



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de
Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2017

N°

**COORDINATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET MEDECINS
URGENTISTES SUITE AU PASSAGE DES PATIENTS AU CENTRE
REGIONAL UNIVERSITAIRE DES URGENCES DE DIJON : QUALITE ET
RESSENTI DES INFORMATIONS TRANSMISES**

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 6 Janvier 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par Mlle MARCHANDEAU Caroline

Née le 26 Juillet 1989

A SAINT VALLIER (71)



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de
Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2017

N°

**COORDINATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET MEDECINS
URGENTISTES SUITE AU PASSAGE DES PATIENTS AU CENTRE
REGIONAL UNIVERSITAIRE DES URGENCES DE DIJON : QUALITE ET
RESSENTI DES INFORMATIONS TRANSMISES**

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 6 Janvier 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par Mlle MARCHANDEAU Caroline

Née le 26 Juillet 1989

A SAINT VALLIER (71)

Année Universitaire 2016-2017
au 1^{er} Janvier 2017

Doyen :

1^{er} Assesseur :

Assesseurs :

M. Frédéric HUET

M. Yves ARTUR

Mme Laurence DUVILLARD

M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

M. Marc MAYNADIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

		Discipline	
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	BEDENNE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	BESANCENOT	Médecine interne
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUEMAD	Anesthésiologie- réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
M.	François	BRUNOTTE	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie- virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Denis	KRAUSÉ	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romaric	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	BRENOT	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Philippe	CAMUS	(surnombre jusqu'au 31/08/2019)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Maurice	GIROUD	(surnombre jusqu'au 21/08/2018)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(surnombre du 05/02/2014 au 31/08/2017)

MAITRES DE CONFERENCES DES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
			(Mobilité Novembre 2016 à 2017)
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
			(Mobilité Novembre 2016 à 2017)
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Marc	FREYSZ	(01/09/2016 au 28/02/2017)
M	Philippe	GAMBERT	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
Mme	Anne	WALDNER-COMBERNOUX	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

Professeur Pierre JOUANNY, Service de Médecine Gériatrique, C.H.U. de Dijon

Membres :

Professeur Yves COTTIN, Service de Cardiologie, C.H.U. de Dijon

Professeur Maurice GIROUD, Service de Neurologie, C.H.U. de Dijon

Docteur Bruno MANGOLA, Professeur associé, Centre Régional Universitaire des Urgences, C.H.U. Dijon

Docteur Thérèse GUYENNE-CHAMBRU, Médecine générale, Dijon

Docteur Cindy TISSIER, Centre Régional Universitaire des Urgences, C.H.U. Dijon,
Directrice de thèse

REMERCIEMENTS

Au Président du jury,

A Monsieur le Professeur Pierre JOUANNY,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour votre disponibilité et vos conseils concernant mon travail.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Yves COTTIN,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et je vous en remercie.

Veillez trouver ici l'expression de ma très haute considération.

A Monsieur le Professeur Maurice GIROUD,

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury et de juger mon travail. Je vous en remercie.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde estime.

A Monsieur le Professeur Bruno MANGOLA,

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury et je vous en remercie. Cela a été un honneur pour moi de travailler le temps d'un semestre dans votre service.

Veillez trouver ici l'expression de mon très profond respect.

A Madame le Docteur Thérèse GUYENNE-CHAMBRU,

Un immense merci, Thérèse, d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale, cela a été un grand plaisir de travailler à tes côtés.

Amicalement

A ma directrice de thèse, le Docteur Cindy TISSIER,

Merci mille fois, Cindy, d'avoir accepté de diriger mon travail. Merci pour le temps que tu m'as accordé, merci pour tes conseils et ton travail. Merci aussi pour ton enseignement lors de mon externat et de mon internat.

A mes maîtres de stage,

Aux Docteurs Didier ALIBERT, Christophe BOISSELIER, Olivier MAIZIERES, Stéphane PEPE et Jean-Louis TERUEL,

Merci pour votre enseignement, vos conseils et la confiance que vous m'avez accordée.

Au Docteur Dominique GARROT,

Merci, Dominique, pour ce semestre passé à tes cotés en médecine gériatrique à Montbard. Merci pour la richesse de ton enseignement, ton humanité, ton dynamisme, ton engagement.

A tous mes collègues,

Merci à l'équipe du SSR de Beaune qui m'a vu faire mes premiers pas d'interne.

Merci à toute l'équipe des urgences du CHU de Dijon pour leur accueil et leur soutien.

Merci à toute l'équipe de médecine gériatrique de Montbard qui m'a plus que bien accueillie, merci pour votre professionnalisme.

A tous les co-internes avec qui j'ai eu la chance et le bonheur de travailler durant mon internat.

Aux patients,

Merci à ceux qui ont participé à cette étude.

Merci à tous ceux qui m'ont accordé leur confiance dans le soin, merci pour la bienveillance réciproque, merci de m'avoir rendue plus humaine.

A mes proches,

A mes parents pour avoir eu la très bonne idée de construire une famille. Merci pour votre éducation, votre amour, vos sacrifices, vos encouragements.

A mon grand frère adoré, **Dimitri**, avec qui j'ai grandi et tant partagé. Que notre complicité puisse toujours perdurer.

A mes grands parents paternels et maternels, qui ont toujours été un modèle de travail et de force.

A mes très chers oncles et tantes.

A mes cousins, à mes trois supers cousines, et mes petits cousins Noé et Héloïse. Merci pour tous ces moments partagés.

A toi mon Loulou, passionné et passionnant. Merci pour ces dix merveilleuses années passées à tes côtés. Merci pour tout ton amour, ta tendresse, ta patience à toute épreuve. Merci pour tous ces beaux projets et aventures que nous avons vécus ensemble et pour tous ceux qui sont encore à venir. Merci pour ton soutien permanent dans mon travail, pour ton écoute. Merci aussi pour la relecture. ILU.

A mes amis,

A mes amis d'enfance et ceux qui ont partagé les bancs de la fac, **ma Ju, Mais, Moignon, Guigui, JB, Elo**. Que de souvenirs partagés avec vous, merci d'être toujours présents après toutes ces années.

A Monorèl, ma jum', mon échappatoire durant toutes ces années d'études, en Lorraine et à Lille. Merci pour ta créativité, ta bonne humeur, ton amour, merci de m'avoir accueillie de nombreuses fois dans ta magnifique famille. Te voir est toujours une bouffée d'oxygène.

A Anne-So, mon bouchon. Notre amitié a débuté sur le lieu de notre job étudiant et a parcouru des milliers de kilomètres ! A Dijon, à Paris, au Havre, à Grasse, à Londres et Wellingborough... Bref, comme dirait Céline Dion « j'irai ou tu iras ». Merci pour ta générosité, ton authenticité et ta spontanéité.

A Dridri et Laetou, Martin et Emilie, Stéph et Pauline. Merci pour tous ces moments partagés depuis...10 ans aussi ! J'ai assisté à votre bonheur d'avoir trouvé votre moitié, votre mariage et maintenant la naissance de vos têtes blondes. C'est une fierté et un bonheur de vous compter dans ma vie. Que ces moments puissent durer.

A nos Vosgiens préférés : **Alex, Aline** et leurs magnifiques enfants Elisa et Hugo, qui nous accueillent toujours comme des rois sur leurs terres.

Aux ex-Beaunois : **Hélène, Valou, Cyrielle, Emeline, Augustin, David** et sa famille que j'ai vu s'agrandir un soir de garde beaunoise ... Merci pour tous ces bons moments partagés ; que de rigolades !

Merci tout particulièrement à **Augustin**, alias Titi, qui a été mon tout premier co-interne. Quel bonheur que le hasard de la vie t'ait conduit à Dijon ! Je ne pourrai malheureusement pas insérer en Annexe de cette thèse nos fax d'anniversaire pour David ni la preuve de tes talents de chanteur... « I'm walking on sunshine »... Que la vie t'apporte tout le bonheur que tu mérites.

Aux copains et amis de fac, qui ont fait de mon externat un souvenir indélébile,

Julie, petite Mausie, merci pour ta bonne humeur, ton énergie, ton grain de folie, merci pour tes soirées mémorables ! Tu es une fille génialissime !

Marie, merci pour ton soutien pendant la préparation de l'internat, et pour les longueurs de piscine à bavarder. Nos 70 jours passés en Malaisie et en Indonésie sont tellement riches en souvenirs ! Tu es la parfaite compagne de voyage ! On remet ça quand tu veux !

Sophie, Laure, Gus, Matthieu, Martin mes co-externes de la première heure !

MERCI A TOUS !

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que je sois déshonorée et méprisée si je manque à mes promesses, que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle."

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction	19
II.	Matériels et méthodes	20
1.	Etude 1 : questionnaires médecins généralistes.....	20
a.	Population étudiée.....	20
b.	Recueil des données	20
c.	Analyse des données.....	21
2.	Etude 2 : questionnaires patients.....	21
a.	Population étudiée	21
b.	Recueil des données	22
c.	Analyse des données.....	24
III.	Résultats.....	25
1.	Etude 1 : questionnaires médecins généralistes.....	25
a.	Caractéristiques de la population des médecins généralistes.....	25
b.	Satisfaction concernant les informations transmises par le CRUU.....	26
c.	Appréciation concernant le compte rendu médical du CRUU.....	27
d.	Les informations superflues du compte-rendu.....	28
e.	Les informations manquantes au compte-rendu.....	29
f.	Le mode de communication souhaité pour être informé de la prise en charge d'un patient au CRUU.....	30
g.	Les remarques concernant la coordination MG/MU après le passage des patients aux urgences du CRUU.....	30
2.	Etude 2 : questionnaires patients.....	31
a.	Caractéristiques générales de la population Patients.....	32
b.	Le compte-rendu médical.....	33
c.	Données concernant le médecin traitant.....	33
d.	Patients ayant consulté leur médecin généraliste suite à leur passage aux urgences	34
e.	Patients n'ayant pas reconsulté leur médecin généraliste.....	35
f.	Comparaison des groupes « a reconsulté » et « n'a pas reconsulté ».....	35
g.	Patients pour lesquels il était inscrit dans le dossier par l'urgentiste de reconsulte	38

IV.	Discussion.....	39
1.	Etude 1 : les médecins généralistes.....	39
a.	Forces et faiblesses de l'étude.....	39
b.	La satisfaction des informations transmises.....	40
c.	Le compte rendu médical.....	40
d.	Le mode de communication.....	40
e.	Les messageries sécurisées.....	41
2.	Etude 2 : les patients.....	42
a.	Forces et faiblesses de l'étude	42
b.	Le compte rendu médical.....	43
c.	Le parcours de soins du patient sortant du CRUU.....	43
d.	Compréhension des consignes de sortie par le patient.....	44
3.	Pistes d'améliorations.....	44
V.	Conclusions.....	46
VI.	Bibliographie.....	47
VII.	Annexes.....	49
	Annexe 1 : questionnaire médecins généralistes.....	49
	Annexe 2 : questionnaire patients.....	51
	Annexe 3 : modes de communication souhaités par les MG.....	53
	Annexe 4 : classification des motifs de consultation et diagnostics.....	54

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Caractéristiques de la population des médecins généralistes

Figure n°1 : Ressenti concernant les informations transmises aux MG concernant le passage de leurs patients aux urgences

Figure n°2 : Satisfaction globale du compte rendu médical de passage aux urgences

Tableau 2 : Appréciation du compte rendu médical.

Tableau 3 : Informations superflues du compte rendu médical citées par les MG

Tableau 4 : Répartition des informations manquantes dans le compte-rendu d'après les médecins généralistes.

Tableau 5 : Caractéristiques de la population Patients

Tableau 6 : Modes de transmission du CR des urgences des patients à leur MG

Tableau 7 : Prise en charge réalisée par le MG suite au passage du patient aux urgences

Tableau 8 : Motifs de non consultation du MG à l'issue du passage aux urgences

Tableau 9 : Critères influençant ou non la consultation auprès du MG après le passage au CRUU

Tableau 10 : Motifs de consultation et diagnostics établis des groupes « a reconsulté » et « n'a pas reconsulté » son MG

ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHR : Centre Hospitalier Régional

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPS : Carte de Professionnel de Santé

CR : Compte-rendu médical

CRUU : Centre Régional Universitaire des Urgences

DMP : Dossier Médical Partagé

MG : Médecin Généraliste

MT : Médecin Traitant

MU : Médecin Urgentiste

NR : Non Réponse

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

UOCD : Unité d'Observation de Courte Durée

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

I. Introduction

Le Centre Régional Universitaire des Urgences (CRUU) du CHU de Dijon accueille annuellement 45000 malades avec jusqu'à 130 patients pris en charge chaque jour. Environ 62% des patients ne sont pas hospitalisés et sont sortants après leur prise en charge (1). Certains patients se voient incités à consulter leur médecin traitant (MT) pour une consultation de contrôle suite à ce passage aux urgences.

La loi de réforme de l'assurance maladie du 13 Aout 2004 a mis au centre du parcours de soin le médecin traitant qui doit être le garant de la cohérence du parcours médical de son patient (2). La réalisation de cette mission nécessite une coordination entre les différents acteurs du soin afin de transmettre au mieux les informations concernant la prise en charge du patient et ainsi permettre d'améliorer la qualité des soins.

Le courrier médical est un outil incontournable de la communication entre médecins (3) et doit respecter les règles du secret médical dont le patient est détenteur. Cette communication entre médecins est régie par l'article L1110-4 du Code de Santé Publique (CSP) (4). 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.

Il n'y a pas, au sein du CRUU, de courrier standardisé pour les patients rentrant à domicile mais ceux-ci se voient remettre, en mains propres à leur sortie, un document intitulé « Dossier médical », extrait du logiciel informatique Resurgence[®] et reprenant l'ensemble de leur séjour aux urgences. La coordination entre médecins urgentistes (MU) et médecins généralistes (MG) est donc dépendante du recours par le patient à son médecin traitant dans les suites de son passage aux urgences. Il est donc intéressant d'analyser les forces et les faiblesses de cette coordination triangulaire afin de pouvoir proposer des améliorations :

- l'objectif principal de notre étude était d'étudier le ressenti des médecins généralistes sur la qualité des informations transmises et leurs attentes après le passage de leurs patients au CRUU ;
- l'objectif secondaire était d'étudier l'implication des patients dans la transmission de l'information et d'étudier le recours ou non au médecin traitant dans les jours suivant leur prise en charge.

II. Matériels et méthodes

Il s'agit de deux études observationnelles descriptives prospectives monocentriques, conduites conjointement.

1. Etude 1 : Concernant les médecins généralistes

a. Population étudiée

Les médecins généralistes sélectionnés étaient tous les médecins généralistes exerçant en secteur 1 dans les communes du Grand Dijon ou d'une localisation géographique dépendante des urgences du CRUU (Ahuy, Aiserey, Arc-sur-Tille, Asnières-les-Dijon, Beire-le-Chatel, Bellefond, Belleneuve, Bèze, Brazey-en-Plaine, Bretonière, Chenove, Chevigny-saint-Sauveur, Couchey, Daix, Dijon, Fauverney, Fenay, Fleurey-sur-Ouche, Fontaines-lès-Dijon, Genlis, Grancey-le-Château, Is-sur-Tille, Longvic, Marsannay-le-Bois, Marsannay-la-Côte, Neuilly-lès-Dijon, Messigny-et-Vantoux, Mirebeau-sur-Bèze, Norgues-la-Ville, Perrigny-lès-Dijon, Plombières-lès-Dijon, Quetigny, Rouvres-en-Plaine, Ruffey-lès-Echirey, Saint Apollinaire, Saint-Julien, Saulon-la-Chapelle, Savigny-le-Sec, Selongey, Sennecey-lès-Dijon, Talant, Til-Chatel, Thorey-en-Plaine, Varois-et-Chaignot, Velars-sur-Ouche).

b. Recueil des données

Dans un premier temps, les médecins généralistes ont été contactés par e-mail en mars 2016, via la liste de diffusion du conseil départemental de Côte d'Or de l'ordre des médecins. Ils étaient invités à répondre à un questionnaire GoogleForms[®] (Annexe 1).

Dans un deuxième temps, ce même questionnaire a été envoyé par voie postale en avril 2016, au cabinet des médecins généralistes.

Les coordonnées des médecins ont été recensées grâce à l'annuaire santé du site de l'assurance maladie (5).

Les données recueillies concernaient :

- des données générales : âge, sexe, nombres d'années d'exercice, informatisation ou non du cabinet, présence ou non d'une secrétaire, durée de transport entre le cabinet et le CRUU ;
- la satisfaction concernant les informations transmises par le CRUU ;
- la satisfaction concernant le compte rendu médical de passage aux urgences ;
- les informations superflues ou manquantes au compte rendu ;
- le mode de communication souhaité par le praticien à l'issue d'une prise en charge au CRUU d'un de ses patients.

Les réponses concernant les informations superflues, ou manquantes, ont été regroupées, dans un second temps, par thématiques.

c. Analyse des données

Le questionnaire a été généré en ligne et converti par Google Forms à l'issue du recueil en fichier .xlsx (Microsoft Excel[®]) afin de permettre le traitement des données.

Une analyse descriptive a été réalisée. Les variables quantitatives sont exprimées par leur moyenne et leur écart type. Les variables qualitatives sont exprimées par leur effectif (n) et leur pourcentage (%) à l'aide du logiciel Excel[®].

2. Etude 2 : Concernant les patients

a. Population étudiée

Les patients inclus étaient ceux pris en charge au CRUU entre le 3 mai 2016 et le 19 juin 2016 et autorisés au retour à domicile par le médecin urgentiste ayant effectué la prise en charge.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- âge inférieur à 18 ans ;
- hospitalisation à l'issue de la prise en charge, y compris à l'UOCD ;
- sortie du CRUU contre avis médical, fugue, parti sans attendre ;
- patient dont le motif de consultation résulte d'une pathologie psychiatrique et/ou d'une alcoolisation aiguë ;
- patient dont le motif d'hospitalisation étant en lien avec des violences physiques et/ou conjugales ;
- patient dont le motif de consultation était en rapport avec des soins d'odontologie ;
- patient dont le motif de consultation était en rapport avec une néoplasie en cours d'investigation ;
- patient en EHPAD ;
- patient ayant une pathologie handicapante précisée dans le dossier et rendant impossible le consentement éclairé ou l'interrogatoire téléphonique ;
- patient consultant pour le même motif qu'une précédente consultation au CRUU inférieure à 15 jours ;
- patient résident hors de France ;
- dossier ne comportant pas de numéro de téléphone.

b. Concernant les patients

Les patients ont été tirés au sort parmi la population éligible par randomisation et après consultation des dossiers sur le logiciel Resurgence[®].

Dix patients ont été tirés au sort chaque jour entre le 3 mai 2016 et le 19 juin 2016.

Ils ont été contactés par téléphone à 15 jours de leur passage aux urgences, par un unique enquêteur. En cas de non réponse, un message était laissé sur leur répondeur avec un rappel par l'enquêteur dans les trois jours suivants.

Une partie des informations du questionnaire (Annexe 2) a été récoltée directement par l'enquêteur en consultant le dossier Resurgence[®] :

- le sexe, l'âge, le lieu d'habitation ;

- le motif de recours aux urgences ;
- le diagnostic final établi par l'urgentiste ;
- la personne ayant ou non adressé le patient ;
- l'inscription ou non dans le dossier par l'urgentiste de consulter le médecin traitant ;
- l'inscription ou non dans le dossier des coordonnées du médecin traitant.

Les médecins urgentistes (sénior ou internes) ont été informés, par e-mail, de cette étude avant le début de l'inclusion, afin de leur rappeler de préciser dans le dossier si une information orale de consulter le médecin traitant était délivrée au patient.

La deuxième partie des données du questionnaire résultait de l'entretien téléphonique avec les patients tirés au sort et concernait :

- la déclaration d'un médecin traitant ;
- la demande par l'urgentiste de consulter le médecin traitant dans les jours suivant la sortie du CRUU ;
- la consultation ou non par le patient de son médecin traitant suite à son passage au CRUU ;
- le délai entre la sortie des urgences et cette consultation ;
- le motif de non consultation si cela avait été recommandé par le médecin urgentiste ;
- la possession ou non d'un compte rendu médical du passage aux urgences ;
- si ce compte rendu a été fourni au médecin traitant et de quelle façon ;
- les caractéristiques de la suite de prise en charge entreprise par le médecin traitant.

Les motifs de recours aux urgences ont été regroupés dans une classification détaillée en Annexe 4 et inspirée du thésaurus de la SFMU concernant les motifs de recours en structure d'urgence (5).

Le diagnostic final établi par l'urgentiste a été colligé selon les données inscrites dans le dossier, qui ne correspondaient pas systématiquement à la cotation CIM finale. La classification est détaillée en Annexe 4.

c. Analyse des données

Les données ont été recueillies dans un tableau Excel[®] afin de permettre leur analyse. Les variables quantitatives sont exprimées par leur moyenne et leur écart type. Les variables qualitatives sont exprimées par leur effectif (n) et leur pourcentage (%) à l'aide du logiciel Excel[®].

Les comparaisons entre le groupe « a reconsulté » avec celui « n'a pas reconsulté » son MT à l'issue de la prise en charge des urgences ont été réalisées afin d'établir les facteurs influençant cette reconsultation en analyse univariée par comparaison des fréquences via le test de Khi-2 ou, si besoin, par la méthode exacte de Fischer avec un seuil de significativité fixé à 5%. Les facteurs suivants ont été évalués :

- le sexe ;
- la notification dans le dossier par le MU de reconsulte le MG ;
- la consigne orale donnée par le MU de reconsulte le MG ;
- la remise d'un CR à la sortie des urgences ;
- la transmission de ce CR et le mode de transmission utilisé ;
- le mode d'adressage aux urgences.

III. Résultats

1. Etude 1 : questionnaires médecins généralistes

Parmi les 286 médecins généralistes interrogés, 141 réponses ont été obtenues, soit un taux de réponse de 49,3%.

a. Caractéristiques de la population des médecins généralistes

Les caractéristiques de la population des médecins généralistes sont résumées dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population des médecins généralistes

Caractéristiques de la population MG	
Age (n=141)	
Moyenne (\pm écart type)	50,7 (\pm 10.6) ans
Sexe (n=140)	
	Effectifs
Femme	58 (41,1%)
Homme	83 (58,9%)
Informatisation du cabinet (n=140)	
Oui	132 (93,6%)
Secrétaire au sein du cabinet (n=141)	
Oui	75 (53,2%)
Durée de transport cabinet-CRUU (n=141)	
< à 5 min	11 (7,7%)
5 et 10 min	37 (26,3%)
10 et 15 min	42 (29,8%)
15 et 20 min	29 (20,6%)
> à 20min	22 (15,6%)

La population est constituée en majorité d'hommes (58,9%). Les cabinets sont principalement informatisés (93,6%), mais un MG sur deux n'a pas de secrétaire au sein du cabinet. La durée de transport entre le CRUU et le cabinet est dans 85% des cas inférieure à 20 min.

b. Satisfaction concernant les informations transmises par le CRUU

Les résultats du ressenti concernant les informations transmises aux médecins généralistes, suite au passage au CRUU de leurs patients, non hospitalisés dans les suites, sont exposés dans la Figure n°1.

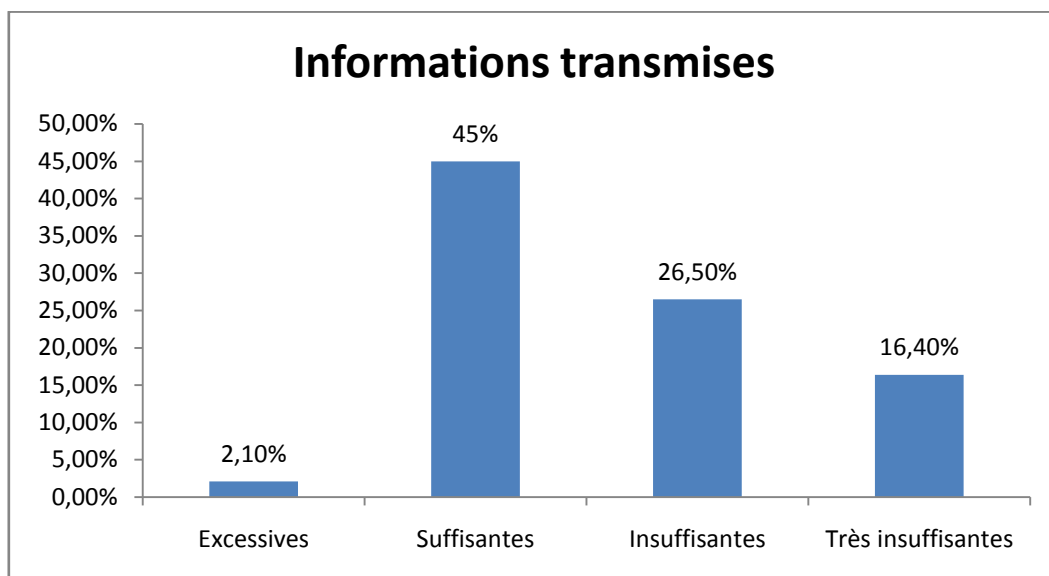


Figure n°1 : Ressenti concernant les informations transmises aux MG concernant le passage de leurs patients aux urgences

Environ 43 % des MG ayant répondu jugent les informations transmises par le CRUU insuffisantes ou très insuffisantes.

c. Appréciation concernant le compte rendu médical du CRUU

▪ Satisfaction globale

La Figure n°2 présente la satisfaction globale des médecins généralistes concernant le compte rendu médical délivré après un passage au CRUU.

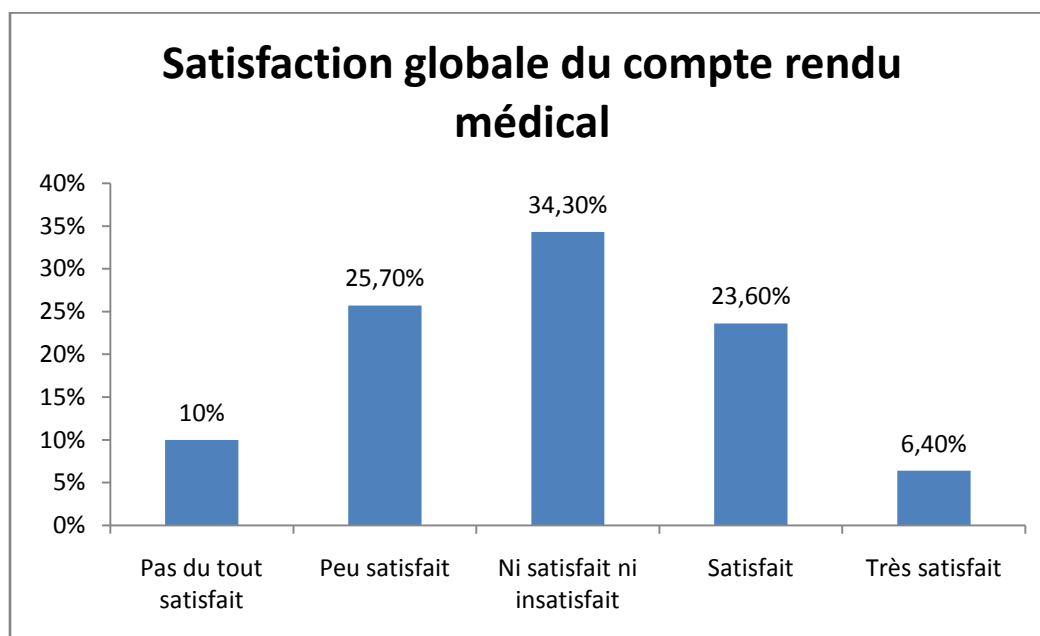


Figure n°2 : Satisfaction globale du compte rendu médical de passage aux urgences (n=140)

Environ 35,7% des MG ayant répondu ne sont pas satisfaits ou pas du tout satisfaits du compte rendu actuel.

▪ Appréciation du compte rendu

Les médecins généralistes ont été invités à décrire le compte rendu médical actuel par plusieurs adjectifs ou expressions : « explicite », « clair et lisible », « informations essentielles retrouvables ». Les résultats sont présentés dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Appréciation du compte rendu médical. Echelle de cotation de 1= le terme ne convient pas du tout à 5 = le terme convient parfaitement

Le compte rendu médical (n=141)	1	2	3	4	5
Explicite	6,4%	22%	33,3%	34%	4,3%
Clair et lisible	11,3%	27,7%	32,6%	24,1%	4,3%
Informations essentielles retrouvables	8,6%	29,8%	29,1%	28,4%	4,1%

Le CR est décrit comme non explicite pour environ 28 % des MG répondants, ni clair ni lisible pour 39% d'entre eux et 38,4% jugeaient que les informations essentielles n'y étaient pas facilement retrouvables.

d. Les informations superflues du CR

Concernant les informations superflues au CR, 73 réponses ont été colligées et rapportées au Tableau 3.

Tableau 3 : Informations superflues du compte rendu médical citées par les MG (n=73)

Les informations superflues	Effectifs
Redondances/détails/répétitions/observations des différents intervenants	36 (49,4%)
Relevé des constantes durant tout le séjour aux urgences	15 (20,6%)
Examen clinique détaillé	5 (6,8%)
Antécédents/traitement habituel/renseignements administratifs	5 (6,8%)
Aucunes informations superflues	5 (6,8%)
Bilans demandés/heures de prises des traitements	4 (5,5%)
Classifications/codage des actes	2 (2,7%)
Recopiage de la lettre d'admission	1 (1,4%)

D'après les répondants, les informations superflues étaient, pour la moitié d'entre eux, la redondance des observations, suivie du relevé des constantes durant tout le séjour aux urgences (20,6%).

e. Les informations manquantes au CR

Chez les 69 médecins généralistes répondant à l'item sur les informations manquantes sur le compte rendu médical provenant des urgences, 84 informations manquantes ont été citées et regroupées dans le Tableau 4.

Tableau 4 : Répartition des informations manquantes dans le compte rendu d'après les médecins généralistes. (n=84)

Les informations manquantes	Effectifs
Un diagnostic clair, plus explicite/une conclusion/une synthèse	32 (38%)
Les résultats biologiques/compte rendu d'imagerie/ECG	23 (27,4%)
La conduite à tenir	13 (15,5%)
Le compte rendu en lui-même/un courrier de sortie	7 (8,3%)
Le traitement de sortie	3 (3,6%)
Aucune information manquante	2 (2,4%)
Les coordonnées du médecin urgentiste en cas de complications	1 (1,2%)
Date et noms des spécialistes à qui est adressé le patient	1 (1,2%)
Le temps passé aux urgences	1 (1,2%)
Toutes les informations sont manquantes	1 (1,2%)

Chez les MG ayant répondu, 38% considèrent qu'un diagnostic plus explicite manque au dossier, et environ 27% d'entre eux insistent sur le manque de résultats d'examen complémentaires.

Dans les commentaires, que les médecins généralistes pouvaient librement laisser à la fin du questionnaire, certaines remarques ont été retrouvées plusieurs fois :

- « le compte-rendu est une impression du dossier qui ne reflète pas la réflexion globale de l'urgentiste » ;

- « les codes d'accès pour les radiographies sont inutilisables lors d'une visite à domicile » ;
- « le compte rendu médical de synthèse devrait comporter : le diagnostic retenu, les explorations réalisées, les traitements, le compte rendu des examens ».

f. Le mode de communication souhaité pour être informé de la prise en charge d'un patient au CRUU

Les MG ont été interrogés sur leurs préférences concernant le moyen d'être informé de la prise en charge de leurs patients aux urgences. Ils avaient plusieurs choix : le mail, la remise en main propre du compte rendu par le patient, le courrier postal ou l'information téléphonique. Le détail des résultats est consultable en Annexe 3.

Parmi les médecins généralistes, 84 (60%) citaient le mail sécurisé comme outil de communication, dont 36 le mentionnaient comme unique mode de communication. Soixante-huit MG (48%) citaient la remise en main propre par le patient (dont 22 MG comme unique mode) et 48 (34%) citaient le courrier postal.

Vingt et un MG (15%) citaient l'information téléphonique comme mode de communication, mais rarement de manière isolée (n=1).

g. Les remarques concernant la coordination MG/MU après le passage des patients aux urgences du CRUU

Quatre vingt deux des médecins généralistes répondants ont émis des remarques concernant la coordination MG/MU. Certaines sont complémentaires des points abordés dans le questionnaire et d'autres précisent le ressenti sur la coordination. Les remarques pertinentes pour l'étude ont été listées ci-dessous :

- seize MG évoquaient des comptes rendus manquants, avec nécessité de les demander au secrétariat ;
- douze MG évoquaient la communication téléphonique en journée, pour faire le point sur un dossier ou pour prévenir si un patient était renvoyé à domicile alors que le patient était envoyé par le MG ;
- neuf MG soulevaient le problème que le patient ne contacte pas forcément leur MT au décours de l'hospitalisation et n'ont donc pas d'informations concernant le passage aux urgences ;
- deux MG souhaiteraient recevoir un email avertissant du passage de leurs patients aux urgences ;
- quatre MG trouvaient le délai de réception des résultats biologiques, issus du laboratoire d'analyses médicales, trop long (supérieur à 1 semaine) ;
- un MG a dû refaire un scanner devant le manque d'un compte rendu ;
- treize MG jugeaient explicitement qu'il n'y a pas ou peu de coordination entre MU et MG. Il y avait toutefois une pondération de cette absence de coordination : « Rare collaboration en aval, car pas nécessairement besoin, mais intérêt du compte rendu » ;
- quatre MG jugeaient explicitement que la coordination est satisfaisante.

2. Etude 2 : questionnaires patients

Sur les 469 patients tirés au sort, 274 réponses ont été obtenues, soit un taux de réponse de 58%.

Les 195 patients n'ayant pas répondu au questionnaire se répartissent en 128 non réponses après deux appels téléphoniques, 57 numéros invalides, 9 exclusions *a posteriori*, 1 refus de répondre.

a. Caractéristiques générales de la population Patients

Les caractéristiques générales de la population Patients sont exposées dans le Tableau 5.

Tableau 5 : Caractéristiques de la population Patients (n=274)

Caractéristiques de la population Patients n=274	
Age	Effectifs
18-25 ans	37 (13,5%)
26-50 ans	121 (44,2%)
51-70 ans	82 (29,9%)
71-80 ans	24 (8,8%)
>80 ans	10 (3,6%)
Moyenne d'âge (\pm écart type)	47,4 \pm 18,2 ans
[Min-max]	[19-91]
Sexe	Effectifs
Homme	113 (41,3%)
Femme	161 (58,7%)
Lieu d'habitation	
Dijon	105 (38%)
Communes du Grand Dijon (sauf Dijon)	42 (16%)
Communes de Côte d'Or (sauf Grand Dijon)	107 (39%)
Communes hors Côte d'Or	20 (7%)
Mode d'adressage	
Spontané	163 (59,5%)
Centre 15	56 (20,4%)
SMUR	13 (4,7%)
Médecin traitant	22 (8%)
SOS médecin	16 (5,8%)
Autre professionnel de santé	4 (1,5%)

La moyenne d'âge de notre population Patients est de 47,4 ans avec 12,4% de plus de 70 ans. Le sexe ratio est de 0,7. Les patients viennent majoritairement des communes du Grand Dijon (pour 54% d'entre eux) et se présentent aux urgences sans avis médical préalable dans 59,5% des cas.

b. Le compte-rendu médical

Environ la moitié des patients (49,6%) déclarait ne pas avoir reçu de compte rendu médical de leur passage aux urgences. Chez les 138 patients ayant reçu un CR, 81 (58,7%) avaient fourni ce compte rendu à leur MG. Le tableau 6 rapporte le mode de transmission du CR des urgences au MT, le cas échéant (n=81).

Tableau 6 : Modes de transmission du CR des urgences des patients à leur MG

Modes de transmission du CR au MG par le patient n=81	Effectifs
En main propre	70 (86,4%)
Dépôt au cabinet	8 (9,9%)
Retranscription téléphonique	2 (2,5%)
Envoi par mail	1 (1,2%)

Le mode principal de transmission est la remise en main propre (86,4%), le jour de la consultation de contrôle.

c. Données concernant le médecin traitant

Environ 98% des patients déclaraient avoir un médecin traitant et 4 patients (1,5%) n'en avaient pas.

Les coordonnées du médecin traitant étaient inscrites dans 22% des dossiers Patients. Pour les 78% restants, le nom de leur médecin traitant n'était pas mentionné.

L'information donnée par le médecin urgentiste de reconsulter le MT était stipulée dans 17,2% des dossiers. En outre, 41,6% des patients déclaraient que le médecin urgentiste leur avait donné l'information orale de reconsulter leur médecin traitant.

d. Patients ayant consulté leur médecin généraliste suite à leur passage aux urgences

Sur les 274 patients, 52,9% avaient reconsulté leur médecin traitant à l'issue de leur passage aux urgences. Le délai moyen entre la sortie des urgences et la consultation chez le MG était de 5 jours.

Ils ont déclaré 186 modalités de prise en charge par leur MG suite à leur passage aux urgences, qui sont détaillées dans le Tableau 7.

Tableau 7 : Prise en charge réalisée par le MG suite au passage du patient aux urgences

Prise en charge par le MG n=186	Effectifs
Prescription d'examens complémentaires	47 (25,3%)
Poursuite/finalisation accident du travail ou arrêt maladie	26 (14%)
Orientation vers un spécialiste	22 (11,8%)
Prescription d'un nouveau traitement	20 (10,8%)
Poursuite/renouvellement du traitement des urgences	10 (5,4%)
Orientation vers une profession paramédicale	6 (3,2%)
Prescription d'un examen complémentaire déjà fait aux urgences	3 (1,6%)
Ablation de fils/pansement	3 (1,6%)
A donné un diagnostic	2 (1,1%)
Prescription d'une aide technique	1 (0,5%)
Rédaction d'un certificat	1 (0,5%)
Pas de prescription ou de prise en charge supplémentaire	45 (24,2%)

Les MG n'ont pas réalisé de prise en charge supplémentaire dans environ 24% des cas. Dans les 76% restants, il s'agissait principalement de la prescription d'examens complémentaires (25,3%), de la suite de la prise en charge d'un accident de travail ou arrêt maladie (14%), de l'orientation vers un spécialiste (11,8%) ou de la prescription d'un nouveau traitement (10,8%).

e. Patients n'ayant pas reconsulté leur médecin généraliste

Parmi les 129 patients n'ayant pas reconsulté leur MG dans les 15 jours suivant leur passage aux urgences, 38,8% pensaient toutefois le reconsulter pour le motif de présentation aux urgences ou l'informer de leur consultation au CRUU, 55,8% ne pensaient pas reconsulter suite à leur passage aux urgences et 5,4% déclaraient ne pas savoir.

Les motifs pour lesquels les patients n'ont pas reconsulté leur MG à l'issue de leur prise en charge aux urgences sont exposés dans le Tableau 8.

Tableau 8 : Motifs de non consultation du MG à l'issue du passage aux urgences

Motifs de non consultation du MG à l'issue du passage au CRUU	Effectifs
Non jugé utile car amélioration de l'état clinique	58 (45%)
Consultation auprès d'un autre spécialiste	23 (17,7%)
Par manque de temps	18 (14%)
A eu son médecin généraliste au téléphone	7 (5,4%)
MG indisponible	5 (3,9%)
Pense qu'il ne pourra rien pour lui/elle	5 (3,9%)
L'informer à son prochain renouvellement d'ordonnance	4 (3,1%)
En attente de résultats	4 (3,1%)
Ne savait pas qu'il fallait reconsulter mais ira suite à notre appel	3 (2,3%)
MG ne fait pas de visite à domicile et patient ne pouvant pas se déplacer	1 (0,8%)
N'a pas les moyens de régler la consultation	1 (0,8%)

Environ 45% des patients n'avaient pas jugé utile de reconsulter leur MT car ils avaient jugé résolu leur motif de consultation aux urgences. Une partie des patients (17,7%) avaient vu ou attendaient de voir un médecin spécialiste et n'avaient donc pas consulté leur MT.

f. Comparaison des groupes « a reconsulté » et « n'a pas reconsulté »

Les Tableaux 9 et 10 mettent en parallèle les groupes patients ayant reconsulté et ceux n'ayant pas reconsulté leur MT.

Tableau 9 : Critères influençant ou non la consultation auprès du MG après le passage au CRUU

	Population générale n=274	Groupe « a reconsulté » son MG, n=145	Groupe « n'a pas reconsulté » son MG, n=129	p
Age				
Moyenne ± écart type	47,4 ± 18,2 ans	47,5 ± 18,4 ans	47,4 ± 18,2 ans	
Sexe				
Homme	113 (41,3%)	59 (40,7%)	54 (41,9%)	0,844
Consigne de reconsulter notifiée dans le CR				
Oui	47 (17,2%)	30 (20,7%)	17 (13,2%)	0,099
Demande de reconsultation par le MU				
Oui	114 (41,6%)	82 (56,6%)	32 (24,8%)	<0,001
CR fourni à la sortie des urgences				
Oui	138 (50,4%)	83 (57,2%)	55 (42,6%)	0,016
CR transmis à leur MG				
Oui	81 (58,7%)	72 (86,7%)	9 (16,4%)	<0,001
Mode de transmission du CR				<0,001
En main propre	70 (86,4%)	70 (97,2%)	0	
Dépôt au cabinet	8 (9,9%)	1 (1,4%)	7 (77,8%)	
Info téléphonique	2 (2,3%)	0	2 (22,2%)	
Envoi par mail	1 (1,2%)	1 (1,4%)	0	
Mode d'adressage au CRUU				0,713
Spontané	163 (59,5%)	82 (56,5%)	81 (62,8%)	
Centre 15	56 (20,4%)	30 (20,7%)	26 (20,1%)	
SMUR	13 (4,7%)	9 (6,2%)	4 (3,1%)	
Médecin traitant	22 (8%)	14 (9,7%)	8 (6,2%)	
SOS médecin	16 (5,8%)	8 (5,5%)	8 (6,2%)	
Autre professionnel de santé	4 (1,5%)	2 (1,4%)	2 (1,6%)	

La consultation auprès du MG à l'issue de la prise en charge aux urgences est statistiquement plus importante quand le MU l'a oralement explicitée au patient (56,6% vs. 24,8%,

p<0,001) et quand le CR a été fourni au patient à la sortie des urgences (57,2% vs. 42,6% ; p=0,016). La reconsultation est également plus fréquente quand le CR est transmis au MG (86.7% vs. 16.4%, p<0,001), dépendant du mode de transmission de ce CR.

Le tableau 10 présente les motifs de consultation aux urgences et diagnostics des deux groupes. Les motifs et diagnostics ont été regroupés par système d'organes. Le détail de la nosographie est consultable en Annexe 4.

Tableau 10 : Motifs de consultation et diagnostics établis des groupes « a reconsulté » et « n'a pas reconsulté » son MG

	Population générale	Groupe « a reconsulté » son MG	Groupe « n'a pas reconsulté » son MG
Motif de consultation aux urgences	n=317	n=171	n=146
Urologique	6 (1,9%)	4 (2,3%)	2 (1,4%)
Traumato/Rhumatologique	104 (32,8%)	57 (33,4%)	47 (32,2%)
Pneumologique	3 (0,9%)	0	3 (2,1%)
Cardiovasculaire	67 (21,1%)	33 (19,3%)	34 (23,1%)
Neuro/Ophtalmologique/ORL	46 (14,5%)	24 (14%)	22 (15,1%)
Hépto-gastro-entérologique	47 (14,8%)	28 (16,4%)	19 (13%)
Peau/tissus	11 (3,5%)	5 (2,9%)	6 (4,1%)
Maxillo-facial/Stomatologique	5 (1,6%)	3 (1,8%)	2 (1,4%)
Signes généraux	28 (8,9%)	17 (9,9%)	11 (7,5%)
Diagnostic final	n= 313	n=162	n=151
Urologique	13 (4,1%)	7 (4,3%)	6 (4%)
Traumato/Rhumatologique	103 (32,9%)	57 (35,2%)	46 (30,5%)
Pneumologique	5 (1,6%)	3 (1,9%)	2 (1,3%)
Cardiovasculaire	66 (21,1%)	33 (20,4%)	33 (21,9%)
Neuro/Ophtalmologique/ORL	39 (12,5%)	22 (13,6%)	17 (11,3%)
Hépto-gastro-entérologique	34 (10,9%)	19 (11,6%)	15 (9,9%)
Peau/tissus	11 (3,5%)	4 (2,5%)	7 (4,6%)
Maxillo-facial/Stomatologique	5 (1,6%)	3 (1,9%)	2 (1,3%)
Signes généraux	37 (11,8%)	14 (8,6%)	23 (15,2%)

Environ 8% des patients se présentaient dans un contexte d'accident du travail. Les principaux motifs de consultation aux urgences étaient des causes traumatolo/rhumatologiques (32,8%), suivis de motifs cardiovasculaires (21,1%). Il n'existe pas de différence significative des fréquences de reconsultation selon le motif de consultation ou les diagnostics finaux.

g. Patients pour lesquels il était inscrit dans le dossier par l'urgentiste de reconsulter

Treize patients, pour qui il était inscrit dans le dossier par l'urgentiste de reconsulter leur médecin traitant, déclaraient que cette information ne leur avait pas été donnée. En outre, six de ces patients avaient toutefois consulté leur MT. Dix-sept patients, pour lesquels il était inscrit de reconsulter dans le dossier, déclaraient ne pas avoir consulté leur MG, les raisons déclarées étaient diverses, mais dans près d'une fois sur deux, l'amélioration de l'état clinique était citée comme motif de non reconsultation.

Enfin, 32 patients (28,1%) qui rapportaient avoir eu l'information de reconsulter leur médecin traitant ne l'avaient pas consulté, principalement par manque de temps (n=9) ou parce que l'état clinique était jugé meilleur (n=13).

IV. Discussion

1. Etude 1 : les médecins généralistes

L'objectif principal de notre travail était de faire un état des lieux du ressenti des médecins généralistes concernant la coordination avec les médecins urgentistes suite au passage au CRUU de leurs patients non hospitalisés.

a. Forces et faiblesses de l'étude

Cette étude présente des limites méthodologiques de par ses caractéristiques initiales. En effet, il s'agit d'une étude monocentrique et déclarative. Toutefois le caractère monocentrique est ici peu discriminant compte tenu qu'il s'agissait d'une démarche qualité concernant spécifiquement le CRUU.

L'utilisation d'une échelle de Likert concernant l'appréciation du compte rendu médical a pu induire un biais. En effet il était implicite que la position 3 correspondait à une position neutre et des répondants non entraînés à ce type d'échelle ont pu l'interpréter comme une position plutôt favorable.

Le taux de réponse de 49,3% est satisfaisant s'agissant d'une étude nécessitant le renvoi postal d'un questionnaire. Une étude proche de la nôtre retrouvait un taux de réponse équivalent (6). Une autre étude sur la communication ville-hôpital et les attentes des médecins généralistes de Midi-Pyrénées, réalisée en 2014, n'avait obtenu un taux de réponse que de 7,3% (7). Cependant nous pouvons supposer que les répondants de notre étude ne représentent pas la population générale des médecins généralistes mais ceux s'intéressant au sujet.

L'étude réalisée par l'URML de Bourgogne en 2007, « Le panel des médecins généralistes en Bourgogne, première enquête, premier état des lieux », retrouvait des caractéristiques différentes de notre étude concernant le sexe, avec une proportion plus importante d'hommes (71,4% contre 58,9% dans notre étude) (8). Cela peut s'expliquer par le caractère majoritairement urbain de notre étude qui concernait principalement les communes du Grand Dijon, alors que le panel Bourguignon était composé de pôles urbains et d'espaces ruraux ou multi polarisés. La moyenne d'âge des MG était comparable dans les deux études, ainsi que les résultats concernant la présence d'une secrétaire au sein du cabinet (53% dans les deux études).

b. La satisfaction des informations transmises

Près de 43% des MG ont jugé les informations transmises par le CRUU insuffisantes ou très insuffisantes et 45% suffisantes. Il n'y a donc pas d'unanimité sur le ressenti concernant la qualité des informations transmises, mais le fort pourcentage d'insatisfaction incite cette étude à rapporter les améliorations jugées nécessaires à la qualité des soins et à la confraternité.

c. Le compte rendu médical

Les résultats concernant le compte rendu médical actuel étaient très partagés avec 1/3 d'insatisfait, 1/3 neutre et 1/3 satisfait ou très satisfait. Cette disparité montre la difficulté de créer un support répondant aux besoins de tous.

Les résultats concernant les informations superflues et manquantes pourraient permettre de créer un compte rendu répondant le plus précisément aux exigences et besoins des médecins généralistes. La moitié des répondants ont signalé un compte rendu trop détaillé, avec des redondances. Cela peut expliquer que 39% des MG ne jugent pas le compte rendu clair et lisible, ni les informations facilement retrouvables. En reprenant les données citées comme manquantes au CR, le contenu du compte rendu médical de passage aux urgences, souhaité par les MG, comprendrait : un diagnostic ou une synthèse claire, les résultats des examens complémentaires réalisés aux urgences et la conduite à tenir pour le patient et pour le médecin généraliste s'il doit poursuivre des soins. Le référentiel des critères d'évaluation des services d'urgences, réalisé en 2006 par la SFMU, précise dans son chapitre sur « la gestion de l'aval » qu'un courrier doit être adressé au médecin traitant des patients non hospitalisés, en précisant, au minimum, le motif du recours, les examens pratiqués, les traitements délivrés et le diagnostic retenu et cela dans un délai inférieur à 48h (9).

d. Le mode de communication

Concernant le mode de communication pour être informés du passage de leurs patients aux urgences, les MG ont majoritairement cité le mail comme outil de communication (60%). La remise d'un courrier en main propre par le patient a été cité par 48,6% des MG. Ce deuxième mode est celui qui est actuellement employé. Cependant, il nécessite que le patient consulte son médecin traitant dans les suites de son passage aux urgences. Une étude sur la qualité des courriers de sortie des consultants des urgences d'Angers retrouvait des chiffres similaires, avec un intérêt exprimé par 62% des MG interrogés pour recevoir les courriers de sortie des urgences par mail sécurisé (10).

Toutefois un tiers d'entre eux n'avait pas la plateforme logistique nécessaire. Dans la présente étude, les MG n'ont pas été interrogés sur leur possession ou non d'une messagerie sécurisée, mais plusieurs d'entre eux ont spontanément cité APYCRIP[®] comme outil utilisable. Une seconde étude réalisée en Midi-Pyrénées, concernant la communication ville-hôpital, retrouvait le mail (54,5%) comme moyen de communication le plus adapté pour la transmission du compte rendu des urgences et 66% des MG souhaitaient que ce CR soit transmis le jour même (7).

e. Les messageries sécurisées

Depuis les années 2000, pour répondre aux besoins des professionnels de santé, des projets de messageries régionales ont été développés. Le ministère en charge de la santé a confié en 2009, à l'ASIP Santé, l'organisation et la gestion de la procédure d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel. Il s'agit du groupement d'intérêt public mentionné dans l'article L1111-24 du code de la santé publique (11,12). L'ASIP Santé est chargée de mettre en place le cadre pour le développement de services de messageries sécurisées et interopérables, ce qu'elle s'emploie à faire depuis 2012 avec la création d'une messagerie sécurisée appelée MSSanté.

Un rapport de l'ASIP Santé, de février 2014, faisant un état des lieux des messageries sécurisées de santé en région, exprimait que seulement 5,5% des professionnels de santé en France utilisaient une messagerie sécurisée pour leurs échanges professionnels (13). En Bourgogne en 2013, APYCRIP[®] était la seule messagerie sécurisée en service et était utilisée par seulement 2,5% des professionnels de santé. Le développement plus tardif de MSSanté concède à APYCRIP[®] un certain avantage. En effet, ce dernier compte déjà 62900 abonnés, contre 25000 pour MSSanté (principalement des établissements de santé type CHU ou CHR). APYCRIP[®] résulte d'une association privée et indépendante (APICEM) avec une cotisation annuelle de 70€/an. Elle est compatible avec le Dossier Médical Partagé (DMP). Le décryptage des données nécessite d'être équipé d'un même système informatique.

Le CHU de Dijon n'a pas à ce jour de messagerie sécurisée, mais des projets sont en cours de développement.

Dans notre étude, un médecin sur deux n'ayant pas de secrétaire au sein du cabinet, les messageries sécurisées pourraient permettre un gain de temps dans la charge administrative. En effet, une partie des logiciels informatiques utilisés en cabinet sont directement reliés à la messagerie sécurisée et permettent de ranger les courriers automatiquement dans les dossiers des patients. Cependant, une partie des MG n'est pas du tout informatisée (6% dans notre étude, 33%

dans une étude réalisée par la Commission Européenne en 2008 (14)) ce qui nécessite, en plus des mails, la poursuite de l'envoi d'un courrier postal, soit une double réception pour les MG informatisés et donc un gain de temps limité.

2. Etude 2 : les patients

La coordination entre MG et MU implique donc, en partie, le patient qui est détenteur du compte rendu qui doit être transmis au MG à l'issue de la prise en charge au CRUU.

a. Forces et faiblesses de l'étude

Le caractère monocentrique de l'étude est un élément qui limite l'extrapolation des résultats, mais qui est en adéquation avec notre sujet, puisqu'il s'agissait d'une étude qualité concernant spécifiquement le CRUU.

Les données ont été recueillies sur une période de 48 jours, 24 h/24, en dehors de périodes de vacances afin de garantir une homogénéité des résultats avec le reste de l'année. Le délai de 15 jours pour contacter les patients avait été fixé pour permettre aux patients de reconsulter leur MG dans l'intervalle, tout en limitant des biais de mémorisation. Cette période semble en adéquation avec les résultats obtenus compte tenu que les patients ayant reconsulté leur MT l'avaient fait, en moyenne, dans les 5 jours suivant leur prise en charge au CRUU.

La population de l'étude comporte plus de femmes (58,7%) que d'hommes (41,3%), ce qui n'est pas comparable aux données de l'étude DRESS, sur les structures des urgences hospitalières, réalisée en 2002, puis en 2013 (15), où la proportion d'hommes se présentant aux urgences était de 52%, contre 46% de femmes. Le bilan annuel, de l'activité du CRUU en 2015, retrouvait 47,2 % de femmes et 52,8% d'hommes pris en charge aux urgences de Dijon. Cette différence peut être le résultat d'une proportion plus importante d'hommes dans la population exclue. Les résultats de l'étude DRESS 2013, sur les usagers des urgences, différaient sur d'autres points ; le taux de retour à domicile y était plus important que celui du CRUU (76% contre 62%), ainsi que le pourcentage de patients se présentant sans avis médical préalable, avec 70% pour l'étude DRESS contre 59,5% dans la nôtre.

Concernant les 9 patients exclus *a posteriori*, il s'agissait de patients dont l'entretien téléphonique était inintelligible ou de patients qui avaient finalement été hospitalisés dans les jours suivant leur sortie des urgences.

La classification non consensuelle des motifs de recours aux urgences et des diagnostics finaux, obtenue selon les données recueillies dans le dossier, implique la subjectivité de l'enquêteur.

b. Le compte rendu médical

La moitié des patients de notre étude déclarait ne pas avoir reçu de CR de leur séjour aux urgences. Cela n'implique pas forcément que celui-ci n'a pas été délivré à un patient sur deux. En effet, lors de nos entretiens téléphoniques, un grand nombre de patients n'arrivait pas à identifier quel était le CR médical parmi de nombreux documents fournis à la sortie (ordonnances de médicaments, ordonnances de soins infirmiers, résultats d'examen, consignes de surveillance). Une étude d'E. Gervais, réalisée en 2011 et concernant les courriers de sortie informatisés des urgences de Nîmes, trouvait que 27,5% des patients sortaient avec un courrier de sortie, d'après une étude des dossiers et non de manière déclarative. Un âge plus grand, une consultation en journée ou la présence d'une lettre d'admission étaient des facteurs augmentant le taux de remise de courrier de sortie (16).

c. Le parcours de soins du patient sortant du CRUU

Près de 53% des patients sortant du CRUU ont consulté leur médecin traitant dans les suites. Le délai moyen de 5 jours montre bien la nécessité de transmettre rapidement aux médecins généralistes les informations concernant ce séjour, que ce soit sur la prise en charge générale ou sur des résultats d'examen. Une partie des patients, n'ayant pas reconsulté leur médecin traitant, avait consulté un autre spécialiste (17,7%). Cela pouvait venir d'une consigne donnée aux urgences ou d'une démarche personnelle du patient de consulter un spécialiste qui le suit habituellement. Le compte rendu est donc aussi nécessaire pour la coordination avec ces spécialistes. Une étude réalisée par F. Ferreol et G. Duval, en 2006 à Paris, sur la réinsertion des patients dans le système de soins de ville après leur passage aux urgences, trouvait des résultats similaires : 36% des patients avaient été adressés à leur MT par le MU et 69% de ses patients avaient bien reconsulté leur MG. 39% des patients, à qui il n'avait pas été demandé de consulter leur MG, l'avaient tout de même fait, et 2% avaient consulté un spécialiste (17).

La comparaison entre les groupes « a reconsulté » et « n'a pas reconsulté » retrouvait principalement deux différences significatives. Les patients reconsultaient significativement plus fréquemment quand le MU le leur avait notifié et quand ils étaient en possession d'un compte rendu médical. Cela témoigne d'une implication du patient dans la communication entre médecins et de la nécessité qu'il puisse identifier correctement le compte rendu destiné à son médecin traitant. On ne note pas de différence significative concernant le sexe.

Dans l'étude réalisée en 2011, à l'université de Lille, par E. Guerreiro sur la compréhension des consignes de sortie d'un service d'urgence, 67,8% des patients interrogés affirmaient avoir l'intention de consulter leur MT à la suite du passage aux urgences, 24,4% parce qu'on le leur avait conseillé, 31,4% pour avoir des explications et 41,8% pour informer leur MT (18).

d. Compréhension des consignes de sortie par le patient

Environ 36% des patients de notre étude, pour qui il était écrit dans le dossier de reconsultez leur MT, ne l'avaient pas fait. Cela peut correspondre en partie à une mauvaise compréhension des consignes de sortie par le patient. L'étude d'E. Guerreiro sur la compréhension du diagnostic, du traitement et des consignes de sortie des patients d'un SAU, mettait en avant que dans 15,5% des cas, quand le patient croyait avoir compris les consignes de sortie, il se trompait. De même, le taux d'incompréhension était de 20,2% pour le diagnostic et 35,1% concernant la compréhension du traitement mis en œuvre aux urgences (18). Une étude de C. Clarke, réalisée en 2005, montrait que le seul facteur qui intervenait dans l'observance des consignes de sortie était la compréhension de celles-ci (19).

3. Pistes d'amélioration

Un compte rendu, ou courrier de sortie, reprenant les critères sus-cités (synthèse claire, résultats des examens complémentaires, conduite à tenir) pourrait donc être généré, en partie automatiquement, par le logiciel regroupant les données du dossier. Ce système est déjà en place dans plusieurs hôpitaux.

Dans l'attente d'un déploiement des messageries sécurisées et de la démocratisation de la communication par mail, le patient pourrait se voir remettre ce courrier de sortie dans une enveloppe indépendante des autres documents de sortie et explicitement adressée au médecin généraliste.

Les patients de cette étude ayant reconsulté significativement plus fréquemment quand ils étaient en possession d'un compte rendu médical, il serait justifié, à terme, de délivrer de manière conjointe un mail sécurisé au MT et de remettre le CR au patient en main propre.

Le faible taux de coordonnées des médecins traitants notées dans les dossiers (22,3%) indique la difficulté de pouvoir communiquer les informations médicales sans passer par le patient. Cette information est principalement notée par les étudiants en médecine, mais est également retrouvée dans quelques dossiers, dans la partie administrative traitée par les agents d'accueil. Un développement de cette seconde pratique permettrait de collecter le maximum d'informations concernant le médecin traitant et améliorerait la coordination entre MG et MU.

Le Dossier Médical Partagé (DMP), dont le projet a été lancé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, pourrait également permettre ces échanges d'informations. Il a été créé afin de fournir aux MT les informations les plus complètes, concernant leurs patients, pour qu'ils puissent proposer le traitement ou les examens les plus adaptés et d'éviter des redondances inutiles. Les informations sont consultables grâce à la carte vitale du patient, d'un identifiant national de santé (fourni à la création du dossier) et de la carte de professionnel de santé (CPS). Cependant, le développement du DMP a rencontré de nombreuses difficultés depuis sa création en 2004 (20). Le rapport de la Cour des Comptes de février 2009, concernant le DMP, soulignait les défaillances dans la gestion du projet, ce qui peut expliquer les freins à la généralisation de sa mise en œuvre (21).

V. Conclusions

L'expression d'insatisfaction, concernant la transmission des informations par le CRUU à la sortie des patients non hospitalisés, permet d'envisager des perspectives d'amélioration dans la coordination entre médecins généralistes et médecins urgentistes.

Le compte rendu médical transmis aux médecins généralistes nécessiterait d'être plus clair et concis, reprenant une synthèse claire, les résultats d'examens réalisés et la conduite à tenir proposée au médecin généraliste.

Le patient est un acteur majeur de cette coordination. Il est donc nécessaire qu'il comprenne au plus juste les consignes de sortie et qu'il identifie les documents nécessaires à transmettre à son médecin traitant pour poursuivre une prise en charge médicale optimale.

Le développement des messageries sécurisées doit permettre une amélioration de la transmission des données.

Le Président du jury,

P. P. JOUANNY

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 7 Décembre 2016

Le Doyen

P. F. HUET

VI. Bibliographie

1. Thibaut C. Synthèse de l'activité 2015 du CRUU. Dijon: 2016.
2. France. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. JORF n° 190 du 17 août 2004 page 14598.
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Les courriers entre médecins. 1998 [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/les-courriers-entre-medecins-709>
4. France. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 Article L1110-4 du Code de la santé publique. JORF n°0022 du 27 janvier 2016
5. SFMU. Motifs de recours SFMU. 2010. Disponible sur : http://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/Motifs_de_recours_SFMU_2010.pdf
6. Trautmann Julien. Evaluation de la communication du service des urgences de l'hôpital de Neufchâteau envers les médecins généralistes. Thèse d'exercice : Médecine : Nancy : 2009.
7. Fabre Laure. Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Thèse d'exercice : Médecine : Toulouse III : 2014
8. Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne Franche-Comté. Le panel de médecins généralistes en Bourgogne - Première enquête, premier état de lieux. 2008 [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.orsbfc.org/publication/le-panel-de-medecins-generalistes-en-bourgogne-premiere-enquete-premier-etat-de-lieux/>
9. Commission d'évaluation SFMU. Critères d'évaluation des services d'urgences. 2006 [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: <http://docplayer.fr/2228741-Referentiel-sfm-criteres-d-evaluation-des-services-d-urgences-commission-d-evaluation.html>
10. Carneiro B, Paré F, Roy PM, Fanello S. Qualité des courriers de sortie des consultants des urgences de l'hôpital aux médecins généralistes. Santé Publique. 27 mai 2014;26(2):165-72.
11. France. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 Article L1111-24 du Code de la santé publique. JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184
12. ASIP Santé. Le portail de l'ASIP Santé. 2009 [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: http://esante.gouv.fr/sites/default/files/Convention_constitutive_ASIP_19novembre2009
13. ASIP Santé. Etat des lieux des messageries de santé sécurisées en région. 2014. Disponible sur: https://www.esante-poitou-charentes.fr/portail/gallery_files/site/397/398/1172.pdf
14. European Commission. Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe. 2008. Disponible sur: http://www.rcc.gov.pt/SiteCollectionDocuments/ICT_Europe_final_report08.pdf
15. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières. 2013 [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin-2013>

16. Gervais E, Bobbia Xa. Courriers de sortie informatisés des patients externes adressés au médecin traitant à la sortie d'un service d'accueil des urgences. 2011.
17. Ferreol F, Réinsertion des patients dans le système de soins de ville après leur passage aux urgences médicales. 2006.
18. Guerreiro Emmanuelle. Evaluation de la compréhension du diagnostic, du traitement et des consignes de sortie des patients d'un service d'accueil des urgences: recherche de facteurs prédictifs. Thèse d'exercice : Médecine : Lille : 2011.
19. Clarke C, Friedman SM, Shi K, Arenovich T, Monzon J, Culligan C. Emergency department discharge instructions comprehension and compliance study. CJEM. janv 2005;7(1):5-11.
20. Manaouil C. Le dossier médical personnel (DMP): «autopsie» d'un projet ambitieux? 4 mars 2009 Disponible sur : <http://www.em-premium.com.proxy-scd.u-bourgogne.fr/article/202469/resultatrecherche/1>
21. Cour des comptes. La gestion du GIP « Dossier Médical Personnel ». 2009.

VIII. Annexes

Annexe 1 :

QUESTIONNAIRE MEDECINS GENERALISTES

Coordination entre médecins urgentistes et médecins généralistes suite au passage du patient au centre régional universitaire des urgences (CRUU) du CHU de Dijon.

Chers confrères,

Je suis interne de médecine générale et réalise, dans le cadre de ma thèse, une étude concernant la coordination entre médecins urgentistes et médecins généralistes après le passage aux urgences de vos patients et dans l'optique d'améliorer leur prise en charge.

Ce questionnaire vous prendra 2 à 3 vraies minutes pour répondre et concerne les patients non hospitalisés.

Si vous avez déjà répondu à ce questionnaire sur internet, merci de votre participation et ne tenez pas compte de ce courrier.

Quelques questions pour faire connaissance :

Votre âge :

Sexe : Femme Homme

Dans quelle commune exercez-vous ?

Depuis quelle année exercez-vous en cabinet ?

Votre cabinet est-il informatisé ? Oui Non

Avez-vous une secrétaire au sein du cabinet ? Oui Non

Durée de transport entre votre cabinet et le service des urgences ?

- Moins de 5 min Entre 5 et 10 min Entre 10 et 15 min
 Entre 15 et 20 min Plus de 20 min

Concernant le suivi de vos patients suite à leur passage aux urgences et non hospitalisés :

Les informations transmises, nécessaires au suivi et à la suite de la prise en charge du patient, vous semblent :

- Très insuffisantes Insuffisantes Suffisantes Excessives

Quelle est votre satisfaction globale du compte rendu médical de passage aux urgences ?

1 : Pas du tout satisfait, 2 : Peu satisfait, 3 : Ni satisfait ni insatisfait, 4 : Satisfait, 5 : Très satisfait

1 2 3 4 5

Et plus précisément, pour chacun des termes suivants décrivant le compte rendu médical actuel : 1 : le terme ne convient pas du tout à 5 : le terme convient parfaitement

○ **Explicite :**

1 2 3 4 5

○ **Clair et lisible :**

1 2 3 4 5

○ **Informations essentielles retrouvables :**

1 2 3 4 5

Quelles sont les informations superflues ?

Et celles manquantes ?

Par quel moyen souhaiteriez-vous être informé de la prise en charge de votre patient aux urgences :

- Remise en main propre par le patient d'un compte rendu
- Mail sécurisé
- Informations téléphoniques
- Courrier postal
- Je ne souhaite pas être informé
- Autre :

Avez-vous des remarques concernant la coordination entre médecins généralistes et médecins urgentistes après le passage du patient au CRUU ?

Je vous remercie de votre participation !

Vous trouverez ci-joint une enveloppe à mon adresse pour me renvoyer ce questionnaire.

Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette étude, contactez-moi à l'adresse suivante : caro.marchandeau@hotmail.fr

Annexe 2 :

QUESTIONNAIRE PATIENTS

NOM :

Téléphone :

Date de consultation aux urgences :

Données issues du dossier Réurgence :

• Caractéristiques socio-démographiques :
Sexe : Age : Lieu d'habitation :

• Motif de consultation :

• Diagnostic final établi par l'urgentiste :

• Patient adressé par :

• Inscription dans le dossier, par l'urgentiste, de reconsulter le MT ?

- oui

- non

• Coordonnées du MT inscrites dans le dossier ?

- oui

- non

Annexe 3 :

Modes de communication souhaités par les MG

Un mode cité seulement :

- mail sécurisé : n=36 ;
- remise en main propre du CR par le patient : n=22 ;
- courrier postal : n=11 ;
- informations téléphoniques : n=1.

Deux modes cités :

- remise en main propre du CR par le patient + mail sécurisé : n=20 ;
- mail sécurisé + courrier postal : n=15 ;
- remise en main propre du CR par le patient + courrier postal : n=11 ;
- remise en main propre du CR par le patient + informations téléphoniques : n=6 ;
- mail sécurisé + informations téléphoniques : n=5 ;
- informations téléphoniques + courrier postal : n=4.

Trois modes cités :

- remise en main propre du CR par le patient + mail sécurisé + courrier postal : n=4 ;
- remise en main propre du CR par le patient + mail sécurisé + informations téléphoniques : n=2
- remise en main propre du CR par le patient + informations téléphoniques + courrier postal : n=1.

Quatre modes cités :

- remise en main propre du CR par le patient + mail sécurisé + informations téléphoniques + courrier : n=2.

Au total :

- le mail sécurisé est cité 84 fois ;
- la remise en main propre du CR par le patient est citée 68 fois ;
- le courrier postal est cité 48 fois ;
- les informations téléphoniques sont citées 21 fois.

Annexe 4 :

Classification des motifs de consultation et diagnostics

I- Urologie :

a-Motif : 1. dysurie, 2. rétention aigüe d'urines, 3. douleur lombaire

b-Diagnostic : 1. colique néphrétique, 2. pyélonéphrite, 3. RAU, 4. infection urinaire basse

II-Traumatologie/Rhumatologie :

a-Motif : 1. traumatisme du MS/MI, 2. sciatalgie, 3. rachialgies, 4. plaies, 5. chute, 6. douleur MS/MI, 7. traumatisme costale/thoracique, 8. AVP

b-Diagnostic : 1. entorse/contusion/luxation/fracture MS/MI, 2. sciatique, 3. plaies, 4. traumatisme crânien, 5. fracture du crâne, 6. contusion/entorse/fracture du rachis, 7. fracture costale, 8. tendinite, 9. rachialgies, 10. douleur articulaire

III-Pneumologie :

a-Motif : 1. dyspnée, 2. encombrement

b-Diagnostic : 1. bronchite, 2. pneumopathie, 3. asthme

IV-Cardiologie/vasculaire :

a-Motif : 1. malaise ou sensation de malaise, 2. dyspnée/DT, 3. DT, 4. oppression thoracique, 5. tachycardie/palpitations, 6. HTA, 7. œdème des MI

b-Diagnostic : 1. malaise, 2. péricardite, 3. DT, 4. DT atypique, 5. douleur pariétale, 6. tachycardie supraventriculaire, 7. angor, 8. HTA, 9. ESV, 10. hypotension orthostatique, 11. insuffisance cardiaque, 12. insuffisance veineuse chronique, 13. thrombose veineuse superficielle, 14. maladie de Raynaud, 15. dyspnée

V-Neurologie / ORL / ophtalmologie :

a-Motif : 1. syndrome confusionnel, 2. céphalées, 3. vertiges, 4. paralysie faciale, 5. troubles visuels, 6. paresthésie, 7. cécité brutale transitoire, 8. acouphènes, 9. hypoacousie, 10. dysphagie, 11. épistaxis, 12. otorragie

b-Diagnostic : 1. ictus amnésique, 2. migraine, 3. vertiges périphériques, 4. paralysie faciale, 5. crise d'épilepsie, 6. trouble de la sensibilité, 7. névralgies, 8. céphalées, 9. angine, 10. perforation tympanique, 11. épistaxis, 12. otorragie

VI-HGE :

a-Motif : 1. douleur abdominale, 2. vomissements, 3. rectorragies, 4. hernie inguinale, 5. constipation, 6. diarrhée, 7. douleur pelvienne

b-Diagnostic : 1. gastrite, 2. GEA, 3. rectorragies, 4. hernie inguinale, 5. colique hépatique, 6. colique intestinale, 7. constipation, 8. douleur abdominale non étiquetée, 9. kyste ovarien, 10. dysphagie, 11. douleur abdominale iatrogénique

VII-Atteintes de la peau et des tissus mous :

a-Motif : 1. lésions dermatologiques, 2. morsure/griffure, 3. piqûre d'insectes, 4. prurit, 5. brulure

b-Diagnostic : 1. urticaire/rash, 2. morsure/griffure, 3. piqûre d'insectes, 4. erysipèle, 5. brulure, 6. réaction allergique, 7. kyste

VIII-Maxillo-facial et stomatologique :

a-Motif : 1. tuméfaction mandibulaire, 2. tuméfaction du cou, 3. douleur exo/endobuccale

b-Diagnostic : 1. luxation de la mâchoire, 2. maladies des glandes salivaires, 3. abcès

IX-Signes généraux/autres :

a-Motif : 1. asthénie/AEG, 2. hyperthermie, 3. douleurs diffuses, 4. AT, 5. corps étrangers, 6. électrisation

b-Diagnostic : 1. troubles ioniques, 2. syndrome viral, 3. myalgies, 4. intoxication par les hypoglycémiantes, 5. électrisation, 6. syndrome anxieux, 7. AT, 8. corps étrangers, 9. sujet inquiet de son état de santé

COORDINATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET MEDECINS URGENTISTES SUITE AU PASSAGE DES PATIENTS AU CENTRE REGIONAL UNIVERSITAIRE DES URGENCES DE DIJON : QUALITE ET RESENTI DES INFORMATIONS TRANSMISES

Auteur : Caroline MARCHANDEAU

RESUME

Introduction : La communication entre médecins urgentistes et médecins généralistes (MG) est nécessaire pour garantir la continuité et la qualité des soins délivrés aux patients à leur sortie des urgences. Le patient est un acteur de cette communication. Le but de la présente étude est d'évaluer la qualité de cette communication en examinant le taux de satisfaction globale des généralistes et la compréhension par le patient de sa prise en charge.

Matériels et méthodes : Deux études descriptives prospectives monocentriques ont été réalisées au sein des urgences du CHU de Dijon. Un questionnaire destiné aux médecins généralistes permettait de recueillir leur ressenti global sur la qualité des informations transmises après le passage de leurs patients aux urgences. La seconde étude concernait les patients, qui ont été interrogés par téléphone entre le 3 mai et le 19 juin 2016, sur leur parcours de soins après leur passage aux urgences, afin de connaître les éventuels motifs de leur absence de reconsultation auprès du MG.

Résultats : 141 médecins généralistes ont répondu au questionnaire. 42,9% d'entre eux jugeaient les informations transmises par le CRUU insuffisantes ou très insuffisantes. 35,7% n'étaient pas satisfaits par le compte rendu médical actuel remis au patient. Celui-ci était décrit comme trop détaillé ou redondant et manquant d'une synthèse claire, des résultats d'examens effectués et de la conduite à tenir par le MG. 60% des MG citaient le mail sécurisé comme mode de communication préférentiel pour transmettre les données relatives à la prise en charge de leurs patients aux urgences. 274 patients ont répondu au questionnaire téléphonique. 49,6% déclaraient ne pas avoir reçu de compte rendu médical à leur sortie du service des urgences. 52,9% avaient reconsulté leur médecin généraliste, en moyenne dans les 5 jours suivant leur sortie des urgences. La consultation chez le médecin généraliste, suite au passage aux urgences, est statistiquement plus importante quand le médecin urgentiste l'a oralement explicitée au patient (56,6% vs. 24,8%, $p < 0,001$) et quand le compte rendu lui a été fourni à la sortie des urgences (57,2% vs. 42,6% ; $p = 0,016$).

Conclusion : Des améliorations du contenu du compte rendu médical et du mode de transmission pourraient permettre une meilleure coordination entre médecins urgentistes et généralistes et ainsi améliorer la satisfaction concernant les informations transmises sur les patients non hospitalisés.

Mots-clés : communication, médecine générale, service d'urgence, parcours de soins, compte rendu de sortie des patients