Qui sont les patients adressés en structure d'urgence par leur médecin traitant ?

Who Are the Patients Send to the Emergency Department by Their General Practitioner?

F. Balen · A. Boyer · P. Auboiroux · S. Charpentier

Reçu le 8 juillet 2019 ; accepté le 5 décembre 2019
© SFMU et Lavoisier SAS 2019

Résumé *Introduction* : Acteur central du soin primaire, le médecin généraliste peut être amené à adresser des patients aux structures d'urgences (SU). Les objectifs de notre travail étaient d'évaluer l'incidence des patients adressés en SU par leur médecin traitant, d'évaluer leur gravité par rapport aux autres patients admis en SU et de connaître leur motif de consultation.

Méthode : Il s'agit d'une étude de cohorte se déroulant sur les SU adultes du CHU de Toulouse au cours d'une semaine de 2019. Tous les malades admis dans les SU ont été inclus. Les variables démographiques, le caractère « adressé par le médecin traitant » ou non, le score de tri initial sur la classification infirmière des malades aux urgences (CIMU) et l'hospitalisation post-SU ont été relevés.

Résultats : Sur les 2 289 passages dans les SU sur la période, 212 (9 %) étaient liés à des patients adressés par leur médecin traitant. Ces malades étaient plus âgés (58 ans vs 45 ans, $p < 0,001$), plus graves (taux de CIMU 3 plus élevés : 65 vs 38 %, $p < 0,001$) et plus souvent hospitalisés (39 vs 19 %, $p < 0,001$) que les patients admis en SU non adressés par leur médecin traitant. Le motif le plus fréquent d'admission était la douleur abdominale (21 %).

Discussion : Une attention particulière doit être portée sur les malades admis en SU adressés par leur médecin traitant. Ils semblent en effet plus graves et nécessitant plus de ressources hospitalières.

Mots clés Médecin généraliste · Structure d'urgence · Tri

Abstract *Introduction*: General practitioner (GP) may have to address patients to Emergency Departments (ED). The objectives of our study were to determine the incidence of patients admitted to ED after GP addressing, the seriousness of those patients, and the reason of their admission.

Method: This is a cohort study that took place in the ED of a University Hospital in a one week's period of time. All patients admitted in the ED were included. Following variables were collected: age, sex, initial severity (evaluated by the French Emergency Nurse Classification (FRENCH)), hospitalisation and initial consultation with a GP.

Results: During the inclusion period, 2,289 patients were admitted to the ED. 212 were addressed by their GP. They were older (58-y.o vs 45-y.o, $p < 0.001$), more serious (regarding proportion of FRENCH 3 classified: 65% vs 38%, $p < 0.001$) and more hospitalised (39% vs 19%, $p < 0.001$) than patients not addressed by GP in the ED. Most of them were admitted for abdominal pain (21%).

Discussion: We should be careful to patients admitted in the ED at the demand of their GP: they are more serious than the patients not addressed by a GP.

Keywords General practitioner · Emergency Department · Triage

F. Balen (✉) · P. Auboiroux · S. Charpentier
Pôle de médecine d'urgence/Samu,
CHU de Toulouse, place du Docteur-Baylac,
TSA 40031, F-31059 Toulouse cedex 09, France
e-mail : balen.f@chu-toulouse.fr

F. Balen · S. Charpentier
Université Toulouse-III, Paul Sabatier,
Route de Narbonne, F-31330 Toulouse, France

A. Boyer
Médecin généraliste, F-31000 Toulouse, France

Introduction

En France, la médecine générale est une spécialité de premier recours, premier contact privilégié avec le système de soins. Elle s'intéresse aux problèmes de santé chroniques comme aigus [1]. Ainsi, 13 % de l'activité des médecins généralistes libéraux serait liée aux recours urgents ou non programmés [2]. Du fait de son exercice extrahospitalier, le médecin généraliste peut être limité dans l'accès à des examens complémentaires ou avis spécialisés urgents [3].

Il peut être alors amené à adresser des patients aux structures d'urgences (SU). C'est en ce sens que les SU peuvent être décrites comme « lien entre la ville et l'hôpital ». Ce lien est cependant peu étudié. Si près de 9 % des malades admis en SU semblent avoir été adressés par leur médecin généraliste via un courrier [4], leurs profils sont mal connus. Il est pourtant classiquement admis qu'il s'agit d'une population volontiers plus « grave » et à laquelle le médecin urgentiste doit particulièrement prêter attention. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'incidence des patients admis en SU adressés par leur médecin traitant. Les objectifs secondaires étaient : de décrire les motifs de recours aux SU des malades adressés par leur médecin traitant et de comparer les caractéristiques démographiques et la gravité des patients admis en SU adressés par leur médecin traitant à celles des malades non adressés.

Méthode

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective se déroulant sur les structures d'urgences adultes du CHU de Toulouse du 18 au 24 février 2019 inclus. C'est une étude hors loi Jardé inscrite au registre des études répondant à une méthodologie type MR 004 du CHU de Toulouse (numéro CNIL : 2206723 v 0). Les SU Adultes du CHU de Toulouse accueillent les patients âgés de plus de 15 ans. Ils comptent 117 682 passages sur l'année 2018 (78 009 passages pour le premier, 39 673 pour le second) [5]. Tous les passages de patients adultes admis sur la période ont été inclus. Les variables démographiques (âge et sexe), le mode de transport, la gravité initiale évaluée par la classification infirmière des malades aux urgences (CIMU) [6,7] par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO), la sortie des urgences (hospitalisation [dont UHCD], fugue ou retour au domicile) et le décès intra-SU étaient renseignés de façon courante dans le logiciel métier. Un investigateur était présent dans chaque centre pour s'assurer du recueil exhaustif de la variable « adressé par le médecin traitant » et s'attachait à recueillir le motif de recours de ces patients ainsi que les modalités d'adressage (courrier, contact téléphonique à la SU ou déclaration seule du patient). Les malades adressés par un médecin généraliste en régulation centre 15 ou par SOS Médecin n'étaient pas considérés comme adressés par leur médecin traitant, du fait de la particularité de leur exercice et de l'absence de suivi du malade.

Le nombre de sujets nécessaires a été calculé sur l'hypothèse d'une incidence de 15 % patients adressés par le médecin traitant parmi l'ensemble des passages en SU, qui était le critère de jugement principal. Afin d'apprécier cette incidence avec une erreur de plus ou moins 5 %, il fallait inclure 204 patients adressés par le médecin traitant, soit 1 306 passages. Une période d'inclusion d'une semaine semblait suffisante.

Analyse statistique

L'analyse statistique des données anonymisées a été réalisée à l'aide du logiciel STATA13. Il n'a pas été utilisé de méthode d'imputation pour les valeurs manquantes. La distribution des variables quantitatives est représentée par la moyenne, arrondie à l'unité, suivie de l'écart-type après vérification de la normalité de la distribution. Les variables qualitatives sont exprimées en nombre et pourcentage, arrondis à l'unité. Les comparaisons bivariées ont été réalisées par test de Student pour les variables quantitatives, après vérification des critères d'applicabilité. Pour les variables qualitatives, le test du χ^2 de Pearson a été utilisé si possible. Dans le cas contraire, un test exact de Fisher a été réalisé. Le seuil de significativité statistique est considéré atteint pour un risque d'erreur inférieur à 5 % ($p < 0,05$).

Résultats

Durant la semaine d'inclusion, 2 289 passages ont été enregistrés. Les caractéristiques des patients lors de chaque passage sont résumées dans le Tableau 1. Deux cent douze passages sont liés à des patients adressés par leur médecin traitant, ce qui représente une incidence de 9 % (intervalle de confiance à 95 % [IC95] = 8–11). Dans la majorité des cas ($n = 149$, 70 %), les patients sont adressés avec un courrier seul. Le reste du temps, ils sont adressés après contact téléphonique seul ($n = 6$, 3 %), contact téléphonique et courrier ($n = 11$, 5 %) ou sans courrier ni contact ($n = 46$, 22 %). Les malades adressés par le médecin traitant sont plus âgés, et on retrouve un taux de CIMU 3 plus important parmi eux que parmi les malades non adressés (65 vs 38 %, $p < 0,001$). Inversement, les CIMU « moins urgentes » sont moins représentées parmi les patients adressés par les médecins traitants : les CIMU 4 (28 vs 48 %, $p < 0,001$) et CIMU 5 (< 1 vs 5 %, $p = 0,004$). Le taux d'hospitalisation est plus important chez les patients adressés par le médecin traitant (39 vs 19 %). Les motifs de recours à la SU pour les patients adressés par le médecin traitant sont représentés dans le Tableau 2. Les motifs médicaux ($n = 187$, 88 %) sont les plus fréquents. Parmi ces derniers, c'est la douleur abdominale qui est la plus représentée ($n = 44$, 21 %) et la dyspnée la plus « pourvoyeuse » d'hospitalisations.

Discussion

Notre étude retrouve une incidence de patients adressés par les médecins traitants aux SU adultes du CHU de Toulouse de 9 % (IC95 = 8–11) du nombre de passage total durant la période d'inclusion d'une semaine. Ce résultat de 9 % est comparable à celui du travail proposé sur le centre

Tableau 1 Caractéristiques de la population

	Population générale (n = 2 289)	Non orienté par MT (n = 2 077)	Orienté par MT (n = 212)	p
Données démographiques				
Âge (années)	46 ± 23	45 ± 22	58 ± 24	< 0,001
Sexe féminin	1 076 (47 %)	969 (47 %)	107 (50 %)	0,29
Mode de transport				
Smur	20 (< 1 %)	19 (1 %)	1 (< 1 %)	1
VSAV	278 (12 %)	273 (13 %)	5 (2 %)	< 0,001
AP	639 (28 %)	555 (27 %)	84 (40 %)	0,005
Propres moyens	1 324 (58 %)	1 202 (58 %)	122 (58 %)	1
Autres	28 (1 %)	28 (1 %)	0	0,1
Sévérité évaluée par IOA				
CIMU 1	3 (< 1 %)	2 (< 1 %)	1 (< 1 %)	0,25
CIMU 2	139 (6 %)	126 (6 %)	13 (6 %)	1
CIMU 3	936 (41 %)	799 (38 %)	137 (65 %)	< 0,001
CIMU 4	1 060 (46 %)	1 000 (48 %)	60 (28 %)	< 0,001
CIMU 5	109 (5 %)	108 (5 %)	1 (< 1 %)	0,004
CIMU non renseignée	42 (2 %)	42 (2 %)	0	0,028
Hospitalisation post-SU	469 (20 %)	387 (19 %)	82 (39 %)	< 0,001
Décès en SU	8 (< 1 %)	6 (< 1 %)	2 (1 %)	0,12
AP : ambulance privée ; CIMU : classification infirmière des malades aux urgences ; IOA : infirmière organisatrice de l'accueil ; MT : médecin traitant ; Smur : Service mobile d'urgence-réanimation ; SU : service d'urgence ; VSAV : véhicule de secours et assistance aux victimes				

hospitalier (CH) voisin d'Albi [4], mais diffère de celui retrouvé au CH d'Estampes [8] qui était de 4 %. Cette différence semble liée au fait que nous avons choisi d'inclure tous malades admis au CHU adressés par le médecin traitant, quel que soit le mode de contact (ou son absence) avec le SU. Ce n'est pas le choix qui avait été fait dans le travail au CH d'Estampes [8] qui n'avait recruté que les malades adressés avec un courrier. De plus, il semble exister une augmentation des recours aux SU sans contact préalable au médecin traitant : en effet, la proportion des malades adressés par le médecin généraliste aux SU semblait être de 41 % dans les années 1970 [9]. La modalité de contact privilégiée par le médecin généraliste reste le courrier, ce qui est cohérent avec les données de la littérature [10,11]. Le courrier semble d'une part augmenter l'attention de l'urgentiste sur la problématique du malade adressé [12], et d'autre part permet au médecin traitant de s'amender des difficultés de transmissions téléphoniques [13–15]. Les motifs de recours sont majoritairement médicaux, avec la douleur abdominale en premier plan, ce qui est également retrouvé dans le peu d'études antérieures [8], et peut s'expliquer par la nécessité importante en examens complémentaires de ce symptôme. Les patients adressés par le médecin traitant sont également plus sévères à en juger par leur CIMU à l'entrée et par le taux d'hospitalisation plus élevé chez eux que chez les patients

non adressés par un médecin généraliste. L'étude de la DREES de 2003 [16] retrouvait également que 60 % des patients hospitalisés après le passage aux urgences étaient adressés initialement par un médecin. Cette proportion est moindre dans notre cohorte. Nos résultats sont concordants avec une étude prospective australienne [17] comparant les patients adressés par des médecins généralistes aux urgences par rapport à ceux se présentant d'eux-mêmes ou après appel à un centre d'orientation type centre 15 : la pertinence du recours aux urgences fondée 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. Cet aspect de gravité et de besoins en ressources hospitalières supérieures pour les malades adressés par le médecin généraliste a d'ailleurs amené à proposer un modulateur de tri des patients classés CIMU 3. En effet, dans la nouvelle CIMU, rebaptisée FRENCH [18], les patients présentant une comorbidité ou étant adressé par le médecin généraliste seront classés 3A lorsque les autres patients classés en catégorie 3 seront classifiés 3B. Notre travail appuie cette nécessité de porter une attention particulière aux patients adressés par le médecin traitant.

La principale limite de notre étude est liée au biais de sélection. En effet, notre SU étant d'une part de service

Tableau 2 Motifs de recours			
	Adressés par MT (n = 212)	Adressés par MT puis non hospitalisés post-SU (n = 130)	Adressés par MT puis hospitalisés post-SU (n = 82)
Médical	187 (88 %)	112 (86 %)	75 (91 %)
Douleur abdominale	44 (21 %)	29 (22 %)	15 (18 %)
Dyspnée	33 (16 %)	14 (11 %)	19 (23 %)
Anomalie biologique	14 (7 %)	7 (5 %)	7 (9 %)
Confusion	12 (6 %)	6 (5 %)	6 (7 %)
Douleur thoracique	11 (5 %)	10 (8 %)	1 (1 %)
Céphalée	11 (5 %)	11 (9 %)	0
Déficit neurologique	11 (5 %)	4 (3 %)	7 (9 %)
Douleur de membre a traumatique	10 (5 %)	9 (7 %)	1 (1 %)
Lombalgie	7 (3 %)	3 (2 %)	4 (5 %)
Lipothymie	5 (2 %)	2 (2 %)	3 (4 %)
Fièvre	5 (2 %)	1 (1 %)	4 (5 %)
Odynophagie	4 (2 %)	3 (2 %)	1 (1 %)
Palpitations	4 (2 %)	3 (2 %)	1 (1 %)
Vertiges	4 (2 %)	2 (2 %)	2 (2 %)
Autres	12 (6 %)	8 (6 %)	4 (5 %)
Chirurgical	23 (11 %)	18 (14 %)	5 (6 %)
Traumatisme de membre/plaie	13 (6 %)	10 (8 %)	3 (4 %)
Abscess/panaris	7 (3 %)	6 (5 %)	1 (1 %)
Traumatisme crânien	2 (1 %)	1 (1 %)	1 (1 %)
Brûlure	1 (< 1 %)	1 (1 %)	0
Psychiatrique	2 (1 %)	0	2 (2 %)
MT : médecin traitant ; SU : structure d'urgence			

public et d'autre part universitaire, les médecins traitants peuvent préférer y adresser les malades les plus comorbides et complexes, comparé aux structures privées [19]. De plus, l'absence de suivi patient ne permet pas de connaître le taux de reconsultation, voire d'hospitalisation après un second passage, en particulier chez les nombreux patients non adressés par un médecin traitant. La force de notre travail est le nombre de sujets inclus sur une période courte, avec une exhaustivité des données des malades adressés par les médecins traitants.

Conclusion

L'incidence des patients adressés par le médecin traitant en SU est de 9 % dans notre cohorte. Ces malades sont plus âgés que la population des malades consultants en SU sans être orientés par le médecin traitant. Ils sont plus souvent hospitalisés (39 vs 19 %) et semblent plus graves à en juger par leur tri CIMU initial.

Remerciements Les auteurs remercient le Dr AZEMA Olivier pour son aide à l'inclusion

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Evans P, Allen J, Gay B, et al (2002) WONCA Europe — La définition européenne de la médecine générale — médecine de famille. <https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf> (Dernier accès le 1^{er} juillet 2019)
2. Gouyon M, Labarthe G (2006) Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er471.pdf> (Dernier accès le 1^{er} juillet 2019)
3. Schols AMR, Stevens F, Zeijen CGIP, et al (2016) Access to diagnostic tests during GP out-of-hours care: A cross-sectional study of all GP out-of-hours services in the Netherlands. *Eur J Gen Pract* 22:176–81
4. Boudy-Lapouge M (2013) Les patients adressés par leur médecin généraliste aux urgences du centre hospitalier d'Albi : description et analyse des motifs de recours. Thèse de médecine, université Toulouse-III
5. ORU-Occitanie (2019) Panorama Occitanie — Activité des structures d'urgence 2018 <http://www.oruoccitanie.fr/docs/Panorama2018-1.pdf> (Dernier accès le 1^{er} juillet 2019)

6. Taboulet P, Moreira V, Haas L, et al (2009) Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity. *Eur J Emerg Med* 16:61–7
7. Taboulet P (2011) Classification infirmière des malades aux urgences (CIMU) http://www.triage-urgence.com/artri_cimu.php (Dernier accès le 1^{er} juillet 2019)
8. Vendeux A (2014) Motifs de consultation et parcours aux urgences des patients adressés par le médecin généraliste : une étude prospective au centre hospitalier d'Estampes. Thèse de médecine, université Pierre-et-Marie-Curie, Paris
9. Patel AR (1971) Modes of admission to hospital: a survey of emergency admissions to a general medical unit. *Br Med J* 1:281–3
10. Bréant K (2013) Analyse du recours au service des urgences pédiatriques du Havre par les médecins généralistes. Thèse de médecine, université de Rouen, Rouen
11. Nash E, Hespe C, Chalkley D (2016) A retrospective audit of referral letter quality from general practice to an inner-city emergency department. *Emerg Med Australas* 28:313–8
12. Parsonage MT, Nash E, Chalkley D, Hespe C (2019) Patients attending an emergency department with a general practitioner referral letter who are discharged home have a longer length of stay than those without a letter. *Emerg Med Australas* 31:495–6
13. Mehvarifar G (2004) L'évaluation des relations téléphoniques entre les médecins généralistes et les services d'urgences. Thèse de médecine, université Toulouse-III, Toulouse
14. Sailliol M (2014) 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. Thèse de médecine, université Bordeaux-II, Bordeaux
15. Mezino Y (2016) Motifs de recours des médecins généralistes aux urgences du CHU Sud Réunion, déterminants de la prise de décision et communication ville-hôpital. Thèse de médecine, université Bordeaux-II, Bordeaux
16. Carrasco V, Baubeau D (2003) Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er212.pdf> (Dernier accès le 1^{er} juillet 2019)
17. Ng JY, Fatovich DM, Turner VF, et al (2012) Appropriateness of healthdirect referrals to the emergency department compared with self-referrals and GP referrals. *Med J Aust* 197:498–502
18. Taboulet P, Vincent-Cassy C, Squara PA, Resche-Rigon M (2019) Validité de la FRENCH, l'échelle de tri des urgences hospitalières élaborée par la Société française de médecine d'urgence. *Ann Fr Med Urgence* 9:10–1
19. Reuter PG, Kernéis S, Turbelin C, et al (2012) Orientation of patients referred by their general practitioner to the public or private hospital sector in France: a prospective epidemiologic study. *Rev Med Interne* 33:672–7