

Année 2023/2024

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Audrey GAUNY

Née le 03 juin 1993 à Romorantin-Lanthenay (41)

TITRE

**EVALUATION QUALITATIVE DES COURRIERS D'ADMISSION DES
PATIENTS ADRESSES AUX URGENCES DE L'HOPITAL D'AMBOISE**

Présentée et soutenue publiquement le 16 janvier 2024 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Saïd LARIBI, Médecine d'urgence, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Docteur Sophie LEDUCQ, Dermatologie, MCU-PH, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Catherine HOGNON, Médecine polyvalente, PH, CH Amboise-Château Renault

Directeur de thèse : Docteur Olivier PINCON, Médecine d'urgence, PH, CH Amboise-Château Renault

RESUME :

Introduction : Une prise en charge médicale de qualité passe par une bonne continuité des soins et par une communication efficace entre les médecins. Le courrier médical reste l'élément principal de la transmission d'information entre praticiens. Alors qu'il existe des recommandations officielles pour les lettres de sortie d'hospitalisation, il n'en est rien concernant les courriers d'admission aux urgences. Ceux-ci sont parfois de qualité médiocre. L'objectif de notre étude est d'évaluer si la diffusion d'un courrier type permet d'améliorer la qualité des courriers d'admission aux urgences d'Amboise.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive prospective de type « avant-après » monocentrique. Tous les patients admis aux urgences d'Amboise accompagnés d'un courrier d'admission sur une période de six semaines ont été inclus. Les patients adressés pour un motif traumatologique ont été exclus. Une période de « wash-out » de six semaines a permis de diffuser un courrier type. Un nouveau recueil de six semaines s'en est suivi. Les courriers des deux périodes ont été évalués via une grille regroupant 17 critères permettant d'établir une note pour chacun d'eux.

Résultats : Nous avons recueilli 86 courriers dans la période « avant » et 90 dans la période « après ». La majorité des patients était des femmes, la médiane d'âge était de 70 ans. La notification des antécédents (65.1% puis 81.1%) et l'utilisation d'une trame de courrier (37.2% puis 61.1%) sont les deux seuls critères à s'être améliorés significativement entre les deux recueils. Les constantes et la gravité du patient ont été moins bien renseignées dans la période « après ». Les urgentistes ont évalué les courriers comme moins informatifs dans cette phase deux. La moyenne des courriers de la première période était de 10.64 et ceux de la deuxième période était de 10.37 sans différence significative démontrée.

Conclusion : La lettre-type n'a pas permis d'améliorer la qualité des courriers. Ce type de lettre s'inscrit pourtant dans une démarche d'amélioration globale de la communication entre l'hôpital et les praticiens de ville. La diffusion du courrier type a peut-être été trop limitée.

Mots clés :

Courrier d'admission, lettre, communication, continuité des soins, urgences, médecin généraliste.

QUALITATIVE EVALUATION OF ADMISSION LETTERS FOR PATIENTS ADDRESSED TO THE EMERGENCY OF AMBOISE HOSPITAL

Abstract

Introduction : Quality medical care requires a good continuum of care and an efficient communication between doctors. The referral letter remains the main method of communication between practitioners. Whereas official guidelines exist for hospital discharge letters, there are none for admission letters to the emergency department, which can be of mediocre quality. The objective of our study is to evaluate whether the distribution of a standard letter may improve the quality of admission letters to the Amboise emergency department.

Method : This monocentric study of the « before and after » variety was conducted using prospective and descriptive observational methods. During a six-week period, all the patients who came to the Amboise emergency department with an admission letter from a general practitioner were included in the study, while subjects in need of essential trauma care were excluded. A standardised letter was then sent to physicians during a six-week « wash-out » period, followed by another six-week collection period. All letters received during the two studied periods were subsequently evaluated using a grid with 17 criteria to establish a score for each of them.

Results : We collected 86 letters during the « before » period and 90 during the « after » period. The majority of patients were women and the median age was 70 years old. Notification of medical history (65.1% before, 81.1% after) and the use of a mail frame (37.2% before, 61.1% after) are the only two criteria to have improved significantly between the two collections stages. Communication relating to vital signs and the severity of the medical condition was less efficient in the « after » period. Emergency doctors rated the letters as less informative in phase two. The average score of letters from the first period was 10.64 while the average score of those from the second period was 10.37, showing no significant difference.

Conclusion : The standardised letter provided to general practitioners did not improve the letters quality. However, this type of letter is part of an approach to improve communication between the hospital and city practitioners. The distribution of the standard letter may have been too limited.

Key words :

Referral letter, admission letter, communication, continuum of care, emergency, general practitioner.

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens - relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) - 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND - 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN - 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ - P. ARBEILLE - A. AUDURIER - A. AUTRET - C. BARTHELEMY - J.L. BAULIEU - C. BERGER -
JC. BESNARD - P. BEUTTER - C. BONNARD - P. BONNET - P. BOUGNOUX - P. BURDIN - L. CASTELLANI - J.
CHANDENIER - A. CHANTEPIE - B. CHARBONNIER - P. CHOUTET - T. CONSTANS - C. COUET - L. DE LA
LANDE DE CALAN - P. DUMONT - J.P. FAUCHIER - F. FETISSOF - J. FUSCIARDI - P. GAILLARD - G. GINIES -
D. GOGA - A. GOUDEAU - J.L. GUILMOT - O. HAILLOT - N. HUTEN - M. JAN - J.P. LAMAGNERE - F. LAMISSE
- Y. LANSON - O. LE FLOCH - Y. LEBRANCHU - E. LECA - P. LECOMTE - AM. LEHR-DRYLEWICZ - E. LEMARIE
- G. LEROY - M. MARCHAND - C. MAURAGE - C. MERCIER - J. MOLINE - C. MORAIN - J.P. MUH - J. MURAT
- H. NIVET - D. PERROTIN - L. POURCELOT - R. QUENTIN - P. RAYNAUD - D. RICHARD-LENOBLE - A. ROBIER
- J.C. ROLLAND - P. ROSSET - D. ROYERE - A. SAINDELLE - E. SALIBA - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - D.
SIRINELLI - J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BACLE Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive - réanimation
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie - gastroentérologie
ESPITALIER Fabien	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive - réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVAREC Thibault	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
NICOGLOU Antonine	Philosophie - histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae - UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS - EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS - UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS - UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice

Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc

Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie..... Orthophoniste

CLOUTOUR Nathalie..... Orthophoniste

CORBINEAU Mathilde..... Orthophoniste

EL AKIKI Carole..... Orthophoniste

HARIVEL OUALLI Ingrid

Orthophoniste

IMBERT Mélanie

Orthophoniste

SIZARET Eva

Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine

Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

A Monsieur le Professeur Laribi,

Pour avoir accepté de juger ce travail et de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Aux membres du jury,

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Olivier Pinçon,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, quand bien même tu es sollicité de toutes parts. Merci pour ta disponibilité sans faille et tes précieux conseils. Cela a été un plaisir de travailler avec toi. J'espère que nous aurons l'occasion de collaborer de nouveau ensemble, que cela soit en tant que confrères ou collègues.

A Madame le Docteur Leducq,

Pour avoir accepté de juger ce travail et pour votre disponibilité. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon respect.

A Madame le Docteur Hognon,

Merci pour ton encadrement et ton enseignement au cours de mon internat. Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail pour clore cette formation. J'espère que tu trouveras dans ta retraite prochaine, la liberté et le temps de réaliser tous les projets qui te tiennent à cœur.

Aux personnes qui ont participé à ce travail,

A Madame Daluzeau, pour votre disponibilité et vos conseils techniques.

A Guy, pour ta patience face à mes multiples questions et ton aide pour les analyses statistiques.

A toute l'équipe médicale et paramédicale des urgences d'Amboise pour leur aide à la collecte des données et pour leurs réponses aux questionnaires.

Aux personnes qui m'ont accompagné dans ma formation,

Aux médecins généralistes qui m'ont formé, conseillé et rassuré quand il fallait. Eugénie, Yann, Jean-Pierre, Clarisse, Blandine et Emmanuel : Merci.

A l'ensemble du service d'urgences de Trousseau, merci pour votre accueil et encadrement sans faille malgré la pression constante.

A l'ensemble des services de médecine polyvalente et d'urgences de Chinon, merci de m'avoir accompagné dans ma formation avec patience puis confiance et toujours dans la bonne humeur.

A l'ensemble du service d'urgences de Clocheville, merci pour votre accueil et vos enseignements précieux malgré un temps de stage raccourcis.

A l'ensemble du service de médecine B d'Amboise, merci de m'avoir accompagné en cette fin de formation hospitalière et pour tous les bons moments passés à vos côtés.

Aux amis,

A mes amis d'enfance et d'adolescence, Victorien, Aurélie, Salomé, Audrey et Audrey, Pauline, Agathe, merci pour tous ces souvenirs avec vous, les vacances à Royan, ces soirées incroyables à Romo, les parties de carte entre les cours ; et pour tous les moments à venir.

A mes amis d'externat, Quentin, Félix, Léa, Laure, à nos vacances en Bretagne, aux super soirées d'inté ; et à de futures retrouvailles j'espère.

A mes anciens co-internes, Pauline, Amélie, Eléonore, Elise, et tous les autres, merci d'avoir rendu l'internat plaisant, merci pour l'entraide, pour le soutien en stage et le réconfort des coups de moins bien.

A Sébastien, Anne-Cé et Mathilde, en espérant que les après-midis jeux soient encore nombreux.

A Marion, pour le soutien lors de ces longues journées de BU, même lorsque tu boudais dès le matin, merci.

A Laura, pour ce caractère (bien à toi), pour toutes les rigolades et tous les bons moments passés avec toi, merci. Je n'aurai pas survécu à la première année sans ça.

A Mathilde et Laurine, les deux acolytes des sous-colles, soirées, BU et voyages. Pour tous ces bons moments passés à vos côtés, nos rigolades et délires, merci. J'espère qu'on arrivera à le faire ce week-end de canyoning.

A ma famille,

A Eugénie, pour ta relecture et la traduction.

A Thierry et Laurence pour votre merveilleux accueil et votre correction orthographique.

Aux oncles et tantes, cousins et cousines, merci pour ces souvenirs d'enfance avec vous.

A mes grands-mères, à Sébastien et Arnaud, vous me manquez, j'aurai aimé que vous soyez là aussi.

A Aurélien, la distance semble nous avoir finalement rapproché, profite de chaque instant. On se retrouvera peut-être de l'autre côté du globe.

A mes parents, votre soutien permanent et votre amour m'ont permis d'en arriver jusqu'ici aujourd'hui, merci.

A Agathe, pour ton soutien quotidien indéfectible, tes encouragements permanents et ta patience. A tous ses merveilleux souvenirs et à tous ceux que nous allons encore créer ensemble.

ABREVIATIONS

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CH : Centre Hospitalier

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DCI : Dénomination Commune Internationale

DMP : Dossier Médical Partagé

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GHT : Groupements Hospitaliers de Territoire

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

SOMMAIRE :

<u>INTRODUCTION</u>	page 14
<u>MATERIEL ET METHODES</u>	page 16
Description de l'étude	page 16
Caractéristiques de la population	page 16
Recueil de données	page 16
Description du courrier type	page 16
Déroulement de l'analyse des données	page 16
Critères de jugement	page 17
Analyse statistique	page 17
Information et consentement	page 17
<u>RESULTATS</u>	page 18
Caractéristiques de la population	page 18
Caractéristiques détaillées des courriers	page 23
<u>Mise en forme du courrier</u>	
<u>Contexte du patient</u>	
<u>Examen clinique et paraclinique</u>	
<u>Informations complémentaires utiles à la prise en charge</u>	
Analyse comparée des deux types de courriers	page 24
Evolution de l'intérêt de l'adressage aux urgences et de l'appel à un tiers	page 26
<u>DISCUSSION</u>	page 27
Forces de l'étude	page 27
Limites de l'étude	page 27
Population de l'étude	page 28
Etude des courriers	page 29
Objectifs secondaires	page 34
Perspectives/Pistes d'avenir	page 35
<u>CONCLUSION</u>	page 37
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	page 38
<u>ANNEXES</u>	page 42

INTRODUCTION :

Une bonne coordination entre la médecine de ville et l'hôpital est un des piliers essentiels de notre système de santé. Or celui-ci est mis à rude épreuve. C'est pourquoi, il est plus que jamais nécessaire d'améliorer cette coordination. Celle-ci passe, en premier lieu, par une communication efficace entre les praticiens libéraux et les hospitaliers afin de favoriser la continuité des soins entre ces deux milieux.

La continuité des soins est un concept qui a été défini par plusieurs organisations médicales.

La WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners ou l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes), dans sa définition de la médecine générale de 2002, précise que l'une de ses caractéristiques est d'avoir la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux selon les besoins du patient (1).

La fondation canadienne de la recherche en santé tente d'établir une définition de cette notion de continuité des soins. Selon elle, c'est la façon dont les soins sont vécus par un patient comme cohérents et reliés dans le temps ; cet aspect des soins est le résultat d'un bon transfert de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une coordination des soins (2). Elle regroupe donc deux notions distinctes. La première étant la continuité des soins « clinique » qui renvoie à la prise en charge globale du patient et son suivi dans le parcours de soins avec le médecin généraliste comme coordonnateur. La seconde étant, la continuité des soins « informationnelle » ayant rapport à la transmission de l'information concernant le patient.

Une bonne communication – et donc une prise en charge du patient cohérente - entre les médecins généralistes et hospitaliers est un enjeu majeur de l'amélioration du système de santé français depuis de nombreuses années.

La notion de communication ville-hôpital est apparue dans la loi de 1991 portant sur la réforme hospitalière. Elle l'introduit comme suit : « Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande et par l'intermédiaire du praticien qu'elles désignent, les informations médicales contenues dans leur dossier médical. Les praticiens qui ont prescrit l'hospitalisation ont accès, sur leur demande, à ces informations. » (3).

Des réseaux coordonnés de soins existent sur le territoire français afin d'améliorer la prise en charge des patients. Notamment la réforme « Ma santé 2022 » qui crée les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Elles regroupent au sein d'une même structure tous les acteurs de santé d'un territoire (libéraux et salariés exerçant en ville, établissements de santé, services sociaux...). Un de leurs objectifs est de favoriser l'accès au soin, participer à la continuité des soins et

développer des parcours et protocoles de prise en charge des principales maladies chroniques entre les acteurs du territoire (4).

Cependant, malgré ces structures et une informatisation accrue, le courrier médical reste le principal moyen de communication entre la ville et l'hôpital. Il constitue un document médico-légal qui, dans le respect du secret médical, doit comporter « les informations utiles à la continuité des soins » comme le rappellent les articles 4 et 45 du code de déontologie médicale (5). Le courrier médical est incontournable dans la transmission des informations et donc à la bonne prise en charge du patient. Il influence la qualité du triage à l'accueil aux urgences et oriente sur les investigations à réaliser en priorité (6). Il permet aussi une diminution du coût des soins en évitant la redondance des examens qui auraient déjà été pratiqués en ville (7).

Malgré son rôle primordial, la qualité du courrier d'admission est variable. Plusieurs études ont évalué ces courriers par l'analyse de leur contenu. La qualité globale n'est pas satisfaisante : mauvaise lisibilité des courriers manuscrits, informations manquantes...(8-10)

Alors que le compte-rendu d'hospitalisation a été réglementé il y a quelques années (11), il n'existe pas de critères de qualité officiels pour un courrier d'adressage. La loi du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison (12) tente partiellement de répondre à ce manque. D'après celle-ci, la lettre doit notamment comprendre les motifs de la demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connues. Mais elle n'exige pas qu'elle détaille les antécédents du patient ou son degré d'autonomie, informations qui semblent tout aussi importantes. C'est dans ce contexte que les Drs. Senger et Bouton réalisent en 2018 une thèse portant sur une uniformisation des informations devant être contenues dans une lettre d'admission. Ils réunissent donc des médecins généralistes, des urgentistes et des infirmiers d'accueil et d'orientation (IAO) et utilisent le procédé de la ronde Delphi ® pour obtenir un consensus sur les critères de qualité d'un courrier d'adressage aux urgences par un médecin généraliste (13).

L'objectif principal de notre étude est donc d'évaluer si la diffusion d'un courrier type, basé sur les critères définis par les Drs. Senger et Bouton, permet d'améliorer la qualité des lettres d'admission aux urgences d'Amboise. L'étude se déroule en deux temps. Dans un premier temps, nous étudions la qualité des courriers d'admission. Puis nous effectuons une pause de quelques semaines durant lesquelles nous diffusons un courrier type. Enfin nous réalisons un deuxième recueil et une nouvelle étude de la qualité des courriers après cette diffusion.

MATERIELS ET METHODES :

Description de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive prospective, de type « avant/après », monocentrique, des courriers d'admission aux urgences du Centre Hospitalier (CH) d'Amboise par les médecins du bassin de population d'Amboise.

Caractéristiques de la population

Tous les courriers adressant des patients aux urgences d'Amboise pour un motif médico-chirurgical ont été inclus. Les courriers ayant un motif relevant de la traumatologie ont été exclus.

Les caractéristiques reportées dans l'analyse sont le sexe, l'âge et le motif d'adressage.

Recueil de données

Le recueil concernait tous les courriers remplissant les critères d'inclusion. Ils ont été mis de côté dès l'admission aux urgences par l'IAO. D'autres ont été récupérés lors d'une revue systématique des dossiers des urgences.

Le recueil des données s'est effectué en deux phases de six semaines. La première phase s'est déroulée du 16 janvier 2023 au 26 février 2023. Il s'en est suivi une période de « wash-out » de six semaines pendant laquelle il a été diffusé, via courriel, un courrier type (annexes 1 et 2) à tous les médecins de la CPTS d'Amboise. La deuxième phase a eu lieu du 10 avril 2023 au 21 mai 2023.

Description du courrier type

Deux types de documents ont été envoyé aux médecins par mail. Chacun d'eux contenait les critères définis lors du travail des docteurs Senger et Bouton (13).

Le premier document était un fichier type à intégrer aux logiciels métier des praticiens (annexe 1).

Le deuxième document était un courrier type à imprimer directement pouvant être utilisé en visite à domicile (annexe 2).

Déroulement de l'analyse des données

Tous les courriers ont été étudiés un par un à l'aide d'une grille d'analyse comportant 17 critères (annexe 3) issus de l'étude des docteurs Senger et Bouton (13). Chaque lettre d'adressage a été analysée en fonction de la présence ou de l'absence de chacun des items de la grille, établissant à l'issue de l'étude, une note sur 17. Parmi ces items, il existe des critères objectifs et subjectifs. Les différents critères sont : courrier

dactylographié, identité du médecin adressant, identité du patient, date de la consultation, motif d'adressage, antécédents significatifs, traitements, anamnèse, mode de vie, examen clinique, constantes, examens complémentaires, courrier utile à la prise en charge du patient, gravité du patient, ressenti du médecin adressant, appel du médecin adressant et trame de courrier.

La lisibilité des courriers manuscrits a été jugée par deux évaluateurs différents.

Une fiche complémentaire a été remise à l'urgentiste prenant en charge les patients munis d'un courrier d'admission, afin de recueillir les informations concernant les deux items hors courrier (courrier utile à la prise en charge et appel du médecin adressant) et les critères de jugements secondaires (annexe 4). Cette fiche a été remplie soit lors du passage aux urgences, soit a posteriori lors de certains oublis.

Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la note de qualité de chaque courrier.

Les critères de jugement secondaire étaient la pertinence de l'adressage selon l'urgentiste et le besoin d'appeler un tiers pour compléter les informations du courrier d'admission.

Analyse statistique

Les données ont été analysées en intention de traiter. Elles ont toutes été intégrées dans un tableur Microsoft Excel®.

Sur les variables quantitatives, on a étudié les médianes, l'étendue et les pourcentages. Sur les données qualitatives, on a analysé les pourcentages.

Les données ont été comparées via le Chi2 et les tests de Student, Mann-Whitney et Fischer. Le seuil de significativité retenu pour l'ensemble des tests était $\alpha = 5\%$. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du site BiostaTGV® et XLSAT®.

Information et consentement

Tous les patients étaient informés du recueil des données par affichage dans le service et information dans le livret d'accueil de l'hôpital d'Amboise. Selon le décret n° 2017-884 du 9 mai 2017, notre étude constitue un travail de recherche n'impliquant pas la personne humaine et relève donc d'une recherche hors loi Jardé. Le consentement écrit n'était pas requis pour cette étude.

RESULTATS

Caractéristiques de la population

L'hôpital d'Amboise se situe dans un bassin de population d'environ 62 400 citoyens. Dans ce bassin est installé la CPTS Asclepios. Celle-ci regroupe 63 médecins dont 27 femmes et 36 hommes.

Lors de l'étude, 3751 patients se sont présentés aux urgences d'Amboise. Nous avons recueilli 203 courriers au total (soit 5.4% des patients se présentant avec un courrier d'admission). Il y en avait 93 lors de la première période de recueil dont 7 courriers de traumatologie qui ont été exclus. Nous avons eu 110 courriers lors du deuxième recueil dont 20 qui ont été exclus (figure 1). Soit un taux d'adressage de 6.3% pendant la phase « avant » et 5.5% pendant la phase « après ».

Plus de la moitié des courriers d'admission recueillis concernait des patients âgés de plus de 70 ans dans les deux phases. Parmi eux, la majorité était des femmes (62.8% dans la première phase et 55.6% dans la deuxième phase). Ces patients étaient principalement adressés aux urgences en semaine (respectivement 91.9% et 91.1%) et se présentaient dans le service le jour même de la rédaction du courrier dans 93% des cas dans le premier recueil et 83.3% des cas dans le deuxième recueil (tableau 1).

Les motifs de recours aux urgences se répartissaient en quatre catégories principales : cardio-vasculaire, gastro-entérologie, broncho-pulmonaire et symptômes généraux divers (figure 2). Les symptômes généraux divers comprenaient les altérations de l'état général, les confusions et les hyperthermies sans point d'appel.

Le profil des médecins rédacteurs était varié. Il y avait des médecins généralistes installés, des remplaçants, des internes, des praticiens hospitaliers contractuels ou remplaçants travaillant en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) ou en SSR (Soins de Suite et Réadaptation) et un rhumatologue. Au total, 57 médecins différents ont adressé un patient aux urgences lors de la première phase de l'étude et 66 lors de la deuxième. Ils étaient pour majorité des médecins généralistes installés (39 pendant le recueil « avant » et 41 pendant le recueil « après ») (tableau 2). Parmi les patients admis aux urgences, 66.3% ont été adressés par leur médecin traitant lors de la première phase et 67.8% lors de la deuxième phase.

Au total, la population était comparable dans les deux groupes de courrier « avant » et « après ».

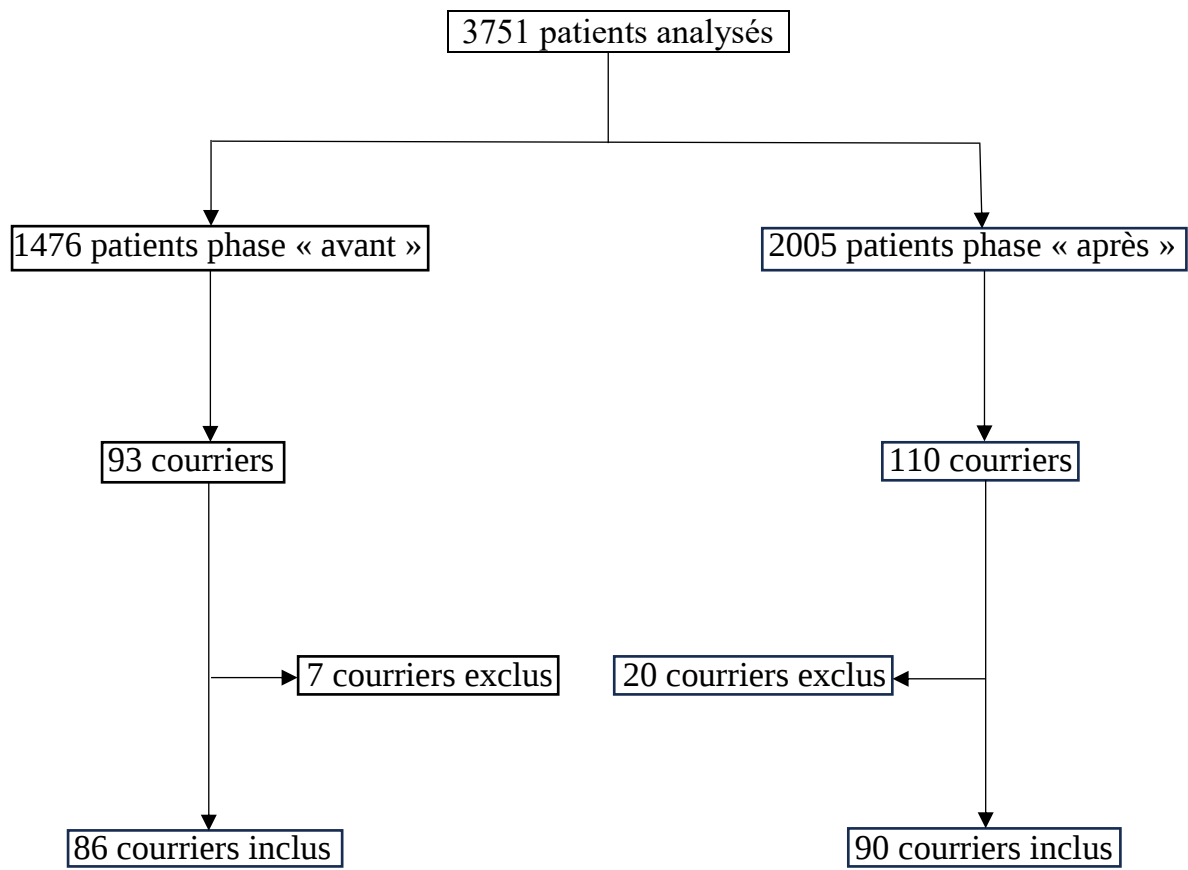


Figure 1 : Diagramme des flux

Tableau 1 : Caractéristique de la population

		Courriers du recueil « avant » n = 86	Courriers du recueil « après » n = 90	Valeur de p
Sexe des patients (%)				
	Masculin	32 (37.2)	40 (44.4)	p = 0.33
	Féminin	54 (62.8)	50 (55.6)	
Age des patients				
	Médiane de l'âge	73	70	p = 0.41
	1 ^{er} quartile	45.25	46.25	
	3 ^{ème} quartile	87.75	83.25	
Jour de visite ou de consultation (%)				
	Semaine	79 (91.9)	82 (91.1)	p = 0.86
	Week-ends ou fériés	7 (8.1)	8 (8.9)	
Jour de venu aux urgences (%)				
	Identique au courrier	80 (93)	75 (83.3)	p = 0.07
	Différent du courrier	3 (3.5)	12 (13.3)	
	Inconnu	3 (3.5)	3 (3.4)	
Type de médecin adressant (%)				
	Médecin Traitant	57 (66.3)	61 (67.8)	p = 0.55
	Médecin Généraliste remplaçant	11 (12.8)	14 (15.6)	
	Médecin Généraliste de Garde	6 (6.9)	2 (2.2)	
	Praticien Hospitalier	5 (5.8)	7 (7.8)	
	Praticien Hospitalier remplaçant	1 (1.2)	0 (0)	
	Interne	5 (5.8)	3 (3.3)	
	Autre	1 (1.2)	3 (3.3)	
Motif d'adressage (%)				
	Cardiovasculaire	20 (23.2)	21 (23.3)	p = 0.72
	Gastro-entérologique	16 (18.6)	21 (23.3)	
	Bronchopulmonaire	13 (15.1)	9 (10)	
	Symptômes généraux	9 (10.5)	8 (8.9)	
	Neurologique	8 (9.3)	5 (5.6)	
	Autre	20 (23.3)	26 (28.9)	

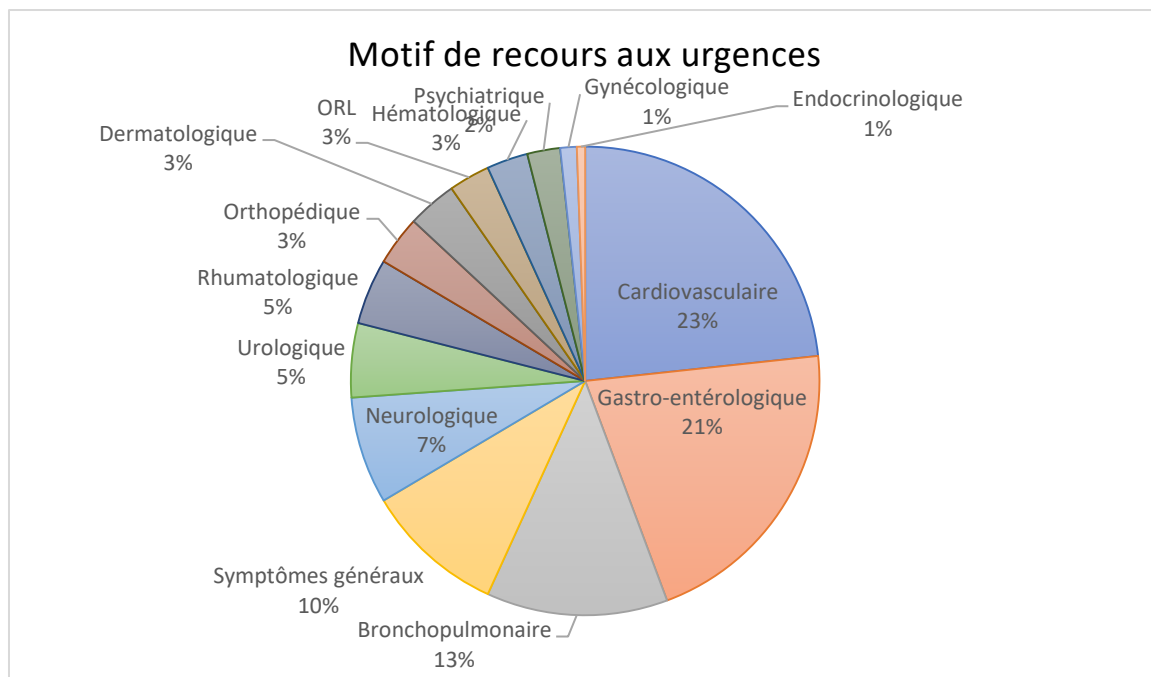


Figure 2 : Diagramme des motifs de recours aux urgences

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins adressants

	Recueil « avant »	Recueil « après »	Total de rédacteur
Médecin traitant n (%)			
Homme	20 (35.1)	24 (36.4)	34
Femme	19 (33.3)	17 (25.8)	27
Total	39 (68.4)	41 (62.1)	61
Médecin généraliste remplaçant n (%)			
Homme		2 (3.0)	2
Femme	7 (12.3)	9 (13.6)	14
Inconnu		1 (1.5)	1
Total	7 (12.3)	12 (18.2)	17
Médecin généraliste de garde n (%)			
Homme	1 (1.8)	1 (1.5)	2
Femme	2 (3.5)	1 (1.5)	3
Total	3 (5.3)	2 (3.0)	5
Interne n (%)			
Homme	1 (1.8)		1
Femme	3 (5.3)	3 (4.5)	6
Total	4 (7.0)	3 (4.5)	7
Praticiens hospitaliers n (%)			
Homme	2 (3.5)	3 (4.5)	4
Femme		2 (3.0)	2
Total	2 (3.5)	5 (7.6)	6
Praticiens hospitaliers remplaçants n (%)			
Homme			
Femme	1 (1.8)		1
Total	1 (1.8)		1
Rhumatologue n (%)			
Homme	1 (1.8)	1 (1.5)	1
Femme			
Total	1 (1.8)	1 (1.5)	1
Identité inconnue n (%)		2 (3.0)	2
Nombre total de rédacteur n (%)	57 (100)	66 (100)	100

Caractéristiques détaillées des courriers (tableau 3)

Mise en forme du courrier

La majorité des courriers était dactylographiée (59.3% dans le premier groupe et 66.7% dans le deuxième). Après double lecture, 16 courriers sur 35 ont été considérés lisibles dans le premier recueil et 17 sur 30 dans le deuxième recueil. Ils contenaient dans 96.5% et 95.6% des cas la date de consultation chez le médecin adressant.

L'identification du médecin a exceptionnellement fait défaut (seulement 1 courrier dans le premier recueil et 3 courriers dans le deuxième recueil). Elle était considérée incomplète s'il manquait l'adresse du cabinet et le numéro de téléphone du praticien. L'identité du patient était validée si le nom, le prénom et la date de naissance ou l'âge du patient étaient indiqués. Dans le premier groupe, 11.6% des courriers ne contenaient ni la date de naissance, ni l'âge du patient. Dans le deuxième groupe, 7.8% des courriers étaient dans ce cas. La date de naissance est essentielle pour l'identitovigilance. Dans le recueil « avant » 46 courriers (53.5%) ne contenaient pas la date de naissance et 37 (41.1%) dans le recueil « après ».

La date de rédaction du courrier est renseignée dans 96.5% dans le premier recueil et 95.6% dans le deuxième recueil.

Contexte du patient

Tous les courriers renseignaient le motif d'adressage aux urgences. Dans 88.3% des courriers « avant » et 81.1% des courriers « après », le motif était étoffé d'une anamnèse détaillée.

Les traitements du patient étaient indiqués dans la lettre d'admission ou accompagnés directement par la dernière ordonnance chez 61.6% des patients du premier recueil et 58.8% des patients du deuxième recueil.

Les antécédents ont été mieux renseignés lors du deuxième recueil, avec 81.1% de courrier contenant l'information dans le groupe « après » contre 65.1% dans le groupe « avant ».

Cependant, dans les deux recueils le mode de vie reste très peu renseigné (23.2% dans le premier recueil et 14.4% dans le deuxième recueil). Alors même que la population adressée est relativement âgée.

Examen clinique et paraclinique

Les informations cliniques brutes sont moins bien indiquées. Les courriers contenaient un examen clinique pour 64% des patients « avant » et 61.1% des patients « après ». Les constantes étaient présentes dans 52.3% du groupe « avant » et seulement 32.2% du groupe « après ». A noter que les constantes n'étaient pas considérées renseignées si elles n'indiquaient pas au moins une fréquence cardiaque en accompagnement de la tension artérielle.

Des résultats d'examens complémentaires ont accompagné, respectivement, 21% et 20% des courriers dans les deux recueils. Ils pouvaient aussi bien renseigner un ECG, des résultats de biologie ou d'imagerie, en lien avec le motif d'admission aux urgences.

Informations complémentaires utiles à la prise en charge

D'après les urgentistes interrogés, les courriers ont, dans la majorité des cas, été utiles et informatifs pour la prise en charge du patient. On note cependant une baisse de l'intérêt du courrier entre le premier et le deuxième recueil selon l'urgentiste en charge (82.6% du premier recueil et 67.8% du deuxième recueil).

Une trame de courrier est retrouvée plus fréquemment dans le groupe « après » (61.1%) que dans le groupe « avant » (37.2%). Malgré tout, le modèle de courrier diffusé via la CPTS n'a pas directement été utilisé par les praticiens.

La gravité du patient était moins évaluée dans le groupe « après », avec seulement 40% des courriers contenant l'information contre 60.5% dans le groupe « avant ». Celle-ci ne s'exprimait pas directement en score CCMU mais en fonction de la clinique, des constantes et du ressenti du médecin.

La présence du ressenti du médecin adressant restait stable dans les deux recueils (57% du recueil « avant » et 63.3% du recueil « après »). Il pouvait aussi bien notifier une modification de l'état habituel du patient alertant le praticien qu'une hypothèse diagnostique.

Dans les deux phases de l'étude, l'appel du médecin adressant aux urgences était rare. Cela concernait 8.1% des patients envoyés aux urgences dans la phase « avant » et 4.4% des patients dans la phase « après ». Il faut préciser que cela est habituellement proposé en cas de doute pour l'orientation du patient. Un numéro de téléphone de l'urgentiste référent avait été adressé à tous les praticiens entre les deux périodes de l'étude.

Analyse comparée des deux types de courriers (tableau 3)

Un score sur 17 a été établi pour chaque courrier. Chaque item présent dans le courrier donnait un point à la note finale.

Lors de la phase « avant » la note moyenne établie des courriers est de 10.64.

Lors de la phase « après » la note moyenne établie des courriers est de 10.37.

Il n'y a donc pas de différence significative quant à la qualité des courriers entre les deux recueils.

Tableau 3 : Caractéristiques des courriers

	Courriers du recueil « avant » n = 86	Courriers du recueil « après » n = 90	Valeur de p
Mise en forme (%)			
Courrier dactylographié	51 (59.3)	60 (66.7)	p = 0.31
Identité du médecin	85 (98.8)	87 (96.7)	p = 0.32
Identité du patient	76 (88.4)	83 (92.2)	p = 0.39
Date de la consultation	83 (96.5)	86 (95.6)	p = 0.51
Contexte (%)			
Motif d'adressage	86 (100)	90 (100)	p = 1.00
Antécédents	56 (65.1)	73 (81.1)	p = 0.017
Traitements	53 (61.6)	53 (58.8)	p = 0.71
Anamnèse	76 (88.3)	73 (81.1)	p = 0.18
Mode de vie	20 (23.2)	13 (14.4)	p = 0.13
Clinique (%)			
Examen clinique	55 (64.0)	55 (61.1)	p = 0.70
Constantes	45 (52.3)	29 (32.2)	p = 0.007
Examens paracliniques (%)	18 (21.0)	18 (20)	p = 0.88
Informations utiles (%)			
Courrier utile à la prise en charge du patient	71 (82.6)	61 (67.8)	p = 0.023
Gravité du patient	52 (60.5)	36 (40.0)	p = 0.006
Ressenti du médecin adressant	49 (57.0)	57 (63.3)	p = 0.39
Appel du médecin adressant	7 (8.1)	4 (4.4)	p = 0.31
Modèle de courrier	32 (37.2)	55 (61.1)	p = 0.001
Note moyenne du courrier	10.64	10.37	p = 0.29

Evolution de l'intérêt de l'adressage aux urgences et de l'appel à un tiers

Entre les deux phases de l'étude, la nécessité d'appeler une tierce personne pour compléter les informations contenues dans le courrier reste stable (respectivement 12.8% et 5.6%).

Il en est de même pour l'adressage aux urgences des patients. D'après les urgentistes, la majorité des patients adressés aux urgences par un médecin libéral nécessitait bien une évaluation médicale en centre hospitalier (65.1% dans la première phase et 60% dans la deuxième phase).

Tableau 4 : Critères de jugement secondaire

	Courriers du recueil « avant » n = 86	Courriers du recueil après n = 90	Valeur de p
Appel à un tiers (%)			
Nécessaire	11 (12.8)	5 (5.6)	p = 0.09
Non nécessaire	74 (86)	85 (94.4)	
Pas de réponse	1 (1.2)	0 (0)	
Adressage aux urgences (%)			
Nécessaire	56 (65.1)	54 (60)	p = 0.3
Non nécessaire	27 (31.4)	36 (40)	
Nécessité incertaine	1 (1.2)	0 (0)	
Pas de réponse	2 (2.3)	0 (0)	

DISCUSSION

Forces de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective. Les critères ont donc été choisis en amont, sans connaître les résultats, évitant un biais de sélection.

L'analyse en intention de traiter a permis d'éviter les biais d'attrition.

Une double lecture des courriers manuscrits a été effectuée, évitant ainsi les biais d'évaluation.

Les six semaines de « wash-out » avaient pour objectif de laisser le temps aux médecins de prendre connaissance des courriers type, de les intégrer dans leur logiciel et de limiter l'influence éventuelle sur certains de se savoir relus et jugés dans leur rédaction des courriers.

La population étudiée dans les deux périodes de l'étude était comparable et diffère peu des données de la littérature. Par exemple, la médiane dans notre étude est de 70 ans alors que l'on retrouve des médianes entre 59 et 77 ans dans les études antérieures (8–10,14). Le ratio femme-homme est supérieur à 1 dans la majorité des études, sauf dans l'étude de la DREES de juin 2013 incluant 52 000 patients (15).

Cette étude permet une actualisation des données sur un sujet relativement populaire en France sur ces vingt dernières années, puisque étudié régulièrement. C'est la première fois que ce type d'étude est effectuée au Centre Hospitalier d'Amboise.

Limites de l'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique. Il existe un « effet centre » qui limite l'extrapolation de ces résultats. Il serait intéressant d'effectuer une étude multicentrique en intégrant des hôpitaux de taille différente et situés dans d'autres régions.

Malgré deux longues périodes de recueil, s'étendant sur 6 semaines chacune, nous totalisons une centaine de courriers par phase. Dans les études citées précédemment, on retrouvait environ 60 patients avec courrier admis aux urgences par semaine. Les urgences d'Amboise sont en effet dans un CH de proximité avec un nombre de passage moins élevé. Ces échantillons de faible taille ne sont pas suffisants pour obtenir une puissance statistique totalement satisfaisante.

Lors du deuxième recueil, nous avons fait face à des difficultés pour mettre les courriers d'adressage de côté dès l'admission des patients aux urgences. La période de recueil se situait pendant les vacances scolaires. Ce qui a généré des problèmes de transmissions d'informations au sein du personnel en poste. Nous avons donc dû modifier notre façon de recueillir les données. Tous les dossiers papier des patients admis aux urgences sur cette période ont bénéficié d'une revue complète pour récupérer

un maximum de courrier. Il n'y avait pas eu d'analyse exhaustive de ce type lors de la première phase, introduisant donc un biais de sélection. Cependant nous retrouvons finalement un nombre de courrier comparable dans les deux recueils.

Certaines fiches complémentaires ont été remplies par les urgentistes plusieurs jours après le passage de leur patient aux urgences. Cela introduit donc un biais de mémorisation. Les urgentistes peuvent avoir oublié certains éléments de la prise en charge, notamment un éventuel appel extérieur. Mais cela reste un biais non différentiel. Pour limiter d'autant plus celui-ci, une copie du dossier médical du patient était remise à l'urgentiste lors du remplissage de la fiche.

Il existe un biais d'information non différentiel en ce qui concerne les analyses des courriers. Lorsque le traitement ou les examens complémentaires n'étaient pas mentionnés, ils étaient considérés comme absents. Cette méthodologie a des limites, car un traitement non énuméré pouvait signifier que le patient n'en avait pas mais cette information était comptabilisée comme une donnée manquante.

La principale limite de notre étude est la faible diffusion de l'information aux médecins concernés quant à l'existence de ce courrier type. Ce qui a induire une faible utilisation. La seule méthode de diffusion a été le courriel. Il est donc possible que certains médecins n'aient pas lu ou reçu l'information, notamment les praticiens hospitaliers ou les médecins remplaçants.

Population de l'étude

Avec 3751 patients qui se sont présentés aux urgences lors de l'étude, 6.3% l'ont été avec un courrier lors de la période un et 5.5% lors de la deuxième période. Ce taux est plus proche de l'étude la plus récente, soit 7% à Armentières en 2019 (16), que d'études plus anciennes, 10.5% à Rouen en 2015 (10) ou 16% à Tulles en 2013 (9). Ceci est concordant avec les résultats d'enquête de la DREES. En 2003, 16% des patients se présentant aux urgences ont déclaré y avoir été envoyé par leur médecin traitant (17) contre 7% lors de l'étude de 2013 (15).

Le taux d'adressage semble baisser avec le temps alors que le nombre de consultations aux urgences augmente d'année en année. En Indre-et-Loire, la densité de médecin généraliste est supérieure à la moyenne nationale (119.8 médecins généralistes pour 100 000 habitants). Mais elle est en diminution constante, passant de 145.1 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2010 à 138.4 pour 100 000 habitants en 2023 (18). Cela accroît les difficultés d'accès aux médecins généralistes. Les patients se tournent donc vers les urgences, sans avis médical préalable. Cela semble être le reflet d'une société en mutation, où tout va plus vite, et où les besoins doivent être satisfaits rapidement. Par ailleurs, dans l'enquête de la DREES de 2003, le taux d'adressage augmentait avec l'âge. Plus de 50% des patients de plus de 70 ans déclaraient s'être

rendus aux urgences après avis de leur médecin traitant contre 9% pour les 16-25 ans (17). D'après cette même enquête les raisons principales poussant les patients à consulter directement aux urgences étaient : la proximité de l'hôpital (47%), l'idée que des examens complémentaires étaient nécessaires (44%), le besoin ressenti d'un avis spécialisé (43%), le souhait que la prise en charge soit rapide pour des raisons personnelles (38%) et le sentiment de gravité du problème (32%). Il est intéressant de noter que l'absence de médecin traitant ou la dispense de frais n'arrivait qu'ensuite (10 à 16%).

Dans notre étude, la médiane d'âge des patients admis avec un courrier est de 70 ans, le premier quartile est de 45 ans. Cela est concordant avec la littérature qui retrouve plus de patients âgés avec un courrier.

Environ 8% des patients inclus dans notre étude ont été adressés aux urgences le week-end. Cela est peu par rapport aux études qui ont analysé ce critère. Elles retrouvaient des taux de 14 à 39.8% (10,14). Cela s'explique par le fait qu'il n'existe pas de structure de soins non programmés type SOS médecin dans le bassin d'Amboise. En revanche, un médecin généraliste est de garde les samedis après-midi et les dimanches au sein de l'hôpital d'Amboise sur régulation du 15.

Dans cette étude, 67% des patients sont adressés aux urgences par leur médecin traitant et 14.2% par un médecin remplaçant. Ces données sont comparables avec les études précédentes (8–10).

La qualité du courrier quant à l'origine du médecin rédacteur diffère dans la littérature. Deux études menées par Wright et Ramrakha ont mis en évidence une meilleure qualité des courriers des médecins traitants comparés à ceux des médecins de garde (19,20). A contrario, l'étude du Dr. Tzebia menée en 2015, ne retrouve pas de différence significative de qualité selon le médecin rédacteur. Cette étude tendrait même à retrouver de meilleurs courriers chez le médecin remplaçant par rapport au médecin traitant (10).

Etude des courriers

Malgré une informatisation accrue des cabinets médicaux, 40.7% des courriers « avant » et 33.3% des courriers « après » étaient manuscrits. Parmi eux, 54.2% et 43.3% étaient difficilement lisibles.

Il existe une progression dans l'utilisation des courriers dactylographiés. L'étude de Tzebia de 2015 retrouvait 71.5% de courriers manuscrits, dont 28% qui étaient difficilement lisibles (10). L'étude de Commont en 2019 retrouvait 64% de lettres manuscrites (16).

D'après la DREES, 89% des médecins généralistes installés utilisent un dossier patient informatisé (21). Le nombre important de courriers manuscrits peut être expliqué par le fait que la plupart des patients adressés sont âgés et vus à domicile. Par ailleurs, les médecins généralistes âgés sont moins informatisés que les jeunes (79% des

médecins de plus de 60 ans sont informatisés) (21). Les plus de 60 ans représentent 25% des médecins généralistes installés en Indre-et-Loire (22).

Bien que la plupart des courriers ne soient pas complètement illisibles, ce manque de lisibilité fait perdre du temps au lecteur qui essaie de « déchiffrer » la lettre. Et peut faire perdre des informations importantes dans la prise en charge du patient.

Une mauvaise lisibilité peut entraîner des répercussions néfastes dans la prise en charge. La littérature relate un exemple d'ordonnance à lisibilité discutable, entraînant la délivrance par le pharmacien de PREVISCAN au lieu du PERMIXON, avec des conséquences dramatiques pour le patient (syndrome hémorragique sévère) (23). Une étude portant sur les toxidermies graves induites par des erreurs de délivrance, a retrouvé plusieurs cas de toxidermies graves par confusion des traitements ayant des noms proches (ex : LAMICTAL et LAMISIL, METHOTREXATE et METEOXANE). Au total, il existe 36 homologies à haut risque, principalement sur les noms de marque des médicaments (24). Même les ordonnances manuscrites lisibles peuvent être pourvoyeuses d'erreurs avec les noms de médicaments proches. La prescription en DCI réduit ce risque (25).

L'identité du médecin rédacteur était bien renseignée dans nos courriers. Seules 4 lettres sur les 176 analysées ne contenaient pas d'informations sur le médecin adressant (soit 2.3%). Dans les études précédentes, l'identité était indiquée dans 94% à 98% des courriers (8,26).

Le nom et le prénom du patient sont très bien indiqués, bien que difficiles à lire dans les courriers manuscrits à lisibilité moyenne. Alors que 88.4% des lettres dans le recueil « avant » et 92.2% dans le recueil « après » contenaient l'âge ou la date de naissance du patient ; seulement 46.5% des lettres dans le recueil « avant » et 58.9% dans le recueil « après » avaient la date de naissance. Une seule autre étude a aussi différencié ces deux paramètres. Dans celle-ci, il y avait 87.4% des courriers qui contenaient l'âge mais aucun avec la date de naissance (14). Or cette information est primordiale pour l'identitovigilance. Il n'est pas rare au sein d'un même CH d'avoir des patients homonymes avec le même âge. Et il est fréquent que des patients arrivent aux urgences sans pièce d'identité et en incapacité de fournir leur date de naissance. Ce défaut d'information est source d'erreur médicale (27).

Les motifs d'admission aux urgences étaient très bien renseignés, 100% dans les deux recueils. On retrouve des taux semblables dans la littérature avec une notification supérieure à 95% dans les lettres (8,14,16).

Celui-ci était souvent étoffé d'une anamnèse plus détaillée (88.3% dans le recueil « avant » et 81.1% dans le recueil « après »). Dans la littérature l'histoire de la maladie n'est pas toujours bien renseignée. De 69% des courriers dans l'étude de Tzebia (10) à 99.3% dans l'étude de Kong Win Chang après introduction d'une lettre type (14).

Les antécédents ont été mieux notifiés dans le deuxième recueil avec une différence significative par rapport au premier recueil. Des études précédentes ont montré une amélioration de ce critère avec l'utilisation d'un courrier standardisé (14).

Les traitements sont insuffisamment rapportés (61.6% puis 58.8%) dans notre étude. Cela reste mieux renseigné que dans la littérature qui retrouve des chiffres entre 22% et 68.5% des courriers (9,14). Ces chiffres sont peut-être sous-estimés. Les médecins rédacteurs ne pensent pas forcément à renseigner les traitements quand il n'y a pas de traitement habituel. Certains médecins demandent aussi aux patients d'amener directement leur ordonnance en plus du courrier. Cela n'a pas pu être vérifié pour chaque patient de notre étude.

Le mode de vie était trop peu renseigné dans notre étude (23.2% puis 14.4%). Il était rarement mentionné dans les études antérieures, entre 8 et 20% des courriers (8,14).

Le mode de vie regroupe plusieurs informations : l'autonomie, le lieu de vie, les aides à domicile, l'entourage du patient. Ces données sont primordiales pour les personnes dépendantes. Elles font partie des recommandations sur la prise en charge des personnes de plus de 75 ans aux urgences (28). Elles fournissent une aide précieuse pour le repérage de la fragilité de ces personnes âgées. De plus, les solutions d'aval aux urgences sont de plus en plus difficiles à trouver. Or le contexte de vie du patient joue un rôle décisif dans la décision de l'urgentiste sur l'orientation du patient en fin de prise en charge. Les informations recueillies l'aident à organiser le retour à domicile quand celui-ci est possible.

Les généralistes expliquent ce pourcentage bas par le fait qu'ils n'ont pas toujours accès à ces informations (13) et par le fait que ces informations ne sont pas nécessaires dans la prise en charge initiale du patient selon eux. Elles pourraient donc être renseignées ultérieurement lors de l'hospitalisation du patient (9). Dans l'étude de Chauvière, les médecins généralistes adaptaient leurs courriers selon la situation. Ainsi, les informations sociales étaient plus souvent renseignées chez les personnes âgées (50 % chez les plus de 90 ans) et lorsqu'une demande d'hospitalisation était faite (47 %).

Les directives anticipées n'ont jamais été précisées dans les courriers de notre étude. La seule recherche ayant évalué ce critère, ne le retrouvait que dans 2% des lettres d'admission (16). Bien que cette donnée soit très pertinente dans le contexte des urgences, elle est peu discutée en médecine générale. Dans une étude de 2021, sur les 248 médecins généralistes interrogés, 63% n'avaient jamais aidé un patient à rédiger des directives anticipées. Lorsqu'ils le font, c'est en majorité car le patient est atteint d'une maladie grave, est en fin de vie ou souffre d'une maladie chronique. Seulement 28% des médecins l'ont fait pour un patient de plus de 70 ans sans comorbidité particulière. Les facteurs limitants à la réalisation des directives anticipées en médecine générale sont : le manque d'information, le manque de temps, la difficulté à aborder le sujet de la fin de vie et une méconnaissance des directives anticipées par le patient (29).

L'examen clinique était absent dans un tiers de nos courriers (36% puis 38.9%). Les constantes étaient peu renseignées, avec une diminution significative dans le deuxième recueil (52.3% puis 32.2%).

Ces résultats sont cohérents avec ceux de la littérature. L'examen clinique est retrouvé dans 74 à 84% des courriers (10,14). Les constantes sont moins fréquentes, entre 36% et 40% (9,10). Seule l'étude de Kong Win Chang retrouve un taux à 65% (14). Son étude portait sur l'adressage aux urgences par une structure type SOS médecin. Ces médecins voient principalement des patients ayant des pathologies aiguës. Ils sont peut-être plus sensibilisés à l'importance de notifier les signes vitaux.

Dans la littérature, la différenciation entre indication d'une ou plusieurs constantes vitales n'est pas toujours faite. Les courriers indiquant plusieurs constantes sont peu fréquents. L'étude de Chauvière retrouvait seulement 17% de lettres contenant la pression artérielle et la fréquence cardiaque (9). Il semble pourtant difficile de les interpréter séparément.

Les urgentistes et les médecins généralistes jugent tout de même que ces informations sont très utiles à la prise en charge. Les généralistes expliquent ce manque de notification dans le courrier par un manque de temps lors de la rédaction et parfois par un oubli ou un manque de rigueur (9). Il est aussi possible que le rédacteur juge nécessaire de préciser les constantes seulement si elles sont anormales. Cependant, avoir des chiffres de référence est utile pour l'urgentiste afin de suivre l'évolution clinique du patient.

Les examens complémentaires étaient eux aussi peu indiqués dans notre étude (21% puis 20%). Les études précédentes retrouvaient une notification des examens complémentaires dans 22% à 49% des courriers (9,10).

Cependant, les médecins rédacteurs peuvent juger inutile de mentionner l'absence d'examen complémentaire. Et considèrent que l'absence de notification dans un courrier équivaut à absence de réalisation. Cette hypothèse semble confirmée par l'étude de Kong Win Chang qui retrouve un nombre de courriers plus important notifiant l'absence d'examen complémentaire réalisé après l'introduction d'un courrier type (14).

L'information est pourtant primordiale. Ce critère est l'un des rares, voire le seul, identifié dans la littérature à avoir un impact économique mesuré. L'étude de Montalto retrouvait une économie de santé de 2600 dollars sur le mois de l'étude parmi les patients ayant un courrier contenant les examens complémentaires (7). Une telle mention au courrier éviterait donc les redondances et permettrait un gain de temps et d'argent.

Dans notre étude, la gravité du patient était moins bien évaluée dans la deuxième période (60.5% puis 40%). Cela est probablement un corollaire de la diminution de la notification des constantes.

L'étude de Senger et Bouton concluait que l'évaluation de la gravité était un critère important du courrier d'admission (13). Il est pourtant peu étudié dans la littérature. Seul le travail Kong Win Chang l'évalue. Dans son premier recueil, il n'était présent que dans 5.4% des courriers mais l'intégration de la CCMU (Classification

Clinique des Malades aux Urgences) dans sa lettre type a permis d'élever sa notification à 95.2% (14).

La gravité du patient perçue et évaluée par le médecin généraliste peut pourtant aider à prioriser la prise en charge du patient. A minima, tout signe clinique ou constantes le suggérant doit apparaître sur le courrier (13).

Le ressenti du médecin adressant était souvent notifié dans les courriers (57% puis 63.3%). Pour rappel, celui-ci pouvait aussi bien faire référence à une hypothèse diagnostique, une modification de l'état habituel du patient ou même un mauvais pressentiment du médecin rédacteur.

Dans la littérature, l'hypothèse diagnostique et les autres affirmations sont souvent différenciées. L'hypothèse diagnostique était notifiée dans 45% à 65% des courriers (8,14). Les autres données étaient peu analysées.

Bien que les médecins urgentistes soient majoritairement intéressés par le diagnostic évoqué (78% des 162 urgentistes interrogés dans le travail de Tzebia) (10), celui-ci doit être évoqué prudemment pour éviter un effet tunnel.

D'après les IAO et urgentistes interrogés par Senger et Bouton, l'avis du médecin généraliste est un réel atout pour la prise en charge du patient. Selon les IAO : « sa relation de médecin traitant peut apporter une information non médicale ayant son importance », « le médecin généraliste connaît beaucoup mieux le patient que nous. Ça me paraît aussi important que quand ce sont les parents d'un bébé qui nous font ce genre de remarques ». D'après les urgentistes : « le 6ème sens du médecin généraliste peut avoir toute son importance par moment », « il permet d'éviter un point de vue ponctuel comme celui que l'on peut avoir après une consultation aux urgences qui peut s'avérer "éclair" et de prendre en considération une orientation que nous ne jugerions pas "urgente" de premier abord ».

Le médecin adressant contacte rarement le service d'urgence avant d'envoyer un patient (8.1% puis 4.4%). Dans les études précédentes, on retrouvait 8 à 10% des patients admis avec courrier pour lesquels une entente téléphonique préalable avait eu lieu (14,26).

L'étude de Senger et Bouton suggère de réserver l'appel téléphonique à certaines situations particulières, comme le doute sur l'orientation médicale du patient, les situations cliniques rendant la formulation écrite délicate, les urgences médicales nécessitant une prise en charge rapide. Celui-ci ne doit pas être systématique afin d'éviter une surcharge de travail aux urgences. Mais il ne doit pas non plus être négligé par le médecin adressant. Il est le seul critère à avoir démontré une diminution significative du délai de prise en charge médicale aux urgences (7).

A Amboise, un numéro de l'urgentiste référent a de nouveau été communiqué aux médecins libéraux pour faciliter la communication entre praticiens.

Les courriers ont été jugés moins informatifs par les urgentistes dans la période « après » (67.8%) par rapport à la période « avant » (82.6%) de manière significative.

Mais le taux de satisfaction globale (avant/après) est plus élevé que dans la littérature. Dans le travail de Tzebia, 52.5% des urgentistes trouvaient les lettres de bonne qualité (10).

Malgré ces résultats, la note moyenne des courriers n'est pas différente entre les deux recueils. Avec un score de 10.5 sur 17, les courriers remplissent plus de la moitié des critères pour la majorité d'entre eux. Elles semblent remplir leur rôle de partage d'informations.

Deux autres études récentes (14,16) ont étudié la qualité des courriers d'admission après diffusion d'un courrier type. L'une a montré une différence avant/après, l'autre une absence de différence significative entre premier et deuxième recueil.

La différence majeure de ces travaux vient de leur population professionnelle cible. Dans le travail de Kong Win Chang, l'étude s'est portée seulement sur les patients adressés via une structure unique type SOS médecin. La distribution du courrier type et l'information des professionnels s'en est trouvé facilitée. A contrario, Commont a envoyé une lettre type par voie postale à 72 médecins généralistes différents. Cette lettre n'a pas été retrouvée dans les courriers d'admission par la suite.

Il en est de même dans notre étude. Malgré une utilisation plus fréquente d'un modèle de courrier dans le deuxième recueil (61.1% contre 37.2%), nous n'avons pas retrouvé notre lettre type dans les courriers « après ».

La lettre type semble donc améliorer les informations recueillies pour peu que celle-ci soit bien utilisée par les praticiens. Cette conclusion est corroborée par les études de Ritacco et Millet (30,31). Même si le courrier n'influence pas le délai d'attente aux urgences (7,26), il améliore la qualité du triage à l'accueil des urgences (6) et réduit le coût du passage dans le service en évitant la redondance des examens (7).

Objectifs secondaires

Avec la diffusion de la lettre type, la nécessité pour les urgentistes d'appeler un tiers n'a pas évolué.

En ce qui concerne l'appel de l'urgentiste au médecin rédacteur, cela est aussi peu fréquent dans les études antérieures. Cet appel concerne 5 à 6% des patients venus avec un courrier d'admission (10,26).

Ce taux faible est cohérent avec le fait que plus de 67% des destinataires des lettres les jugent utiles à la prise en charge. Les urgentistes interrogés quant à l'absence d'appel au médecin adressant l'expliquent par le fait que la lettre est suffisante à la prise en charge ou qu'ils ont pu récupérer les informations manquantes dans le dossier informatique du CH (10).

D'après l'urgentiste en charge du patient, l'adressage aux urgences était souvent adapté (65.1% puis 60%). Certains praticiens ont détaillé les raisons pour lesquelles le passage aux urgences était jugé nécessaire ou non. L'adressage n'était pas nécessaire

dans des situations de symptomatologie chronique, de diagnostic établi avec seulement nécessité d'un lit ou d'un avis chirurgical. Dans les deux dernières situations, l'urgentiste suggère de contacter directement le service de médecine polyvalente ou le spécialiste pour éviter de surcharger les urgences.

Au niveau national, les études antérieures retrouvent un taux d'hospitalisation de 20% parmi les patients se présentant directement aux urgences (15). En revanche, lorsque les patients sont adressés par leur médecin généraliste, ce taux monte jusqu'à 56% (26).

Le passage par la consultation de médecine générale permet de répondre en partie aux besoins de premier recours.

Perspectives/Pistes d'avenir

Malgré ces résultats, l'intérêt du courrier type ne devrait pas être remis en question. Son utilisation devrait être encouragée.

Il serait intéressant de trouver une méthode de diffusion plus efficace. Peut-être en multipliant les axes de diffusion : voie postale, mails via la CPTS et le CH, rencontre entre les urgentistes et les médecins généralistes.

Une étude qualitative auprès des médecins généralistes du bassin d'Amboise sur les facteurs limitant l'utilisation du courrier type et sur les pistes d'amélioration de la communication ville-hôpital pourrait être bénéfique. Par exemple, un médecin traitant ayant reçu le mail présentant notre étude a expliqué ne pas vouloir y participer car le courrier d'adressage ne serait pas lu par les urgentistes et les demandes des médecins adressants ne seraient pas entendues.

Ce ressenti ne semble pas isolé. Dans une étude anglo-saxonne, le manque d'information des courriers était expliqué par un certain degré de démotivation des médecins généralistes qui pensaient que leurs observations et hypothèses diagnostiques n'étaient pas prises en compte, et leurs courriers non lus (32). Les médecins généralistes ayant participé à l'élaboration d'un courrier type dans l'étude de Senger et Bouton avaient le même sentiment (13).

Ceci contraste avec les déclarations des urgentistes qui semblent demandeurs de courriers et déclarent tous les lire (9).

D'autres outils numériques sont aujourd'hui à la disposition des professionnels de santé pour communiquer. Mais ils sont perfectibles et peu utilisés.

La messagerie de santé électronique est un système sécurisé permettant l'échange d'informations par voie électronique entre les professionnels de santé. Cette méthode semble encore peu, voire non, utilisée pour les courriers d'adressage et les comptes-rendus de consultation aux urgences. La multiplicité des plateformes (Lifen®, MSSanté®, Mailiz®), l'absence d'un compte propre au service des urgences et tous les problèmes inhérents aux réseaux informatiques (lenteur d'accès, problème de connexion) sont autant d'obstacles à une utilisation au quotidien de ce système. Malgré la création en juin 2013 de la messagerie MSSanté®, système développé par le

gouvernement et maintenant utilisé par la plupart des professionnels, cet outil de communication n'est pas plus utilisé dans ce contexte.

Le DMP (Dossier Médical Personnel puis Dossier Médical Partagé) est un carnet de santé numérique créé en 2004. Celui-ci a été intégré à *Mon espace santé* en 2022. Cet espace regroupe donc le dossier médical numérique mais aussi une messagerie sécurisée et un catalogue de services dédiés à la santé proposé par le gouvernement (sites de prises de rendez-vous médicaux, recommandations vaccinales...). L'espace peut être alimenté par le patient ou par les professionnels de santé. C'est un outil de stockage et de partage de données médicales et de documents concernant le patient (résultats d'examens réalisés, comptes-rendus de consultations...) (33). Depuis l'arrêté de 2022, les médecins ont pour obligations de verser certains documents au DMP et de les envoyer par messagerie sécurisée (ex : résultats biologiques, comptes-rendus des examens complémentaires, comptes-rendus opératoires...) (34). En médecine de ville, tous les logiciels métiers ont dû intégrer une « DMP-compatibilité » avec le Ségur du numérique. L'objectif principal de ce dispositif est le partage d'information entre professionnels et la possibilité pour les structures d'urgences (SAU et centre 15) d'accéder au dossier médical (35). En pratique, les médecins généralistes accèdent peu au service directement, les urgentistes d'Amboise et les régulateurs du SAMU d'Indre-et-Loire ne l'utilisent pas au quotidien.

Avec la création des GHT (Groupements Hospitaliers de Territoire), tous les CH d'Indre-et-Loire vont utiliser le même logiciel de santé. Ainsi, il sera possible d'accéder au dossier du patient, que celui-ci consulte aux urgences d'Amboise ou soit hospitalisé au CH de Chinon. On pourrait développer par la suite une interface hôpital-ville qui serait intégrée aux logiciels métiers des médecins libéraux. Cela permettrait d'avoir en temps réel les documents médicaux des patients accessibles (courrier d'adressage, comptes-rendus...). Une des principales limites à soulever est peut-être la problématique de la diversité en termes de logiciels médicaux rendant l'accès au médecin généraliste complexe.

CONCLUSION :

La collaboration entre la ville et l'hôpital est le pilier de la prise en charge d'un patient adressé aux urgences par le médecin généraliste. Pourtant il semble parfois difficile d'obtenir une communication de qualité.

Les courriers sont de bonne qualité dans l'ensemble. Les items portant sur la structure du courrier sont bien renseignés contrairement à ceux relatifs aux informations médico-sociales qui sont fréquemment incomplets. Il existe donc une marge de progression qui peut être obtenue avec l'utilisation d'un courrier type. Malheureusement, non utilisé par les praticiens de ville dans notre étude.

Dans notre étude, la qualité des courriers ne s'est pas améliorée avec la diffusion de la lettre type. Nous avons retrouvé une amélioration significative de la notification des antécédents et une utilisation plus fréquente d'une trame de courrier. Mais il y a eu significativement moins d'indication des constantes et d'évaluation de l'état de gravité du patient.

Il faut donc poursuivre le travail de communication entre les urgentistes et les médecins de ville, peut-être en organisant des rencontres en présentiel. Une étude sur les freins à l'utilisation de la lettre-type serait pertinente.

Le développement des nouvelles technologies devrait faciliter et améliorer la qualité des échanges d'informations entre médecins via l'uniformisation des messageries électroniques, logiciels métier et le développement de *Mon Espace Santé*.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Allen DJ, Heyrman PJ. La définition européenne de la médecine générale, médecine de famille [Internet]. WONCA Europe; 2002 [cité 20 oct 2023] p. 52. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/file/f82a02aa-4f12-447e-ae8f-31f6c9f66c7b/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
2. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins : Rapport final [Internet]. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2002 [cité 15 nov 2022]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/1415696-Rapport-final-robert-reid-m-d-ph-d-1-2-jeannie-haggerty-ph-d-3-4-rachael-mckendry-m-a-1-mars-2002.html>
3. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (1) [Internet]. 91-748 juill 31, 1991. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000720668>
4. Pribile P, Nabet N. Stratégie de transformation du système de santé : Rapport final : Repenser l'organisation territoriale des soins [Internet]. Agence Régionale de Santé; 2021 [cité 20 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/media/30582/download?inline>
5. Conseil national de l'ordre. Code de déontologie médicale [Internet]. Ordre national des médecins; 2021 [cité 23 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
6. Chauveau P, Mazet-Guillaume B, Baron C, Roy PM, Tanguy M, Fanello S. Impact du contenu du courrier médical sur la qualité du triage initial des patients adultes admis aux urgences. Santé Publique. 2013;25(4):441-51.
7. Montalto M, Harris P, Rosengarten P. Impact of general practitioners' referral letters to an emergency department. Aust Fam Physician. juill 1994;23(7):1320-1, 1324-5, 1328.
8. Mesnil C. Etude préliminaire descriptive des lettres d'adressage des médecins référents aux urgences de Lariboisière [Thèse d'exercice en médecine]. [Paris]: Paris 7; 2016.
9. Chauvière G. Etude descriptive et prospective des informations contenues dans les courriers des médecins adressant des patients aux urgences [Thèse d'exercice en médecine]. [Limoges]: Limoges; 2013.
10. Tzebia KC. Analyse de la qualité de la lettre du médecin adressant un patient aux urgences adultes du CHU de Rouen [Thèse d'exercice en médecine]. [Rouen]: Rouen; 2015.
11. ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : Dossier du patient: Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu :

- Réglementation et recommandations [Internet]. 2003 [cité 5 août 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_amelioration_de_la_qualite_de_la_tenue_et_du_contenu_-_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf
12. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison [Internet]. 2016-995 juill 20, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032922482>
 13. Senger C, Bouton R. Critères de qualité du courrier d'admission d'un patient adressé aux urgences de l'hôpital de Sallanches par un médecin généraliste: obtention d'un consensus par méthode Delphi® [Thèse d'exercice en médecine]. [Grenoble]: Grenoble Alpes; 2018.
 14. Kong Win Chang AC. Evaluation qualitative d'un courrier standardisé d'admission à l'hôpital [Thèse d'exercice en médecine]. [Grenoble]: Grenoble Alpes; 2009.
 15. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013 [Internet]. Service statistique public; 2013 [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/01-enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin>
 16. Commont A. Lien Ville-Hôpital: étude des échanges interprofessionnels et proposition d'une lettre de liaison pour les médecins adressant un patient aux urgences [Internet] [Thèse d'exercice en médecine]. [Lille]: Lille; 2019 [cité 7 déc 2023]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/193477337-Faculte-de-medecine-henri-warembourg.html>
 17. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières [Internet]. DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques; 2003 [cité 7 déc 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er215.pdf>
 18. Arnault F. Situation au 1er janvier 2023 : Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales [Internet]. Ordre national des médecins; 2023 [cité 23 déc 2023]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/egnnt2/cnom_atlas_demographie_2023_approche_territoriale_des_specialites.pdf
 19. Wright J, Prasad N, Dalrymple G. Primary care out of hours. Emergency referral letters from deputising doctors need to be improved. BMJ. 18 mai 1996;312(7041):1304.
 20. Ramrakha S, Giles A. Take a letter ... an audit of GP referrals in south west Sydney. Aust Fam Physician. avr 2001;30(4):395-8.

21. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. E-santé : les principaux outils numériques sont utilisés par 80% des médecins généralistes de moins de 50 ans [Internet]. Service statistique public; 2020 [cité 9 déc 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1139.pdf>
22. Arnault F. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales [Internet]. Ordre national des médecins; 2023 [cité 9 déc 2023]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/egnnt2/cnom_atlas_demographie_2023_approche_territoriale_des_specialites.pdf
23. Chiche L, Thomas G, Canavese S, Branger S, Jean R, Durand JM. Severe hemorrhagic syndrome due to similarity of drug names. *Eur J Intern Med.* 1 mars 2008;19(2):135-6.
24. Cassius C, Davis C, Valeyrie-Allanore L, Bravard P, Carre-Gislard D, Modiano P, et al. Toxidermies par erreur de délivrance médicamenteuses : rapport de cas et étude de la pharmacopée française. *Ann Dermatol Vénéréologie.* 1 déc 2017;144(12, Supplément):S53.
25. Prescrire. La DCI pour éviter les confusions. *Rev Prescrire.* 2009;29(308):436.
26. Cadat D, Trolong-Bailly C. L'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences [Thèse d'exercice en médecine]. [Grenoble]: Joseph Fourier; 2006.
27. Quenon JL. Maîtrise du risque d'erreur d'identité en milieu hospitalier [Internet]. Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine.; 2008 [cité 14 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.mapar.org/article/1/Communication%20MAPAR/fnyf7ycb/Ma%C3%A9trise%20du%20risque%20d%E2%80%99erreur%20d%E2%80%99identit%C3%A9%20en%20milieu%20hospitalier.pdf>
28. Société Francophone de médecine d'urgence. 10ème conférence de consensus : Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences [Internet]. Société Francophone de médecine d'urgence; 2003 [cité 9 déc 2023]. Disponible sur: https://www.sfmur.org/upload/consensus/pa_urgs_long.pdf
29. Rabourdin C. Connaissance et pratique des directives anticipées par le Médecin Généraliste [Internet] [Thèse d'exercice en médecine]. [Marseille]: Aix-Marseille; 2021 [cité 14 déc 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03199336>
30. Ritacco R. Réseau ville hôpital: mise en place d'un « courrier type » d'admission aux urgences de Moulins [Thèse d'exercice]. [Clermont-Ferrand; 1976-2016, France]: Université de Clermont I; 2010.
31. Millet J. Utilisation d'une fiche standardisée de transfert d'informations par les médecins généralistes adressant leurs patients dans un Service d'Accueil des

Urgences: étude prospective observationnelle [Thèse d'exercice]. [Montpellier]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2011.

32. Jiwa M, Burr J. GP letter writing in colorectal cancer: a qualitative study. *Curr Med Res Opin.* 2002;18(6):342.
33. Service-public.fr. Qu'est-ce que Mon espace santé (dossier médical partagé)? [Internet]. 2023 [cité 19 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F36151>
34. Arrêté du 26 avril 2022 fixant la liste des documents soumis à l'obligation prévue à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique [Internet]. L. 1111-15 avr 30, 2022. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045726627>
35. Assurance maladie. DMP. [cité 19 déc 2023]. Foire aux questions - DMP. Disponible sur: <https://www.dmp.fr/patient/faq>

ANNEXES :

Annexe 1 : Courrier type d'adressage aux urgences pour logiciel

NOM, Prénom du praticien

Adresse

Numéro de téléphone

Le 01/01/2022

A destination des urgences d'Amboise

Cher confrère, chère consœur,

Merci de recevoir en urgence M./Mme Prénom NOM, né/née le 01/01/1900, pour .

Histoire de la maladie :

Examen clinique :

TA en mmHg ; FC /min ; Sat % en AA ; FR /min ; Température °C

Poids kg

Examens complémentaires :

Antécédents :

Allergie :

Traitements :

Mode de vie :

Autonomie/aides à domicile :

Famille proche/personne de confiance :

Directives anticipées :

Antécédents :

Allergie :

Traitements :

Mode de vie :

Autonomie/aides à domicile :

Famille proche/personne de confiance :

Directives anticipées :

Annexe 3 : Grille des critères de qualité du courrier d'admission aux urgences

	Oui	Non
Courrier dactylographié		
Identité du médecin adressant (avec numéro de téléphone)		
Identité du patient (avec date de naissance)		
Date de la consultation		
Motif d'adressage		
Antécédents significatifs et en lien avec le motif		
Traitements avec posologie et modifications récentes		
Anamnèse		
Mode de vie (autonomie, aides, aidant principal, directives anticipées)		
Examen clinique (centré sur les motifs avec anomalies)		
Constantes		
Examens complémentaires réalisés : - ECG - Biologie - Radiographies (récent ou ancien)		
Courrier utile à la prise en charge du patient		
Gravité du patient		
Ressenti du médecin adressant		
Appel du médecin adressant (si doute orientation, problématique de mise à l'écrit dans le courrier, urgence)		
Modèle ou trame de courrier d'adressage		

Score total : / 17

Annexe 4 : Fiche complémentaire pour étude des courriers d'admission

Nom et prénom du patient :

Date de passage aux urgences :

1. Le courrier vous a-t-il aidé à la prise en charge du patient : Oui ☐ Non ☐
2. Avez-vous dû appeler le médecin généraliste, la famille ou un autre intervenant pour recueillir des informations complémentaires : Oui ☐ Non ☐
3. Le médecin généraliste avait-il appelé pour prévenir de l'arrivée du patient aux urgences : Oui ☐ Non ☐
4. Le passage aux urgences était-il nécessaire selon vous : Oui ☐ Non ☐

Vu, le Directeur de Thèse

Docteur O. PINÇON
Praticien Hospitalier
Service des Urgences / SMUR
CHIC Amboise - Château-Renault
Rue des Ursulines - 37400 AMBOISE
RPPS 10002092244



**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de
Tours Tours, le**

RESUME :

Introduction : Une prise en charge médicale de qualité passe par une bonne continuité des soins et par une communication efficace entre les médecins. Le courrier médical reste l'élément principal de la transmission d'information entre praticiens. Alors qu'il existe des recommandations officielles pour les lettres de sortie d'hospitalisation, il n'en est rien concernant les courriers d'admission aux urgences. Ceux-ci sont parfois de qualité médiocre. L'objectif de notre étude est d'évaluer si la diffusion d'un courrier type permet d'améliorer la qualité des courriers d'admission aux urgences d'Amboise.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive prospective de type « avant-après » monocentrique. Tous les patients admis aux urgences d'Amboise accompagnés d'un courrier d'admission sur une période de six semaines ont été inclus. Les patients adressés pour un motif traumatologique ont été exclus. Une période de « wash-out » de six semaines a permis de diffuser un courrier type. Un nouveau recueil de six semaines s'en est suivi. Les courriers des deux périodes ont été évalués via une grille regroupant 17 critères permettant d'établir une note pour chacun d'eux.

Résultats : Nous avons recueilli 86 courriers dans la période « avant » et 90 dans la période « après ». La majorité des patients était des femmes, la médiane d'âge était de 70 ans. La notification des antécédents (65.1% puis 81.1%) et l'utilisation d'une trame de courrier (37.2% puis 61.1%) sont les deux seuls critères à s'être améliorés significativement entre les deux recueils. Les constantes et la gravité du patient ont été moins bien renseignées dans la période « après ». Les urgentistes ont évalué les courriers comme moins informatifs dans cette phase deux. La moyenne des courriers de la première période était de 10.64 et ceux de la deuxième période était de 10.37 sans différence significative démontrée.

Conclusion : La lettre-type n'a pas permis d'améliorer la qualité des courriers. Ce type de lettre s'inscrit pourtant dans une démarche d'amélioration globale de la communication entre l'hôpital et les praticiens de ville. La diffusion du courrier type a peut-être été trop limitée.

GAUNY Audrey

49 pages – 4 tableaux – 2 figures – 4 annexes

Résumé :

Introduction : Une prise en charge médicale de qualité passe par une bonne continuité des soins et par une communication efficace entre les médecins. Le courrier médical reste l'élément principal de la transmission d'information entre praticiens. Alors qu'il existe des recommandations officielles pour les lettres de sortie d'hospitalisation, il n'en est rien concernant les courriers d'admission aux urgences. Ceux-ci sont parfois de qualité médiocre. L'objectif de notre étude est d'évaluer si la diffusion d'un courrier type permet d'améliorer la qualité des courriers d'admission aux urgences d'Amboise.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive prospective de type « avant-après » monocentrique. Tous les patients admis aux urgences d'Amboise accompagnés d'un courrier d'admission sur une période de six semaines ont été inclus. Les patients adressés pour un motif traumatologique ont été exclus. Une période de « wash-out » de six semaines a permis de diffuser un courrier type. Un nouveau recueil de six semaines s'en est suivi. Les courriers des deux périodes ont été évalué via une grille regroupant 17 critères permettant d'établir une note pour chacun d'eux.

Résultats : Nous avons recueilli 86 courriers dans la période « avant » et 90 dans la période « après ». La majorité des patients était des femmes, la médiane d'âge était de 70 ans. La notification des antécédents (65.1% puis 81.1%) et l'utilisation d'une trame de courrier (37.2% puis 61.1%) sont les deux seuls critères à s'être améliorés significativement entre les deux recueils. Les constantes et la gravité du patient ont été moins bien renseigné dans la période « après ». Les urgentistes ont évalué les courriers comme moins informatifs dans cette phase deux. La moyenne des courriers de la première période était de 10.64 et ceux de la deuxième période était de 10.37 sans différence significative démontrée.

Conclusion : La lettre-type n'a pas permis d'améliorer la qualité des courriers. Ce type de lettre s'inscrit pourtant dans une démarche d'amélioration globale de la communication entre l'hôpital et les praticiens de ville. La diffusion du courrier type a peut-être été trop limitée.

Mots clés :

Courrier d'admission, lettre, communication, continuité des soins, urgences, médecin généraliste.

Jury :

Président du Jury :	Professeur Saïd LARIBI
Directeur de thèse :	<u>Docteur Olivier PINCON</u>
Membres du Jury :	Docteur Sophie LEDUCQ Docteur Catherine HOGNON

Date de soutenance : 16 janvier 2024