



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Adressage aux urgences par les médecins généralistes : étude
mixte prospective et qualitative au centre hospitalier d'Arras en
février 2024**

Présentée et soutenue publiquement le 29 janvier 2026 à 16 heures
Au Pôle Formation
Par Mailys CNOSEN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Philippe AMOUYEL

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Charles CAUET

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Raphaël BENTEGEAC

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

IAO	Infirmier·ère d'Accueil et d'Orientation
FRENCH	FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
OR	Odds Ratio
IC 95%	Intervalle de confiance 95%

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	1
Introduction.....	3
Place centrale des urgences dans le système de santé.....	3
Contexte particulièrement tendu en Hauts-de-France.....	3
Proportion d'adressage en baisse et recours potentiellement inappropriés.....	3
Le rôle de filtre du médecin généraliste.....	4
Matériels et méthodes.....	5
Type d'étude.....	5
Contexte de l'étude.....	5
Population.....	5
Critère de jugement.....	6
Variables / recueil de données.....	6
Analyses statistiques.....	7
Volet quantitatif.....	7
Volet qualitatif.....	8
Résultats.....	10
Description de la population.....	10
Comparaison des caractéristiques selon le mode d'adressage.....	11
Facteurs indépendants associés à l'hospitalisation.....	13
Pratiques et perceptions des médecins généralistes.....	16
Discussion.....	21
Résultats principaux	
Volet quantitatif.....	21
Comparaison à la littérature.....	22
Limites.....	23
Perspectives.....	24
Conclusion.....	26
Déclaration de liens d'intérêts.....	27
Références bibliographiques.....	28
Annexes.....	30
Annexe 1 : Questionnaire utilisé pour l'enquête qualitative auprès des médecins généralistes.....	30
Annexe 2 : Score de Charlson.....	34
Annexe 3 : Grille FRENCH.....	36

RÉSUMÉ

Introduction : Bien que la fréquentation des urgences soit en constante augmentation, le rôle du médecin généraliste dans l'orientation des patients demeure peu documenté. Ce travail visait à évaluer si l'adressage par un médecin généraliste était associé à un taux d'hospitalisation plus important tous services confondus et spécifiquement en soins intensifs/réanimation, et à explorer, au moyen d'un questionnaire en ligne, les pratiques et déterminants d'adressage rapportés par les médecins généralistes du territoire d'Arras.

Matériel et méthode : Nous avons mené une étude mixte monocentrique au service d'accueil des urgences de l'hôpital d'Arras. Le volet quantitatif consistait en une cohorte prospective incluant toutes les admissions survenues sur six jours ouvrés en février 2024, à l'exclusion de celles issues d'une prise en charge par le SMUR. L'exposition d'intérêt était l'adressage par un médecin généraliste, renseigné de façon prospective au tri IAO dans le dossier médical. Les données administratives et cliniques ont ensuite été extraites des dossiers hospitaliers. Le critère de jugement principal était l'hospitalisation tous services confondus ; l'admission en soins intensifs/réanimations constituaient un critère de jugement secondaire. Le volet qualitatif reposait sur un questionnaire auto-administré diffusé par voie électronique auprès des médecins généralistes du territoire, explorant leurs pratiques d'adressage, leur perception de la gravité et les contraintes organisationnelles rencontrées.

Résultats : Parmi 454 patients inclus sur 454 admissions, 74 (16,3 %) avaient été adressés par un médecin généraliste. L'hospitalisation est survenue chez 33/74 (45 %) des adressés contre 74/380 (19 %) des non-adressés, l'adressage était associé à une probabilité plus élevée d'hospitalisation après ajustement (aOR 1,93 ; IC95 % 1,04–3,57 ; $p = 0,037$). Aucune association n'a été observée pour l'admission en soins intensifs/réanimation (6,8 % vs 3,2 % ; OR 1,50 ; IC95 % 0,42–5,32 ; $p = 0,50$). Au total, 34/81 médecins (42 %) ont répondu au questionnaire. Parmi eux, 47 % considéraient l'adressage comme un indicateur de gravité clinique, tandis que seuls 29 % se déclaraient satisfaits du retour d'information. Les principales attentes

concernaient une meilleure communication avec les urgences, un retour standardisé et un accès facilité aux examens complémentaires.

Conclusion : L'adressage médical semble globalement associé au pronostic et influencé par des déterminants multiples ; ces résultats soutiennent le renforcement des interfaces ville-hôpital (standardisation de la lettre d'adressage, messagerie sécurisée, e-référencement).

INTRODUCTION

Place centrale des urgences dans le système de santé

Le service d'accueil des urgences occupe une place centrale dans le système de santé français. En France, le nombre de passages aux urgences a plus que doublé entre 1996 et 2019, passant de 10,1 à 21,2 millions soit une augmentation de 110% en 23 ans, soit 3,3% par an en moyenne (1). Sur la même période, la population métropolitaine n'a progressé que de 57,9 à 65,1 millions d'habitants, soit une hausse de 12,4 % en 23 ans soit de 0,5% par an en moyenne (2). Cette progression s'inscrit dans un contexte de vieillissement de la population, d'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques (3), et de tensions d'accès aux soins ambulatoires, particulièrement dans les territoires sous-dotés (4–6).

Contexte particulièrement tendu en Hauts-de-France

Seuls 20 % des passages donnent lieu à une hospitalisation (7), et près de la moitié des patients quittent le service en moins de deux heures (3), ce qui suggère qu'une part des passages relève de situations non urgentes et potentiellement possibles à prendre en charge en ambulatoire. La région Hauts-de-France est particulièrement concernée par les tensions qui pèsent sur les services d'urgence, cumulant une surmortalité prématurée, une forte prévalence de comorbidités, une densité médicale plus faible que la moyenne nationale, et un taux de pauvreté élevé (4–6,8–12). Le centre hospitalier d'Arras, établissement support du groupement hospitalier Artois-Ternois, couvre un bassin de plus de 278 000 habitants, et a enregistré plus de 37 000 passages aux urgences adultes en 2021 (13).

Proportion d'adressage en baisse et recours potentiellement inappropriés

En 2023, seuls 19 % des passages aux urgences étaient adressés par un médecin généraliste, contre 24 % en 2013 (3). Cette baisse du taux d'adressage interroge la pertinence clinique d'une partie des recours spontanés, d'autant qu'une revue systématique internationale rapporte que les consultations non adressées sont 1,4 à 2,4 fois plus susceptibles d'être jugées inappropriées (14).

Le rôle de filtre du médecin généraliste

Plusieurs études françaises monocentriques ont montré que les patients adressés par leur médecin généraliste sont plus âgés, présentent une charge comorbide plus élevée et sont plus souvent hospitalisés que les patients non adressés (15–17). Ces données suggèrent que l'adressage constitue un filtre clinique pertinent dans la gestion des flux vers les urgences, sans préjuger de la causalité. Une étude allemande récente a également exploré cette question et rapporte des résultats allant dans le même sens. (18)

Notre étude vise à répliquer ces observations dans le contexte du centre hospitalier d'Arras, tout en examinant si l'association entre adressage et hospitalisation persiste après prise en compte des différences de profils cliniques et de gravité à l'admission. Elle comporte également un volet qualitatif destiné à mieux comprendre les déterminants décisionnels et organisationnels de l'adressage par les médecins généralistes du territoire.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Type d'étude

Cette étude observationnelle à deux volets associe un versant quantitatif et un versant qualitatif. La première partie est une cohorte prospective analytique monocentrique. La seconde partie est une étude descriptive qualitative auprès de médecins généralistes du territoire d'Arras.

Contexte de l'étude

Le recueil de données quantitatives a été mené au sein du service d'accueil des urgences de l'hôpital d'Arras. La période étudiée allait du jeudi 15 au jeudi 22 février 2024, à l'exclusion du week-end, correspondant à six jours ouvrés choisis hors vacances scolaires pour limiter les variations de fréquentation et assurer un contexte d'activité représentatif. Le recueil quantitatif reposait sur l'exploitation des dossiers hospitaliers. Le volet qualitatif s'appuyait sur un questionnaire auto-administré, diffusé par courrier électronique auprès des médecins généralistes du territoire, à partir des listes de garde, entre le 27 août et le 31 octobre 2024.

Population

Les critères d'inclusion étaient : les admissions de patients âgés de plus de 15 ans et 3 mois, vus au service d'accueil des urgences entre 8 h et 21 h, pendant six jours ouvrés, du 15 au 22 février 2024 (hors week-end) : jeudi 15, vendredi 16, lundi 19, mardi 20, mercredi 21 et jeudi 22 février 2024.

Les critères de non inclusion étaient : les patients transférés depuis un autre établissement hospitalier, ceux adressés par un professionnel de santé autre qu'un médecin généraliste, les patients n'ayant pas de médecin traitant, les patients résidant en EHPAD ou en centre de soins de suite et de réadaptation, les patients pris en charge par le SMUR, les patients partis avant prise en charge, les personnes détenues, les patients vus dans le cadre d'une réquisition médico-légale, et les patients pris en charge par le parcours d'accès spécifique santé.

L'effectif provient d'un recensement exhaustif et consécutif au sein de cette fenêtre définie a priori et indépendante des résultats, choisie pour des conditions organisationnelles homogènes et une traçabilité stable de l'adressage par médecin généraliste.

Concernant la deuxième partie, la population ciblée par cette enquête comprenait l'ensemble des médecins généralistes exerçant sur le territoire de santé concerné, identifiés à partir des listes de garde locales. Le questionnaire a été adressé par voie électronique via Framafoms (19) à ces praticiens, sur leur adresse e-mail professionnelle. La participation était volontaire, anonyme et non rémunérée. Parmi les 81 contactés, 34 ont répondu au questionnaire.

Critère de jugement

Pour le volet quantitatif, le critère de jugement principal était l'hospitalisation tous services confondus à l'issue du passage aux urgences. Le critère secondaire était l'admission en soins intensifs ou en réanimation. L'analyse visait à identifier les caractéristiques associées à ces issues dès l'admission.

Pour le volet qualitatif, le critère de jugement correspondait à l'autoévaluation, par les médecins généralistes du territoire Artois–Ternois, de leurs pratiques d'adressage aux urgences et à l'identification de pistes d'amélioration.

Variables / recueil de données

La variable explicative d'intérêt était la modalité d'adressage, opposant les patients orientés vers les urgences par un médecin généraliste à ceux se présentant sans adressage. Cette information a été recueillie de manière prospective par les IAO, spécifiquement pour l'étude, puis relevée à partir du dossier administratif d'entrée. Le sexe a été relevé tel qu'indiqué dans le champ d'identité du dossier, et l'âge exprimé en années révolues au moment de la prise en charge.

La gravité initiale était codée, lors du tri infirmier par l'IAO, selon la grille *French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage* (FRENCH), une échelle nationale de tri infirmier comportant cinq niveaux, du 1 (urgence vitale) au 5 (non-urgence) (20). Les variables recueillies à l'admission comprenaient la fréquence cardiaque, la pression artérielle moyenne, la saturation en oxygène, la température corporelle et le score de douleur sur échelle numérique. Le score de comorbidités de Charlson sans

âge a été calculé à partir des antécédents médicaux codés afin d'estimer la charge co-morbide. Le nombre de lignes de traitement figurant sur l'ordonnance a également été relevé.

En complément du volet hospitalier, un questionnaire a été diffusé par courrier électronique aux médecins généralistes du territoire, via les adresses issues des listes de garde locales. Construit et administré via la plateforme Framafoms, il comportait des questions fermées portant sur leurs pratiques d'adressage aux urgences, leurs modalités de communication et leurs attentes organisationnelles, ainsi que des champs libres destinés à recueillir leur perception des situations d'orientation, les critères décisionnels mobilisés et les freins rencontrés. Les questions fermées portaient sur des variables qualitatives nominales (choix simple ou multiple) et ordinales, évaluées à l'aide d'échelles de Likert à cinq modalités. L'ensemble des réponses a été recueilli de manière anonyme, et les réponses libres ont été catégorisées par un grand modèle de langage sous supervision humaine (RB) et analysées par une approche thématique inductive.

Cette étude a été réalisée dans le respect du cadre réglementaire en vigueur. Elle a fait l'objet d'une autorisation spécifique de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), dans le cadre de la méthodologie de référence MR-004. Les données hospitalières ont été extraites puis anonymisées conformément aux exigences de cette autorisation et aux recommandations de la MR-004. Les réponses au questionnaire ont également été recueillies de façon anonyme, sans identification nominative ni collecte d'adresse IP.

Analyses statistiques

Volet quantitatif

Aucun calcul a priori du nombre de sujets nécessaires n'a été réalisé.

Les données manquantes (9,1 % des cellules) ont été traitées par imputations multiples selon la méthode mice (R). Les modèles ont été estimés sur chaque jeu de données complété, puis les résultats combinés par pooling selon la règle de Rubin, afin de prendre en compte l'incertitude liée à l'imputation.

Une analyse descriptive a d'abord été réalisée. Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne et leur écart-type si leur distribution était normale, et par

leur médiane et leurs intervalles interquartiles le cas échéant. Les variables qualitatives ont été présentées par leurs fréquences et effectifs. Pour la visualisation des variables quantitatives, des histogrammes et des courbes de densité ont été produits.

Les analyses bivariées ont été réalisées uniquement sur les cas complets. Les variables quantitatives ont été comparées par test de Student (ou test de Welch si nécessaire), ou par test de Mann-Whitney en cas de non-normalité. Les variables qualitatives ont été analysées par test du khi-deux d'indépendance, ou par test exact de Fisher si les conditions n'étaient pas remplies. Les variables associées au critère principal au seuil de significativité $\alpha = 0,10$ ont été retenues, en concertation avec un médecin de santé publique (RB), pour guider la construction du modèle multivarié.

Le modèle multivarié a été construit par régression logistique binaire après imputations multiples (*mice*). Les variables explicatives incluses étaient : le sexe, l'adressage par un médecin généraliste, le score de Charlson, le niveau de priorité de la grille FRENCH (modélisé comme un score ordinal), l'intensité de la douleur, la température, la saturation en oxygène, la fréquence cardiaque, la pression artérielle moyenne, la glycémie et le nombre de traitements médicamenteux. L'âge n'a pas été retenu en raison de sa forte colinéarité avec le score de Charlson (facteur d'inflation de la variance $> 3,5$). Le modèle intégrant le score de Charlson présentait en outre un meilleur critère d'information bayésien (BIC), justifiant le choix de privilégier cette variable.

Les conditions d'application de la régression logistique ont été vérifiées, incluant l'indépendance des observations et la suffisance du nombre d'événements par variable.

Les résultats sont rapportés sous forme d'odds ratio (OR) avec leurs intervalles de confiance à 95 %. Un seuil de significativité de 5% a été utilisé.

Volet qualitatif

Les réponses libres ont été analysées selon une approche thématique inductive, sans hypothèse a priori. Un modèle de langage open source (Qwen 3 - 32B, implémenté via ollama et python) a été utilisé de manière itérative : des classes thématiques ont été proposées, les réponses classées, puis les erreurs relevées

manuellement et corrigées à chaque cycle jusqu'à stabilisation du codage. La procédure a ensuite été validée par un médecin de santé publique (RB) afin de garantir la cohérence et la fiabilité du classement. Un comptage des occurrences a été réalisé pour quantifier la fréquence de chaque thématique, et les résultats synthétisés sous forme de diagrammes à barres.

Les données issues des questions fermées ont fait l'objet d'une analyse descriptive. Les variables nominales (modalités de réponse non ordonnées) ont été présentées en fréquences absolues et représentées sous forme de diagrammes à barres. Les variables ordinales, en particulier les réponses sur échelles de Likert à cinq modalités, ont été analysées en conservant leur caractère ordonné. Leur distribution a été présentée modalité par modalité, sans regroupement a posteriori, sous forme de diagrammes à barres horizontales afin de visualiser les tendances générales des répondants. L'ensemble de l'analyse du questionnaire était strictement descriptive ; aucun test statistique n'a été réalisé.

L'analyse a été réalisée à l'aide des logiciels R 4.4 et Python 3.10.

RÉSULTATS

Description de la population

Au total, 1118 patients ont été admis au service d'accueil des urgences du centre hospitalier d'Arras entre le 15 et le 22 février 2024. Après application des critères d'inclusion et de non inclusion, les admissions chez 454 patients différents ont été inclus dans l'analyse (Figure 1). L'âge médian des patients était de 44 ans, l'indice de masse corporelle était de 25 kg/m², 47% des patients étaient des hommes et 16,3 % avaient été adressés par un médecin généraliste (tableau 1).

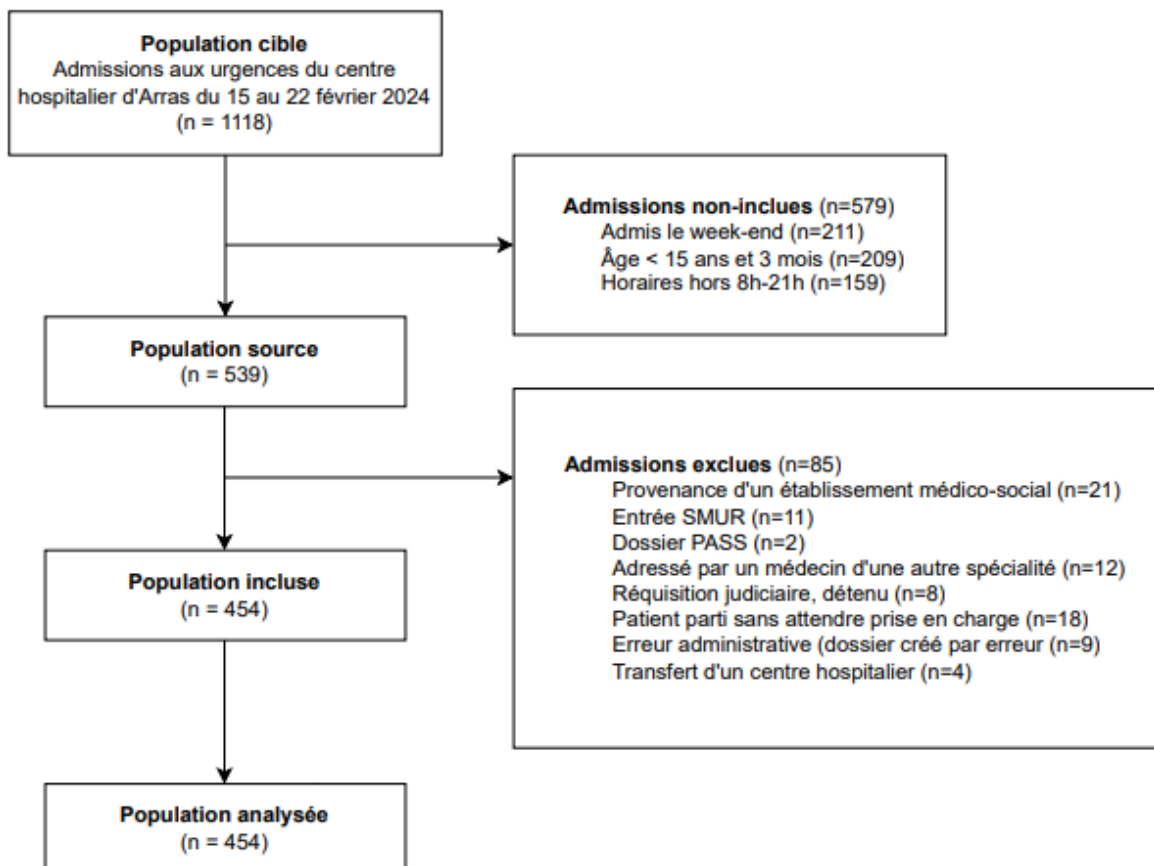


Figure 1 :diagramme de flux

Comparaison des caractéristiques selon le mode d'adressage

Les patients adressés par un médecin généraliste étaient plus âgés : 69 ans vs 40 ($p < 0,001$). Ils présentaient davantage de traitements en cours : 3,5 vs 1 ($p < 0,001$), et un score de Charlson plus élevé : 4 vs 0 ($p < 0,001$). La distribution des niveaux FRENCH différait significativement entre les deux groupes, traduisant un niveau de priorité au tri plus élevé chez les patients adressés ($p < 0,001$). Les patients adressés ont été hospitalisés plus fréquemment : 45 % versus 19 % ($p < 0,001$). Leur durée de séjour aux urgences était également plus longue : 0,5 jours vs 0 ($p < 0,001$) (Figure 2). Aucune différence significative n'a été observée concernant les admissions en soins intensifs : 6,8 % versus 3,2 % ($p = 0,2$). Trois décès ont été observés au total (Tableau 1).

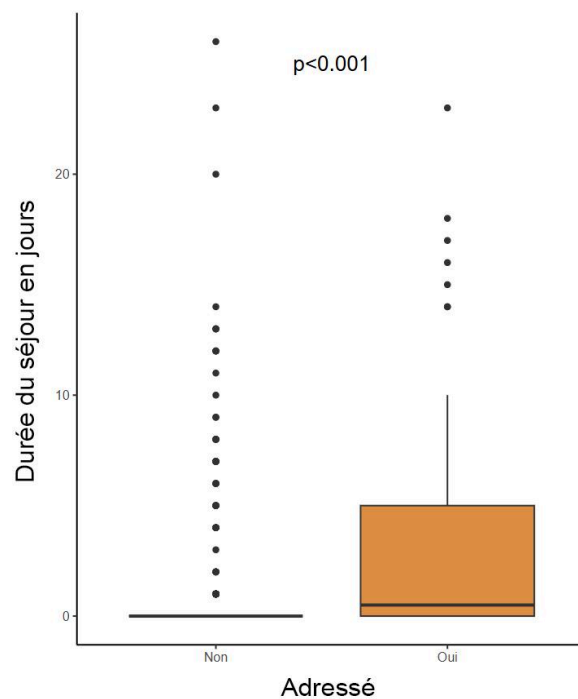


Figure 2 : durée du séjour selon le mode d'entrée

Tableau 1 : caractéristiques des patients selon l'adressage aux urgences par un médecin généraliste

Variable	Total N = 454 ¹	Non adressé N = 380 ¹	Adressé N = 74 ¹	p-value ²
Âge	44 (25, 68)	40 (24, 64)	69 (52, 79)	<0.001
Sexe homme	212 (47%)	186 (49%)	26 (35%)	0.029
Indice de masse corporelle	25 (22, 30)	25 (22, 29)	27 (24, 33)	0.012
Prise des constantes	348 (77%)	277 (73%)	71 (96%)	<0.001
Fréquence cardiaque	86 (74, 99)	86 (74, 99)	85 (72, 98)	0.3
Pression artérielle moyenne	108 (97, 122)	109 (97, 121)	107 (99, 123)	0.6
Saturation O2	99.00 (97.00, 100.00)	99.00 (97.00, 100.00)	98.00 (95.00, 100.00)	0.018
Température	36.60 (36.30, 37.20)	36.60 (36.30, 37.10)	36.60 (36.20, 37.20)	>0.9
Douleur	1.00 (0.00, 5.00)	2.00 (0.00, 5.00)	0.00 (0.00, 2.00)	0.006
Nombre de traitements	1.0 (0.0, 4.0)	1.0 (0.0, 3.0)	3.5 (1.0, 7.0)	<0.001
Score de Charlson	0.00 (0.00, 3.00)	0.00 (0.00, 3.00)	4.00 (1.00, 5.00)	<0.001
Niveau de priorité selon la grille FRENCH				<0.001
1	27 (6.0%)	22 (5.9%)	5 (6.8%)	
2	45 (10%)	40 (11%)	5 (6.8%)	
3	247 (55%)	189 (50%)	58 (78%)	
4	94 (21%)	89 (24%)	5 (6.8%)	
5	37 (8.2%)	36 (9.6%)	1 (1.4%)	
Hospitalisation	107 (24%)	74 (19%)	33 (45%)	<0.001
Soins intensifs	17 (3.8%)	12 (3.2%)	5 (6.8%)	0.2
Durée de séjour	0.00 (0.00, 1.00)	0.00 (0.00, 0.00)	0.50 (0.00, 5.00)	<0.001
¹ Median (Q1, Q3); n (%)				
² Wilcoxon rank sum test; Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test				

Facteurs indépendants associés à l'hospitalisation

Après ajustement, l'adressage par un médecin généraliste restait associé à une probabilité plus élevée d'hospitalisation (aOR = 1,93 ; IC95 % 1,04–3,57 ; $p = 0,037$). Le risque d'hospitalisation augmentait également avec le score de Charlson (aOR = 1,28 ; $p < 0,001$), tandis qu'un score FRENCH plus élevé, traduisant une moindre gravité clinique, était associé à une probabilité plus faible d'hospitalisation (aOR = 0,60 ; $p < 0,001$) (Tableau 2).

En revanche, l'adressage n'était pas significativement associé au recours aux soins intensifs/réanimation (aOR = 1,50 ; IC95 % 0,42–5,32 ; $p = 0,50$). Dans ce modèle, un score FRENCH plus élevé était associé à une probabilité moindre d'admission (aOR = 0,44 ; $p = 0,004$), tandis qu'un nombre de traitements médicamenteux plus important augmentait la probabilité (aOR = 1,21 ; $p = 0,031$).

Tableau 2 : Facteurs associés à l'hospitalisation depuis le service d'accueil des urgences

Variable	OR	95% CI	p-value
Sexe masculin	1.53	0.90, 2.62	0.12
Adressé	1.93	1.04, 3.57	0.037
Score de Charlson	1.28	1.11, 1.46	<0.001
Score de priorité selon la grille FRENCH	0.60	0.45, 0.79	<0.001
Douleur	0.98	0.88, 1.10	0.7
Température	0.85	0.55, 1.30	0.4
Saturation O2	1.00	0.94, 1.05	0.9
Fréquence cardiaque	1.01	1.00, 1.03	0.076
Pression artérielle moyenne	0.99	0.98, 1.01	0.4
Glycémie	0.76	0.36, 1.62	0.5
Nombre de traitements	1.08	0.98, 1.19	0.12

Abbreviations: CI = Confidence Interval, OR = Odds Ratio

Modèle: régression logistique multivariée, imputations multiples (mice).

Tableau 3 : Facteurs associés à l'admission en soins intensifs ou réanimation

Characteristic	OR	95% CI	p-value
Sexe masculin	0.66	0.21, 2.04	0.5
Adressé	1.50	0.42, 5.32	0.5
Score de Charlson	0.86	0.63, 1.17	0.3
Score de priorité selon la grille FRENCH	0.44	0.25, 0.76	0.004
Douleur	0.93	0.75, 1.16	0.5
Température	0.77	0.37, 1.60	0.5
Saturation O2	1.03	0.88, 1.22	0.7
Fréquence cardiaque	1.00	0.97, 1.03	0.9
Pression artérielle moyenne	1.02	0.99, 1.05	0.2
Glycémie	1.31	0.45, 3.78	0.6
Nombre de traitements	1.21	1.02, 1.45	0.031

Abbreviations: CI = Confidence Interval, OR = Odds Ratio

Modèle: régression logistique multivariée, imputations multiples (mice).

Pratiques et perceptions des médecins généralistes

Sur les 81 médecins généralistes contactés, 34 (42%) ont répondu au questionnaire.

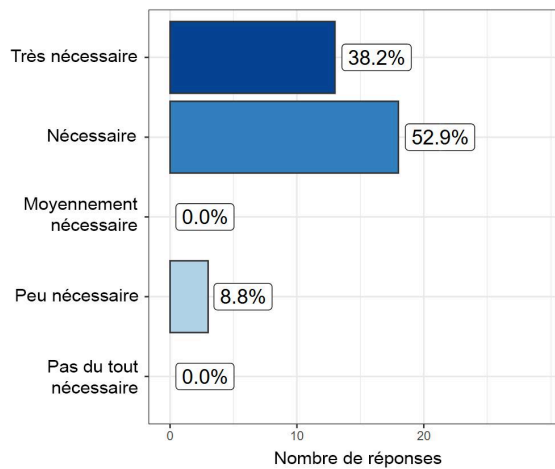


Figure 3A : perception, par les médecins généralistes, de la nécessité d'adresser un patient aux urgences

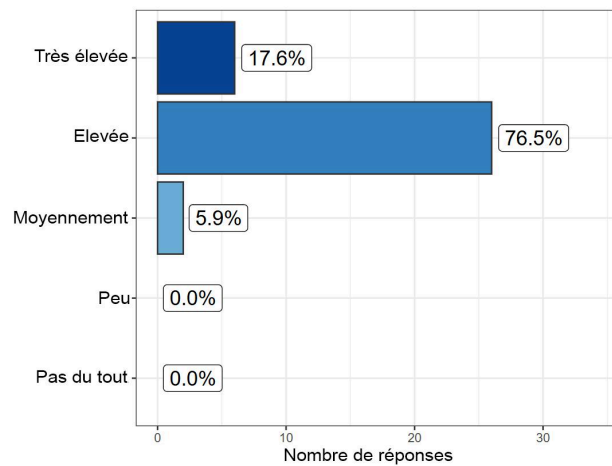


Figure 3B : perception, par les médecins généralistes, de l'adressage comme indicateur de gravité clinique

L'analyse des questions fermées met en évidence que l'adressage aux urgences est globalement perçu comme pertinent. La majorité des répondants le jugent « nécessaire » ou « très nécessaire » (Figure 3A), et près de la moitié considèrent qu'il reflète souvent une gravité clinique importante (Figure 3B).

Au total, 29,4 % des répondants se déclaraient satisfaits ou très satisfaits du retour d'information des urgences, 32,4 % neutres et 38,2 % insatisfaits ou très insatisfaits (Figure 4).

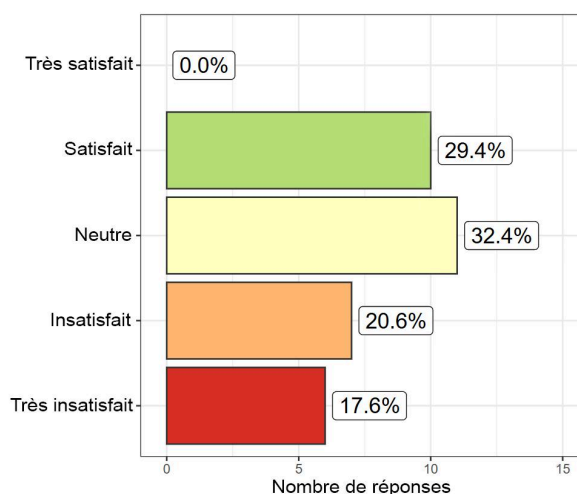


Figure 4 : niveau de satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis du retour d'information du service des urgences

Le défaut de communication constituait la principale source d'insatisfaction évoquée, suivie du sentiment de remise en cause de la prise en charge et de la réception de comptes rendus jugés incomplets ou difficilement exploitables (Figure 5).

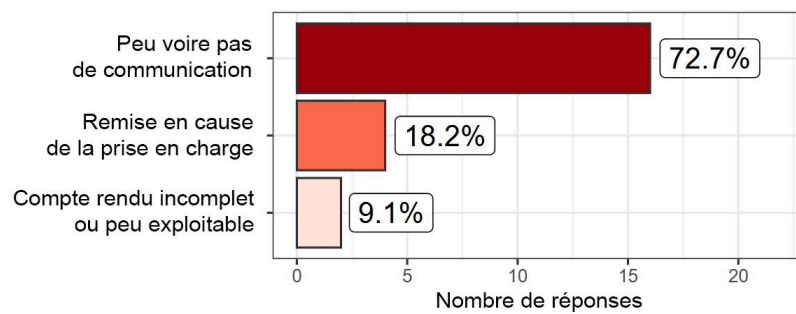


Figure 5 : motifs d'insatisfaction des médecins généralistes concernant les retours après adressage aux urgences

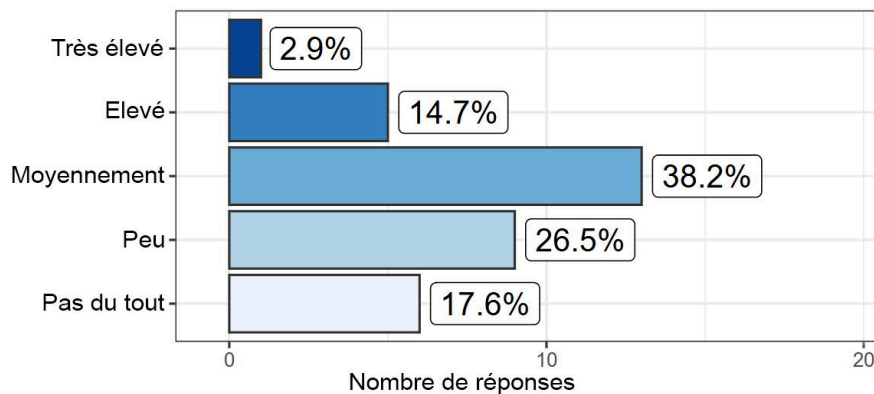


Figure 6A : impact perçu, par les médecins généralistes, de l'accès à une biologie rapide sur la réduction des adressages aux urgences

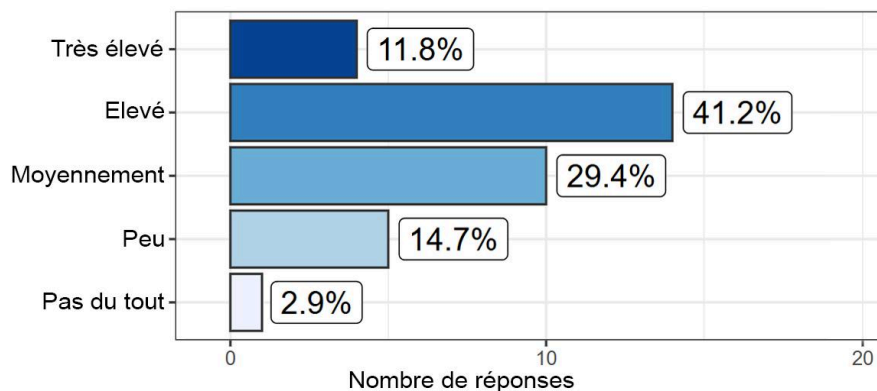


Figure 6B : impact perçu, par les médecins généralistes, de l'accès à une imagerie rapide sur la réduction des adressages aux urgences

Interrogés sur les leviers susceptibles de réduire le recours aux urgences, la majorité des médecins généralistes répondants indiquent qu'un meilleur accès, en soins ambulatoires, aux examens complémentaires (biologie, imagerie) pourrait influencer leurs décisions d'orientation. Ces ressources, lorsqu'elles sont disponibles rapidement, sont perçues comme permettant d'éviter certains adressages liés à l'indisponibilité d'examens complémentaires en ville (Figures 6A et 6B).

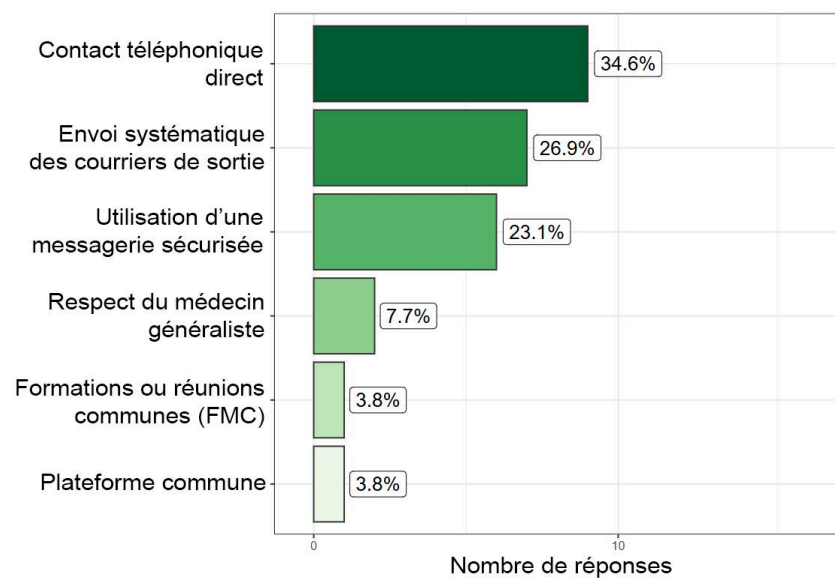


Figure 7 : moyens de communication jugés efficaces par les médecins généralistes pour échanger avec les urgences

Concernant les modalités de communication privilégiées, les médecins citent en premier le contact téléphonique direct avec le service des urgences. L'envoi systématique des comptes rendus de sortie, l'usage d'une messagerie sécurisée et l'organisation de formations communes figurent également parmi les leviers jugés utiles pour renforcer les échanges interprofessionnels (Figure 7).

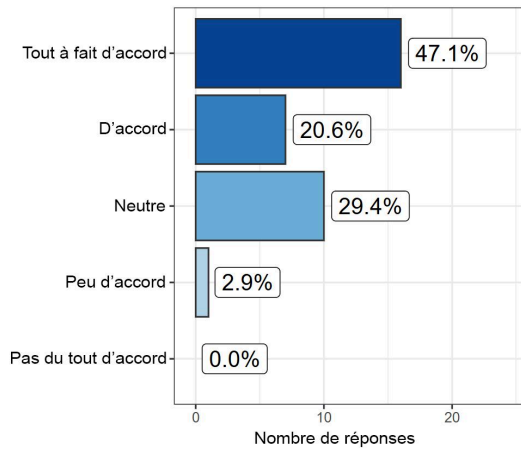


Figure 8A : utilité perçue d'un meilleur système de communication avec les urgences

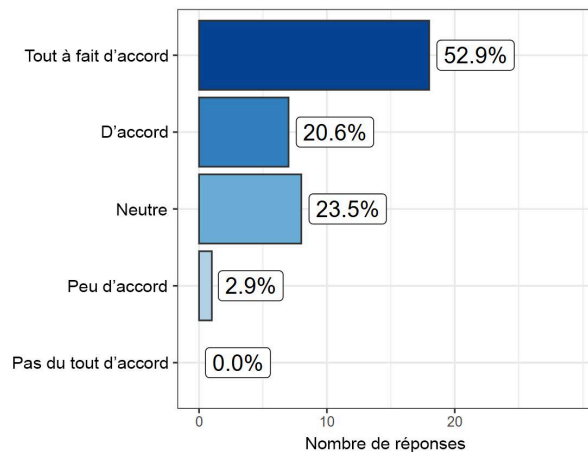


Figure 8B : utilité perçue d'un retour d'information standardisé de la part des urgences

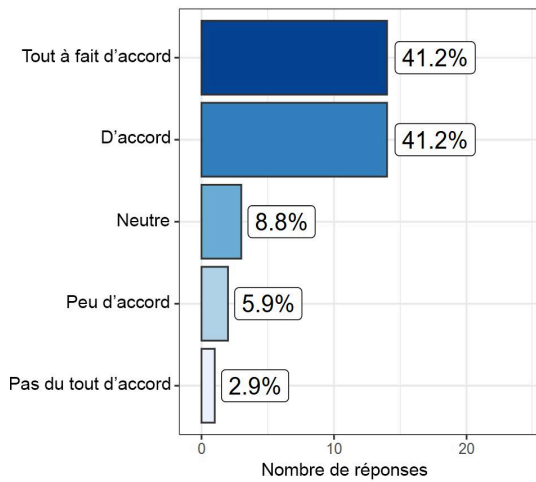


Figure 8C : utilité perçue d'un accès facilité à la biologie et à l'imagerie en ville

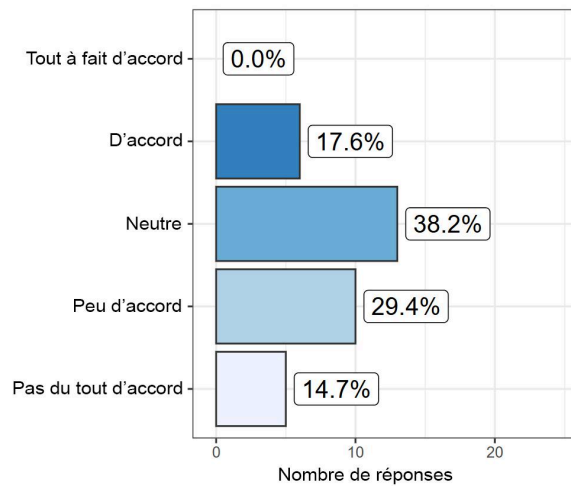


Figure 8D : utilité perçue de formations spécifiques sur l'adressage aux urgences

Les propositions d'amélioration recueillies mettent principalement en avant un dispositif de communication renforcé avec les urgences (8A) et un retour d'information standardisé (8B), suivis d'un accès facilité aux examens complémentaires en soins primaires (8C), tous trois recueillant un accord majoritaire. En revanche, les formations spécifiques sur les critères d'adressage (8D) font l'objet d'une répartition des réponses plus dispersée.

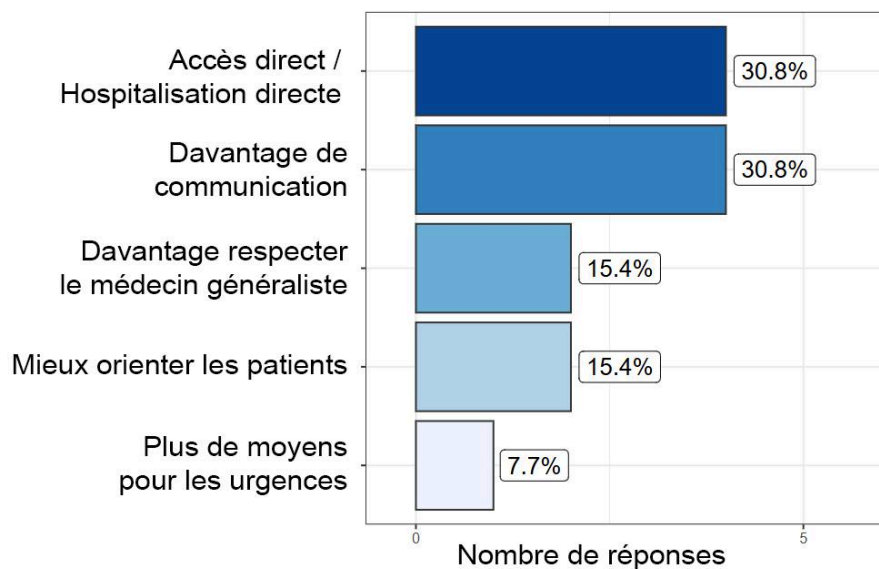


Figure 9 : synthèse des propositions d'amélioration formulées par les médecins généralistes

Les propositions formulées spontanément concernent d'abord l'accès direct ou l'hospitalisation directe et l'amélioration de la communication avec les urgences (30,8 % chacune). Viennent ensuite la reconnaissance du rôle du médecin généraliste dans l'orientation des patients (15,4 %), la meilleure orientation des patients (15,4 %) et le renforcement des moyens dédiés aux urgences (7,7 %) (Figure 9).

DISCUSSION

Résultats principaux

Volet quantitatif

Les patients adressés par un médecin généraliste présentaient un profil plus âgé et plus co-morbide que les non-adressés, avec une gravité initiale plus marquée au triage selon la grille FRENCH. Ces éléments traduisent une orientation plus sélective des cas cliniquement complexes vers les urgences. En analyse multivariée, l'adressage demeurait significativement associé à la probabilité d'hospitalisation tous services confondus, indépendamment de l'âge, du sexe, de la charge comorbide et du niveau de tri initial (OR 1,93 ; IC95 % 1,04–3,57). L'association avec l'admission en soins critiques n'était pas significative, probablement en lien avec un manque de puissance, du fait du faible nombre d'événements et d'un effectif global modeste. Ce résultat suggère que l'adressage constitue un marqueur pronostique indépendant du jugement de gravité porté à l'accueil, compatible avec un rôle de filtre clinique exercé par le médecin généraliste dans la régulation des flux hospitaliers. L'absence d'association significative avec l'admission en soins critiques peut s'expliquer par la rareté de ces événements, limitant la puissance statistique.

Volet qualitatif

Les médecins interrogés perçoivent globalement l'adressage comme une démarche pertinente, justifiée par la gravité clinique perçue ou par des contraintes contextuelles telles que la disponibilité des examens complémentaires. Ils décrivent toutefois des déterminants non strictement médicaux : situations de vulnérabilité sociale, isolement ou dépendance du patient, et parfois pression exercée par celui-ci. Un besoin récurrent de communication réciproque avec les équipes des urgences ressort de manière transversale, notamment en matière de retours d'information et de reconnaissance de la décision initiale. Les propositions d'amélioration les plus fréquemment citées portent sur la formalisation de canaux de communication dédiés, l'envoi systématique des comptes rendus et un accès facilité, en soins primaires, à la biologie et à l'imagerie.

Comparaison à la littérature

Le taux d'adressage par un médecin généraliste observé dans notre étude (16,3 %) est inférieur à celui rapporté dans plusieurs travaux français : 31 % en Alsace (15), 23 % en Haute-Normandie (16) et 28 % en Franche-Comté (17). Cette hétérogénéité peut être expliquée par la variabilité territoriale des pratiques d'adressage, phénomène également documenté à l'international. Franks et al. ont montré, aux États-Unis, une variation inter-médecins du taux de recours à un autre spécialiste allant de 1 à 28 % dans un même système de santé (21), et O'Donnell, dans une revue systématique, attribue cette variabilité à des facteurs liés au praticien, à son environnement professionnel et aux attentes des patients (22).

Comme dans plusieurs études françaises (15–17), les patients adressés de notre cohorte étaient plus âgés, plus comorbides et plus souvent hospitalisés que les non-adressés. Ces convergences confortent l'hypothèse d'un rôle de filtre clinique exercé par le médecin généraliste dans l'orientation vers les urgences. Elles s'accordent également avec la revue systématique de Carret et al., qui montre que les patients se présentant sans adressage présentent plus souvent un recours inapproprié (14). Ces résultats sont en accord avec ceux d'une étude allemande récente, dans laquelle l'adressage par un médecin généraliste restait associé à l'hospitalisation après ajustement multivarié. (18)

La décision d'adressage demeure toutefois complexe et multifactorielle. Oslislo et al. ont montré, en Allemagne, que l'incertitude diagnostique, la crainte du sous-diagnostic et les attentes du patient influencent fréquemment la décision d'adresser (23). Nos résultats qualitatifs convergent avec ces observations : les médecins interrogés évoquent la difficulté à poser seuls certains diagnostics et la nécessité de ne pas prendre de risque. À La Réunion, Vial identifie l'influence de déterminants médico-sociaux tels que l'isolement, la dépendance ou la précarité dans la décision d'adressage (24), également rapportés dans nos réponses libres. Calnan et al. soulignent la dimension relationnelle de cette décision : l'adressage peut permettre de préserver l'alliance thérapeutique en cas de désaccord ou de pression du patient (25). Ces éléments confirment que l'adressage procède d'un équilibre entre incertitude clinique, contraintes sociales et maintien de la relation de soin.

Enfin, la réception de ces adressages par les services d'urgence reste hétérogène. À Bergerac, Moreaud rapporte que seules 56 % des demandes des généralistes sont suivies intégralement (26), tandis qu'à Annecy, Fournier et Reveyaz observent que 15 % ne sont pas prises en compte (27). Ces résultats concordent également avec les propos recueillis dans notre enquête, où les médecins expriment une insatisfaction vis-à-vis du retour d'information et de la reconnaissance de leur évaluation initiale.

Limites

Cette étude présente plusieurs limites méthodologiques. Le volet quantitatif repose sur une analyse monocentrique menée au service des urgences du centre hospitalier d'Arras sur une période d'inclusion volontairement courte (six jours ouvrés, hors vacances scolaires), correspondant aux horaires d'ouverture habituels de la médecine générale. Ce choix, qui exclut les périodes de garde et de week-end, visait à décrire les flux de recours lorsque l'accès au médecin traitant est possible. Cependant le risque de biais de sélection a été limité par un recueil exhaustif de l'ensemble des admissions sur cette période.

L'extrapolation à d'autres territoires doit être prudente, les pratiques d'adressage pouvant varier selon l'organisation locale des soins ou la disponibilité de la médecine de ville. Le centre étudié s'inscrit néanmoins dans un bassin de population mixte urbain-rural, limitant l'impact du recueil monocentrique sur la représentativité.

L'exposition « adressage », codée par l'infirmier-ère d'accueil et d'orientation (IAO) lors du triage, peut être sujette à une erreur de classification. Certains patients orientés sans courrier formel ont pu être enregistrés comme non adressés. La saisie n'étant pas standardisée dans le logiciel Sillage. Cependant ce risque est probablement limité par la nature prospective de l'étude : l'ensemble des IAO avait été personnellement informé du recueil en cours et il leur a été demandé de porter une attention particulière à la saisie de cette donnée.

Aucun calcul a priori du nombre de sujets nécessaires n'a été réalisé ; l'effectif provenait d'une fenêtre d'observation prédéfinie. Cette absence de dimensionnement peut avoir réduit la puissance pour détecter des effets de faible ampleur, ce qui pourrait expliquer l'absence d'association significative observée pour l'admission en réanimation. Elle a également limité la possibilité de réaliser une analyse spécifique

de la mortalité intra-hospitalière, le nombre de décès étant trop faible pour permettre une modélisation robuste.

Le critère principal d'hospitalisation, tous services confondus, agrège des événements de sévérité variable. Ce choix, fait pour optimiser la puissance, peut réduire la spécificité clinique de chaque composante mais permet de capturer l'ensemble des décisions d'admission et de limiter le biais de sélection.

Par ailleurs, bien que les analyses multivariées aient intégré plusieurs covariables majeures (âge, sexe, score de Charlson, niveau de tri FRENCH), la présence de confusion résiduelle ne peut être exclue. Certaines variables non mesurées, telles que le diagnostic précis, le motif de recours, les paramètres biologiques ou le contexte social, pourraient partager une part de variance explicative avec la variable d'adressage, et ainsi en atténuer partiellement sa valeur prédictive.

L'absence de données sur le délai entre la consultation initiale et l'arrivée aux urgences empêche d'analyser la temporalité du parcours de soins. Les constantes vitales, plus fréquemment renseignées chez les patients adressés, peuvent traduire une différence de complétude du recueil selon le mode d'arrivée, bien que la qualité globale du codage ait été vérifiée avant analyse. Par ailleurs, plusieurs patients ont pu être adressés par un même médecin généraliste, sans prise en compte d'un effet de regroupement intra-praticien.

Le volet qualitatif présente lui aussi plusieurs limites. L'enquête, adressée à 81 médecins généralistes, a obtenu 34 réponses exploitables (42 %), traduisant un possible biais d'auto-sélection. Les médecins les plus sensibilisés à la problématique ont pu être surreprésentés. L'absence de données sociodémographiques, décidée pour garantir l'anonymat, empêche une description fine des répondants mais favorise une expression libre. Le format auto-administré expose à un effet de désirabilité sociale, atténué par la présence de questions ouvertes et la convergence thématique observée, suggérant une saturation des discours.

Perspectives

L'adressage médical apparaît comme un indicateur pertinent du niveau de gravité et un levier potentiel d'organisation des flux. Sa reconnaissance dans les pratiques hospitalières pourrait contribuer à améliorer le tri, l'efficacité et la continuité des

soins. Le renforcement du dialogue entre médecins généralistes et équipes d'urgence, fondé sur des canaux de communication dédiés, un retour d'information systématique et une reconnaissance mutuelle des compétences, constitue une piste prioritaire pour favoriser une coopération durable et apaisée.

Le renforcement de la formation croisée entre médecine de ville et urgences apparaît également comme une perspective essentielle. La mise en place de temps d'échanges ou de formations communes permettrait d'harmoniser les critères d'évaluation de la gravité, d'améliorer la compréhension mutuelle des contraintes de chaque exercice et de développer une véritable culture partagée de la décision d'adressage. Cette acculturation réciproque contribuerait à réduire les tensions perçues autour des adressages "inappropriés" et à consolider une coopération fondée sur la confiance et la reconnaissance professionnelle.

Par ailleurs, des études multicentriques menées dans des contextes organisationnels variés permettraient de confirmer ces résultats et d'en améliorer la validité externe. La modélisation des parcours patients, depuis la consultation de médecine générale jusqu'à l'admission hospitalière, offrirait une vision plus dynamique de la décision d'adressage. Enfin, l'évaluation du retour d'information des urgentistes vers les médecins généralistes, et de son impact sur la qualité de la prise en charge, représente un axe de recherche à privilégier.

CONCLUSION

L'adressage par un médecin généraliste est associé à une probabilité plus élevée d'hospitalisation, indépendamment de l'âge, de la comorbidité et du niveau de tri. Ce résultat suggère un rôle de présélection clinique en amont.

Les médecins interrogés expriment le besoin d'une communication renforcée et réciproque avec les urgences.

Ces éléments appellent à la formalisation de circuits de coopération et à l'évaluation multicentrique de leurs effets sur les parcours non programmés.

DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊTS

L'autrice et le directeur de thèse déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cette thèse.

Les liens d'intérêts sont consultables en ligne sur le site transparence.sante.gouv.fr.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Fiche 25 - La médecine d'urgence.pdf [Internet]. [cité 9 oct 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/Fiche%2025%20-%20La%20m%C3%A9decine%20d%E2%80%99urgence.pdf>
2. Population totale au 1er janvier - France métropolitaine | Insee [Internet]. [cité 9 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/000067670>
3. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er889.pdf>
4. Feuille de route régionale : 7 leviers pour améliorer le parcours de soins non programmés en Hauts-de-France [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/83645/download>
5. État de santé de la population | Insee [Internet]. [cité 13 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8242363>
6. La population de la région Hauts-de-France demeure stable - Insee Analyses Hauts-de-France - 183 [Internet]. [cité 10 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8312050>
7. SAMU-SMUR et soins critiques : Évaluation de la prise en charge des urgences-SAMU-SMUR et soins critiques [Internet]. [cité 10 mars 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p_3221289
8. L'essentiel sur... les Hauts-de-France | Insee [Internet]. [cité 12 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4481460>
9. Dossier complet – Commune d'Arras (62041) | Insee [Internet]. [cité 10 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-62041>
10. Chômage dans les régions – Emploi, chômage, revenus du travail | Insee [Internet]. [cité 12 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6453710?sommaire=6453776&utm>
11. Densité des médecins généralistes - Pour 100.000 habitants - Hauts-de-France | Insee [Internet]. [cité 10 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/010761081>
12. Densité des médecins généralistes - Pour 100.000 habitants - France | Insee [Internet]. [cité 10 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/010761075>
13. Urgences adultes « GHAT Arras [Internet]. [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: <https://ghat-arras-ppd.interludesante.com/offre-de-soin/urgences-adultes/>
14. Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica*. janv 2009;25(1):7-28.

15. Balen F, Boyer A, Auboiroux P, Charpentier S. Qui sont les patients adressés en structure d'urgence par leur médecin traitant ? *Ann Fr Médecine D'urgence*. 1 janv 2020;10(1):09-13.
16. Atechian PA. Les patients adressés par un médecin généraliste aux urgences sont-ils plus hospitalisés que les autres ? 12 déc 2023;73.
17. MEYER R. Pertinence de l'adressage aux urgences par les médecins généralistes dans le territoire de Mulhouse-Sud Alsace [Internet]. Strasbourg; Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2020/2020_CHAMPENIER_Rachel.pdf
18. Umgelster A, Faust M, Wenske S, Umgelster K, Schmid RM, Walter G. Do patients referred to emergency departments after being assessed in primary care differ from other ED patients? Retrospective analysis of a random sample from two German metropolitan EDs. *Int J Emerg Med*. 26 sept 2023;16(1):64.
19. Framasoft. Framaforms - Créez et diffusez vos formulaires facilement... [Internet]. 2025 [cité 16 oct 2025]. Disponible sur: <https://framaforms.org/abc/fr/>
20. Référentiels SFMU / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 8 sept 2025]. Disponible sur: https://www.sfmou.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfmou/referentiel-grille-french-2018-de-triage-ioa-version-1-1/ref_id/39
21. Franks P, Williams GC, Zwanziger J, Mooney C, Sorbero M. Why do physicians vary so widely in their referral rates? *J Gen Intern Med*. 1 mars 2000;15(3):163-8.
22. O'Donnell CA. Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? *Fam Pract*. déc 2000;17(6):462-71.
23. Oslislo S, Heintze C, Schmiedhofer M, Möckel M, Schenk L, Holzinger F. How to decide adequately? Qualitative study of GPs' view on decision-making in self-referred and physician-referred emergency department consultations in Berlin, Germany. *BMJ Open*. 1 avr 2019;9(4):e026786.
24. Vial N. Facteurs déterminants déclarés de l'adressage de personnes âgées aux urgences pour des motifs médico-sociaux complexes: étude quantitative au CHU site Sud, Saint Pierre, île de La Réunion.
25. Calnan M, Payne S, Kemple T, Rossdale M, Ingram J. A qualitative study exploring variations in GPs' out-of-hours referrals to hospital. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. sept 2007;57(542):706-13.
26. Moreaud F. Analyse des demandes des médecins généralistes adressant leurs patients aux Urgences du Centre Hospitalier de Bergerac. 5 janv 2023;55.
27. Fournier M, Reveyaz S. Les motifs de recours des courriers des médecins généralistes et leur réalisation aux urgences.
28. Medicalcul - Index de Comorbidité de Charlson ~ Médecine Interne [Internet]. [cité 8 sept 2025]. Disponible sur: <http://medicalcul.imhotepix.net/charlson.html>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire utilisé pour l'enquête qualitative auprès des médecins généralistes

Questionnaire élaboré pour le volet qualitatif de l'étude, diffusé par courrier électronique le 27 août 2025 puis relancé une semaine plus tard via les listes de garde. Resté ouvert trois mois, il visait à recueillir les pratiques et perceptions des médecins généralistes sur l'adressage des patients vers le service d'accueil des urgences. Il comportait des questions fermées, principalement construites sur une échelle de Likert en cinq modalités, ainsi que des questions ouvertes permettant d'approfondir les réponses.

Cher/Chère Docteur, Dans le cadre de ma thèse, je mène une étude sur les pratiques d'adressage aux urgences par les médecins généralistes. Votre participation à ce questionnaire m'aidera à mieux comprendre ces pratiques et à identifier des pistes d'amélioration. Le questionnaire est anonyme et ne prendra que quelques minutes de votre temps. L'échelle de Likert est utilisée.

Section 1 : Évaluation de l'Adressage aux Urgences

Comment évaluez-vous la nécessité de vos adressages aux urgences ?

- 1 (Pas du tout nécessaire)
- 2 (Peu nécessaire)
- 3 (Moyennement nécessaire)
- 4 (Nécessaire)
- 5 (Très nécessaire)

Section 2 : Perception du Risque

1. Dans quelle mesure pensez-vous que l'adressage par un médecin généraliste est un marqueur de gravité pour le patient ?

- 1 (Pas du tout)
- 2 (Peu)
- 3 (Moyennement)
- 4 (Élevé)
- 5 (Très élevé)

2. Si vous avez répondu 2 ou plus à la question précédente, pouvez-vous préciser pourquoi ?

Réponse libre:

Section 3 : Modalités d'Adressage

Quelles modalités utilisez-vous pour adresser un patient aux urgences ?

- Appel téléphonique direct aux urgences
- Lettre d'adressage
- Courriel
- Aucun
- Autre (précisez)

Section 4 : Retour d'Information

1. Comment évaluez-vous votre niveau de satisfaction concernant le retour d'information des urgences ?

- 1 (Très insatisfait)
- 2 (Insatisfait)
- 3 (Neutre)
- 4 (Satisfait)
- 5 (Très satisfait)

2. Quels sont les principaux points de satisfaction ou d'insatisfaction que vous aimeriez partager concernant le retour des urgences ?

Réponse libre:

Section 5 : Impact de la Biologie et de l'Imagerie Rapide

1. Dans quelle mesure pensez-vous que la disponibilité d'une biologie rapide (résultats en moins de 3 heures) réduirait votre taux d'adressage aux urgences ?

- 1 (Pas du tout)
- 2 (Peu)
- 3 (Moyennement)
- 4 (Élevé)
- 5 (Très élevé)

2. Dans quelle mesure pensez-vous que la disponibilité d'une imagerie rapide (résultats en moins de 3 heures) réduirait votre taux d'adressage aux urgences ?

- 1 (Pas du tout)
- 2 (Peu)
- 3 (Moyennement)
- 4 (Élevé)
- 5 (Très élevé)

Section 6 : Suggestions d'Amélioration

À quel point êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes concernant l'optimisation de l'adressage aux urgences ?

1. Augmenter la communication entre médecins généralistes et services d'urgences.

- 1 (Pas du tout d'accord)
- 2 (Peu d'accord)
- 3 (Neutre)
- 4 (D'accord)
- 5 (Tout à fait d'accord)

Si oui, par quels moyens ?

2. Mettre en place un système de retour d'information standardisé et rapide.

- 1 (Pas du tout d'accord)
- 2 (Peu d'accord)
- 3 (Neutre)
- 4 (D'accord)
- 5 (Tout à fait d'accord)

Si oui, par quels moyens ?

3. Faciliter l'accès à la biologie et à l'imagerie rapide pour les médecins généralistes.

- 1 (Pas du tout d'accord)
- 2 (Peu d'accord)
- 3 (Neutre)
- 4 (D'accord)
- 5 (Tout à fait d'accord)

4. Offrir des formations continues sur les critères d'adressage aux urgences.

- 1 (Pas du tout d'accord)
- 2 (Peu d'accord)
- 3 (Neutre)
- 4 (D'accord)
- 5 (Tout à fait d'accord)

5. Quelles sont, selon vous, les autres pistes d'amélioration ?

Réponse libre:

Annexe 2 : Score de Charlson (18)

Comorbidité	Points
Infarctus du myocarde. Antécédent ou histoire récente de modification électrique ou enzymatique.	1
Insuffisance cardiaque congestive. Antécédent ou histoire récente.	1
Pathologie vasculaire périphérique. Antécédent ou histoire récente de claudication, gangrène ou ischémie, ou anévrisme aortique ou thoracique non traité ≥ 6 cm.	1
Accident vasculaire cérébral avec ou sans séquelle ou accident ischémique transitoire.	1
Démence.	1
Pathologie pulmonaire chronique.	1
Maladie de système ou du tissus conjonctif.	1
Pathologie ulcéreuse peptique. Antécédent ou histoire récente d'ulcère gastroduodénal traité ayant saigné ou non.	1
Pathologie hépatique modérée. Cirrhose sans hypertension portale, hépatite chronique.	1
Diabète sans complication. Exclue le diabète traité par régime uniquement.	1
Hémiplégie.	2
Insuffisance rénale dialysée ou non.	2

Diabète compliqué. <i>Avec défaillance d'organe type rétinopathie, néphropathie, neuropathie.</i>	2
Tumeur solide sans métastases. <i>Exclue les tumeurs diagnostiquées depuis plus de 5 ans et guéries.</i>	2
Leucémie (aiguë ou chronique).	2
Lymphome.	2
Pathologie hépatique modérée ou sévère. <i>Cirrhose avec hypertension portale, avec ou sans hémorragie.</i>	3
Tumeur solide avec métastases.	6
SIDA <i>Avec pathologies en découlant, pas sérologie positive uniquement.</i>	6
Total (somme des points)	/33

Annexe 3 : Grille FRENCH(20)


FRENCH Emergency M X S Classification in-Hospital triage							
FRENCH triage		Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
motif de recours		Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
CARDIO-CIRCULATOIRE							
1	Arrêt cardiorespiratoire						
2	Hypertension artérielle	PAS ≤ 70 mmHg	PAS ≤ 90 mmHg ou PAS ≤ 100 mmHg et FC > 100/min		PAS 90 - 100 mmHg et FC ≤ 100/min		
2	Membre douloureux/froid ou pâle/ischémie*		durée ≤ 24 h ou cyanose/déficit moteur		durée ≥ 24 h		
3B	Douleur thoracique/syndrome coronaire aigu (SCA)*	ECG anormal, typique de SCA	ECG anormal, non typique de SCA	ECG normal, comorbidité coronaire (antécédents, facteurs de risque)	ECG normal, mais douleur de type coronaire	ECG normal et douleur atypique	
3B	Malaise				Pas d'anomalie notable des paramètres vitaux et glycémie		
3B	Tachycardie/tachyrythmie	FC ≥ 180 /min	FC ≥ 130/min		FC > 110/min	épisode résolutif	
3B	Bradycardie/bradyrythmie	FC ≤ 40/min	FC 40-50/min avec mauvaise tolérance		FC 40-50/min sans mauvaise tolérance		
3B	Dyspnée/insuffisance cardiaque*	détresse respiratoire ou FR ≥ 40/min ou SpO2 < 86%	dyspnée à la parole/tirage/orthopnée ou FR 30-40 /min ou SpO2 86-90%				
3B	Dysfonction stimulateur/débrillateur cardiaque		Choc(s) électrique(s) ressent(i)s		avis référent (MAO, MCO)		
3B	Œdème des membres inférieurs/insuffisance cardiaque*				FR < 30 /min SpO2 > 90%	OMI chronique	
4	Palpitations	FC ≥ 180/min	FC ≥ 130/min		malaise ou FC > 110/min		
4	Hypertension artérielle		PAS IOA ≥ 220 mmHg ou ≥ 180 mmHg et SF associés		PAS IOA ≥ 180 mmHg sans SF associés	PAS < 180 mmHg	
4	Membre douloureux/chaud ou rouge/phiébite*				signes locaux francs ou siège proximal sur échographie	signes locaux modérés ou siège distal sur échographie	
INFECTIOLOGIE							
4	AES et/ou liquide biologique		sujet contact VIH avéré et exposition ≤ 48 heures				exposition ≥ 48 h
5	Fièvre		T° ≥ 40° C ou ≤ 35,2° C ou confusion/céphalée/purpura		mauvaise tolérance, hypotension ou shock index ≥ 1		
5	Exposition à une maladie contagieuse				avec risque vital de contagie (méningite, Ebola...)		sans risque vital de contagie (rougeole, varicelle...)

FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital triage								
FRENCH triage	motif de recours	Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
ABDOMINAL								
Vomissement de sang/hématémèse		2		hématurie abondante		vomissement(s) strié(s) de sang		
Maelena/rectorragies		2		rectorragie abondante		selles souillées de sang		
Douleur abdominale		3B		douleur sévère et/ou mauvaise tolérance				douleur régressive / indolore
Ictère		3B						
Problème technique (stomie, cicatrices post op...)		3B				avis référent (MAO, MCO)		
Hernie, masse ou distension abdominale		4		douleur sévère et/ou symptômes d'occlusion				
Corps étranger dans œsophage/estomac/intestins		4		aphagie ou hypersialorrhée et/ou autres SF associés		tranchant, pointu		
Corps étranger dans le rectum		4		douleur sévère et/ou rectorragie				
Constipation		5		symptômes d'occlusion (douleur, vomissements, arrêt transit)		douleur abdominale		
Vomissements		5		symptômes d'occlusion (douleur, vomissements, arrêt transit)	enfant ≤ 2 ans	douleur abdominale ou vomissements abondants		
Diarrhée		5			enfant ≤ 2 ans	abondantes et/ou mauvaise tolérance		
Douleur anale		5				suspicion abcès/fissure		
Hoquet		5				hoquet incessant (≥ 12 h)		
GENITO-URINAIRE								
Douleur de la fosse lombaire/du flanc		3B		douleur intense				douleur régressive/indolore
Rétention d'urine/anurie		3B		douleur intense/agitation				
Douleur de bourse/orchite*/torsion testicule*		3B		douleur intense ou suspicion de torsion		avis référent (MAO, MCO)		
Dysfonction de sonde urinaire/sonde JJ/ stomie		3B		douleur intense, fièvre ou mauvaise tolérance		avis référent (MAO, MCO)		
Hématurie		3B		saignement abondant actif				
Dysurie/brûlure mictionnelle / infection ?		5				fièvre	enfant	
Ecoulement ou lésion cutanéomuqueuse génitale		5				fièvre		


FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital triage								
FRENCH triage		Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5	
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
GYNECO-OBSTETRIQUE								
Accouchement imminent ou réalisé	1							
Problème de grossesse 1er et 2ème trimestre	3A		métrorragies, douleur					
Problèmes de grossesse 3ème trimestre	3A		métrorragies/douleur/HTA/ perte de liquide amniotique					
Méno-métrorragie	3B		grossesse connue/suspectée ou saignement abondant					
Problème de post partum (allaitement...)	4			allaitement et fièvre				
Anomalie du sein	5					mastite ou abcès		
Anomalie vuivo-vaginale / corps étranger	5							
INTOXICATION								
Intoxication médicamenteuse	3B		mauvaise tolérance/intention suicidaire/toxiques cardiotropes ou lésionnels	enfant		avis référent (MAO, MCO)		pas de mauvaise tolérance et vu tard (ex ≥ 24 h)
Intoxication non médicamenteuse	3B		mauvaise tolérance/toxiques / lésionnels	enfant		avis référent (MAO, MCO)		pas de mauvaise tolérance et vu tard (ex ≥ 24 h)
Demande de sevrage / toxicomanie	4		agitation/violence / état de manque	enfant				demande d'ordonnance pour substitution
Comportement ébrieux / ivresse	4	GCS ≤ 8	agitation/violence/GCS 9-13	enfant		demande des forces de l'ordre		
NEUROLOGIE								
Altération de la conscience/coma	2	GCS ≤ 8	GCS 9-13, avis référent (MAO, MCO)					
Déficit moteur, sensitif, sensoriel ou du langage/AVC	2	délai ≤ 4h 30				délai ≥ 12 h ou avis MAO, MCO		
Convulsions	3B		crises multiples ou en cours			recupération complète post critique		
Confusion/désorientation temporo spatiale	3B		fièvre					
Céphalée	3B		inhabituelle (premier épisode, brutale, intense... ou fièvre)			habituelle/migraine		
Vertiges/trouble de l'équilibre	3B		signes neurologiques associés, céphalée brutale					troubles anciens et stables

FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital triage							
FRENCH triage motif de recours	Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
	OPHTHALMOLOGIE						
Corps étranger / brûlure oculaire	3B		douleur intense, brûlure chimique		avis référent (MAO, MCO)		
Trouble visuel / œil douloureux / cécité	3B		début brutal		avis référent (MAO, MCO)		
Démangeaison / œil rouge	5						
ORL / STOMATOLOGIE							
Epistaxis	3B		saignement abondant actif		saignement abondant résolutif		saignement peu abondant résolutif
Trouble de l'audition/accouphènes	4		surdité brutale				
Tuméfaction ORL ou cervicale	4				fièvre ou signes locaux importants		
Corps étranger ORL	4		dyspnée inspiratoire				
Pathologie de l'oreille / otite	5						
Douleur de gorge / angine / stomatite	5				mauvaise intolérance ou aphagie		
Obstruction nasale / rhinite / sinusite	5				sinusite fébrile		
Problème de dent ou de gencive	5				signes locaux importants, douleur résistante aux antalgiques		
PEAU							
Ecchymose / hématome spontané(e)	3B						
Abcès ou infection localisée de la peau	4				fièvre ou abcès volumineux		
Erythème étendu et autres éruptions / œdème spontané	5		anaphylaxie		fièvre ou mauvaise tolérance	étendu	localisé
Morsure, piqûre, prurit, parasitose	5		morsure de serpent/scorpion ...		fièvre ou signes locaux importants	étendu	localisé
Corps étranger sous la peau	5				corps étrangers multiples, complexes		

French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage							
FRENCH triage motif de recours	Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
	PEDIATRIE ≤ 2 ans (pathologie spécifique)						
Dyspnée avec sifflement respiratoire	2			sifflement sans dyspnée			
Fièvre ≤ 3 mois	2						
Convulsion hyperthermique	3B		récidive ou durée ≥ 10 min, ou hypotonie	recupération complète			
Diarrhée / vomissements du nourrisson (≤ 24 mois)	3B		perte de poids ≥ 10% ou hypotonie	≤ 6 mois			
Troubles alimentaires du nourrisson (≤ 6 mois)	4		perte de poids ≥ 10% ou hypotonie	perte de poids ≤ 10%			
Bradycardie	4		avant 1 an : FC ≤ 80/min après 1 an : FC ≤ 60/min				
Ictère néonatal	4		perte de poids ≤ 10% ou selles décolorées				
Tachycardie	4		avant 1 an : FC ≥ 180/min après 1 an : FC ≥ 160/min				
Hypotension	4		1-10 ans : PAS ≤ 70 mmHg (+ âge en année x 2)				
Pleurs incoercibles	4			pleurs dans le box de l'IOA			
PSYCHIATRIE							
Idee / comportement suicidaire	2						
Troubles du comportement / psychiatrie	3B		agitation, violence, délire, hallucinations	enfant			
Anxiété / dépression / consultation psychiatrique	4		anxiété majeure /attaque de panique	enfant			

 FRENCH triage						FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital triage					
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5			
RESPIRATOIRE											
Dyspnée / insuffisance respiratoire	3B	détresse respiratoire ou FR ≥ 40 /min ou SpO2 $< 86\%$	dyspnée à la parole/tirage/orthopnée ou FR 30-40 /min ou SpO2 86-90%								
Asthme ou aggravation BPCO	3B	détresse respiratoire	DEP ≤ 700 ou dyspnée à la parole/tirage/orthopnée			DEP ≥ 300 /min et asthme					
Hémoptysie	3B	détresse respiratoire	hémoptysie répétée ou abondante								
Douleur thoracique / embolie / pneumopathie / pneumothorax	3B	détresse respiratoire	dyspnée à la parole/tirage/orthopnée								
Corps étranger voies aériennes	3B	détresse respiratoire	dyspnée à la parole, tirage, orthopnée enfant			pas de dyspnée					
Toux / bronchite	5					fièvre, ou signes respiratoires associés					
RHUMATOLOGIE											
Douleur articulaire/arthrose/artrite	4					fièvre ou signes locaux importants					
Douleur rachidienne (cervicale, dorsale ou lombaire)	5		déficit sensitif ou moteur associé			fièvre ou paresthésies					
Douleur de membre/sciatique	5					fièvre ou impotence du membre					

FRENCH triage		French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
TRAUMATOLOGIE								
Traumatisme avec amputation	1							
Traumatisme abdomen/thorax/cervical	2	pénétrant		haute vélocité			faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Agression sexuelle et sévices	2							
Brûlure	3B			brûlure étendue ou main/visage	≤ 24 mois et brûlure peu étendue	avis référent (MAO, MCO)		brûlure peu étendue... consultation tardive
Traumatisme de bassin/hanche/fémur/rachis	3B			haute vélocité		faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Traumatisme oculaire	3B			haute vélocité		faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Traumatisme maxillo-facial/oreille	3B			haute vélocité		faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Plaie	4			plaie délabrante, saignement actif		plaie(s) large, complexe, main	plaie(s) superficielle(s) hormis main	excoriation(s)
Traumatisme d'épaule ou distal de membre	4			haute vélocité, grande déformation/ischémie		impotence totale, déformation	impotence modérée ou petite déformation	ni impotence, ni déformation
Electrisation	4			perte de connaissance, brûlure, foudre		haute tension, temps de contact long	courant domestique	
Traumatisme crânien	5	coma (GCS ≤ 8)	GCS 9-13, déficit neurologique			perte de connaissance avant ou après	plaie/hématome	

 FRENCH triage						FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital triage				
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5		
DIVERS										
Pathologie rare et grave en poussée (ex. drépanocytose...)	2						avis référent (MAO, MCO)			
Hypothermie	2	T° ≤ 32° C		32° C ≤ T° ≤ 35,2° C						
Hyperglycémie	3B			cétose élevée, trouble de conscience		glycémie ≥ 20 mmol/l ou cétose positive	glycémie ≤ 20 mmol/l et cétose négative			
Hypoglycémie	3B		coma (GCS ≤ 8)	mauvaise tolérance/GCS 9-13						
Anomalie de résultat biologique	3B			symptomatique		avis référent (MAO, MCO)				
AEG / Asthénie	3B					signes objectifs d'altération de l'état général		ni comorbidités ni signes objectifs		
Coup de chaleur / insolation	3B		coma (GCS ≤ 8)	T° ≥ 40° C/GCS 9-13						
Gelure / Lésions liées au froid	3B			signes de nécrose, déficit sensitif ou moteur						
Allergie	4			dyspnée/risque d'obstruction/mauvaise tolérance						
Problème suite de soins (pansements...)	5									
Renouvellement ordonnance	5									
Examen à des fins administratives / certificat / réquisition	5					demande des forces de l'ordre				
Demande d'hébergement pour raison sociale	5									

AUTEURE : Nom : CNOSSSEN

Prénom : Mailys

Date de soutenance : Jeudi 29 janvier 2026 à 16h

Titre de la thèse : Adressage aux urgences par les médecins généralistes : étude mixte prospective et qualitative au centre hospitalier d'Arras en février 2024

Thèse - Médecine - Lille 2026

DES et cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : General Practitioners ; Emergency Service, Hospital ; Referral and Consultation ; Decision Making ; Health Services Accessibility ; Continuity of Patient Care

Introduction : Le rôle du médecin généraliste dans l'orientation vers les urgences est encore mal documenté.

Matériel et méthodes : Nous avons mené une étude mixte, combinant une cohorte prospective de 454 patients aux urgences d'Arras et une enquête par questionnaire auprès de 34 médecins généralistes du territoire.

Résultats : Les patients adressés par un médecin généraliste sont plus souvent hospitalisés. Les médecins évoquent des motifs cliniques et organisationnels pour justifier l'adressage.

Conclusion : L'adressage est un bon prédicteur pronostique. Il est influencé par des facteurs médicaux, logistiques et relationnels.

Composition du Jury:

Président :

Monsieur le Professeur Philippe AMOUYEL

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Charles CAUET

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Raphaël BENTEGEAC