volet régulation de la PDSA restent une minorité :

environ 20 MG régulateurs pour 220 MG effecteurs soit 9 % des MG participant à la PDSA^[18, 19].

Au SAU de Millau, le mode d'envoi du courrier d'adressage par fax n'est jamais utilisé. Or, ce moyen de communication pourrait être intéressant pour adresser un patient au SAU car il permettrait une transmission de l'information rapide, permettant ainsi d'anticiper la prise en charge du patient au SAU.

Une des raisons qui pourrait expliquer le manque d'utilisation de ce mode d'adressage pourrait être l'appréhension du MG libéral sur le fait que le courrier puisse ne pas être reçu au SAU ou qu'il soit reçu mais non lu. D'autre part, comme le souligne le Dr Mesnil ^[11], ce mode de transmission d'information peut poser un problème sur le plan éthique en ce qui concerne la confidentialité des informations du patient. Enfin, l'utilisation du fax sous-entend la nécessité d'appeler le SAU afin de vérifier sa bonne réception, ce qui demandera un temps supplémentaire pour le MG.

Concernant la forme du courrier d'adressage : la lettre est généralement manuscrite, avec le risque de la perte de lisibilité dans 1/3 des cas. Ces chiffres sont retrouvés dans de la littérature ^[12, 14] et laissent à penser que le courrier informatisé est le support optimal. Cependant il est compréhensible qu'il ne soit pas réalisable dans certaines situations, par exemple lors de l'adressage d'un patient au SAU à la suite d'une visite à domicile. De plus face à la contrainte de temps à laquelle ils sont soumis, les MG peuvent préférer la rédaction d'un courrier manuscrit qui sera plus rapide à rédiger pour un bon nombre d'entre eux ?

Pour autant de plus en plus de MG sont actuellement informatisés : les nouveaux logiciels métiers (exigés par l'Assurance Maladie pour bénéficier du forfait structure de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) ^[20] intègrent des fonctions de création de courriers préprogrammés nécessitant un nombre minimal de « clics » : un appel téléphonique permettrait au MG de prévenir le MU de l'arrivée du patient, suivi d'un fax secondaire de courrier informatique (une fois le MG revenu de sa visite à domicile au cabinet) pourraient-ils constituer une alternative acceptable ?

L'appel téléphonique seul reste très peu utilisé par les MG pour adresser leur patient aux SAU. Pourtant, la transmission des informations par voie téléphonique semble parfois être plus pertinente que la transmission écrite : en effet, une étude australienne réalisée en 1998 par Harris, Giles et Toole ^[21] démontrait que l'appel téléphonique du MG traitant pour annoncer la venue de son patient accélérât sa prise en charge. La communication orale serait plus pertinente que la communication écrite dans ce cadre. Le SAU, averti de la venue du patient, pouvant alors s'organiser pour accueillir les malades les plus graves et ceux nécessitant probablement une hospitalisation et optimiser leur prise en charge. Néanmoins, ce mode d'adressage reste actuellement peu utilisé.

Une des raisons souvent avancée par les MG libéraux est la difficulté à joindre le SAU par téléphone, devant souvent attendre de nombreuses minutes avant d'avoir quelqu'un. L'autre raison que nous pouvons évoquer est le manque de traçabilité d'un appel téléphonique, sauf en cas d'appel du SAMU. Certains SAU comme Rodez ont mis en place un formulaire de recueil standardisé des données lors d'appels téléphoniques des MG traitants, afin de : faciliter la mise en évidence de ces critères de gravité ou d'urgence, tracer les éléments principaux du dossier médical, obtenir des éléments de capacité au retour à domicile...

Les MU estiment que le mode d'adressage au SAU était adapté dans 2 tiers des cas. Ces chiffres correspondent à ceux de l'ORUMIP ^[3]. Selon les MU, le mode d'adressage idéal est le courrier d'admission associé à un appel téléphonique. En effet, l'appel téléphonique permet d'avoir l'information rapidement en ce qui concerne l'arrivée du patient (signe de gravité, éléments particuliers à prendre en compte, réservation d'un lit ou du moins consultation des possibilités de lit d'aval en cas de motif d'hospitalisation à priori « probable »). Le courrier d'adressage quant à lui permet d'être plus exhaustif notamment sur les antécédents, les traitements en cours, les allergies ou encore le mode de vie du patient, et sa capacité de retour au domicile.

Le lien entre le mode d'adressage et le contexte clinique du patient n'a pas été mis en parallèle dans cette étude. Cependant il semble évident que le mode d'adressage devrait être adapté à la situation. En effet, il est compréhensible que le MG traitant qui adresse un patient au SAU pour une simple entorse de cheville ne fasse pas de courrier d'admission ou d'appel

téléphonique ; alors qu'une demande d'hospitalisation pour un maintien à domicile difficile chez un patient âgé nécessitera plus d'informations pour le SAU.

Un outil de communication qui pourrait être prometteur à l'avenir dans la prise en charge des patients au SAU est le Dossier Médical Personnel (DMP) ^[22]. Celui-ci, créé en 2011 permettrait de rassembler les informations médicales nécessaire à la coordination des soins (antécédents, prescriptions médicales, comptes rendus d'hospitalisation, allergies, traitement...). L'ensemble des médecins participant à la prise en charge du patient aurait alors accès à l'ensemble de son dossier médical, pourrait le compléter, permettant une centralisation des informations.

Le mail est un autre moyen de communication en phase de développement notamment via la communication par courriels professionnels protégés (exemple : Médimail®, MSSanté). Ce moyen se développe entre MG et les autres spécialistes mais n'est actuellement pas utilisé dans le cadre de l'adressage des patients au SAU. Pourtant ce moyen permettrait d'échanger rapidement et de façon sécurisée des données personnelles de santé au bénéfice des patients. Ce moyen permettrait aussi aux urgentistes de transmettre rapidement aux MG un compte rendu de la consultation du patient au SAU. Mais cela sous-entend la nécessité d'une personne disponible au SAU pour traiter ces courriels. Notons également que comme la plupart des technologies informatiques, le problème de sécurité et de la confidentialité des données personnelles peut être posé. Enfin on peut imaginer par la suite l'intégration des communications par mail sécurisé au sein des logiciels métiers des SAU, à l'instar du futur Système d'Information SAMU national : le MU ou le secrétariat du SAU pourraient alors recevoir et envoyer en temps réel les informations nécessaires à la prise en charge optimale du patient.

CONCLUSION

Le mode d'adressage des patients au SAU du CH de Millau par leur MG traitant est généralement un courrier en main propre et pour moitié avec un appel téléphonique associé. Le mode d'adressage estimé idéal par les MU est la transmission d'un courrier d'adressage associé à un appel téléphonique. Ils estiment que le mode d'adressage est généralement adapté. Le courrier d'adressage gagnerait à être informatisé ou faxé.

Aucun des modes d'adressage des patients au SAU n'est parfait. Il convient aux médecins de s'adapter en fonction du contexte rencontré : des signes d'urgence ou de gravité rendent utile l'appel téléphonique afin d'optimiser le mode de transport vers le SAU ou réserver un lit d'aval potentiel ; le courrier permettrait de compléter ces premières informations. La transmission de la totalité des informations relatives au patient à travers un outil partagé tel que le DMP constituerait une évolution et permettrait une mutualisation des données. Le développement des nouvelles technologies devrait faciliter et améliorer la qualité des échanges d'informations entre médecins.

L'amélioration de la communication entre MG et MU pourrait ainsi aider à fluidifier le passage au SAU et donc améliorer la prise en charge du patient.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ministère des Solidarités et de la Santé. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières - 2003. (Internet). Disponible sur : [<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/motifs-et-trajectoires-de-recours-aux-urgences-hospitalieres>]. Consulté le 22/05/2018.
2. INSEE Flash Occitanie. (Internet). Disponible sur : [<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2533716>]. Consulté le cité 20 sept 2018.
3. ORUMIP 2017. Panorama Occitanie - Activité des structures d'urgence 2016 (Internet). Disponible sur : [<https://www.orumip.fr/2017/11/panorama-occitanie-2016-activite-des-structures-durgence/>]. Consulté le 22/05/2018.
4. Cartographie Interactive de la Démographie. (Internet). Disponible sur : [<https://demographie.medecin.fr/#l=fr;v=map2>]. Consulté le 20 sept 2018.
5. Sénat. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé (Internet). Disponible sur : [http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html#toc66]. Consulté le 20 sept 2018.
6. DREES. Ministère des Solidarités et de la Santé. Déserts médicaux : comment les définir? Comment les mesurer? (Internet). Disponible sur : [<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>]. Consulté le 20 sept 2018.
7. Loi HPST 2009. (Internet). Disponible sur : [<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>]. Consulté le 20 sept 2018.

8. Sudriez F. La communication entre les médecins généralistes et les médecins du Service des urgences médicales de l'Hôpital Purpan. Thèse d'exercice : Médecine : Toulouse III ; 2001.
9. Giraud M. Coopération ville-hôpital : le point de vue des médecins généralistes. Thèse d'exercice : Médecine : Grenoble ; 2010.
10. Hubert G. La circulation de l'information médicale : évaluation du lien complexe ville-hôpital. Thèse d'exercice : Médecine : Bobigny ; 2006.
11. Masquère F. Analyse des informations médicales des courriers des enfants adressés aux Urgences pédiatriques du CHU de Toulouse. Thèse d'exercice : Médecine : Toulouse III ; 2017.
12. Mesnil C . Etude préliminaire descriptive des lettres d'adressage des médecins référents aux urgences de Lariboisière. Thèse d'exercice : Médecine : Paris VII ; 2016.
13. Lafay M. Étude prospective des informations contenues dans les courriers des médecins généralistes adressant leurs patients aux urgences de l'hôpital Tenon. Thèse d'exercice : Médecine : Paris VII ; 2016.
14. Tzebia KC. Analyse de la qualité de la lettre du médecin adressant un patient aux urgences adultes du CHU de Rouen. Thèse d'exercice : Médecine : Rouen ; 2015.
15. Benguigui D. Etude prospective du mode d'adressage des patients venant consulter au service d'accueil des urgences médicales du pavillon N de l'hôpital Edouard Herriot de Lyon Thèse d'exercice : Médecine : Lyon ; 2006.
16. Boudy Lapouge M. Les patients adressés par leur médecin généraliste aux urgences du centre hospitalier d'Albi : description et analyse des motifs de recours. Thèse d'exercice : Médecine : Toulouse III ; 2013.
17. Mediboard : Classification Clinique des Malades aux Urgences. (Internet). Disponible sur _____ :

[<http://www.mediboard.org/public/Classification+Clinique+des+Malades+aux+Urgences>].

Consulté le 20 sept 2018.

18. N° 1205 - Rapport d'information de M. Philippe Boënnec déposé par la délégation de l'Assemblée nationale à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins. (Internet). Disponible sur : [<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1205.asp>]. Consulté le 7 sept 2018.

19. ARS Occitanie. Permanence des soins ARS. (Internet). Disponible sur : [<https://www.occitanie.ars.sante.fr/permanence-des-soins-lars-poursuit-le-dialogue-avec-les-medecins-regulateurs-liberaux>]. Consulté le 23 sept 2018.

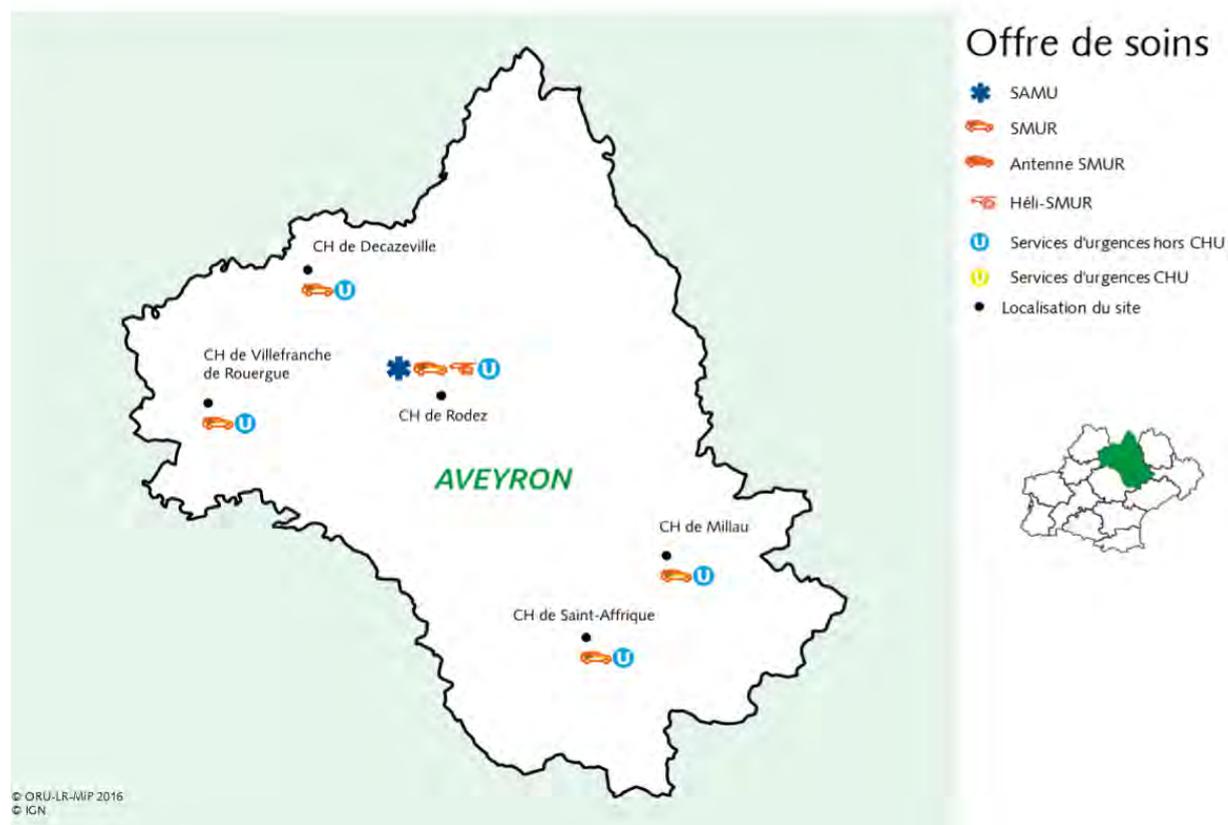
20. Rosp et nouveau « forfait structure ». (Internet). Disponible sur : [<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/rosp-et-nouveau-forfait-structure-la-declaration-des-indicateurs-ouverte-jusquau-5-fevrier>]. Consulté le 23 sept 2018.

21. Harris MF, Giles A, O'Toole BI. Communication across the divide. A trial of structured communication between general practice and emergency departments. Aust Fam Physician. Feb 2002;31(2):197-200

22. Dossier Médical Partagé. (Internet). Disponible sur : [<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/dossier-medical-partage/decouvrez-dossier-medical-partage>]. Consulté le 23 sept 2018.

ANNEXES

Annexe 1 : Offre de soins de Médecine d'Urgence en Aveyron (ORUMIP 2016 ^[14]) :



Annexe 2 : Classification Clinique des Malades des Urgences (Observatoires régionaux des urgences)^[17].

La CCMU classe les patients relevant de l'urgence préhospitalière (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation SMUR) et ou se présentant à l'accueil des urgences hospitalières selon 7 degrés de gravité, déterminés par le médecin à l'issue de l'examen clinique initial.

CCMU 1 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables.
Pas d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.

CCMU 2 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Réalisation d'un acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.

CCMU 3 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention du SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.

CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin du SMUR ou du service des urgences.

Annexe 3 : Questionnaire patient.

QUESTIONNAIRE P

Bonjour,

Je suis interne en Médecine Générale. Ma thèse porte sur la communication entre les médecins généralistes et les urgences. Vos réponses à ce questionnaire me seront précieuses et pourront permettre d'améliorer à long terme votre prise en charge aux urgences. **Pour chaque question, merci de cocher une seule réponse.** Vos réponses n'influenceront en aucun cas votre prise en charge.

Vous avez le droit de refuser de répondre : merci de barrer le questionnaire et le rendre « barré » à l'accueil.
Merci d'avance pour votre participation.

Roman CAMPO.

1. **Votre Sexe :** Masculin Féminin
2. **Votre âge :** De 0 à 15 ans 16 à 65 ans 66 ans et plus
3. **Quel mode de transport avez-vous utilisé pour venir ?** (1 seule réponse SVP)
 - Moyen personnel (voiture, à pied, vélo, bus...)
 - Amené par un ami / membre de la famille / collègue... en véhicule individuel
 - Ambulance sans médecin
 - Pompiers
 - SAMU / SMUR
 - Forces de l'ordre
4. **Vous venez :** (1 seule réponse SVP)
 - De votre propre initiative (décision personnelle, ou conseil de l'entourage)
 - Adressé par votre médecin généraliste
 - Adressé par le centre de régulation téléphonique du 15
 - Adressé par le centre de régulation téléphonique du 3966
 - Autre (merci de préciser SVP) :
5. **Si c'est sur votre propre initiative, vous venez parce que :** (1 seule réponse SVP)
 - Votre problème médical est vraiment urgent, pour vous
 - Vous avez vu un médecin généraliste, mais votre état s'est aggravé depuis
 - Votre médecin traitant ne vous a pas donné de rendez-vous assez rapidement (Merci de préciser sous quel délai SVP : heures, ou jours)
 - Votre état nécessite de réaliser en urgence une radio, échographie, scanner, prise de sang etc..., pour vous
Dans ce cas vous avez une prescription par un médecin : oui non
 - L'hôpital est plus proche
Autre (merci de préciser SVP) :
6. **Vous avez été envoyé aux urgences par votre médecin généraliste (sinon ne pas répondre) :** (1 seule réponse SVP)
 - En sortant de sa consultation ou visite aujourd'hui
 - Par téléphone (il vous a conseillé par téléphone d'aller aux urgences)
 - À la suite d'une consultation il y a quelques jours, car votre état ne s'améliorait pas
7. **Vous avez été envoyé aux urgences par votre médecin généraliste (sinon ne pas répondre) : vous a-t-il donné une lettre à remettre aux urgences ?** (1 seule réponse SVP)
 - Oui Non
8. **Vous avez été envoyé aux urgences par votre médecin généraliste (sinon ne pas répondre) : a-t-il appelé les urgences pour prévenir de votre arrivée ?** (1 seule réponse SVP)
 - Oui Non Je ne sais pas

Annexe 4 : Questionnaire médecin.

QUESTIONNAIRE M

Chers Consœurs, Confrères et Collègues,

Je suis interne en Médecine Générale. Ma thèse porte sur le mode d'adressage des patients au SAU par les médecins généralistes.

Pour chaque question, merci de cocher une seule réponse : attention « questionnaire incomplet = inutilisable ».

Merci d'avance pour votre aide.

Roman CAMPO

1. **Avez-vous reçu un courrier du médecin généraliste qui a adressé le patient ?** Oui Non
2. **Si oui, sous quelle forme ?** (1 seule réponse SVP)
 Manuscrite, apportée par le patient Dactylographiée, apportée par le patient Faxée
3. **Si la lettre était manuscrite, était-elle facilement lisible ?** : Oui Non
4. **Avez-vous été prévenu par téléphone de l'arrivée du patient, par le médecin généraliste ?** Oui Non
5. **Si oui qui a reçu l'appel ?** (1 seule réponse SVP) : Un(e) médecin senior Un(e) interne Un(e) infirmier(e)
6. **La manière dont ce patient vous a été adressé, vous semble-t-elle adaptée au contexte médical ?**
 Oui Non
7. **Dans le cas de ce patient, le mode d'adressage idéal est selon vous :** (1 seule réponse SVP)
 De vous téléphoner, uniquement De vous transmettre un courrier via le patient, uniquement
 De vous faxer un courrier, uniquement De vous téléphoner ET de transmettre un courrier via le patient
 De vous téléphoner ET de vous faxer un courrier Ne nécessite pas de contact téléphonique ni de courrier
 Autre (merci de préciser SVP)
8. **Le motif de consultation principal relève :** (1 seule réponse SVP)
 D'une douleurs abdominales
 D'une douleurs thoraciques ou dyspnée
 D'une fièvre
 D'une douleurs pelviennes
 D'une pathologies ORL, ophtalmo, stomatologiques
 D'une douleurs ostéoarticulaires
 D'une pathologie traumatologique
 D'une pathologies neurologique
 D'une pathologies toxiques et iatrogéniques
 Autre (merci de préciser SVP) :
9. **Quel est le devenir du patient à la suite de son passage au SAU ?** (1 seule réponse SVP)
 Retour à domicile (foyer et EHPAD inclus) Hospitalisation au sein de l'hôpital
 Transfert vers un autre hôpital Décès
10. **Quelle est la cotation CCMU pour ce passage au SAU ?** (1 seule réponse SVP)
Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables :
 1 / Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser
 2 / Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser
 3 / Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel susceptibles de s'aggraver sans mise en jeu du pronostic vital.
Situation pathologique engageant le pronostic vital :
 4 / Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate
 5 / Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation
 D / Patient décédé. Pas de réanimation entreprise.
 P / Problème purement psychiatrique
11. **Pensez-vous que le recours au SAU était justifié ?** Oui Non

PROTOCOLE
« ADRESSAGE DES PATIENTS AU SAU PAR LES MEDECINS GENERALISTES »

Patients à inclure :
<ul style="list-style-type: none">• Tous les patients consultant au SAU
Patients à exclure :
<ul style="list-style-type: none">• Patients instables, inconscients, trop douloureux• Incapacité à remplir le questionnaire : problème de langue, de lecture, d'écriture, mal voyant...• Refus du patient

Modalités
<ul style="list-style-type: none">• <u>Lors de l'entrée administrative du patient (confection des étiquettes), l'IOA :</u><ul style="list-style-type: none">- Remet le questionnaire « Patient » au patient, et lui signale qu'il peut rendre la feuille barrée en cas de refus de participer- Insère le questionnaire « Médecin » dans le dossier bleu du patient
<ul style="list-style-type: none">• <u>Lors de l'installation du patient en boxe, l'IDE-AS ou le médecin/interne :</u><ul style="list-style-type: none">- Récupère le questionnaire « Patient »- Vérifie rapidement qu'il a coché 1 case par question- Le range dans le dossier bleu du patient
<ul style="list-style-type: none">• <u>Lors de l'examen médical, le médecin ou l'interne :</u><ul style="list-style-type: none">- Remplit le questionnaire « Médecin »- Le range dans le dossier bleu du patient
<ul style="list-style-type: none">• <u>Lors de la sortie/ hospitalisation du patient, l'IDE :</u><ul style="list-style-type: none">- Récupère les 2 questionnaires dans le dossier bleu du patient- Les agrafe ensemble- Les dépose dans le carton « Roman »

PROTOCOLE

« ADRESSAGE DES PATIENTS AU SAU PAR LES MEDECINS GENERALISTES »

1. IOA =

Entrée administrative Patient :

Questionnaire P → Patient

Questionnaire M → dossier médical

2. IDE / AS / Médecin =

Installation en box :

Récupère le questionnaire P

A coché une seule case par question ?

Le range dans le dossier médical

3. Médecin =

Examen clinique :

Remplit le questionnaire M

Le range dans le dossier médical

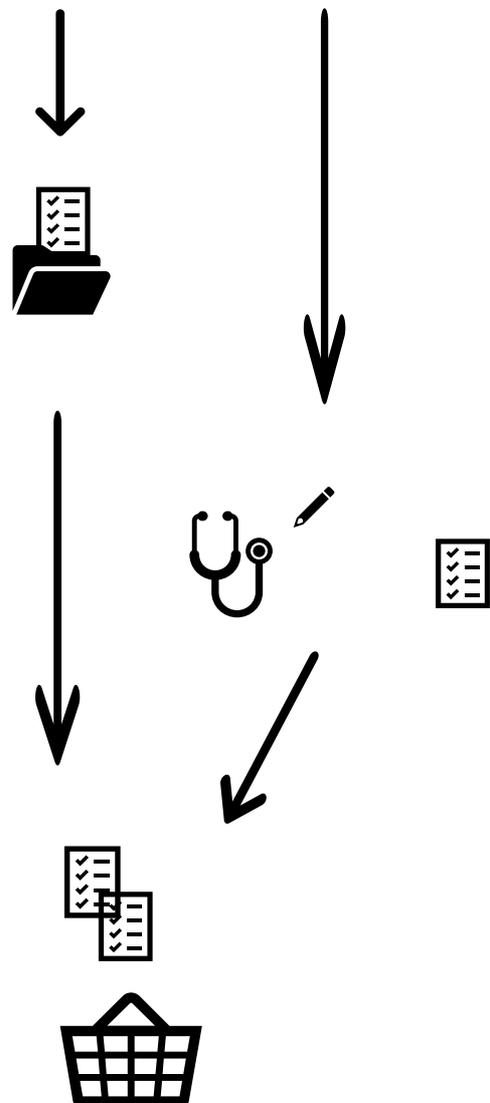
4. IDE =

Sortie admin patient :

Récupère les 2 questionnaires

Les agrafe ensemble

Les dépose dans le Carton « Roman »



AUTEUR : Roman CAMPO CARNEADO

TITRE : Mode d'adressage des patients consultant au Service d'Accueil des Urgences de Millau.

DIRECTEUR DE THESE : Dr Motoko DELAHAYE

Les SAU voient leur activité augmenter régulièrement, et doivent concilier leurs missions de gestion des urgences médicales – parfois vitales – et l'afflux croissant de patients relevant de la médecine générale. De nombreux travaux ont étudié ces dernières années le contenu du courrier d'adressage des patients aux SAU mais on retrouve peu de travaux sur le mode d'adressage des patients. Notre travail souhaite faire un point d'évolution sur les modes d'adressage des patients au SAU de Millau. Il s'agit d'une étude transversale observationnelle portant sur le mode d'adressage des patients consultants aux urgences de Millau réalisé du 17 avril au 1^{er} juillet 2018 inclus. Elle a été réalisée à l'aide d'un double questionnaire soumis aux patients consultant aux urgences ainsi qu'à l'urgentiste les prenant en charge. Étaient inclus tous les patients se présentant aux urgences ; les patients exclus étaient ceux présentant une instabilité hémodynamique, neurologique, respiratoire, une douleur non soulagée, une incapacité physique ou mentale pour communiquer et en cas de refus. Au total 245 questionnaires ont pu être analysés. Le mode d'adressage le plus utilisé par le médecin généraliste pour adresser ses patients est le courrier, il permet de transmettre des renseignements de façon rapide en conservant une traçabilité. Les urgentistes estiment que le mode d'adressage optimal est l'association du courrier et d'un appel téléphonique. Cependant, ils estiment que dans la majorité des cas le mode d'adressage est adapté à la situation.

The Home Emergency Department (HED) see their activities increase constantly and have to manage handling their mission in the Emergency Room (ER) -sometimes critical- and the inflow of patients coming from general medicine. Numerous studies over the past few years have focused on informing the HED patients but very few studied the way of addressing them. Our study wishes to touch upon the evolution of methods used to address patients at SAU Millau. This study conducted from April 17th to July 1st 2018 focuses on the different methods of addressing patients in the ER. As apart of the study a double inquiry has been submitted to both patients from the ER and also the head of the ER. This study included all patients in attendance at the ER except from patients presenting different instabilities such as hemodynamic, neurologic, respiratory, untreated pain or any physical or mental incapacity to communicate and in case of disapproval. 245 inquiry in total have been analyzed. The most common way of addressing patients used by doctors is the post-mail, which allows to send information quite rapidly and with tracking. According to the employees of the ER the best way of addressing patients is with the association of both post-mail and in-calls from the ER. However, they seem to think that in most cases the methods of addressing is adequate to the situation.

MOTS CLES : Médecine générale, Service d'Accueil d'Urgence, Hôpital, Communication.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine Générale

Faculté de Médecine Rangueil : 133 Route de Narbonne, 31062 Toulouse Cedex 04, France