

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER
FACULTÉS DE MEDECINE

Année 2019

2019 TOU3 1070

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement par

Aymeric BOYER

Le 18 juin 2019

**Incidence, caractéristiques et gravités des patients adressés en Structures
d'Urgences adulte du CHU Toulouse par les médecins généralistes**

Directeur de thèse : Dr Frédéric BALEN

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ	Président
Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE	Assesseur
Madame le Professeur Sandrine CHARPENTIER	Assesseur
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN	Assesseur

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, je vous en remercie et en suis profondément reconnaissant. Votre regard et votre connaissance de la Médecine Générale est pour moi d'une grande importance pour l'évaluation de ce travail. Soyez assuré de ma gratitude en votre rencontre.

À Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE,

Merci pour votre enseignement lors de mes débuts en tant qu'étudiant en médecine. Vous me faites l'honneur de votre présence, je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à ce travail qui n'aurait pas pu se réaliser sans votre accord. Soyez assuré de mon profond respect.

À Madame le Professeur Sandrine CHARPENTIER,

Je suis honoré de votre présence dans notre jury de thèse et d'avoir accepté de juger notre travail. Je vous remercie d'avoir permis la réalisation de cette étude dans votre service. Soyez assuré de ma reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Votre implication auprès des étudiants, votre soutien et votre capacité d'écoute me touche et je vous en suis reconnaissant. Soyez assuré de ma sincère considération.

À Monsieur le Docteur Frédéric BALEN,

Tu as eu l'idée initiale de ce travail mais surtout tu as accepté de le diriger ; or diriger un ami n'est pas chose la plus aisée, pourtant je peux affirmer que tu as réussi avec brio et je t'en remercie chaleureusement. J'ai découvert en toi une capacité d'organisation que je ne soupçonnais pas et une disponibilité rassurante malgré ta charge de travail habituelle. Nous avons commencé ce travail pendant un déjeuner, je crois qu'il faudra le clôturer lors d'un dîner.

À ma famille, qui a toujours su me soutenir dans les meilleurs moments comme dans les moins bons. Merci de m'avoir appris, peut-être inconsciemment, la tolérance et l'ouverture aux autres, valeurs particulièrement importantes à mes yeux et surtout actuellement, qui ne sont pas innées et jamais définitivement acquises. Notre optimisme général, notre ironie et notre autodérision mais aussi notre capacité à râler me sont chers. Je passe la patate chaude du mot-clé « thèse » des trois dernières années à Pauline, à qui je souhaite courage et détermination pour la sienne.

À mes amis, avant tout d'externat, au moment où nous finissons tous au fur et à mesure nos études, certes longues mais ô combien enrichissantes notamment grâce à vous. Je pense notamment à toute l'équipe, Romain et nos mijanas pré-BU, Dada et ses soirées uniques dans cet appartement mythique que Julie a eu l'air d'apprécier nettoyer, Tonton devenu papa avec Marion d'une magnifique petite Coline que j'embrasse, Félix champion de tourneur de styl, Wassim et le mariage en toute simplicité avec Joséphine, KB et son amour pour dieu, Patoche qui va nous revenir avec un master tinder de NYC. Une pensée évidemment pour Laurent et ta capacité à ne jamais avoir de plan foireux pour optimiser ton temps libre ; que Maël vous apporte joie et bonheur avec Claire. Enfin à Edouard pour tes remarques avisées, ton sens de l'accueil et tes plats ; on la fera cette partie nord du GR avec Marine, une fois que l'on aura pu faire des randos avec naboulsette/poupounette.

Je pense également à mes amies si importantes, connues à cette période : Claire pour notre relation unique, ton soutien, ta gentillesse, nos soirées mémorables ; Sarah surtout depuis le PUM où nous partageons réellement tout, pour ta franchise et ta gaieté, tu mérites tout le bonheur que Tristan t'apporte. À Noémie, pour ta réassurance et tes conseils qui m'ont été forts utiles ; Clémence et ton franc-parler inouï le tout sans vexer, c'est très fort ; Lucie malgré tes restos alternatifs rive gauche dont je suis si friand ; Maxine pour ta sérénité jusqu'alors inébranlable, je ne doute pas que ce soit pareil avec Appoline grâce à Christophe ; Marie et ta malice infernale en soirée mais bienvenue.

À mes rencontres de l'internat, à Auch dans ce fabuleux gîte : Anne-Sophie pour ta joie de vivre, ta bonne humeur à toute épreuve et ta compréhension des impôts ; Florence pour ta spontanéité et tes réactions toujours mesurées ; Hélène et ton sourire qui nous manque mais nous reviendra bientôt ; Chloé et Eloïse. À Yoanna pour tes tentatives de contrer mes

certitudes depuis ce semestre gastronomique à Luchon. Enfin à Louise et Estela à qui je souhaite tous mes vœux de réussites.

À toutes mes amies provenant d'un peu partout. De dentaire d'abord, toutes devenues dentistes depuis, pour les lundis soir, les soirées top chef et le Bikini : Florence depuis la P1 ; Sophie et les desserts au chocolat ; Caroline, Jennifer et Charlotte. Marie-Sophie bien sûr pour toutes ces années, nos voyages à l'arrache, nos rires et ton retour prochain parmi nous. Je pense aussi à celles que la route a mis là au hasard : Mayté tout d'abord, au sens propre grâce à ce covoiturage opportun, je sais que tu le regrettes encore aujourd'hui ; puis Marianne et ta volonté de tout vouloir comprendre et expliquer.

À tous mes amis du lycée et donc du Gers. Lilian pour ton aide précieuse pour cette thèse bien sûr, mais surtout pour toutes ces années d'amitié malgré les vagues alpins ; tous mes vœux de bonheur avec Jo. Je pense à tous ceux avec qui les années de bac ont été émaillées de rires francs qui ne se sont pas taris depuis : Florian, désormais accompagné de Clémence et leur petite Ambre ; Hubert, avec Margaux et Louison ; Coline, précurseur du groupe avec Charly et leur petit Victor ; Pierre devenue bilingue chez l'oncle Sam, qui l'aurait cru en terminale ; Matthias, Lucette, Loïc (toujours pas bilingue par contre malgré de long mois en Australie).

À Camille, pour ton soutien ces derniers mois, ta force de caractère, ton indépendance d'esprit. Je te souhaite encore un peu de courage pour la reprise complète des randos. Je t'embrasse.

À mes amis gastronomiques enfin : Guillaume « pas mal » Hachette, Paulo le jukebox, Virgile le diplomate, Fred le transigeant, Bastien le constant, Jeb le solide, Myriam la sédentaire de plaine, Thomas le madrilène, Benoît le végétarien, Djo le précoce. Vous savez déjà tout le bien que je pense de vous et on aura l'occasion de continuer à se le dire autour de bons étoilés et grands crus pendant de nombreuses années j'espère.

Merci à vous tous.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES	2
ILLUSTRATIONS	3
INTRODUCTION	4
La médecine générale	4
Recours aux urgences par les médecins généralistes.....	4
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	6
Schéma d'étude.....	6
Modalité de recrutement de la population étudiée.....	6
Variables recueillies.....	7
Taille de l'étude	9
Analyse statistique.....	9
Critères de jugements	9
RÉSULTATS.....	11
Incidence.....	11
Caractéristiques de la population étudiée	12
Motif de recours	12
Sévérité à l'admission et hospitalisation	13
Inadéquation	15
Répartition journées d'admission	16
Répartition horaires d'admission.....	17
DISCUSSION.....	18
Résultat principal.....	18
Caractéristiques de la population, mode de contact et transport	18
Motif d'admission	19
Sévérité à l'admission.....	20
Inadéquation	21
Journées et horaires d'admission.....	21
Limites et forces de l'étude	21
Perspectives	22
CONCLUSION	24
BIBLIOGRAPHIE	25

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CIMU :	Classification Infirmier des Malades aux Urgences
DIM :	Direction de l'Information Médicale
FRENCH :	French Emergency Nurses Classification in Hospital
IOA :	Infirmier d'Orientation et d'Accueil
MT :	Médecin Traitant
SU :	Structure d'Urgence

ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Classification Infirmier des Malades aux Urgences

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques, contact et mode de transport

Tableau 3 : Motif de recours

Tableau 4 : Sévérité à l'admission et taux d'hospitalisation

Tableau 5 : Taux d'inadéquation

Figure 1 : Flow-Chart de l'étude

Figure 2 : Répartition des patients admis aux urgences en fonction de la journée d'admission

Figure 3 : Répartition admission des patients adressés par le médecin généraliste en fonction de l'heure d'admission

INTRODUCTION

La médecine générale

La médecine générale est une spécialité clinique caractérisée par son application quasiment exclusivement extrahospitalière et orientée vers les soins premiers. Il s'agit d'une médecine de premier recours qui est habituellement le premier contact avec le système de soins. Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient (1). Le médecin généraliste représente donc souvent pour ce dernier le premier interlocuteur et la première personne à contacter en cas de pathologie aiguë. Ainsi dans la région Ile de France, en 2004, les recours urgents ou non programmés étaient estimés à 13% de l'activité totale des médecins généralistes libéraux (2). Dans près de 30% des cas le médecin a jugé que l'état du patient était susceptible de s'aggraver et 5% des recours urgents ou non programmés à la médecine générale ont été suivis d'une hospitalisation. Dans 75% des cas le recours urgent à la médecine générale est le fait d'un motif somatique non traumatique (3).

En raison de la spécificité de sa spécialité et de son rôle de premier contact dans le système de soin, le médecin généraliste peut juger nécessaire d'adresser un patient à une structure d'urgence (SU) intra-hospitalière en cas de besoin d'une prise en charge spécifique ne pouvant être différée (soins et/ou examens complémentaires urgents ne pouvant être réalisés en médecine de ville).

Recours aux urgences par les médecins généralistes

La proportion de patients adressés par des médecins généralistes dans une SU adulte est mal connue. En 2013, au Centre Hospitalier d'Albi, la thèse du Dr Boudy Lapouge retrouvait une proportion de 9,1% de patients adressés par un médecin généraliste, tout âge confondu (4). Cependant seuls les patients adressés avec une lettre du médecin généraliste et se présentant de 8h à 20h ont été inclus dans l'étude. Le motif de recours était majoritairement une cause médicale (75,6%). Cependant, l'étude du Dr Vendoux au centre hospitalier d'Etampes trouvait un taux de patients adressés par les médecins généralistes de 4,18% par rapport au nombre total de passages, là aussi pour une cause médicale dans 67%

des cas (5). Ainsi, si les motifs des recours dans une SU sont bien connus, l'incidence des patients adressés dans une SU d'un CHU reste à préciser.

L'objectif principal de cette thèse est d'observer l'incidence des patients adressés aux urgences adultes du CHU de Toulouse par les médecins généralistes parmi l'ensemble des malades admis en service d'Urgence.

Les objectifs secondaires visent à préciser les caractéristiques démographiques, les moyens de transport privilégiés, les motifs de recours et la gravité de l'état clinique initial par rapport à la population consultant en SU non orientée par un médecin généraliste.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective monocentrique se déroulant dans la structure d'urgence adulte du CHU Toulouse, s'étendant du 18 au 24 février 2019.

La SU du CHU de Toulouse est la structure d'accueil la plus importante de la région Occitanie : 164.059 patients accueillis en 2017 dont 112.440 admis aux urgences adultes. Sa fréquentation croît chaque année avec une augmentation de 3,6 % en un an entre 2016 et 2017. En 2017 le taux d'hospitalisation des patients entrant aux urgences a été de 23,4%, alors que le taux de CCMU 4 et 5 était de 2,3 % (6).

La SU du CHU de Toulouse joue un rôle majeur dans la gestion des patients atteints d'une pathologie aiguë nécessitant une prise en charge ne pouvant être différée dans le département de la Haute-Garonne : au total, 35 % des patients admis dans une SU de Haute-Garonne le sont dans une SU adulte du CHU de Toulouse (6).

Les SU adultes du CHU de Toulouse se divisent en deux lieux : l'hôpital Purpan et l'hôpital Rangueil. Si chacune des deux structures peut accueillir tout malade urgent quelle que soit sa pathologie, il existe tout de même des différences du fait des services présents ou pas en aval dans l'hôpital : ainsi un patient présentant une pathologie cardiaque aiguë sera préférentiellement orienté vers la SU Rangueil que Purpan, la cardiologie n'étant pas présente sur ce dernier site. De même un patient présentant une symptomatologie neurologique sera orienté vers Purpan.

Modalité de recrutement de la population étudiée

Ont été inclus de manière prospective tous les patients admis aux SU adultes du CHU de Toulouse adressés par un médecin généraliste durant la semaine du 18 au 24 février 2019. Ont été exclus les patients adressés par SOS médecin ou par un médecin de la permanence des soins ambulatoires du fait de leur spécificité initiale en tant que patients à pathologie a fortiori urgente.

Le recrutement a été réalisé par l'infirmier d'orientation et d'accueil (IOA) des SU : pour tout patient adressé par un médecin généraliste, l'IOA note le nom du patient, le mode de communication entre le médecin et la SU et le mode transport.

Variables recueillies

Les variables suivantes ont été recueillies : le site de la SU d'accueil, le jour et l'heure d'arrivée, le mode de communication entre le médecin généraliste et la SU, le mode de transport du patient jusqu'à la SU, les données démographiques (âge et sexe), le score de gravité Classification Infirmier des Malades aux Urgences (CIMU) à l'arrivée, le motif de recours, le mode de sortie des urgences, l'adéquation de l'orientation initiale.

Le mode de communication recueilli par l'IOA pouvait correspondre soit à un courrier du médecin, soit à un appel par le médecin généraliste au médecin d'accueil et d'orientation, soit aux deux, enfin soit à une déclaration seule du patient. Ce dernier cas concernait les patients qui avaient contacté ou consulté leur médecin généraliste et qui se présentaient sur son conseil sans lettre ni appel préalable du médecin.

Le mode de transport du patient pouvait être une ambulance privée, un véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) ou ses moyens personnels.

Le score CIMU est le score de classification par l'IOA à l'arrivée d'un patient aux urgences permettant de prédire la complexité et la sévérité de l'état clinique du patient venu consulter aux urgences actuellement utilisé dans les SU adultes du CHU de Toulouse. Ce score se divise en 5 niveaux, du moins grave (CIMU 5) au plus grave (CIMU 1), présentés dans le tableau 1 suivant (7). Concernant la période du 18 au 24 février 2019, les données concernant le score de gravité initial (CIMU) et le taux d'hospitalisation des patients non adressés par les médecins généralistes ont été déduites à partir des données de codage DIM (Direction de l'Information Médicale) communiquées de façon hebdomadaire aux SU.

Niveau CIMU	Situation	Risque	Ressource	Action	Délais	Secteur
1	Détresse vitale Majeure	Dans les minutes	≥ 5	Support d'une ou des fonctions vitales	Infirmière < 1 min Médecin < 1 min	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion Traumatique Sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	≥ 5	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	Infirmière < 1 min Médecin < 20 min	SAUV
3	Atteinte fonctionnelle ou Lésionnelle instable ou Complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	≥ 3	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou Lésionnelle Stable	Non	1-2	Acte diagnostique et/ ou thérapeutique limité	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou Lésionnelle Evidente	Non	0	Pas d'acte diagnostique et/ ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

Tableau 1 : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

Le mode de sortie des urgences comprenait soit un retour au domicile du patient, soit une hospitalisation. Les patients admis à l'unité d'hospitalisation de courte durée dépendant des urgences étaient considérés comme hospitalisés car leur retour à domicile n'était pas envisageable.

L'adéquation ou l'inadéquation de l'orientation initiale effectuée par le médecin généraliste en fonction du motif de recours revenait à étudier la pertinence de ladite orientation sur le site possédant la SU la plus adaptée. Les patients relevant de gériatrie étaient considérés comme en adéquation quelle que soit la SU initiale où ils étaient orientés par le médecin généraliste, les deux sites possédant un service de post-urgence gériatrique.

Afin de s'assurer de l'exhaustivité des inclusions, l'investigateur était présent sur les lieux de l'étude durant toute la durée de l'étude.

Taille de l'étude

Devant l'absence de données précises publiées et dans l'hypothèse d'une incidence de 15 % de patients adressés par le médecin généraliste aux urgences, il est nécessaire d'inclure 204 patients adressés par le médecin traitant afin de permettre une estimation de l'incidence à +/- 5% au risque alpha 0,05. Dans ce contexte il fallait 1306 patients admis aux urgences. Le nombre d'admissions hebdomadaires moyen en 2017 étant de 2162, une période d'inclusion d'une semaine semblait suffisante (6).

Analyse statistique

L'analyse statistique des données anonymisées a été réalisée à l'aide du logiciel STATA version 13. Toutes les variables de l'étude ont été analysées de façon individuelle avec vérification du nombre de données manquantes et de valeurs aberrantes. La normalité de chaque distribution pour les variables quantitatives a été analysée. Il n'a pas été utilisé de méthode d'imputation pour les valeurs manquantes.

Les mesures de dispersion de chacune de ces variables ont été évaluées en fonction de la normalité : la distribution des variables quantitatives est représentée par la moyenne suivie de l'écart type si la distribution est normale. Les données qualitatives sont exprimées en nombre et pourcentage, arrondis à l'unité.

Concernant la comparaison des variables qualitatives, le test du Chi2 de Pearson a été utilisé. Le seuil de significativité statistique est considéré atteint quand le risque d'erreur est inférieur à 5% ($p < 0,05$).

Critères de jugements

Le critère de jugement principal est le nombre total de patients adressés par un médecin généraliste dans une SU adulte du CHU de Toulouse rapporté au nombre de passages total durant la même période du 18 au 24 février 2019.

Les critères de jugements secondaires correspondent aux données démographiques

de la population étudiée, au moyen de communication privilégié avec les urgences par le médecin généraliste, au mode de transport, aux jours et heures d'arrivée prédominants, à l'inadéquation de l'orientation initiale, au motif de recours, au score CIMU, au taux d'hospitalisation. Une comparaison des scores de gravité initiaux et du taux d'hospitalisation entre patients adressés par le médecin généraliste et patients non adressés par celui-ci a été réalisée grâce aux données de cotation du DIM concernant l'ensemble des patients.

RÉSULTATS

Incidence

Durant la période du 18 au 24 février 2019 il a été inclus prospectivement 212 patients adressés par des médecins généralistes sur 2263 patients admis au total. Durant cette période, l'incidence des patients adressés par un médecin généraliste dans une SU adulte du CHU de Toulouse est donc de 9,36% des patients admis aux urgences (IC 95 [8,2-10,64]) (Figure 1)

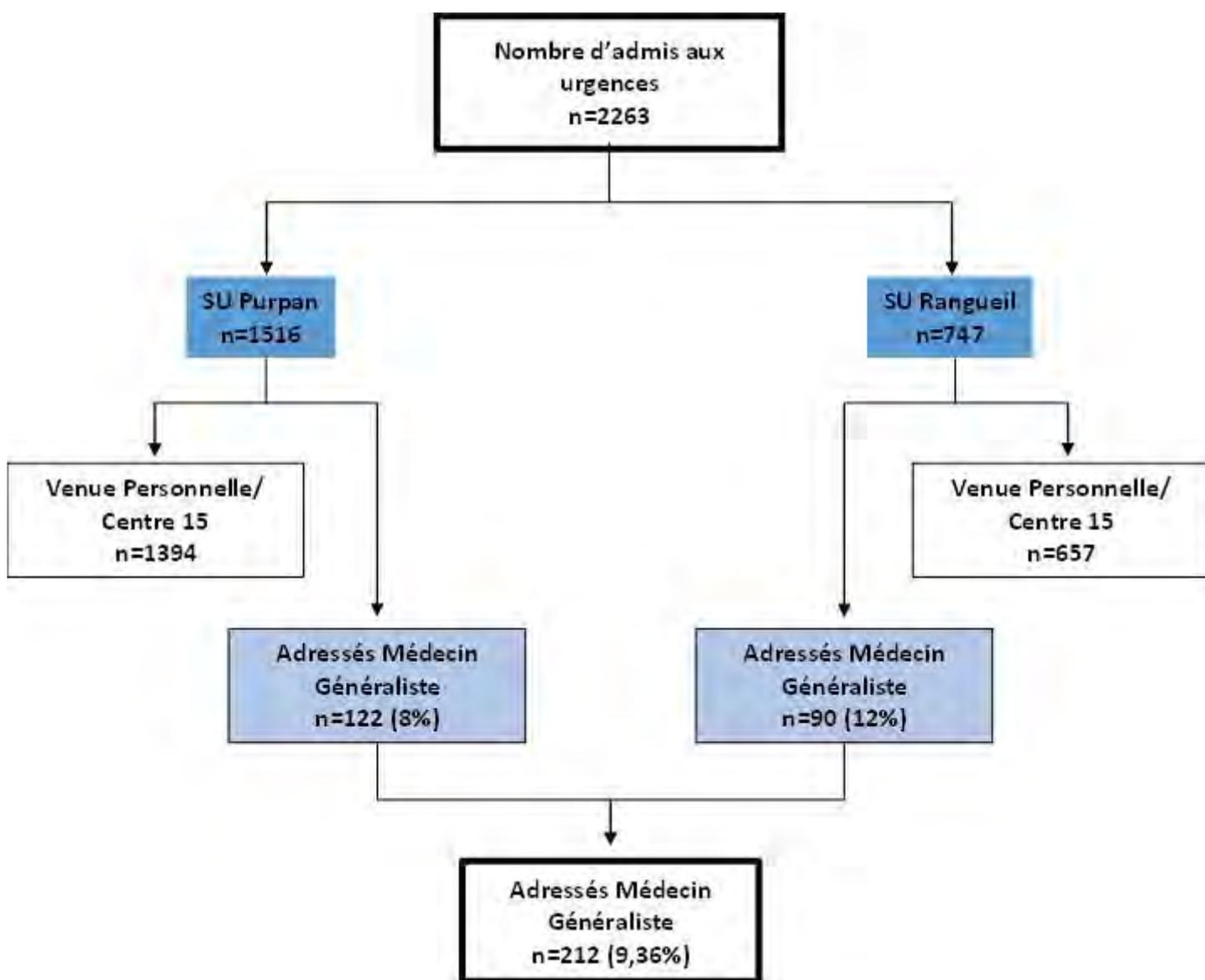


Figure 1 : Flowchart de l'étude

Caractéristiques de la population étudiée

L'âge moyen des patients était de 58 +/- 24 ans.

Le sexe ratio était de 50 % avec 107 femmes pour 105 hommes.

Le mode de communication choisi par les médecins généralistes a été le courrier à 75% (n=160) suivi de l'appel au médecin d'accueil et d'orientation à 8% (n=17). Pour 21% des cas (n=45) il n'y a eu aucun moyen de communication direct entre le médecin généraliste et la SU.

Le mode de transport jusqu'à la SU a été pour la majorité un moyen propre au patient (57,5% ; n=122), suivi par un transport par une ambulance privée (40% ; n=84), puis un VSAV (2% ; n=5). Un seul patient a été amené par le SMUR (0,5%).

L'ensemble des résultats est représenté dans le tableau 2 ci-dessous.

	N=212
Age	58±24
Sexe	107 (50%)
Contact	
Courrier	160 (75%)
MAO	17 (8%)
Aucun	45 (21%)
Transport	
SMUR	1(0,5%)
VSAV	5(2%)
AP	84(40%)
Seul	122 (57,5%)

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques, contact et mode de transport

Motif de recours

La première cause de recours aux urgences par les médecins généralistes concernait une douleur abdominale (20% ; n=43), suivie par la dyspnée (13% ; n=27) et les pathologies cutanées à type de plaie ou abcès (9%, n=19).

La majorité des recours était une cause médicale (86% ; n=183), puis traumatologique (14% ; n=29).

Durant la période d'étude, une admission orientée par un médecin généraliste pour une anomalie biologique a été trouvée dans 7% des cas (n=14), il s'agissait de la quatrième

cause d'admission.

L'ensemble des résultats concernant le motif d'admission sont présentés dans le tableau 3 suivant.

	Patients admis en SU adressés par MT (n = 212)
Douleur abdominale	43 (20%)
Dyspnée	27 (13%)
Lésion cutanée (plaies, abcès)	19 (9%)
Anomalie biologique	14 (7%)
Confusion	12 (6%)
Céphalée	11 (5%)
Douleur thoracique	11 (5%)
Déficit neurologique	10 (5%)
Douleur membre	8 (4%)
Lombalgie	7 (3%)
Traumatisme membre	7 (3%)
Toux	6 (3%)
Fièvre	5 (2%)
Lipothymies	4 (2%)
Odynophagie	4 (2%)
Palpitations	4 (2%)
Vertiges	4 (2%)
Trouble vision	3 (1%)
Douleur	2 (1%)
Hémoptysie	2 (1%)
Psychiatrie	2 (1%)
TC	2 (1%)
Urologie	2 (1%)
Cancérologie	1 (0,5%)
Chutes	1 (0,5%)
PC	1 (0,5%)

Tableau 3 : Motifs de recours

Sévérité à l'admission et hospitalisation

Le tableau 4, sévérité à l'admission et taux d'hospitalisation, reprend l'ensemble des scores CIMU pour les patients adressés par les médecins généralistes et ceux non adressés par ces derniers durant la période d'étude. Il n'a pas été observé de différence significative pour les scores CIMU 1 et 2. Il a été trouvé une différence significative pour le score CIMU

3 correspondant à la majorité des patients adressés par un médecin généraliste (65%, n=137 vs 37,5%, n=771 dans la population générale). Nous avons pu remarquer également une différence significative pour les scores CIMU 4 et 5, représentant les scores de moindre gravité puisqu'ils étaient minoritaires pour les patients adressés par le médecin généraliste (28,5%, n= 61) alors qu'ils sont représentés majoritairement chez les patients non adressés par le médecin généraliste (57%, n= 1164).

En ce qui concerne le taux d'hospitalisation, 39% (n=82) des patients adressés par un médecin généraliste ont été hospitalisés contre 13% (n=271) de ceux non adressés par un médecin, ce qui représente une différence significative. L'ensemble des résultats concernant la gravité et l'hospitalisation sont présents dans le tableau 4 ci-dessous.

	MT N=212	Non adressés MT N= 2051	P
CIMU 1	1 (0,5%)	2 (<0,1%)	NS
CIMU 2	13 (6%)	114 (5,5%)	NS
CIMU 3	137 (65%)	771 (37,5%)	<0,001
CIMU 4	60 (28%)	1043 (51%)	<0,001
CIMU 5	1 (0,5%)	121 (6%)	<0,01
Hospitalisation	82 (39%)	271 (13%)	<0,001

Tableau 4 : Sévérité à l'admission et taux d'hospitalisation

Inadéquation

Durant la période d'inclusion, 21 patients (10%) ont été adressés dans une SU qui ne présentait pas les conditions d'une prise en charge optimale. Les caractéristiques de ces erreurs sont présentées dans le tableau 5 qui suit..

Inadéquation	N=21
<u>Rangueil</u>	
Céphalée	3 (14%)
Douleur articulaire	2 (9%)
Traumatologie	1 (5%)
<u>Purpan</u>	
Dyspnée/toux	9 (43%)
Douleur thoracique/palpitation	3 (14%)
Colique néphrétique/Pyelo	3 (14%)

Tableau 5 : Inadéquation

Répartition journées d'admission

La proportion de patients adressés par le médecin généraliste rapportée au nombre de patients total a été assez stable durant les jours ouvrés, représentant entre 10% le mercredi et 13% les jeudi et vendredi. Aucun patient n'a été adressé par un médecin généraliste hors de la permanence de soins le dimanche, et 18 patients l'ont été le samedi (5%) (Figure 2).

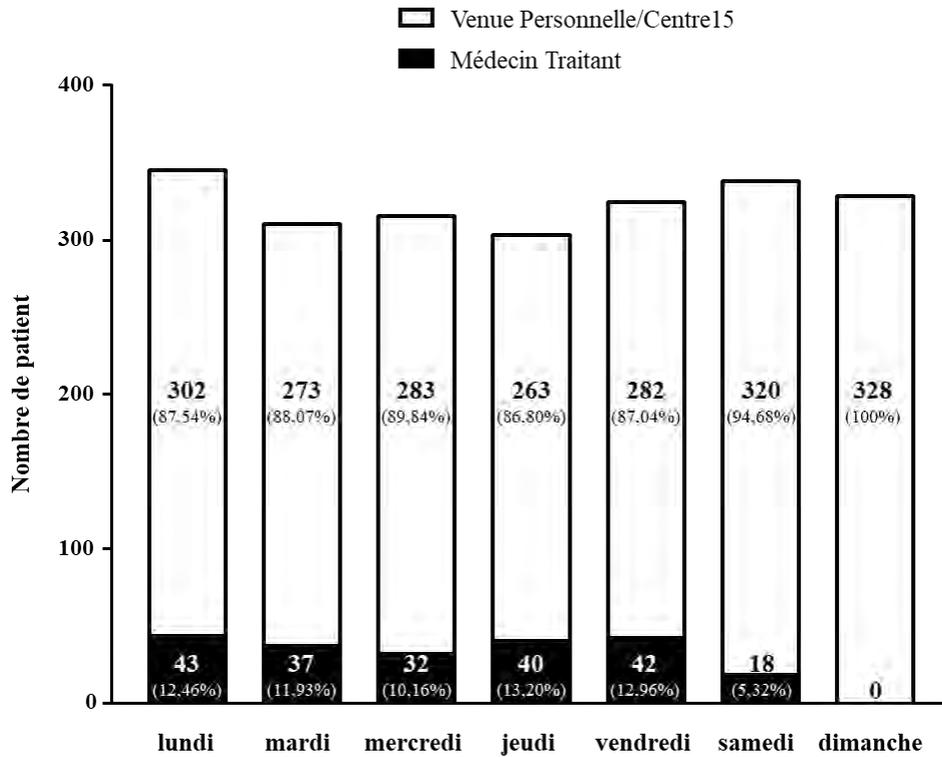


Figure 2 : Répartition des patients admis aux urgences en fonction de la journée d'admission

Répartition horaires d'admission

La Figure 3 montre que la majorité des patients était adressée entre 10h et 18h, avec une acmé en milieu d'après-midi.

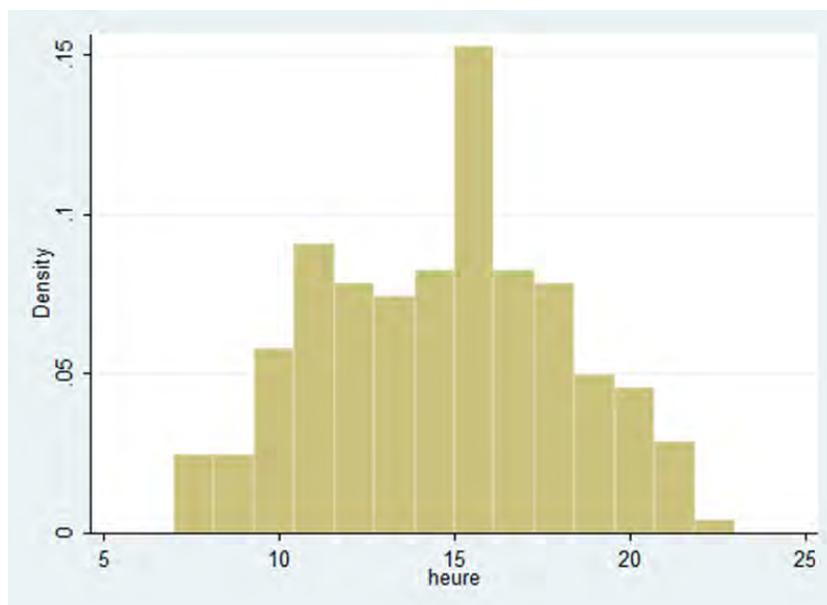


Figure 3 : Répartition admission des patients adressés par le médecin généraliste en fonction de l'heure d'admission

DISCUSSION

Résultat principal

L'étude montre une incidence de patients adressés par les médecins généralistes aux SU adultes du CHU de Toulouse de 9,36% (IC95[8,2-10,64]) du nombre de passages total durant la même période. Ce résultat est similaire à l'étude du Dr Boudy Lapouge qui observait une proportion de patients adressée par les médecins généralistes à la SU du centre hospitalier d'Albi avec une lettre de 9,1% (4), mais qui n'était pas proche de celui de 4,18% des patients se présentant avec une lettre du médecin généraliste à la SU du centre hospitalier d'Etampes (5). Avant notre étude et à la vue des résultats de ces différents travaux, nous estimions que nous retrouverions une incidence plus élevée du fait que nos patients inclus comprenaient ceux avec une lettre mais également ceux ayant été adressés par un appel du médecin généraliste au médecin d'accueil des urgences ainsi que ceux déclarant avoir contacté leur médecin avant de se présenter dans la SU sur son conseil. Cette similarité avec la thèse du Dr Boudy Lapouge peut reposer sur le mode préférentiel de contact pour le médecin généraliste qu'est la lettre.

Caractéristiques de la population, mode de contact et transport

On note une proportion identique d'hommes et de femmes et l'âge moyen est de 58 ans, les âges limites étant 16 ans pour le minimum et 96 pour le maximum.

Le mode de contact privilégié par les médecins généralistes pour adresser un patient a été la lettre dans 75 % des cas. Ce résultat est similaire à une étude australienne qui a montré que 72 % des patient adressés par un médecin généraliste se présentaient avec un courrier (8). Pour 21 % des patients il n'existait ni courrier ni appel téléphonique du médecin ; le patient avait déclaré à l'IOA qu'il se présentait aux urgences sur conseil de son médecin. Il est important de noter qu'un patient pouvait être adressé à la fois avec une lettre et suite à un appel téléphonique du médecin, ce qui explique un total supérieur à 100% si on additionne les trois types de contact dont les résultats sont présentés dans le tableau 1. Ce résultat est à confronter au travail du Dr Bréant qui montrait que pour adresser un patient aux urgences pédiatriques du Havre, les médecins généralistes déclaraient qu'ils prévenaient la SU soit avec une lettre dans 49,4% des cas, soit avec le courrier et le téléphone dans 49,4%, soit uniquement au téléphone dans 1,1% des cas (9). Il n'est cependant pas étonnant

que le courrier soit le mode de contact privilégié, plusieurs études ayant montré que pour les médecins généralistes l'appel à une structure d'urgence prenait soit trop de temps, soit représentait des difficultés pratiques dont la première était le trop grand nombre d'intermédiaires avant d'avoir en ligne la personne souhaitée (10,11). Ainsi à Toulouse, en 2004, 74% des médecins interrogés déclaraient rencontrer des difficultés pratiques pour joindre la SU du CHU en tête desquelles était cité le délai excessif d'attente au téléphone (10). A Pau en 2014, une étude révélait que les médecins ne prévenant pas les urgences par téléphone lors de l'envoi d'un patient ne le faisaient pas faute de temps dans 45,8 % des cas ou parce qu'ils jugeaient leur courrier suffisant pour 51,4% d'entre eux (12).

En ce qui concerne le mode de transport, la majorité des patients se sont rendus aux urgences par leurs propres moyens (57,5% des patients) ou grâce à une ambulance privée (40%). Le transport par VSAV ou le SMUR a été largement minoritaire. Cela concorde avec les résultats de la thèse du Dr Vardon : après un appel d'un médecin généraliste au centre 15 de Haute-Garonne, dans la plupart des cas aucun moyen de transport sanitaire était nécessaire (44,95% des cas), sinon l'ambulance privée était préférée (33,52%) devant le VSAV (15,34%) et le SMUR (5,73%) (13). Le résultat de notre propre étude peut s'expliquer par le fait qu'un patient consultant de lui-même un médecin généraliste où il a pu se rendre dans la majorité des cas par ses propres moyens puisse malgré le contexte d'urgence utiliser ces mêmes moyens pour aller consulter aux urgences suite à la consultation s'il en est jugé capable par son médecin.

Motif d'admission

Les motifs de recours principaux ont été avant tout médicaux (86%) avec en majorité les douleurs abdominales (20%) suivi de la dyspnée (13%). Les résultats sont identiques dans l'étude au centre hospitalier d'Etampes : 67% des recours pour motif médical dont 28% pour une cause urodigestive (5). Cela est à mettre en relief avec le fait que 78% des recours urgents à la médecine générale concernent une pathologie somatique (3) ou encore que 83,1% des appels d'un médecin généraliste au centre 15 de Haute-Garonne concernent une cause médicale (13).

À propos des motifs de recours, des études ont montré que les médecins généralistes pouvaient avoir recours aux SU uniquement pour une demande d'hospitalisation qu'ils n'arrivaient pas à obtenir par une admission directe dans un service. C'est ainsi le cas à Pau où 79,7% d'entre eux ont estimé adresser « régulièrement » des patients dans une SU parce

que les admissions directes dans un service étaient difficiles (12), ou encore à Saint-Pierre (Réunion) où 70,6% des médecins jugeaient adresser « souvent » ou « très souvent » un patient dans une SU pour une demande d'hospitalisation (11). Il est donc à noter que contrairement à ces études nous n'avons pas relevé de patients adressés uniquement en vue d'une demande d'hospitalisation.

Sévérité à l'admission

Notre étude permet de constater que l'état clinique des patients adressés par les médecins généralistes est significativement plus sévère que celui des patients non adressés, le score de gravité CIMU 3 représentant la majorité des patients adressés (65%, n=137 vs 37,5%, n=771) alors que les scores CIMU 4 et 5 sont majoritaires pour les patients non adressés par un médecin généraliste (57%, n=1164 vs 28,5%, n=61). Nous retrouvons également un taux d'hospitalisation plus important chez les patients adressés par un médecin généraliste (39% n=82 vs 13% n=271) de manière significative. Ces résultats sont en concordance avec la thèse du Dr Vendoux qui retenait un taux d'hospitalisation de 50% pour les patients adressés par un médecin généraliste alors qu'il n'était que de 18 % pour la population non adressée par ce professionnel (5). L'étude de la DREES de 2003 pointait également que 60% des patients hospitalisés après le passage aux urgences étaient adressés initialement par un médecin (14). Ces résultats sont aussi en concordance avec l'étude prospective australienne comparant les patients adressés par des médecins généralistes aux urgences à ceux se présentant d'eux-mêmes ou après appel à un centre d'orientation : la pertinence du recours aux urgences basée notamment sur le taux d'hospitalisation et la réalisation d'examen complémentaire était significativement plus élevée dans la population adressée par les médecins généralistes que dans les deux autres groupes de population (15).

Le recours aux urgences des patients adressés par les médecins généralistes paraît donc justifié puisque les patients sont à la fois plus graves et plus hospitalisés que la population non adressée.

Inadéquation

10% des patients inclus ont été adressés dans une SU du CHU qui ne possédait pas la spécialité en aval nécessaire pour une prise en charge optimale. Ces erreurs d'orientation ont concerné essentiellement la neurologie pour le site de Ranguel et la cardiologie ou la pneumologie pour le site de Purpan. Ce taux d'inadéquation reste relativement faible mais pourrait aisément disparaître grâce à un contact préalable, de préférence téléphonique, entre le médecin généraliste adressant son patient et le médecin d'accueil des urgences.

Journées et horaires d'admission

Le taux d'admission des patients adressés par les médecins généralistes est sensiblement identique pour les jours de la semaine, avec un minima le mercredi (10,16%) et un maxima le jeudi (13,2%). À propos des jours du week-end, si un peu plus de 5% des patients se présentant aux urgences le samedi étaient adressés par des médecins généralistes, ce ne fut le cas d'aucun le dimanche. Cela s'explique aisément par le fait que les cabinets de médecine générale ouvrent le samedi matin mais pas le reste du week-end et que les patients adressés par la permanence de soin ambulatoire ou par des structures de type SOS médecins étaient volontairement exclus de notre étude. En effet, ces patients auraient pu représenter un biais de sélection étant donné que s'ils consultent un samedi après-midi ou un dimanche c'est a priori pour un recours urgent, donc avec une plus grande probabilité d'être adressés aux urgences par la suite par le médecin consultant.

À propos des horaires d'admissions, ceux-ci suivent également en toute logique les horaires d'ouvertures habituels des cabinets médicaux, à savoir qu'ils se répartissent sur la journée, préférentiellement entre 10h et 18h avec un pic entre 15h et 16 heures.

Limites et forces de l'étude

Le caractère monocentrique de l'étude en est sa limite, notamment dans le CHU dont les SU adultes reçoivent le plus grand nombre de patients de la région Occitanie. Il y a ainsi pu y avoir un biais de sélection en raison de l'orientation par les médecins généralistes de patients avec plus de comorbidités ou de complexité diagnostique par rapport aux services d'urgences de structures privées, comme le suggère l'étude de P-G Reuter *et al.* (16).

La période d'inclusion de courte durée, une semaine, représente également une limite

de l'étude, d'autant plus qu'il s'agissait d'une période de fin de grippe ayant pu augmenter le nombre de recours pour dyspnée. Ces deux éléments peuvent entraîner un défaut ou un excès de représentativité de certaines pathologies ou populations qui peuvent évoluer en fonction des périodes de l'année. Cependant les caractéristiques démographiques des patients inclus (âge et sexe ratio) correspondent aux études similaires des usagers des urgences.

Une des forces de l'étude est l'exhaustivité probable des données liée à son caractère prospectif et à la présence de l'investigateur sur les lieux de l'étude, notamment pour rappel des consignes aux IOA et rattrapage de patients oubliés si nécessaire.

Perspectives

Alors que plus de 9% des patients usagers des urgences du CHU de Toulouse durant la période d'étude étaient adressés par un médecin généraliste, ces patients qui sont plus sévèrement atteints et se trouvent davantage hospitalisés que les patients non adressés, ne sont pas différenciés et démarqués sur les logiciels de tri des patients à leur arrivée et donc non reconnaissables par les soignants des urgences en aval du tri. Une échelle de tri plus adaptée, la French Emergency Nurses Classification in Hospital (FRENCH), a été élaborée par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) en divisant le niveau 3 de la CIMU en deux sous-groupes. En effet, le niveau 3 de la CIMU représente un groupe hétérogène de patients et afin de prioriser la prise en charge dans ce groupe, il a été créé un sous-groupe 3A représentant les patients se présentant soit adressés par un médecin généraliste soit consultant pour un motif de recours en rapport avec une comorbidité préalablement installée et un deuxième sous-groupe (3B) représentant tous les autres patients de la classe 3 de l'échelle. Cette échelle de tri à l'accueil a été jugée pertinente dans une première étude monocentrique (17) et doit désormais être évaluée dans d'autres SU.

L'étude a montré que le taux d'inadéquation d'orientation représentait 10% des patients adressés : ce taux peut paraître convenable mais peut être réduit par un appel du médecin généraliste au médecin urgentiste avant d'adresser son patient. Cependant, les médecins généralistes préfèrent le courrier comme moyen de communication alors même que différentes études ont démontré que ces courriers pouvaient être sources d'erreurs en termes d'informations à propos des traitements habituels ou des allergies ; les travaux de Taylor S *et al.* soulignent en effet 87% de divergences entre le traitement indiqué par le

médecin sur la lettre et celui réellement pris par le patient (18). À Toulouse, l'appel à un senior spécialiste, notamment le médecin d'accueil et d'orientation des urgences, est facilité par une ligne directe dont chaque numéro en fonction de la spécialité est accessible directement via l'application « CHUToulouse pro » dédiée uniquement aux professionnels de santé. Cette procédure permet de s'affranchir des nombreux intermédiaires qui étaient un frein aux appels par les médecins généralistes (11,12). De plus, une bonne communication vers la médecine de ville devrait être réalisée par le CHU au sujet de la migration de l'intégralité de son pôle digestif vers le site de Rangueil, migration effectuée en avril 2019.

CONCLUSION

L'incidence des patients adressés par des médecins généralistes dans la SU adulte du CHU de Toulouse durant la période du 18 au 24 février 2019 est de 9,36%. Ces patients viennent aux urgences préférentiellement par leurs propres moyens, munis d'une lettre du médecin généraliste dans 75% des cas. Ils sont adressés majoritairement pour une cause médicale, la douleur abdominale étant le motif de recours le plus fréquent. Ces patients sont plus sévèrement atteints et davantage hospitalisés que les patients non adressés par des médecins généralistes.

BIBLIOGRAPHIE

1. WONCA AJ, Gay B, Crebolder H et al. La définition européenne de la médecine générale - Médecine de famille. 2002.
2. Praznocy-Pépin C. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale en Ile-de-France . 2007 Jun.
3. Gouyon M. Les urgences en médecine générale. 2006 Apr.
4. Boudy-Lapouge M. Les patients adressés par leur médecin généraliste aux urgences du centre hospitalier d'Albi : description et analyse des motifs de recours. 2013.
5. Vendeoux A. Motifs de consultation et parcours aux urgences des patients adressés par le médecin généraliste : une étude prospective au centre hospitalier d'Estampes. 2014.
6. Panorama Occitanie - Activité des structures d'urgence 2017. Orumip. 2017.
7. Société Française Médecine Urgence. Le triage en structure des urgences - Recommandations formalisées d'expert. 2013 Dec.
8. Nash E, Hespe C, Chalkley D. A retrospective audit of referral letter quality from general practice to an inner-city emergency department. *Emerg Med Australas.* 2016 Jun;28.
9. Bréant K. Analyse du recours au service des urgences pédiatriques du Havre par les médecins généralistes. 2013.
10. Mehvarifar G reza. L'évaluation des relations téléphoniques entre les médecins généralistes et les services d'urgences. 2004.
11. Mezino Y. Motifs de recours des médecins généralistes aux urgences du CHU Sud Réunion, déterminants de la prise de décision et communication ville-hôpital. 2016.
12. Sailliol M. Étude des relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le centre hospitalier de rattachement de Pau pour améliorer la prise en charge mutualisée des patients. 2014.
13. Vardon T. Quels sont les motifs de recours au centre 15 de Haute-Garonne (31) par les médecins généralistes ? 2018.
14. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. 2003 Jan.
15. Ng JY, Fatovich DM, Turner VF, Wurmel JA, Skevington SA, Phillips MR. Appropriateness of healthdirect referrals to the emergency department compared with self-referrals and GP referrals. *Med J Aust.* 2012 Nov 5.
16. Reuter PG, Kernéis S, Turbelin C, Souty C, Arena C, Gavazzi G, et al. [Orientation of patients referred by their general practitioner to the public or private hospital sector in France: A prospective epidemiologic study]. *Rev Med Interne.* 2012 Dec.
17. Taboulet P, Vincent-Cassy C, Squara PA, Resche-Rigon M. Validité de la FRENCH, l'échelle de tri des urgences hospitalières élaborée par la Société française de médecine d'urgence. *Ann Fr Med Urgence.* 2018.
18. Taylor S, Welch S, Harding A, Abbott L, Riyat B, Morrow M, et al. Accuracy of general practitioner medication histories for patients presenting to the emergency department. *Aust Fam Physician.* 2014 Oct.

ABSTRACT

Titre : Incidence, caractéristiques et gravités des patients adressés en Structures d'Urgences adulte du CHU Toulouse par les médecins généralistes

Résumé :

Introduction : Si les motifs des recours dans une structure d'urgence sont bien connus, l'incidence des patients adressés dans une SU d'un CHU est mal connue et reste à préciser. L'objectif principal de cette thèse est de connaître l'incidence des patients adressés aux urgences adultes du CHU de Toulouse par les médecins généralistes. Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude de cohorte prospective monocentrique se déroulant dans la structure d'urgence adulte du CHU Toulouse, s'étendant du 18 au 24 février 2019. Le critère de jugement principal est le nombre total de patients adressés par un médecin généraliste dans une SU adulte du CHU de Toulouse rapporté au nombre de passage total durant la même période. Résultats : l'incidence des patients adressés par un médecin généraliste dans une SU adulte du CHU de Toulouse est de 9,36% des patients admis aux urgences. Le mode de communication préféré des médecins généralistes est le courrier (75%), la majorité des recours concerne une cause médicale (86%), la première cause étant la douleur abdominale (20%). Les patients adressés par les médecins généralistes ont un état clinique significativement plus sévères et sont davantage hospitalisés que les patients non adressés par les médecins généralistes. Il n'y a pas de différence d'incidence en fonction des jours et des horaires d'admission. Conclusion : 9,36% des patients admis dans une SU sont adressés par le médecin généraliste. Ces patients sont plus sévères et plus hospitalisés comparés aux patients non adressés par le médecin généraliste.

Mots-clefs : médecins généralistes ; urgence ; lettres ; motifs de recours ; score gravité.

Title: Incidence, characteristics and seriousness of condition of patients referred to Adult Emergency Departments (ED) of Toulouse University Hospitals (CHU) by General Practitioners (GP).

Summary :

Introduction: Whereas means of recourse in ED are well characterized, incidence of patients referred by GP in ED of CHU still have to be determined. The main objective of this thesis was to determine the incidence of patients referred by GP in the adult ED of the CHU of Toulouse. Material and Methods: This is a prospective, monocentric cohort study that took place in the adult ED of the CHU of Toulouse, covering the period from 18 to 24 of February 2019. The main judgment criteria was the number of patients referred to adult ED by GP over the total number of patients admitted to adult ED over the same period of time. Results: The incidence of patients referred to adult ED by GP over all patients admitted is 9.36%. Patient were mainly referred to ED by GP through the means of mails (75%), mainly for medical reason (86%), the majority of which being abdominal pain (20%). Patients referred by GP presented with significantly more serious conditions and were more likely to be hospitalized than patients non-referred by GP during the same period of time. No difference in incidence was found according to days or time slot of admission. Conclusion: 9.36% of patients admitted to adult ED are referred by GP. They present with more serious medical conditions and are more likely to be hospitalized than patient non-referred by GP.

Keywords : general practitioner, letters, motives to resort, gravity, emergency.