



HAL
open science

Analyse de la qualité de la lettre du médecin adressant un patient aux urgences adultes du CHU de Rouen

Cédric Kouabia Tzebia

► **To cite this version:**

Cédric Kouabia Tzebia. Analyse de la qualité de la lettre du médecin adressant un patient aux urgences adultes du CHU de Rouen. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01230202

HAL Id: dumas-01230202

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01230202>

Submitted on 18 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

TZEBIA Kouabia Cédric

Né le 26 Aout 1981 à Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 OCTOBRE 2015

**ANALYSE DE LA QUALITE DE LA LETTRE DU
MEDECIN ADRESSANT UN PATIENT AUX
URGENCES ADULTES DU CHU DE ROUEN**

PRESIDENT DU JURY : Monsieur Le Professeur JOLY

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur Le Docteur BONIOL

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur VEBER

Monsieur Le Professeur BÉNICHOU

Monsieur Le Docteur SCHUERS

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

| |
|---------------------|
| I - MEDECINE |
|---------------------|

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|---|-----|---|
| Mr Frédéric ANSELME | HCN | Cardiologie |
| Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR | HCN | Chirurgie plastique |
| Mr Bruno BACHY (<i>surnombre</i>) | HCN | Chirurgie pédiatrique |
| Mr Fabrice BAUER | HCN | Cardiologie |
| Mme Soumeya BEKRI | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Jacques BENICHOU | HCN | Bio statistiques et informatique médicale |
| Mr Jean-Paul BESSOU | HCN | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| Mme Françoise BEURET-BLANQUART | HCN | Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité |
| <i>(surnombre)</i> | | |
| Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>) | HCN | Réanimation médicale |
| Mr Olivier BOYER | UFR | Immunologie |
| Mr Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>) | HCN | Médecine et santé au travail |
| Mr François CARON | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| Mr Philippe CHASSAGNE | HCN | Médecine interne (gériatrie) |
| Mr Vincent COMPERE | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mr Antoine CUVELIER | HB | Pneumologie |
| Mr Pierre CZERNICHOW | HCH | Epidémiologie, économie de la santé |

| | | |
|--|-----|--|
| Mr Jean-Nicolas DACHER | HCN | Radiologie et imagerie médicale |
| Mr Stéfan DARMONI | HCN | Informatique médicale et techniques de communication |
| Mr Pierre DECHELOTTE | HCN | Nutrition |
| Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>) | HCN | Oto-rhino-laryngologie |
| Mr Frédéric DI FIORE | CB | Cancérologie |
| Mr Fabien DOGUET | HCN | Chirurgie Cardio Vasculaire |
| Mr Jean DOUCET | SJ | Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie |
| Mr Bernard DUBRAY | CB | Radiothérapie |
| Mr Philippe DUCROTTE | HCN | Hépatogastro-entérologie |
| Mr Frank DUJARDIN | HCN | Chirurgie orthopédique - Traumatologie |
| Mr Fabrice DUPARC | HCN | Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| Mr Éric DURAND | HCN | Cardiologie |
| Mr Bertrand DUREUIL | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mme Hélène ELTCHANINOFF | HCN | Cardiologie |
| Mr Thierry FREBOURG | UFR | Génétique |
| Mr Pierre FREGER | HCN | Anatomie - Neurochirurgie |
| Mr Jean François GEHANNO | HCN | Médecine et santé au travail |
| Mr Emmanuel GERARDIN | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Priscille GERARDIN | HCN | Pédopsychiatrie |
| Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>) | HB | Néphrologie |
| M. Guillaume GOURCEROL | HCN | Physiologie |
| Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>) | HCN | Urologie |
| Mr Olivier GUILLIN | HCN | Psychiatrie Adultes |
| Mr Didier HANNEQUIN | HCN | Neurologie |
| Mr Fabrice JARDIN | CB | Hématologie |
| Mr Luc-Marie JOLY | HCN | Médecine d'urgence |
| Mr Pascal JOLY | HCN | Dermato - Vénérologie |
| Mme Annie LAQUERRIERE | HCN | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Mr Vincent LAUDENBACH | HCN | Anesthésie et réanimation chirurgicale |
| Mr Xavier LE LOET | HCN | Rhumatologie |
| Mr Joël LECHEVALLIER | HCN | Chirurgie infantile |
| Mr Hervé LEFEBVRE | HB | Endocrinologie et maladies métaboliques |
| Mr Thierry LEQUERRE | HB | Rhumatologie |
| Mr Éric LEREBOURS | HCN | Nutrition |
| Mme Anne-Marie LEROI | HCN | Physiologie |
| Mr Hervé LEVESQUE | HB | Médecine interne |
| Mme Agnès LIARD-ZMUDA | HCN | Chirurgie Infantile |

| | | |
|--|-------|---|
| Mr Pierre Yves LITZLER | HCN | Chirurgie cardiaque |
| Mr Bertrand MACE | HCN | Histologie, embryologie, cytogénétique |
| M. David MALTETE | HCN | Neurologie |
| Mr Christophe MARGUET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Isabelle MARIE | HB | Médecine interne |
| Mr Jean-Paul MARIE | HCN | Oto-rhino-laryngologie |
| Mr Loïc MARPEAU | HCN | Gynécologie - Obstétrique |
| Mr Stéphane MARRET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Véronique MERLE | HCN | Epidémiologie |
| Mr Pierre MICHEL | HCN | Hépto-gastro-entérologie |
| Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>) | HCN | Neurologie |
| Mr Jean-François MUIR | HB | Pneumologie |
| Mr Marc MURAINÉ | HCN | Ophtalmologie |
| Mr Philippe MUSETTE | HCN | Dermatologie - Vénérologie |
| Mr Christophe PEILLON | HCN | Chirurgie générale |
| Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>) | HCN | Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale |
| Mr Christian PFISTER | HCN | Urologie |
| Mr Jean-Christophe PLANTIER | HCN | Bactériologie - Virologie |
| Mr Didier PLISSONNIER | HCN | Chirurgie vasculaire |
| Mr Bernard PROUST | HCN | Médecine légale |
| Mr François PROUST | HCN | Neurochirurgie |
| Mme Nathalie RIVES | HCN | Biologie du développement et de la reproduction |
| Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>) | HCN | Réanimation médicale - Médecine d'urgence |
| Mr Horace ROMAN | HCN | Gynécologie - Obstétrique |
| Mr Jean-Christophe SABOURIN | HCN | Anatomie - Pathologie |
| Mr Guillaume SAVOYE | HCN | Hépto-gastrologie |
| Mme Céline SAVOYE-COLLET | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Pascale SCHNEIDER | HCN | Pédiatrie |
| Mr Michel SCOTTE | HCN | Chirurgie digestive |
| Mme Fabienne TAMION | HCN | Thérapeutique |
| Mr Luc THIBERVILLE | HCN | Pneumologie |
| Mr Christian THUILLEZ | HB | Pharmacologie |
| Mr Hervé TILLY | CB | Hématologie et transfusion |
| Mr Jean-Jacques TUECH | HCN | Chirurgie digestive |
| Mr Jean-Pierre VANNIER | HCN | Pédiatrie génétique |
| Mr Benoît VEBER | HCN | Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale |
| Mr Pierre VERA | CB | Biophysique et traitement de l'image |
| Mr Éric VERIN | CRMPR | Médecine physique et de réadaptation |

| | | |
|----------------------------|-----|-------------------------|
| Mr Éric VERSPYCK | HCN | Gynécologie obstétrique |
| Mr Olivier VITTECOQ | HB | Rhumatologie |
| Mr Jacques WEBER | HCN | Physiologie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|---|-----|-------------------------------------|
| Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG | HCN | Bactériologie – Virologie |
| Mr Jeremy BELLIEN | HCN | Pharmacologie |
| Mme Carole BRASSE LAGNEL | HCN | Biochimie |
| Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS | HCN | Chirurgie Vasculaire |
| Mr Gérard BUCHONNET | HCN | Hématologie |
| Mme Mireille CASTANET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Nathalie CHASTAN | HCN | Physiologie |
| Mme Sophie CLAEYSSENS | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Moïse COEFFIER | HCN | Nutrition |
| Mr Stéphanie DERREY | HCN | Neurochirurgie |
| Mr Manuel ETIENNE | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| Mr Serge JACQUOT | UFR | Immunologie |
| Mr Joël LADNER | HCN | Epidémiologie, économie de la santé |
| Mr Jean-Baptiste LATOUCHE | UFR | Biologie cellulaire |
| Mr Thomas MOUREZ | HCN | Bactériologie |
| Mr Jean-François MENARD | HCN | Biophysique |
| Mme Muriel QUILLARD | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Vincent RICHARD | UFR | Pharmacologie |
| Mr Mathieu SALAUN | HCN | Pneumologie |
| Mme Pascale SAUGIER-VEBER | HCN | Génétique |
| Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN | HCN | Anatomie |
| Mr Olivier TROST | HCN | Chirurgie Maxillo Faciale |

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

| | | |
|-----------------------------|-----|---------------|
| Mme Dominique LANIEZ | UFR | Anglais |
| Mr Thierry WABLE | UFR | Communication |

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

| | |
|---|----------------------|
| Mr Thierry BESSON | Chimie Thérapeutique |
| Mr Jean-Jacques BONNET | Pharmacologie |
| Mr Roland CAPRON (PU-PH) | Biophysique |
| Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite) | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH) | Parasitologie |
| Mr Jean Pierre GOULLE | Toxicologie |
| Mr Michel GUERBET | Toxicologie |
| Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET | Physiologie |
| Mme Christelle MONTEIL | Toxicologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH) | Microbiologie |
| Mme Elisabeth SEGUIN | Pharmacognosie |
| Mr Rémi VARIN (PU-PH) | Pharmacie clinique |
| Mr Jean-Marie VAUGEOIS | Pharmacologie |
| Mr Philippe VERITE | Chimie analytique |

MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|---|--|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et Minérale |
| Mme Dominique BOUCHER | Pharmacologie |
| Mr Frédéric BOUNOURE | Pharmacie Galénique |
| Mr Abdeslam CHAGRAOUI | Physiologie |
| Mr Jean CHASTANG | Biomathématiques |
| Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé | Législation pharmaceutique et économie de la |
| Mme Elizabeth CHOSSON | Botanique |
| Mme Cécile CORBIERE | Biochimie |

| | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Mr Éric DITTMAR | Biophysique |
| Mme Nathalie DOURMAP | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUC | Pharmacologie |
| Mr Abdelhakim ELOMRI | Pharmacognosie |
| Mr François ESTOUR | Chimie Organique |
| Mr Gilles GARGALA (MCU-PH) | Parasitologie |
| Mme Najla GHARBI | Chimie analytique |
| Mme Marie-Laure GROULT | Botanique |
| Mr Hervé HUE | Biophysique et mathématiques |
| Mme Laetitia LE GOFF | Parasitologie - Immunologie |
| Mme Hong LU | Biologie |
| Mme Sabine MENAGER | Chimie organique |
| Mr Mohamed SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Malika SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Christine THARASSE | Chimie thérapeutique |
| Mr Frédéric ZIEGLER | Biochimie |

PROFESSEURS ASSOCIES

| | |
|-----------------------------------|----------------------|
| Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ | Pharmacie officinale |
| Mr Jean-François HOUIVET | Pharmacie officinale |

PROFESSEUR CERTIFIE

| | |
|----------------------------|---------|
| Mme Mathilde GUERIN | Anglais |
|----------------------------|---------|

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

| | |
|----------------------------|-------------|
| Mr Jérémie MARTINET | Immunologie |
|----------------------------|-------------|

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

| | |
|--------------------------------|---------------|
| Mr Romy RAZAKANDRAINIBE | Parasitologie |
| Mr François HALLOUARD | Galénique |

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

| | |
|--|-------------------------------------|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et minérale |
| Mr Thierry BESSON | Chimie thérapeutique |
| Mr Roland CAPRON | Biophysique |
| Mr Jean CHASTANG | Mathématiques |
| Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation et économie de la santé |
| Mme Elisabeth CHOSSON | Botanique |
| Mr Jean-Jacques BONNET | Pharmacodynamie |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| Mr Loïc FAVENNEC | Parasitologie |
| Mr Michel GUERBET | Toxicologie |
| Mr François ESTOUR | Chimie organique |
| Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET | Physiologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON | Microbiologie |
| Mme Elisabeth SEGUIN | Pharmacognosie |
| Mr Mohamed SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mr Philippe VERITE | Chimie analytique |

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL**

UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**

UFR Médecine Générale

Mr Alain **MERCIER**

UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH**

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**

UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**

UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN**

UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX**

UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

| | |
|----------------------------------|------------------------|
| Mr Serguei FETISSOV (med) | Physiologie (ADEN) |
| Mr Paul MULDER (phar) | Sciences du Médicament |
| Mme Su RUAN (med) | Génie Informatique |

MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|---|--|
| Mr Sahil ADRIOUCH (med) Inserm 905) | Biochimie et biologie moléculaire (Unité) |
| Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) | Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079) |
| Mme Carine CLEREN (phar) | Neurosciences (Néovasc) |
| Mme Pascaline GAILDRAT (phar) | Génétique moléculaire humaine (UMR 1079) |
| Mr Nicolas GUEROUT (phar) | Neurophysiologie |
| Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med) | Physiologie (Unité Inserm 1076) |
| Mr Frédéric PASQUET | Sciences du langage, orthophonie |
| Mme Isabelle TOURNIER (phar) | Biochimie (UMR 1079) |

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A L'Eternel Notre Dieu Tout Puissant

Pour tout ce que Tu as fait et continue de faire pour ma famille et moi-même, je Te consacrerai ma vie entière.

A Jésus Christ Notre Sauveur

Tu m'as donné un idéal à atteindre. Je prie le ciel pour que les empreintes que je laisserai dans les sables du temps, et qui seront suivies par ceux qui viendront après moi, soient celles qui auront été laissées par Toi, Seigneur. Car ma plus grande souffrance serait de ne pas avoir réussi à amener vers Toi les personnes que j'aurais le plus aimées.

Monsieur Le Professeur Luc-Marie Joly

Vous m'avez fait l'honneur de présider cette thèse. Vous m'avez donné l'opportunité de réaliser un parcours unique mêlant santé publique et médecine d'urgence. Recevez ici l'expression de ma plus profonde reconnaissance.

A mes juges :

Monsieur le Professeur Benoît Veber

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Votre soutien a grandement contribué à la réalisation de mon projet. Recevez ici le témoignage de ma sincère gratitude.

Monsieur le Professeur Jacques Bénichou

Vous avez accepté de juger mon travail. Votre gentillesse et votre disponibilité ont fait de mon stage dans votre département une réussite. Recevez pour tout cela mes plus chaleureux remerciements.

Monsieur le Docteur Mathieu Schuers

Vous avez accepté, sans même me connaître, de participer à mon jury. Tous les IMG que j'ai rencontrés sont dithyrambiques à votre sujet. Avoir une personne aussi compétente et appréciée dans mon jury est un honneur.

Monsieur le Docteur Clément Boniol

Ta motivation, ton engagement et tes idées ont permis à ce travail d'exister. Merci pour tous tes efforts. Et comme derrière chaque grand homme se cache une grande femme, un énorme merci à la tienne, et un gros bisou de bienvenue à la petite Anna.

A mes grands-parents :

Feu Tchouakam Elisabeth

Ngomga Gertrude

Feu Nyambé Etienne

Feu Kouabia Joseph

Les piliers de ma terre...

A mon père **Feu Tzebia Kouabia Elias**

Tu me disais toujours « un Tzebia n'échoue jamais à un examen ». Monsieur l'Énarque, voici ! Ce Doctorat est pour toi.

A ma mère **Feu Tzebia née Nyambé Thérèse**

Toi mon amour, mon seul véritable. Avec l'aide de Dieu, tu as fait de moi l'homme que je suis. Avoir été à tes côtés jusqu'à ton dernier souffle est la chose dont je suis le plus fier.

A mes frères et sœur partis trop tôt :

Feu Tzebia Josiane, Feu Tzebia Georges-Christian, Feu Enfant Tzebia, Feu Tzebia Guy-Hervé.

Dormez bien...

Mes sœurs Maakoh Rachel, Kandjooh Carole et Mamie Ton Corinne. Les opposantes, les rebelles, les dissidentes du Royaume Tzebia !! Nous sommes un dans un lien d'amour, mes sœurs. Si Dieu est avec nous, qui sera contre nous ?

Mes enfants Manuela, Whitney (à ton tour maintenant, ma petite mère !), Laetitia et Eddy-Christian. Le bonheur d'être père sans les contraintes. ^^

Nza Cha, Maa Mitchou et Tata Lili. Il ne nous reste plus que vous. Vous nous êtes très précieuses.

Goundam Odile. Ma grand-mère chérie coco que j'aime gros comme ça.

Maman Adèle, Ntaleun Raoul, Gountacki Maado et Minkwi Helena. Merci pour votre amour.

Tonta Emilienne. Merci pour ta présence, ton amour et tous tes petits (gros) plats.

A mon beau, Philippe. Le plus Camerounais des Aveyronnais.

Angel Pharell, Pisky, les Yvan, Binta, Haja, Fatinia, Leziana, Vernon, Vanessa, Stella, Yannick, Lucrèce, Dany. Les trésors hérités ne sont rien. Les fortunes gagnées ne sont rien. LA FAMILLE EST LA VERITABLE RICHESSE !

Ma petite-nièce Grâce. Why always you ???

Ferhat Zebboudj : Anata wa watashi no tame ni tsuneni arimashita. Watashi wa aniki ga daisukidesu. Iroiro to arigatōgozaimasu.

Saina, Noémie et Select. Inaya, Madiane, Assiatou et Narcisse. Swan, Duncan, Anne et Jackson. La famille, il n'y a que ça de vrai.

A Doris, ma « jumelle ». Tu me manques...

Justine et Grégoire Tatmi. Merci d'être là pour moi.

Famille Batindi, Famille Djeudji, Famille Ngantcha. Grosses bises.

Les sista !! Toujours là ! Je vous aime fort, mes sœurs !

A tous mes proches partis trop tôt.

Dhamane, mon pototo. Tu as le cœur sur la main, c'est une bénédiction. Ne change pas, Dieu te le rendra. Au nom de tous ceux à qui tu (as) fais du bien et qui oublient de te le dire : merci☺. Une pensée pour ton père, qu'il repose en paix. ^^

Steeve, M. l'attaché de presse de l'ancien numéro 1 mondial. « Où es-tu ? Que fais-tu ? Avec qui ? Et pour quel motif tu ne décroches pas quand je t'appelle ? ». Pardon, dis à Tagni de ne jamais arrêter, c'est tellement beau. ^^

Idir, Louiza, Maman Hassina et Feu Papa Essaid Zebboudj. A quand la Kabylie ? Pays où coulent le lait et le miel...et plein de mozowézés !!!

Saphéria, Jacqueline, Nadine, Maman Béa et Papa Manu. Ma famille du 95.
Gros bisous.

Ismail, Imane, Fatou et Issa Diarra. Mon frère tu es un homme bon que Dieu a béni. Si demain, ma vie familiale a la moitié du succès de la tienne, alors je m'estimerai béni aussi.^^

Tous mes potos de Boboch : Eric, décide toi et pose toi avec une femme. Mounir arrête de faire tes chichis et pose toi avec une femme. Patrick, arrête de procréer, tu veux repeupler la RDC ou quoi ? Tous les autres, je pense à vous.

Alexander, Chelsea, Mimi et toute la famille Ebobisse. Mimi, toi-même tu sais.

Bebelus, Vidas, Baha, Moha, Yann. Big gros bleu ☺.

Ismael, Marie, Pr. Charles et son assistante Arlette. Mon équipe de CameRouennais.^^

Mes frères d'armes : Farah, Sabrina et Johann, Julie, Christophe, Anuja et Tabrez, Sarah, Heba, Abdel, Héloïse, Idriss, Nathalie, Françoise et Meddi, Sinad. Damn right we did it ☺.

A tous les proches, amis et collègues qui peuplent ma vie et la rendent si belle.

Aux séniors des urgences adultes de Rouen qui m'ont fait découvrir cette merveilleuse spécialité qui est aujourd'hui une véritable passion.

Merci au Dr Mehdi Taalba pour son aide dans l'élaboration du questionnaire SAU, André Gillibert pour son analyse statistique, Ferhat pour la vérification des chiffres, Carole pour les appels aux SAU de l'AP-HP, Hélène pour l'aide à la mise en page, Karine pour les appels aux SAU de province et Louiza et Armeline pour la relecture. ^^

A tous les urgentistes de France qui ont gentiment répondu à l'enquête d'opinion. Merci de votre participation.

Merci au personnel des urgences adultes : IAO, secrétaires, séniors et internes qui ont contribué à la réussite de cette étude. Celui qui pense réussir seul est un illuminé. N'a de valeur que le travail d'équipe.

Mes cointernes de clinique qui ont fait de mes terrains de stage des terrains de jeu : Urgences adultes, médecine interne et urgences pédiatriques.

Mes cointernes de santé publique et ceux de médecine d'urgence.

Merci à tous ceux qui ont participé à ma formation d'interne : Dr Froment, Dr Josset, toutes les TIM du DIM, Dr Odinet-Rollin, Dr Collet et les médecins de l'inspection académique, Estelle Houivet, Caroline Thill, Pr Levesque, Dr Girszyn, Dr Sauvetre (comment tu sais tout ça, sérieux ?), Dr Héron, Dr Miranda, Dr Le Besnerais, Pr Marguet et tous les séniors des urgences pédiatriques du CHU de Rouen (Philippe Flahaut, tu es le meilleur. L'arbre décisionnel, c'était moi ^^). Bravo à vous car je comprends vite mais il faut m'expliquer longtemps☺.

Tout le personnel paramédical des urgences adultes, de médecine interne et des urgences pédiatriques du CHU de Rouen.

Béatrice Dewevre, qui avait eu la même idée de sujet de thèse que moi et qui a gentiment accepté de changer. En même temps, je fais trois fois son poids et deux fois sa taille, donc bon. ^^

A l'université SMBH Bobigny Paris XIII et au CHU de Rouen pour leur enseignement.

Christelle Quillet, Benoit Thirion et Claire Lebœuf. Merci pour votre aide bibliographique. PubMed, SUDOC, Zotero tout ça tout ça☺.

A UGC. Merci pour votre carte illimitée, elle m'a fait économiser 4.815.162.342 francs CFA. ^^

Au FC Barcelone, pour toujours.

Au PSG, pour l'instant.

Aux Lions Indomptables du Cameroun !!! LA CAN 2019 à domicile, c'est pour nous, les mecs !! Pas de blague, hein !?! ^^

A Karine. On s'quitte plus toi et moi. Question de survie. ^^

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| I. INTRODUCTION | 24 |
| A. Introduction | 25 |
| B. La lettre d’adressage : cadre légal | 26 |
| C. Les urgences | 27 |
| 1. Quelques chiffres | 27 |
| 2. La situation à Rouen | 27 |
| a) La métropole..... | 27 |
| b) Les urgences en chiffres | 27 |
| c) L’organisation du SAU..... | 28 |
| d) Les horaires des secteurs | 29 |
| D. Éthique et déontologie | 29 |
| E. Objectif de l’étude | 30 |
| II. Matériel et Méthodes | 31 |
| A. Analyse de la lettre d’adressage | 32 |
| 1. Type d’étude | 32 |
| 2. Intervention..... | 32 |
| 3. Critères d’inclusion et de non inclusion | 34 |
| 4. Analyse statistique | 34 |
| 5. Critères de jugement..... | 35 |
| a) Critère de jugement principal | 35 |
| b) Critères de jugement secondaire..... | 35 |
| B. Enquête d’opinion auprès des urgentistes | 36 |
| 1. Type d’étude | 36 |
| 2. Intervention..... | 36 |
| 3. Critères d’inclusion et de non inclusion | 36 |
| 4. Critère de jugement principal | 37 |
| III. Résultats | 38 |
| A. Analyse de la lettre d’adressage | 39 |
| 1. Nombre de passages | 39 |
| 2. Population incluse..... | 40 |
| 3. Caractéristiques sociodémographiques | 41 |
| a) Sexe..... | 42 |
| b) Jour de semaine | 42 |
| c) Horaires | 43 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| d) | Orientation des patients | 43 |
| e) | Statut du répondant au questionnaire | 44 |
| f) | Type de médecin..... | 44 |
| 4. | Analyse qualitative des lettres | 45 |
| a) | Présence globale des critères | 45 |
| b) | Note globale des lettres selon les trois méthodes d'analyse de sensibilité | 47 |
| c) | Note moyenne en fonction du type de médecin | 48 |
| d) | Présence des critères en fonction du type de médecin. | 49 |
| e) | Note moyenne en fonction du type de médecin sans le critère « mention du MT » | 50 |
| 5. | Autres critères de la lettre | 51 |
| a) | Motif de consultation..... | 52 |
| b) | VAT | 52 |
| c) | Intoxications | 53 |
| d) | Type de courrier..... | 53 |
| e) | Lisibilité..... | 54 |
| f) | Qualité subjective de la lettre | 54 |
| g) | Sous-entendu dans la lettre | 55 |
| h) | Lecture de la lettre par le patient..... | 56 |
| i) | Appel du médecin adressant par le médecin urgentiste | 57 |
| j) | Motif d'absence d'appel du médecin adressant par l'urgentiste..... | 57 |
| 6. | Analyses secondaires | 58 |
| a) | Lisibilité en fonction du type de courrier | 58 |
| b) | Note en fonction du type de lettre | 59 |
| B. | Enquête d'opinion auprès des urgentistes..... | 60 |
| IV. | Discussion..... | 63 |
| A. | La lettre d'adressage | 64 |
| 1. | Population incluse..... | 64 |
| 2. | Note moyenne globale | 65 |
| 3. | Statut du médecin rédacteur | 66 |
| 4. | Critères composant la note | 67 |
| a) | Identité du patient | 67 |
| b) | Date de la lettre..... | 67 |
| c) | Adresse du médecin rédacteur..... | 68 |
| d) | Motif d'adressage au SAU | 68 |
| e) | Mention du nom du MT | 68 |
| f) | Anamnèse | 69 |

| | |
|--|-----------|
| g) Diagnostic suspecté | 69 |
| h) Examens complémentaires | 69 |
| i) Traitement administré en urgence | 69 |
| j) ATCD | 70 |
| k) Traitement habituel..... | 70 |
| l) Allergies..... | 70 |
| m) Mode de vie | 71 |
| n) Examen clinique | 71 |
| o) Constantes..... | 72 |
| 5. Autres critères..... | 72 |
| a) Type de courrier..... | 72 |
| b) Lisibilité..... | 72 |
| c) Qualité subjective de la lettre | 73 |
| d) Sous-entendu des lettres | 74 |
| e) Lecture de la lettre par le patient | 74 |
| f) Appel du médecin rédacteur par l'urgentiste | 75 |
| B. Enquête d'opinion auprès des urgentistes..... | 76 |
| 1. Comparaison avec le questionnaire SAU | 76 |
| 2. Comparaison avec la littérature | 78 |
| 3. La lettre type : la solution ? | 79 |
| C. Limites de notre étude | 80 |
| 1. Lettre d'adressage | 80 |
| 2. Enquête d'opinion des urgentistes..... | 81 |
| D. Forces de l'étude | 82 |
| 1. Lettre d'adressage | 82 |
| 2. Enquête d'opinion des urgentistes..... | 82 |
| E. Perspectives | 83 |
| 1. Études futures | 83 |
| 2. Améliorations de la communication ville hôpital | 83 |
| V. Conclusion..... | 86 |
| VI. BIBLIOGRAPHIE..... | 88 |
| VII. ANNEXES..... | 93 |

I. INTRODUCTION

A. Introduction

*"La communication en matière médicale est devenue un élément incontournable de confiance dans la relation médecin-patient, et de la qualité des prescriptions médicales"*¹

Bien qu'aujourd'hui, à l'ère du numérique, nous disposions de divers moyens d'échange de l'information, le courrier médical reste un élément essentiel dans la communication entre médecins pour la transmission des informations médicales, notamment pour la continuité des soins entre la médecine libérale et la médecine hospitalière.

Ce courrier, bien que plusieurs études aient montré que sa présence n'influençait pas le délai de prise en charge² ou la durée de passage aux urgences³, conserve une place centrale car il est la plupart du temps la première source d'informations médicales pour le médecin urgentiste.

A ce titre, il joue un rôle essentiel dans la prise en charge initiale du patient⁴. De ce fait, il se doit de contenir un certain nombre d'informations utiles à la prise en charge optimale de ce dernier.¹

Au cours de notre semestre au Service d'Accueil des Urgences (SAU) adultes du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen, nous avons été chaque jour confrontés à de nombreuses lettres d'adressage, parfois peu ou pas exploitables du fait d'un manque d'informations ou de lisibilité.

Cela entraînait un retard dans la prise en charge car nous devions tenter de déchiffrer les informations utiles présentes dans la lettre, contacter si possible le médecin adressant, ou se contenter du dossier informatique interne du patient (logiciel **CDP2**) si ce dernier était connu du CHU.

Tout ce temps passé à glaner ces informations est un temps précieux que les internes et séniors des urgences ne peuvent se permettre de gaspiller devant l'affluence grandissante des urgences⁵

Tout ceci nous a amené à nous intéresser au sujet : Quelle est la qualité de ces lettres que nous recevons quotidiennement au SAU ? Répondent-elles à l'attente des médecins destinataires, à savoir les urgentistes ? Si non, pourquoi ? Peut-on améliorer leur rédaction ?

B. La lettre d'adressage : cadre légal

Conscient de l'absence de règles entourant la rédaction du courrier médical, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a rédigé un rapport en 1998¹ énonçant un ensemble de recommandations encadrant celle-ci, notamment à propos de sa forme, son contenu, ses conditions d'information du patient et ses modalités de transmission.

Le **décret du 29 avril 2002**⁶ invite le médecin généraliste à prendre contact avec le service hospitalier et à fournir tous les renseignements utiles sur le malade.

Les articles 4, 35, 45, 50, 58, 59, 60, 64 et 76 du code de déontologie⁷ fixent également quelques conditions à cet échange d'informations(ANNEXE 1).

La lettre d'adressage est ainsi devenue un document médico-légal faisant partie intégrante du dossier médical du patient, comme le précise le **décret du 6 février 2006**⁸. Elle reste soumise au secret médical, mais celui-ci n'est pas opposable au patient, qui doit avoir accès à son contenu et reste libre de la présenter ou pas au médecin destinataire sans qu'il y ait délit de suppression de correspondance¹.

En effet, comme le rappelle la Cour de Cassation dans une décision de 1963, « le client recevant une lettre destinée à lui servir d'introduction auprès d'un autre praticien, n'est tenu ni de consulter ce dernier, ni, par suite, de lui remettre ladite lettre d'introduction ».

Dans le cadre de la **Loi du 13 août 2004** relative au parcours de soins coordonnés⁹, un patient désirant consulter un spécialiste doit être adressé par son médecin traitant (sauf gynécologie, psychiatrie et ophtalmologie). Mais un patient qui a consulté son médecin avant de se rendre aux urgences n'a pas l'obligation d'y présenter un courrier d'adressage.

En 2004, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), regroupée depuis avec d'autres commissions au sein de la Haute Autorité de Santé (HAS), publie un Référentiel d'évaluation des courriers d'admission en milieu hospitalier¹⁰ dans lequel elle publie deux listes : une, de critères indispensables, et une autre, de critères pertinents.

C. Les urgences

1. Quelques chiffres

Le service des urgences, véritable miroir de notre société, ouvert 24h/24 et 7jours/7, prend en charge un Français sur quatre chaque année¹¹.

Entre 2001 et 2011, le nombre national de passages aux urgences est passé de 13.6 à 18.5 millions⁵ ; preuve du rôle grandissant de cette structure dans notre système de santé.

60%¹¹ à 75%¹² des patients des urgences viennent sans avoir consulté au préalable, soit 25 à 40% qui sont donc adressés par un médecin.

Concernant cette dernière proportion, elle varie largement en fonction des travaux : une étude lyonnaise de 2015¹³ retrouve un taux de 12%. Une autre, en 2002 à Lille⁴ avance un taux de 26%. Enfin, un travail Israélien de 1999¹⁴ parlait même de 52%.

2. La situation à Rouen

a) La métropole

Rouen est la capitale de la région Haute-Normandie, composée de la Seine-Maritime, **1 276 908** habitants¹⁵, et de l'Eure, **609 226** habitants¹⁶.

Au premier janvier 2015, la métropole Rouen Normandie comptabilisait **494 382** habitants dans une aire urbaine de **650 000** habitants¹⁷

b) Les urgences en chiffres

Ce bassin de population a produit, en 2014, une affluence de 101635 passages, soit 278 passages journaliers, selon le bilan annuel interne d'activité.

Ces chiffres font du SAU du CHU de Rouen **le premier SAU de France** en termes d'affluence. Il possède aussi **le ratio patient par soignant le plus haut de France**¹¹(ANNEXE 2).

Toujours d'après le bilan interne, 70.5% de ces patients repartaient des urgences après la fin de leur prise en charge (appelés « patients externes »). Les autres 29.5% étaient hospitalisés.

La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), dans une enquête nationale de 2014¹⁸ retrouvait une proportion de

patients hospitalisés de 20%, soit un tiers inférieur à celui des Hôpitaux de Rouen. La gravité des patients rouennais semble donc légèrement supérieure à la moyenne nationale.

c) L'organisation du SAU

Le SAU du **CHU** de Rouen est réparti sur deux sites : l'Hôpital Charles Nicolle (**HCN**), site principal, et l'Hôpital Saint Julien.

Le SAU adultes de Charles Nicolle (78 309 passages) est composé de plusieurs secteurs :

- Infirmière d'Accueil et d'Orientation (**IAO**) : 4 lits.
- Urgences médicales et « circuit court (médical) » : 36 lits.
- Urgences chirurgicales : 20 lits.
- Unité de Soins Continus (**USC**) ou « déchoquage » : 11 lits.
- Unité d'Hospitalisation et de Courte Durée (**UHCD**) : 16 lits.

Le SAU de Saint Julien (23 326 passages), hôpital de proximité, accueille les urgences médicales et chirurgicales, adultes et pédiatriques sur 15 lits.

Au total sur 24h, treize urgentistes seniors sont nécessaires au fonctionnement du SAU.

A l'accueil de Charles Nicolle officient un Médecin Généraliste (**MG**), un médecin régulateur de tri (**MRT**) et des IAO.

L'IAO a pour rôle de donner un score de gravité à chaque patient selon la Classification Infirmière des Maladies d'Urgence (**CIMU**) ou la Classification Clinique des Maladies d'Urgence (**CCMU**). Le CHU de Rouen utilise la CIMU, qui va du score 1 (gravité absolue) au score 5 (consultation non urgente).

Apparues pour la première fois en Australie dans les années 70 (sous le nom de *National Triage Scale*, puis d'*Australian Triage Scale*), ces échelles comportent en général cinq niveaux de priorité de prise en charge (immédiat, très urgent, urgent, moins urgent et non urgent)¹⁹ qui indiquent à l'équipe médicale le degré d'urgence et la gravité du motif de consultation du patient.

Le courrier médical est primordial dans le tri du malade, car ses informations sont prises en compte dans le score de gravité. Par exemple, « purpura fulminans » permet d'attribuer au patient le score 1.

Bien qu'une étude ait démontré qu'il n'a pas d'impact sur la qualité du tri initial¹⁹, d'autres travaux ont mis en lumière le fait que la présence du courrier était lié à une gravité plus importante²⁰⁻³⁻²¹.

L'IAO va ensuite orienter le patient dans le secteur approprié du SAU, ou le confier au médecin généraliste des urgences en cas de motif de consultation non urgent.

L'accueil et l'orientation se réalisent dans la demi-heure pour 90% des patients²². Et 70% sont vus dans l'heure²², et 91% dans les deux heures²⁰.

Le MRT, fonction instaurée au CHU de Rouen depuis début 2013, a pour rôle de coordonner le tri et l'orientation des patients. En cas d'un besoin de prise en charge immédiate, il est en première ligne pour intervenir avant même que le patient ne soit installé dans un box du SAU.

d) Les horaires des secteurs

Les horaires de jour, dit heures ouvrées, sont : 8h30-18h30 en semaine, et 8h30-13h le samedi.

Les horaires de garde sont : 18h30-8h30 du lundi au vendredi, 13h-8h30 le samedi et une garde de 24h le dimanche commençant à 8h30.

Les courriers médicaux sont d'autant plus précieux lorsque le patient arrive aux urgences sur les horaires de garde pendant lesquelles le médecin libéral ne sera pas joignable.

D. Éthique et déontologie

La médecine d'urgence nécessite des relations amicales, apaisées et confraternelles avec la médecine libérale, tout en respectant les règles de bonnes pratiques déontologiques inhérentes à la transmission du dossier médical.

Le but de notre travail n'est bien évidemment pas de critiquer le travail des médecins libéraux en soulignant les éventuelles lacunes des lettres d'adressage.

Nous sommes conscients de la difficulté des conditions de rédaction qu'ils peuvent rencontrer.

En effet, rédiger dans l'urgence ou lors d'une visite chez son patient, une lettre contenant toutes les informations utiles, et sans disposer du dossier médical est une situation peu idéale.

Cependant, nous réalisons aussi l'importance du courrier médical. C'est la raison pour laquelle nous voulons objectiver la réalité de la qualité de son contenu et mettre en lumière les désidératas des urgentistes afin de permettre une amélioration de la communication entre ces deux parties.

E. Objectif de l'étude

L'objectif de notre étude est double :

- Analyser la qualité des lettres reçues actuellement au SAU.
- Identifier les critères importants d'une lettre optimale selon les urgentistes afin de proposer une lettre type.

Pour répondre à ce double objectif, notre étude comprendra donc deux parties distinctes :

- Analyse de la qualité de la lettre d'adressage.
- Enquête d'opinion auprès des urgentistes.

II. Matériel et Méthodes

A. Analyse de la lettre d'adressage

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective descriptive transversale mono centrique ayant eu lieu au SAU de l'hôpital Charles Nicolle du 6 au 26 juillet 2015.

Pour des raisons logistiques, le site de Saint Julien n'a pas été inclus.

2. Intervention

Après avoir pris connaissance des recommandations du **CNOM**¹ et de la Haute Autorité de Santé (**HAS**)¹⁰, nous nous sommes intéressés aux travaux de thèse qui avaient enquêté sur l'opinion des urgentistes concernant les critères qu'ils jugeaient importants de voir figurer dans une lettre d'adressage^{23_24_25_26}.

Nous avons ainsi mis en avant 20 critères permettant de réaliser une note sur 20.

Dix-sept critères recueillaient un score de 1 point en cas de présence, et 0 en cas d'absence. Ils sont :

- L'adresse du médecin adressant.
- Date de la lettre.
- Nom, prénom, sexe et âge du patient.
- Allergies médicamenteuses.
- Mode De Vie (**MDV**).
- Traitement : nom, dosage, posologie.
- Histoire De la Maladie (**HDM**).
- Examens complémentaires.
- Nouveau traitement (ou adaptation d'un ancien traitement) en lien avec le problème aigu.
- Mention du nom du médecin traitant (**MT**).
- Diagnostic suspecté.
- Raison d'adressage du patient au SAU.

Trois critères récoltaient le score de 1 point s'ils étaient mentionnés de façon complète, 0.5 point de façon partielle, et 0 si absent. Il s'agissait de :

- Antécédents (**ATCD**).
- Examen clinique.
- Constantes.

Le statut du médecin rédacteur (médecin traitant, médecin remplaçant (**MR**), SOS Médecins, Autre médecin), critère reconnu indispensable par la littérature, ne participait pas à la note car c'était notre variable explicative.

La mention précisée dans la lettre de l'absence d'un critère (exemple : « pas d'ATCD », « pas d'allergie ») était prise en compte et équivalait à sa présence.

Nous avons ensuite construit un questionnaire (**ANNEXE 3**), qu'on appellera « questionnaire SAU », qui explorait en plus des 20 critères précédents d'autres points qualitatifs de la lettre mais non retenus dans la note sur 20 :

- Motif de consultation chez le médecin adressant.
- Vaccin anti tétanique (**VAT**).
- Intoxications (alcool, tabac, drogues).
- Type de courrier.
- Lisibilité.
- Qualité subjective de la lettre.
- Présence de sous-entendu.
- Lecture du courrier par le patient.
- Appel du médecin rédacteur par l'urgentiste.

Nous serons désignés pour la suite en tant que « investigateur principal » (**IP**). Et notre directeur de thèse « investigateur adjoint » (**IA**).

Du 6 au 26 juillet 2015, 24h/24 et 7 jours/7, les IAO avaient pour consigne de joindre, après y avoir accolé une étiquette d'identification du patient, un questionnaire à chaque dossier de patient qui se présentait au SAU avec une lettre de médecin.

Le médecin urgentiste ou l'interne, à l'issue de sa prise en charge, remplissait le questionnaire et le remettait soit dans le dossier du patient si celui-ci était sortant, soit directement dans le bac de sortie si le patient était hospitalisé.

Chaque matin, l'IP récupérait tous les dossiers et questionnaires des bacs au secrétariat, et vérifiait que chaque dossier avec lettre avait bien un questionnaire rempli. Sinon, il remplissait lui-même le questionnaire.

Tous les questionnaires ont ensuite été saisis sur le logiciel Excel 2007.

3. Critères d'inclusion et de non inclusion

Étaient inclus tous les patients venus au SAU avec une lettre de médecin durant la période d'inclusion.

Les critères de non inclusion concernaient :

- Les patients venus avec des courriers rédigés par des professionnels paramédicaux (Infirmière, kinésithérapeute etc.).
- Les courriers jugés illisibles.

4. Analyse statistique

Les données seront décrites en utilisant les paramètres descriptifs habituels : moyenne, médiane et espace interquartile pour les variables quantitatives; effectif et pourcentage pour les variables qualitatives.

Pour les variables de nature qualitative, la comparaison des groupes a été réalisée à l'aide du test du **Chi2** ou de **Fisher exact**, selon les effectifs.

Pour les variables quantitatives, la comparaison des groupes a été réalisée soit par le **test de Student** s'il y avait deux groupes, soit par une **ANOVA** s'il y avait plus de deux groupes.

La validité du test ANOVA a été vérifiée par le **test de Levene**.

En cas de significativité lors d'une comparaison de plus de deux groupes d'une variable quantitative, une analyse post hoc via le **test de Tukey** sera menée.

Pour gérer les données manquantes, une **analyse de sensibilité** a été menée selon trois méthodes différentes :

- En cas d'item manquant, on rapporte le score au nombre d'items restant (méthode 1, méthode de référence).
- En cas d'item manquant, on compte comme un 0 (méthode 2).
- En cas d'item manquant, on compte comme un 1 (méthode 3).

L'analyse de chaque critère en fonction du type de médecin a été menée en appliquant la **correction de multiplicité des tests** selon la méthode de Holm.

Le logiciel **R version 3.1.2** a été utilisé pour réaliser toutes les analyses avec un **risque de première espèce** fixé à **5%**.

5. Critères de jugement

a) Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est la note moyenne globale des lettres.

b) Critères de jugement secondaire

Les critères de jugement secondaires sont :

- La note moyenne des lettres par type de médecin.
- La note et la lisibilité par type de lettre.

B. Enquête d'opinion auprès des urgentistes

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective descriptive transversale multi centrique ayant eu lieu du 4 août au 4 septembre 2015 auprès de tous les SAU des CHU de la métropole Française.

2. Intervention

Dans le but de connaître l'avis des urgentistes quant aux informations utiles et indispensables d'une lettre d'adressage type, nous avons constitué un formulaire numérique (**ANNEXE 4**) via la plateforme *Google Forms* composé des 20 critères de notre note, de trois autres critères qualitatifs de notre questionnaire SAU (motif de consultation chez le médecin adressant, VAT et intoxications) et de quelques autres critères pouvant être retrouvés dans une lettre. Au total, 27 critères étaient présents dans le questionnaire dit « enquête d'opinion ».

Puis, nous avons contacté les 43 hôpitaux de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (**AP-HP**) et les 34 CHU de province afin que soit diffusée notre enquête d'opinion, à l'ensemble des urgentistes travaillant dans leur établissement.

Nous avons aussi pu mettre à disposition notre enquête auprès des SAU du Havre et d'Evreux.

Les réponses obtenues étaient enregistrées de manière anonyme sur la plateforme *Google Forms*.

3. Critères d'inclusion et de non inclusion

Le critère d'inclusion était : tout médecin urgentiste travaillant dans un SAU de la métropole et recevant le questionnaire.

Le critère d'exclusion était : tout médecin urgentiste ayant une activité exclusivement dédiée au Service Mobile D'Urgence et de Réanimation (**SMUR**).

4. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est le taux de chaque critère. Le seuil retenu pour qualifier un critère d'important était de 70%. Et 90% le seuil pour un critère indispensable.

Ces seuils ont été retenus par détermination graphique après synthèse des résultats (**ANNEXE 5**)

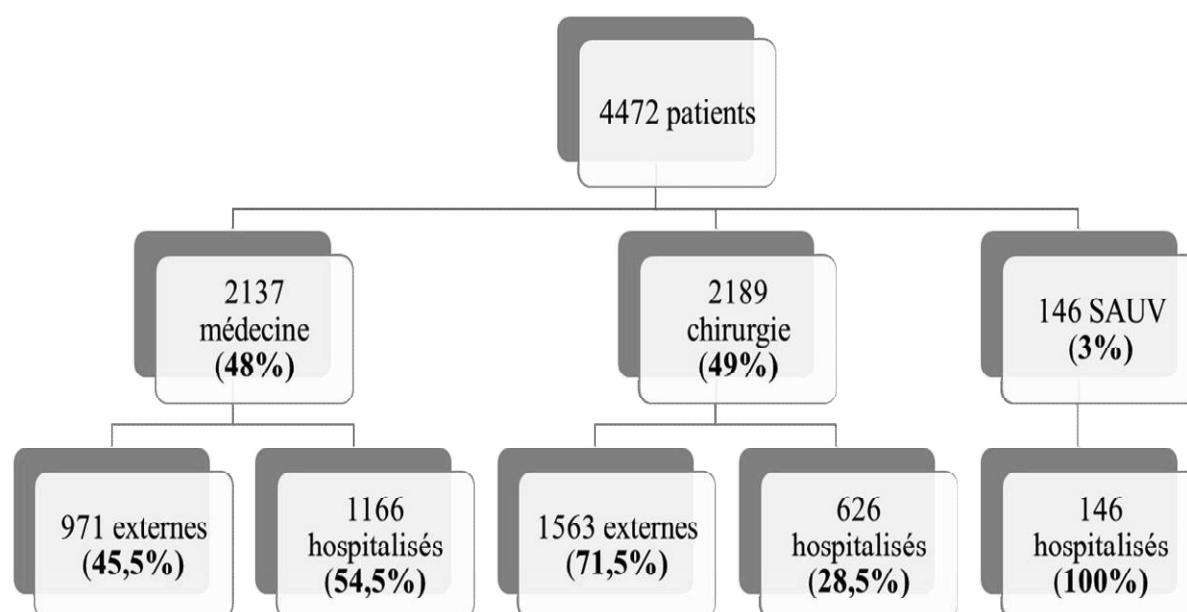
III. Résultats

A. Analyse de la lettre d'adressage

1. Nombre de passages

Du 6 au 26 juillet, il y a eu **5.929 passages sur les deux sites**, dont 2122 hospitalisés et 3807 patients externes, soit un **taux d'hospitalisation de 36%**, qui confirme bien la tendance selon laquelle le taux d'hospitalisation du CHU de Rouen est supérieur à la moyenne nationale¹⁸.

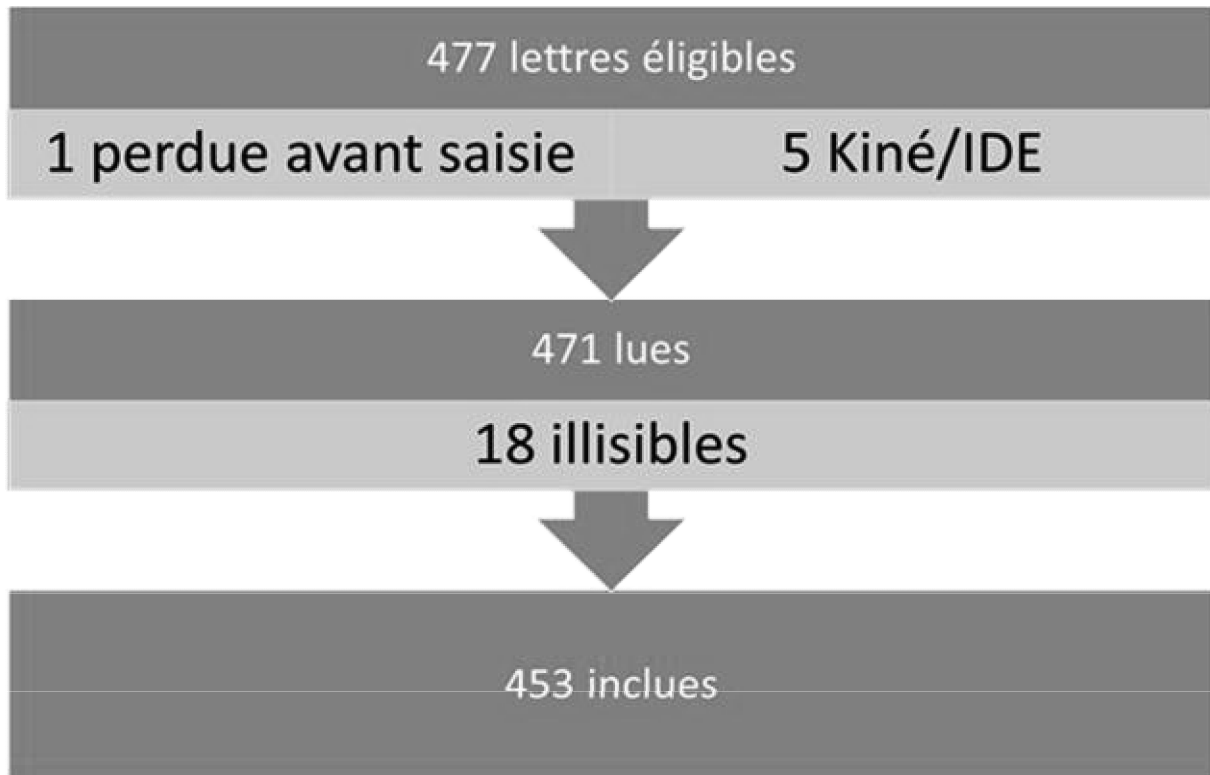
Après exclusion des patients vus sur le site de St Julien et des patients vus par le MG du SAU du site Charles Nicolle, il y a eu **4.472 passages** qui ont été vus dans les secteurs médico-chirurgicaux du site Charles Nicolle sur la période d'inclusion, dont 1938 hospitalisations et 2534 patients externes, soit un **taux d'hospitalisation de 43.5% sur le site Charles Nicolle**.



60% des patients hospitalisés (1166 sur 1938) sont des patients de médecine. Et 62% des patients externes (1563 sur 2534) sont des patients de chirurgie.

2. Population incluse

Pendant la période d'inclusion, nous avons recueilli 477 lettres.



Au total, **453 lettres** ont été **analysées**, soit un **taux d'inclusion de 95%**.

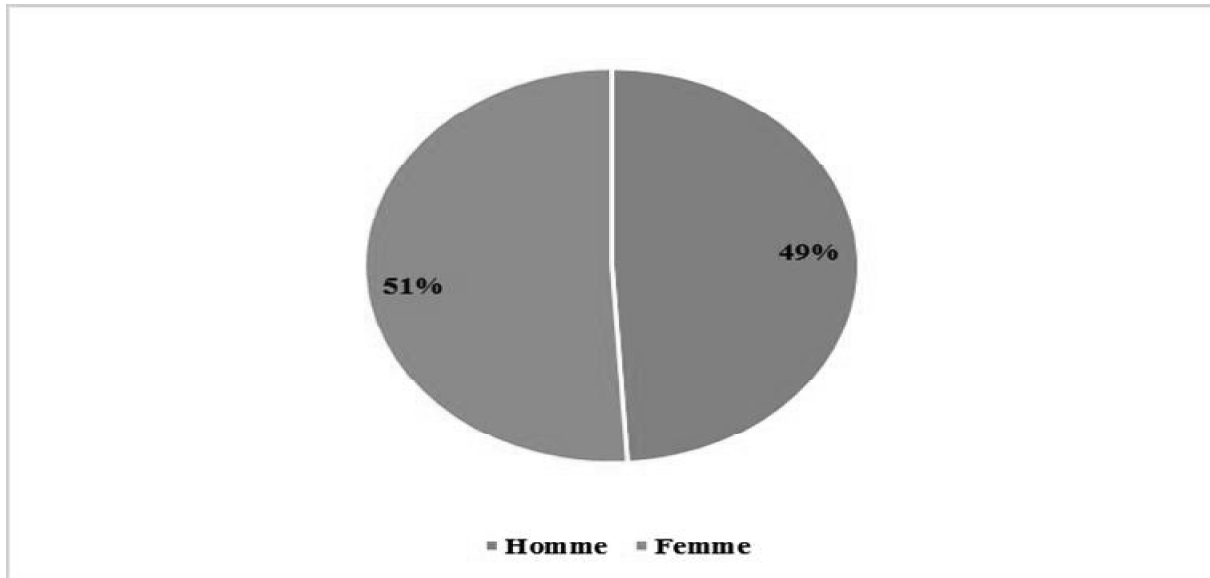
Le **taux d'adressage par un médecin** (472 lettres sur 4472 passages) était donc de **10.5%**.

3. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques de la population.

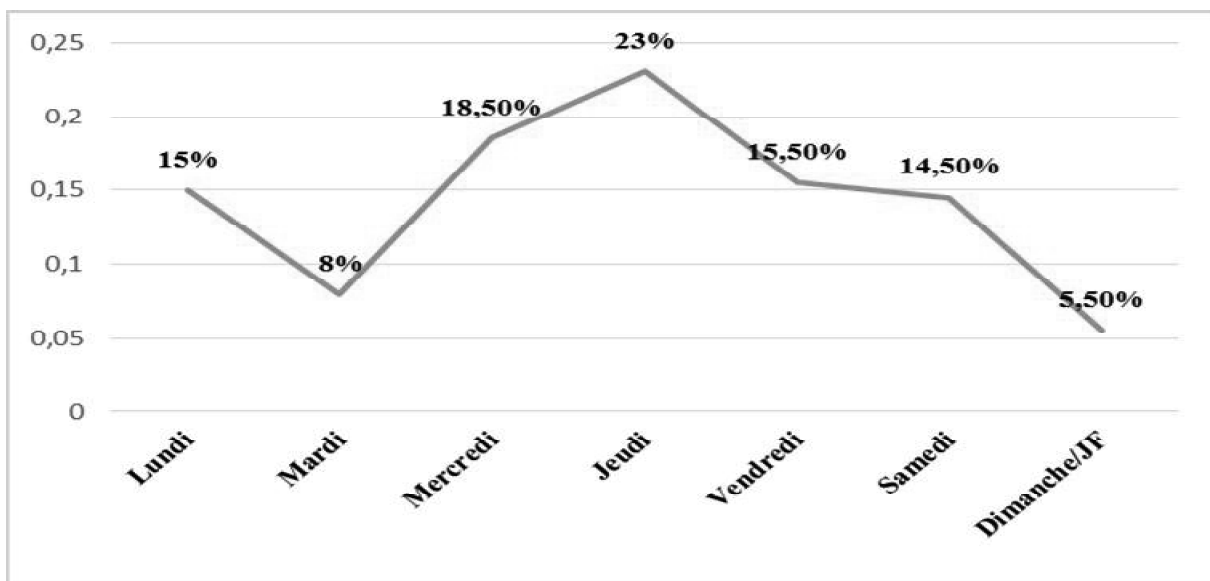
| | Population globale n=453 |
|--|-----------------------------|
| Sexe n(%) | |
| Homme | 222 (49%) |
| Femme | 231 (51%) |
| Age | |
| Moyenne(médiane) | 58,83(59) |
| [Interquartile] | [42-78] |
| Jour de semaine n(%) | |
| Lundi | 67 (15%) |
| Mardi | 38 (8%) |
| Mercredi | 84 (18,5%) |
| Jeudi | 104 (23%) |
| Vendredi | 70 (15,5%) |
| Samedi | 66 (14,5%) |
| Dimanche/Jour férié (JF) | 24 (5,5%) |
| Horaires n=300 (%) | |
| Ouvrés | 166 (55,5%) |
| Garde semaine | 91 (30,5%) |
| Garde week-end/JF | 43 (14%) |
| Orientation n(%) | |
| Médecine | 268 (59%) |
| Chirurgie | 176 (39%) |
| SAUV | 9 (2%) |
| Statut du répondant au questionnaire n=435(%) | |
| Sénior | 148 (34%) |
| Interne | 113 (26%) |
| Investigateur Principal | 174 (40%) |
| Type de Médecin n=450 (%) | |
| Médecin traitant (MT) | 271 (60%) |
| Médecin Remplaçant (MR) | 60 (13,5%) |
| SOS Médecin | 25 (5,5%) |
| Autre | 94 (21%) |

a) Sexe



La répartition des sexes est quasiment homogène, puisque les femmes sont représentées à 51% et les hommes à 49%.

b) Jour de semaine

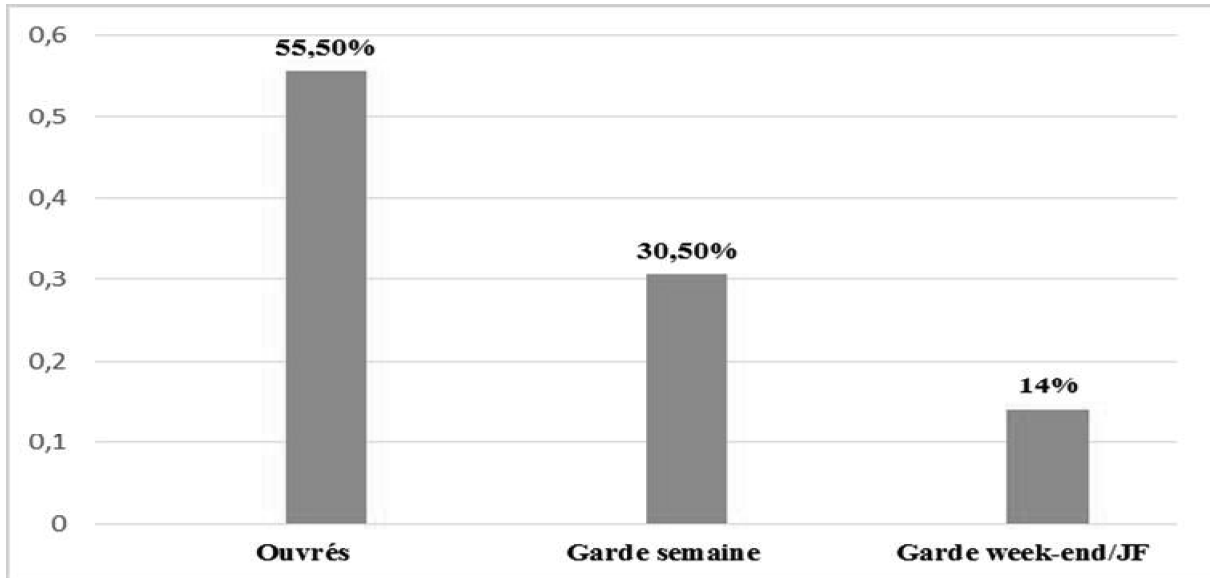


Le pic d'affluence de patients avec lettres au cours de notre étude était le jeudi, suivi du mercredi.

Mardi est sous représenté car mardi 14 juillet était férié, faisant ainsi un mardi ouvré de moins par rapport aux autres jours de semaine.

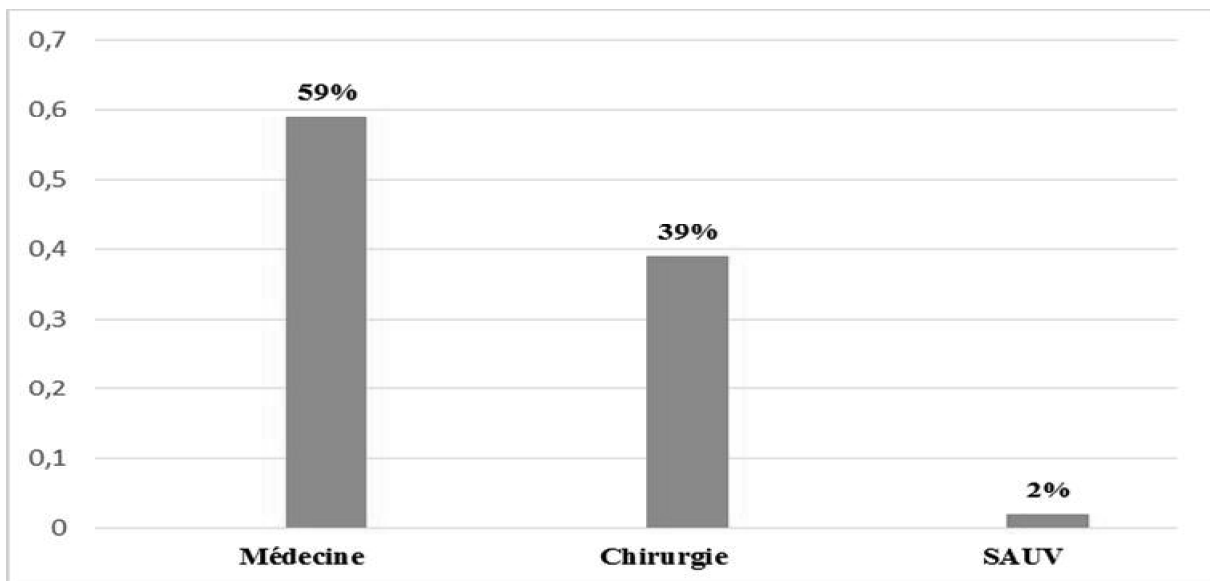
Nous avons recueilli moins de lettres les jours de week-end.

c) Horaires



Les heures ouvrées étaient la période la plus représentée avec 55.5%. Un peu moins du tiers des lettres a été reçue pendant les gardes de semaine (30.5%). Les horaires de garde du weekend voyaient arriver peu de lettres (14%).

d) Orientation des patients

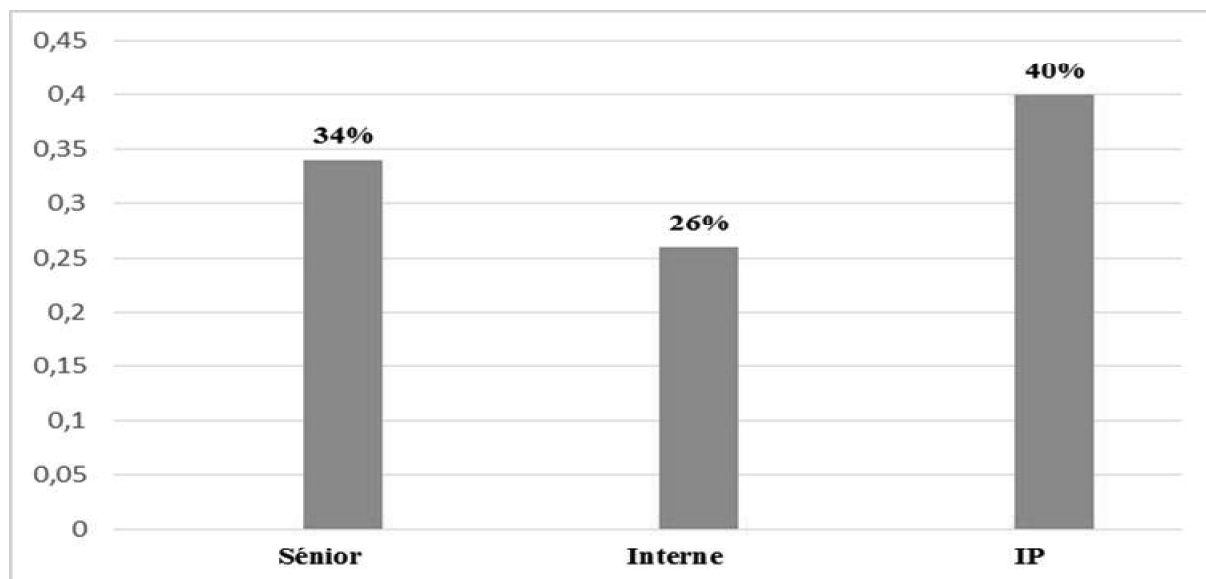


« Médecine » était l'orientation majeure de nos patients, avec 59%. « Chirurgie » en voyait arriver 39%, et le SAUV n'avait qu'une infime proportion, avec seulement 2%.

Il y avait significativement plus de femmes que d'hommes en médecine (65% vs 53%), et donc plus d'hommes que de femmes en chirurgie (44% vs 34%); **p=0.01.**

Les patients de médecine (61ans) étaient significativement plus âgés que ceux de chirurgie (56.65ans) ; $p=0.03$

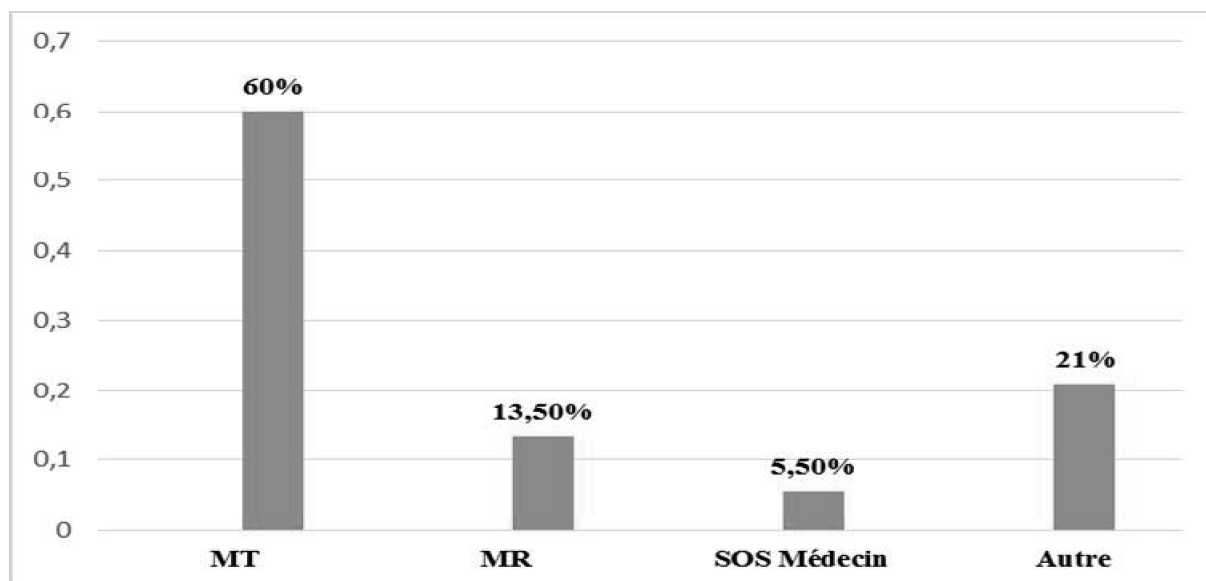
e) Statut du répondant au questionnaire



L'IP était celui qui avait rempli le plus de questionnaires, permettant ainsi à un grand nombre de lettres de ne pas passer inaperçues.

Les séniors des urgences (34%) ont rempli plus de questionnaires que leurs internes (26%). Cependant, 55% (n=81) des questionnaires « sénior » ont été remplis par l'IA.

f) Type de médecin

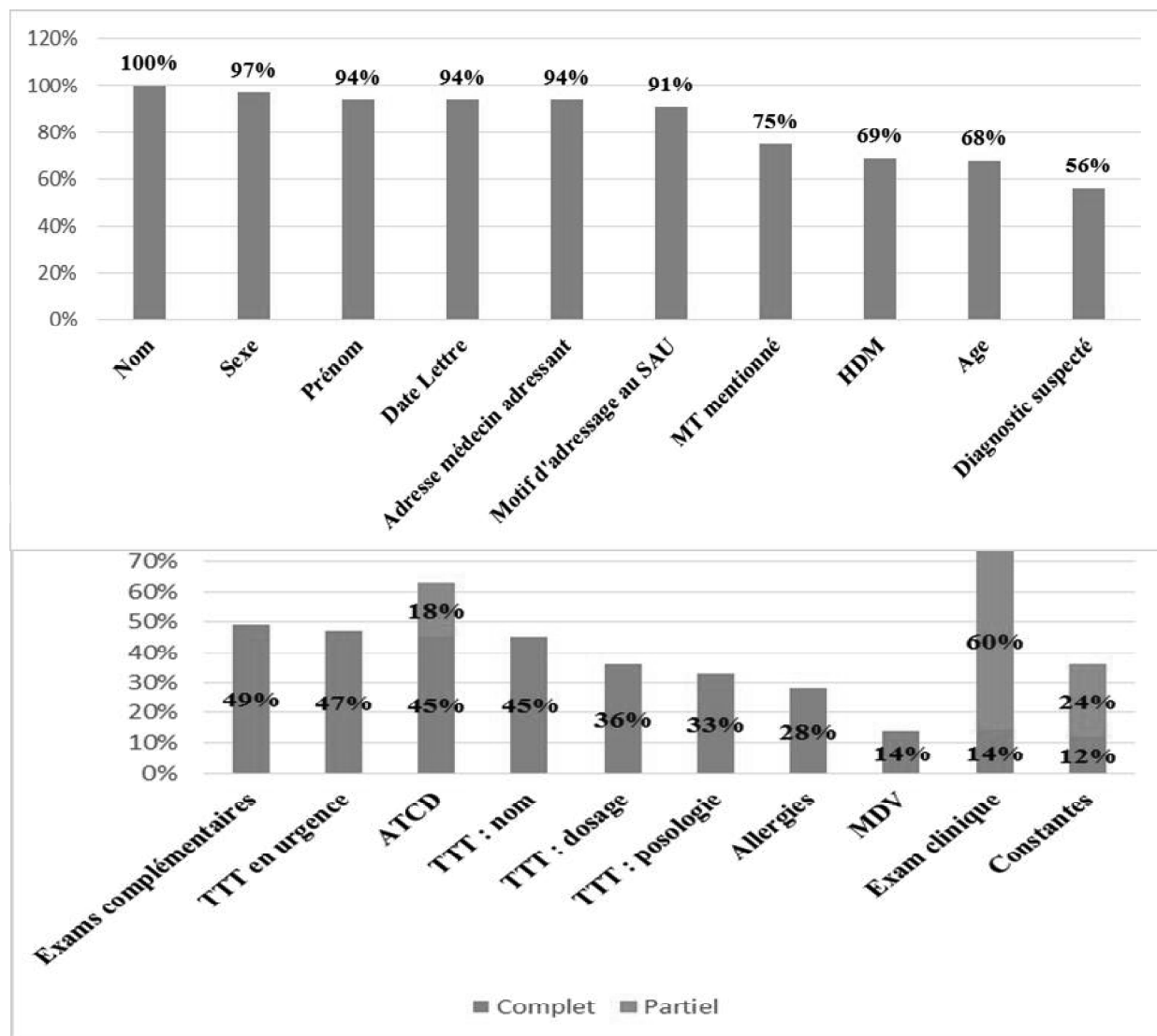


Le MT domine l'échantillon avec 60% des lettres rédigées. Les médecins « Autre » (hôpital psychiatrique, maison médicale, cliniques, spécialistes

libéraux etc.) viennent ensuite avec 21%. Les MR sont représentés à 13.5%. Enfin, SOS médecins ne touche que 5.5% de notre effectif.

4. Analyse qualitative des lettres

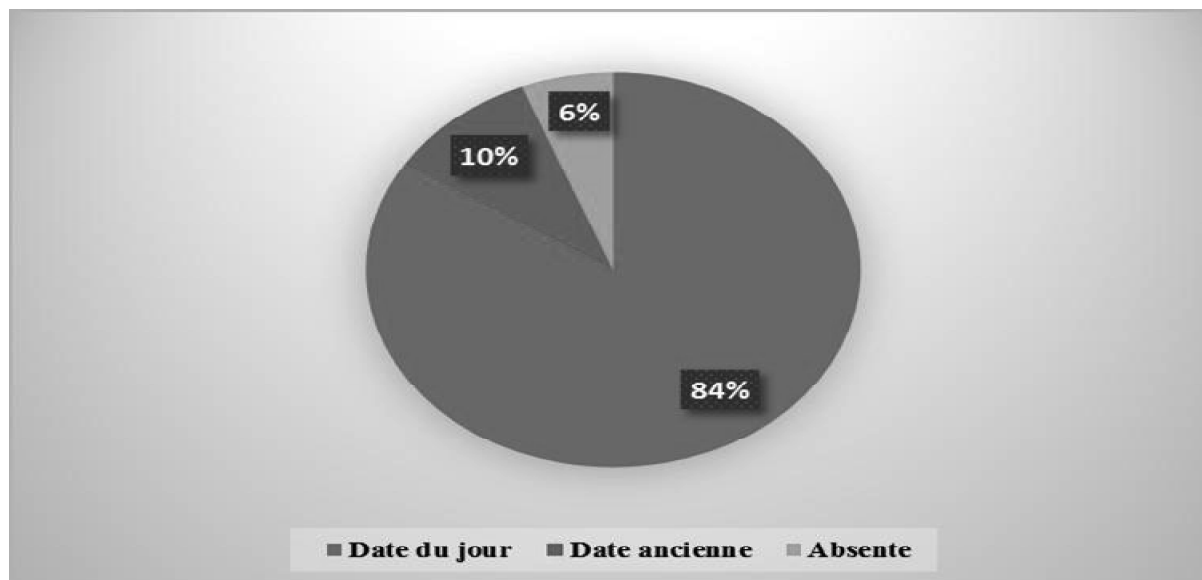
a) Présence globale des critères



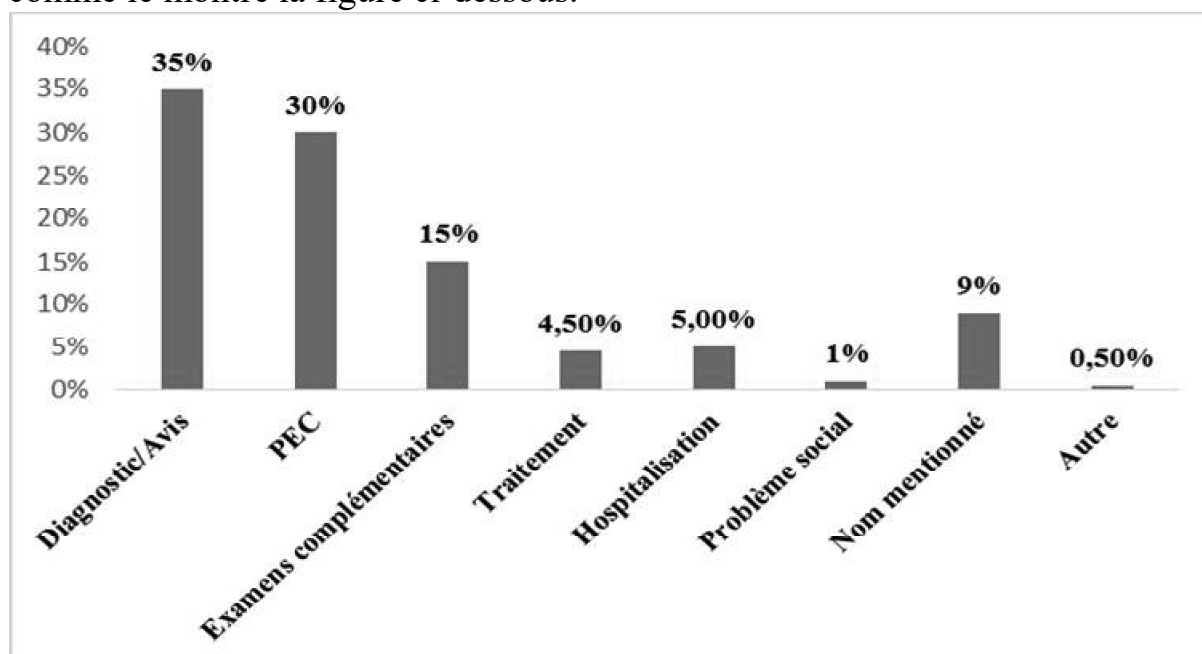
Le nom était toujours présent (100%). Le sexe (97%) l'était presque tout autant.

Le prénom, la date de la lettre et l'adresse du médecin adressant étaient fortement mentionnés (94%).

Concernant la date de la lettre, c'était soit la date du jour (84%) soit une date ancienne (10%, Cf. figure ci-après).



Le motif d'adressage au SAU était présent à 91 %, avec des demandes diverses, comme le montre la figure ci-dessous.



La mention du MT était présent trois fois sur quatre (75%). HDM et âge étaient presque équivalents avec respectivement 69% et 68%.

Le diagnostic suspecté apparaissait dans 56% des cas.

Les examens complémentaires faits en pré hospitalier étaient mentionnés moins d'une fois sur deux (49%), de même que le traitement (TTT) en urgence (47%).

Les ATCD étaient donnés de manière complète dans 45%, et de façon partielle dans 18%, soit un taux de présence globale de 63%.

Le nom du traitement habituel (ou absence de traitement) était noté dans 45%, le dosage dans 36% et la posologie dans 33%.

Seules 110 lettres, soit 24%, mentionnaient les trois informations ensemble.

Les allergies étaient notées un peu plus d'une fois sur quatre (28%).

Le MDV était rarement noté (14%)

L'examen clinique était principalement noté de manière partielle (60%), et très peu de façon complète (14%), soit une présence à 74% au total.

Les constantes apparaissaient surtout de façon succincte (24%), et parfois complètes (12%), soit 36% en tout.

b) Note globale des lettres selon les trois méthodes d'analyse de sensibilité

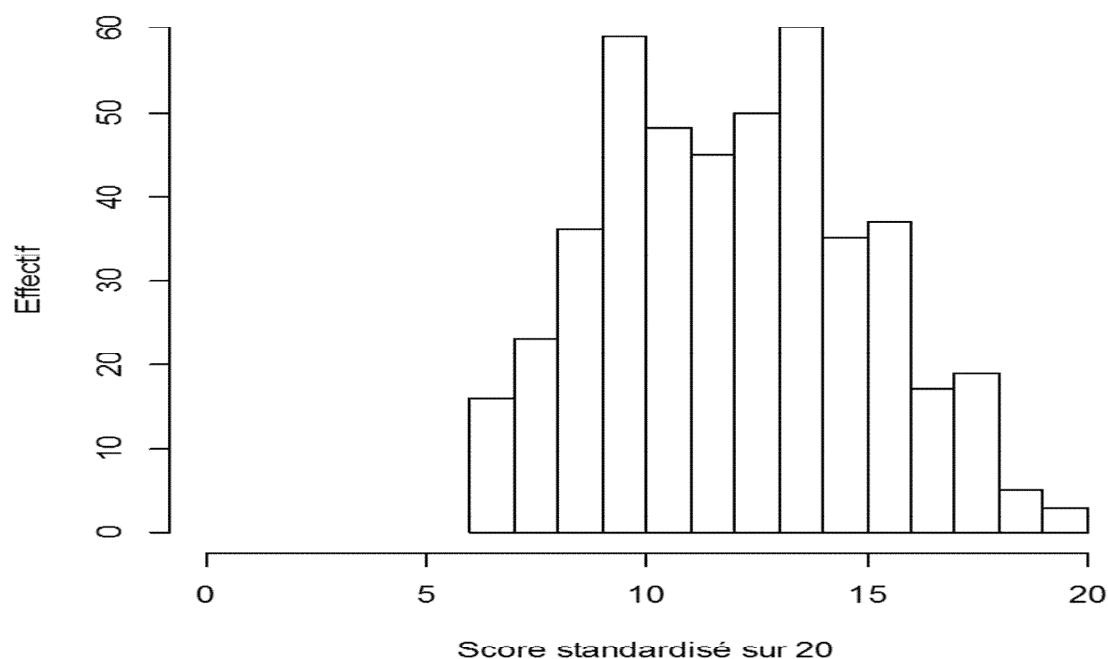
Tableau 2. Note moyenne globale selon les trois méthodes.

| | Méthode 1 | Méthode 2 | Méthode 3 | p |
|--------------------|------------------|------------------|------------------|----------|
| Note sur 20 | | | | NS |
| Moyenne (médiane) | 12,28 (12) | 12,11 (12) | 12,34 (12) | |
| Interquartile | [10-14,5] | [10-14,5] | [10-14,5] | |

Il n'y avait pas de différence significative selon les méthodes. Pour le reste, de l'étude, nous conserverons donc la méthode de référence, qui est la méthode 1.

Nos lettres avaient donc une **note moyenne** de **12.28**. Et la moitié d'entre elles avaient entre 10 et 14.5.

Histogramme des scores



Les notes allaient de 6 (n=15) à 20 (n=3).

La distribution était pratiquement bimodale avec deux pics quasi équivalents à 9 et 13.

41 lettres (9%) avaient au moins une ou plusieurs données manquantes.

Il y avait en tout 106 réponses manquantes sur 9060 possibles, soit seulement **1,2% de données manquantes**.

c) Note moyenne en fonction du type de médecin

Tableau 3. Note moyenne en fonction du type de médecin.

| | Population globale n=453 | MT n=271 | Médecin Remplaçant n=60 | SOS Médecins n=25 | Autre Médecin n=94 | p |
|--------------------|-----------------------------|---------------|----------------------------|----------------------|-----------------------|--------------|
| Note sur 20 | | | | | | 0,031 |
| Moyenne (médiane) | 12,28 (12) | 12,37 | 13,08 | 12,2 | 11,54 | |
| IC 95% | | [12,02-12,73] | [12,25-13,91] | [11,2-13,2] | [10,94-12,14] | |

Le MR avait la meilleure note, avec 13.08. Ensuite, c'était le MT qui arrivait deuxième avec une note de 12.37. SOS Médecins était troisième avec 12.2. Enfin, les médecins « Autre » clôturaient le classement avec une note de 11.54.

On observait une différence significative globale entre les quatre notes ($p=0.03$).

Une analyse post hoc via le **Test de Tukey** a donc été menée afin de faire des comparaisons 2 à 2 pour retrouver où se situait la significativité.

On retrouvait ainsi une différence significative uniquement entre le groupe des MR et les médecins « Autre » ($p=0.009$).

d) Présence des critères en fonction du type de médecin.

Nous avons voulu identifier les critères discriminants de la note.

L'analyse de la présence de chaque critère en fonction du type de médecin a donc été menée, révélant ainsi les critères ayant une présence significativement différente en fonction de l'identité du rédacteur: Ils sont au nombre de trois :

- L'adresse du médecin adressant.
- Les constantes.
- La mention du MT.

Pour une meilleure clarté, seuls ces trois critères significatifs seront détaillés.

Tableau 4. Critères discriminants dans la note.

| | Population globale n=450 | MT n=271 | Médecin Remplaçant n=60 | SOS Médecin s n=25 | Autre Médecin n=94 | p |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| Adresse médecin adressant n(%) | | | | | | $p < 10^{-12}$ |
| Non | 28 (6%) | 0 | 2 (3,5%) | 7 (28%) | 19 (20%) | |
| Oui | 422 (94%) | 271 (100%) | 58 (96,5%) | 18 (72%) | 75 (80%) | |
| Constantes n(%) | | | | | | $p < 10^{-6}$ |
| Non | 396 (88%) | 255 (94%) | 51 (85%) | 13 (52%) | 77 (82%) | |
| Oui | 54 (12%) | 16 (6%) | 9 (15%) | 12 (48%) | 17 (18%) | |
| MT mentionné n(%) | | | | | | $p < 10^{-69}$ |
| Non | 110 (24,5%) | 1 (0,5%) | 10 (16,5%) | 23 (92%) | 76 (81%) | |
| Oui | 340 (75,5%) | 270 (99,5%) | 50 (83,5) | 2 (8%) | 18 (19%) | |

Concernant l'adresse du médecin adressant, le **MT** la mentionnait toujours (**100%**), et le **MR** presque tout le temps (**96.5%**). **SOS Médecins** la mentionnait moins de trois fois sur quatre (**72%**), et les **médecins « Autre »** quatre fois sur cinq (**80%**). La différence de mention de l'adresse était significative ($p < 10^{-12}$).

Pour les constantes, elles étaient rarement données par le **MT (6%)** et très peu par le **MR (15%)**. **SOS médecins** les précisaient presque une fois sur deux

(48%), tandis que les **médecins « Autre »** les mentionnaient un peu moins d'une fois sur cinq (18% ; $p < 10^{-6}$).

Enfin, la mention du nom du MT était le critère le plus discriminant, avec un $p < 10^{-69}$. Le **MT** était toujours identifié lorsque c'est lui-même qui adressait le patient (99.5%). L'exception de l'échantillon semblant être une anomalie). Les correspondances du **MR** identifiaient plus de quatre fois sur cinq le **MT** (83.5%). **SOS Médecins** (8%) et les **médecins « Autre »** (19%) identifiaient très peu le **MT** dans leurs courriers.

Bien que ce critère fasse partie de notre liste des 20 critères reconnus comme importants par la littérature, il est évident que sa présence produit un biais. Il est alors intéressant d'analyser les notes après éviction de ce critère, tout en ramenant la note des lettres sur 20, pour une meilleure comparaison avec le début de l'analyse et avec la littérature.

e) Note moyenne en fonction du type de médecin sans le critère « mention du MT »

Tableau 5. Note moyenne en fonction du type de médecin sans le critère "MT mentionné".

| | Population globale n=453 | MT n=271 | Médecin Remplaçant n=60 | SOS Médecins n=25 | Autre Médecin n=94 | p |
|--------------------|-----------------------------|-------------|----------------------------|----------------------|-----------------------|------|
| Note sur 20 | | | | | | 0,78 |
| Moyenne (médiane) | 11,76 | 11,96 | 12,88 | 12,75 | 11,93 | |

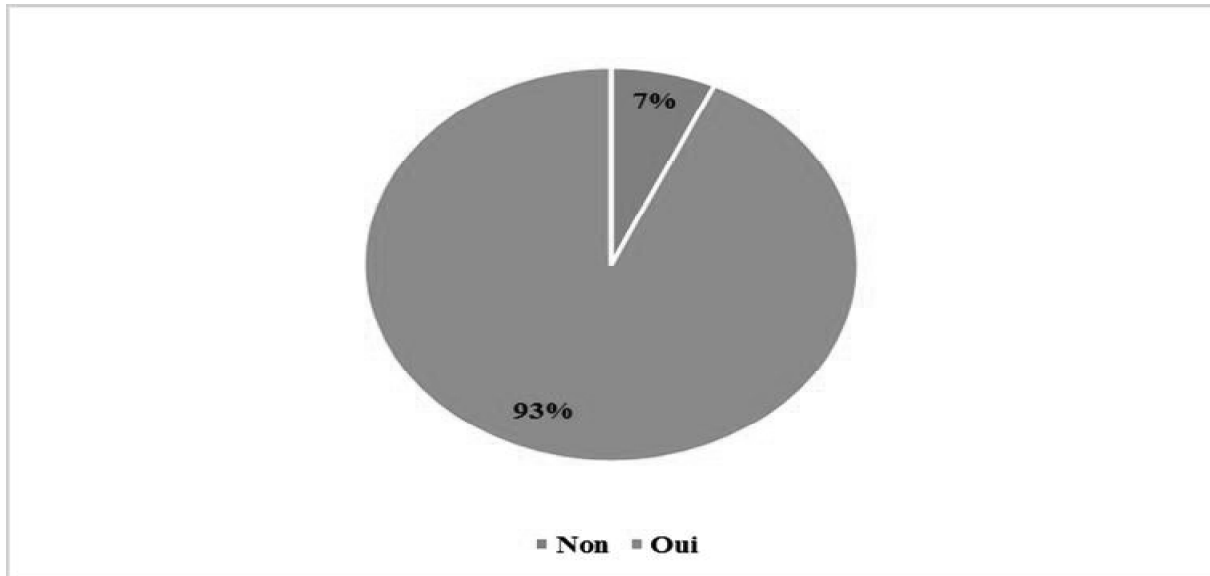
Notre note moyenne globale baisse à **11.76**. Le **MR** a toujours la meilleure moyenne, avec 12.88. Cette fois, c'est **SOS Médecins** qui arrive deuxième avec une note moyenne de 12.75. Le **MT** est troisième avec une note de 11.96. Puis, « médecin Autre » est toujours quatrième avec 11.93 de moyenne. Mais ici, il n'y avait pas de différence significative ($p=0.78$).

5. Autres critères de la lettre

Tableau 6. Autres critères informatifs de la lettre.

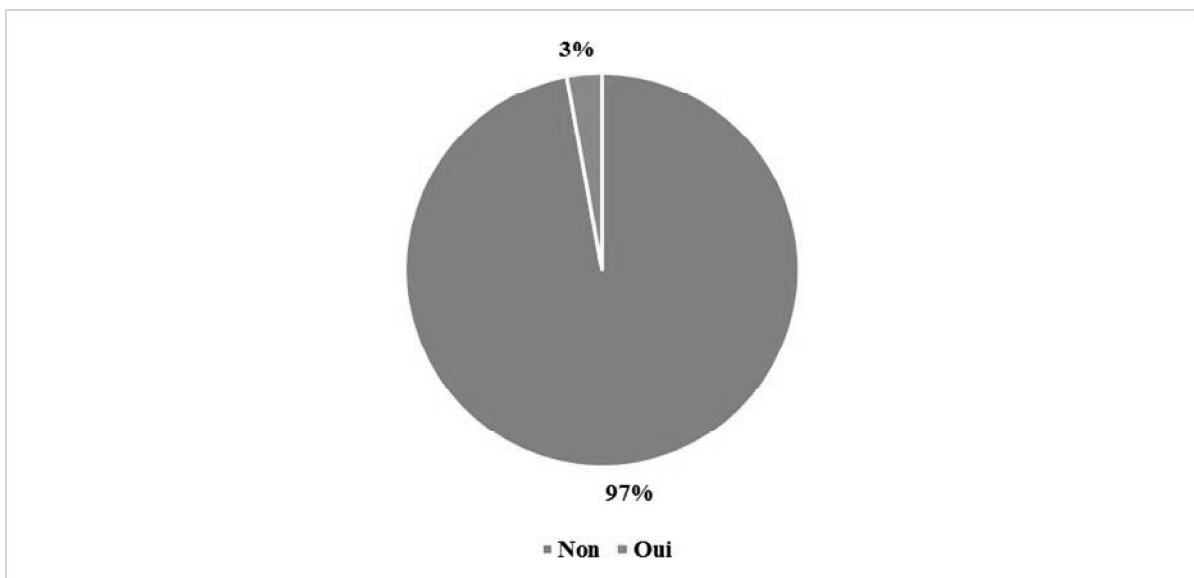
| | Population globale n=453 |
|---|-----------------------------|
| Motif de consultation n=452 (%) | |
| Non | 31 (7%) |
| Oui | 421 (93%) |
| VAT n=451 (%) | |
| Non | 438 (97%) |
| Oui | 13 (3%) |
| Intoxications n=447(%) | |
| Non | 406 (92%) |
| Oui | 41 (8%) |
| Type courrier n=451 (%) | |
| Manuscrit | 323 (71,5%) |
| Informatique | 126 (28%) |
| Pré rempli | 2 (0,5%) |
| Lisibilité n(%) | |
| Parfaite | 359 (79%) |
| Moyenne | 94 (21%) |
| Qualité subjective de la lettre n=268 (%) | |
| Très bonne | 28 (10,5%) |
| Bonne | 112 (42%) |
| Moyenne | 76 (28%) |
| Mauvaise | 40 (15%) |
| Très mauvaise | 12 (4,5%) |
| Sous entendu dans la lettre n=401 (%) | |
| Non | 363 (90,5%) |
| Oui | 38 (9,5%) |
| Lecture de la lettre par le patient n=263 (%) | |
| Oui | 37 (14%) |
| Non | 104 (39,5%) |
| Non mais connaît le contenu | 52 (20%) |
| Ne sait pas | 70 (26,5%) |
| Appel médecin n=266 (%) | |
| Non | 252 (95%) |
| Oui | 14 (5%) |
| Motif d'absence d'appel passé au Medecin adressant n=210 (%) | |
| Lettre suffisante | 130 (62%) |
| Cabinet fermé (horaires de garde) | 30 (14%) |
| Infos trouvées sur CDP2 | 29 (14%) |
| Autre | 21 (10%) |

a) Motif de consultation



La raison qui a amené le patient à consulter initialement un médecin en ville était pratiquement tout le temps mentionnée (93%).

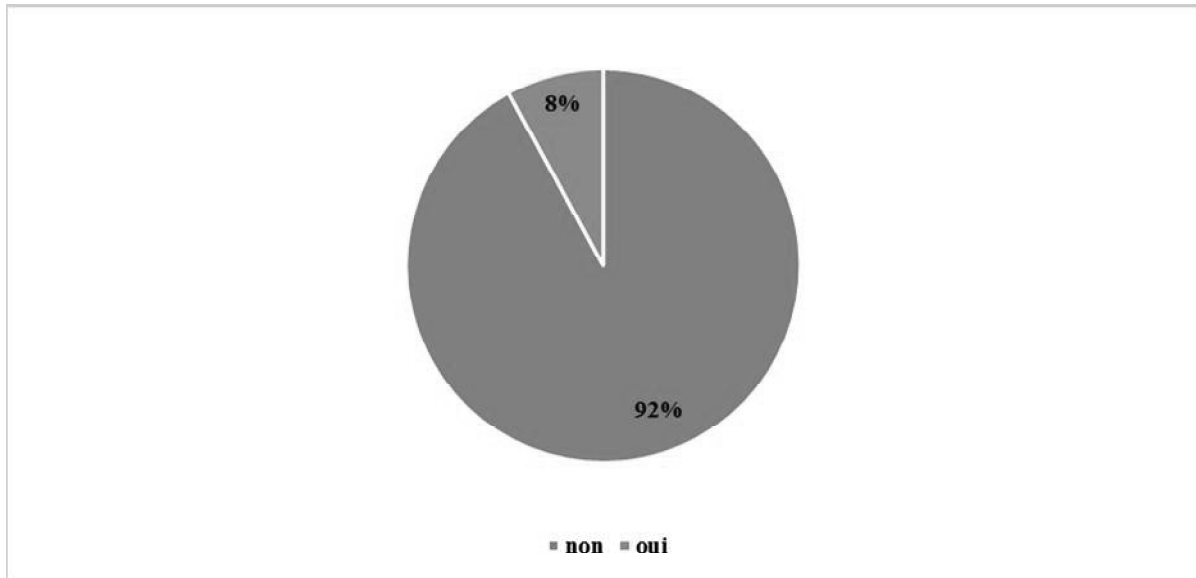
b) VAT



Le VAT n'était presque jamais mentionné (97%).

Mais lorsqu'il l'était, il l'était significativement plus en « chirurgie » qu'en « médecine » : 5.7% vs 0.75%, $p=0.002$.

c) Intoxications

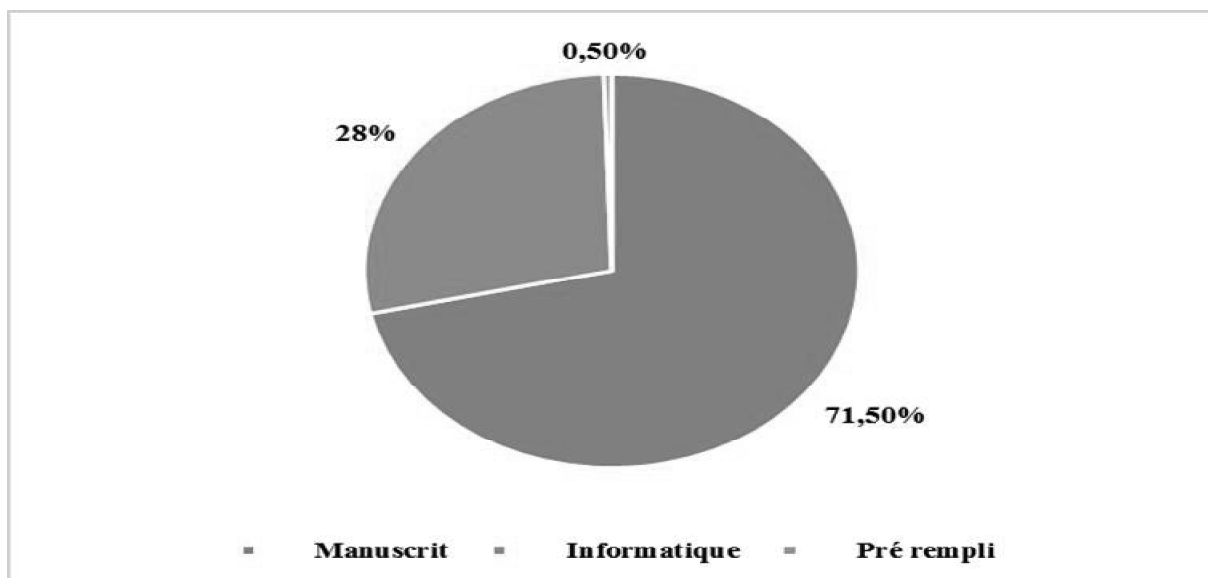


Elles n'étaient quasiment jamais mentionnées (92%).

Les rares fois où elles étaient présentes (8%, n=41), elles concernaient :

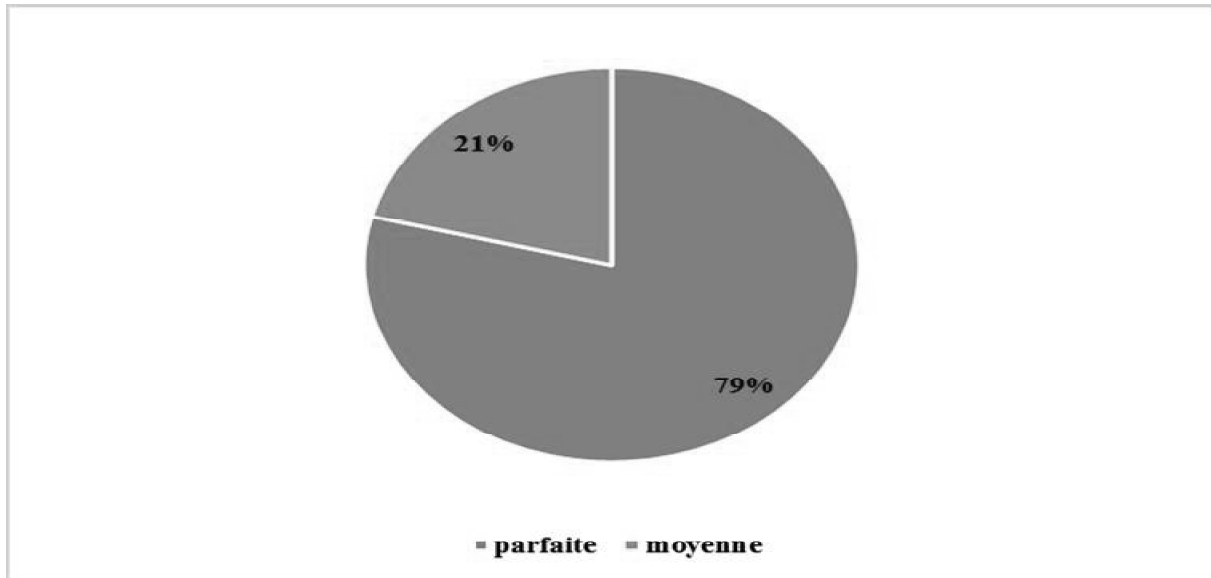
- L'alcool à 29%
- Le tabac à 41%
- Les drogues à 8%
- Une poly intoxication à 22%

d) Type de courrier



Près de trois quart des courriers étaient manuscrits (71.5%). Le courrier informatique représentait 28%. Le format pré rempli n'était retrouvé que chez 2 lettres (0.5%).

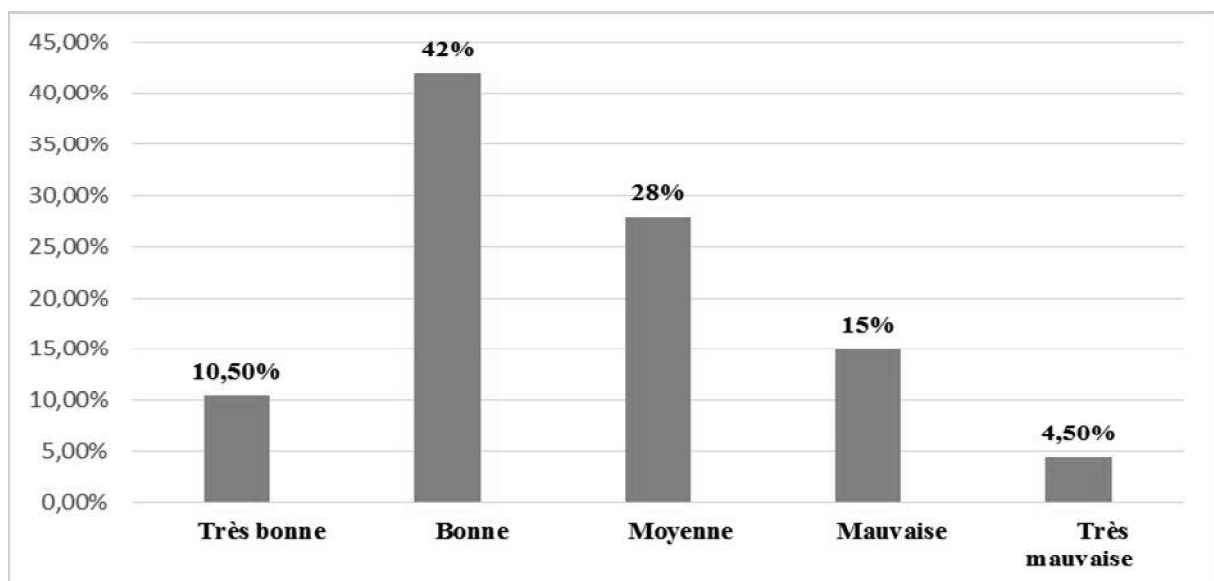
e) Lisibilité



Une grande partie des lettres (79%) était parfaitement lisible. Un peu plus d'une lettre sur cinq (21%) avait une lisibilité moyenne.

Pour rappel, les lettres illisibles n'avaient pas été incluses dans l'analyse.

f) Qualité subjective de la lettre



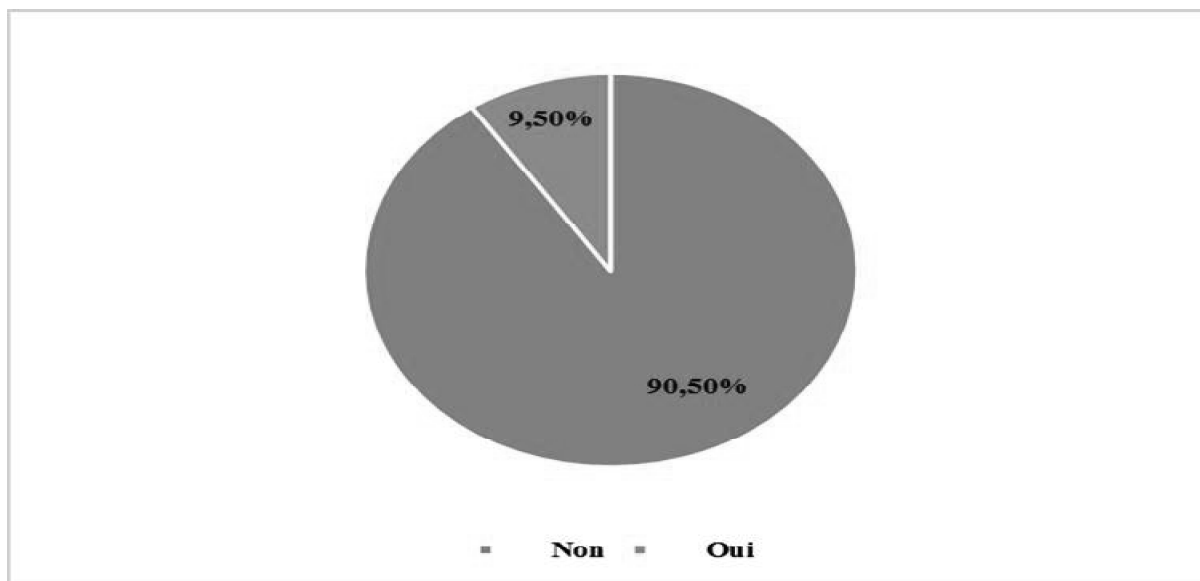
Il s'agit du ressenti du répondant au questionnaire.

Pour minimiser les biais, les questionnaires de l'IP ont été exclus de cette analyse.

La majorité des lettres (52.5%) est perçue comme étant très bonne ou bonne.

Un peu plus du quart (28%) est vue comme ayant une qualité moyenne. Le reste (19.5%) est considéré comme étant de mauvaise qualité.

g) Sous-entendu dans la lettre

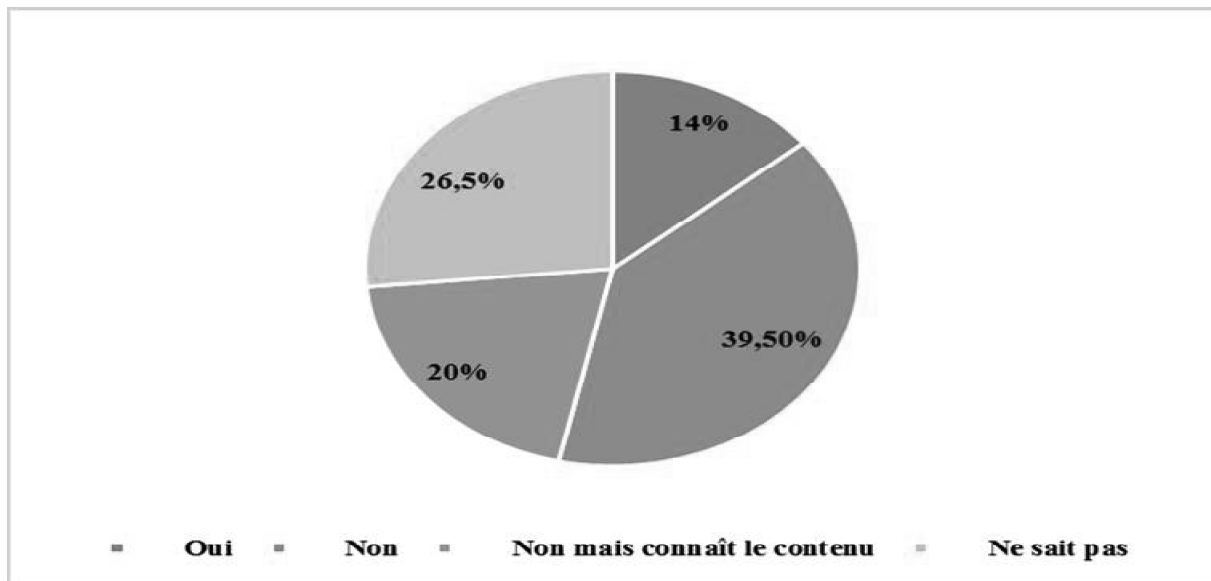


Il s'agit ici aussi d'un critère subjectif. Le répondant au questionnaire aurait perçu que le médecin adressant ne se livrait pas de manière totalement transparente.

Ce sous-entendu peut concerner notamment le motif d'adressage au SAU (problème social non avoué, maintien à domicile difficile, violence conjugale etc.), l'état de santé du patient ou autre.

Il n'est retrouvé que dans 9.5% des lettres.

h) Lecture de la lettre par le patient



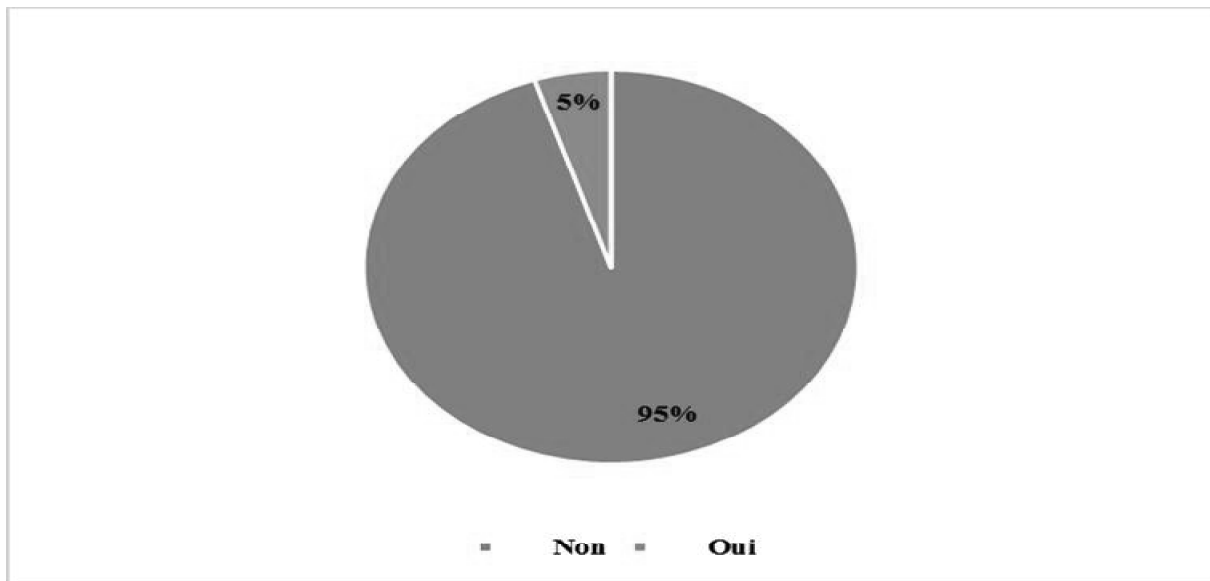
L'IP n'ayant pas été en contact avec les patients, ses questionnaires ont été retirés de cette analyse. Notre effectif est ici de 263.

La majorité des lettres n'est pas lue par les patients (39.5%).

Concernant le reste de l'échantillon, un patient sur cinq (20%) l'avait lue, ou en connaissait le contenu même sans l'avoir lue (14%).

Enfin, cette information était inconnue dans un peu plus du quart des cas (26,5%).

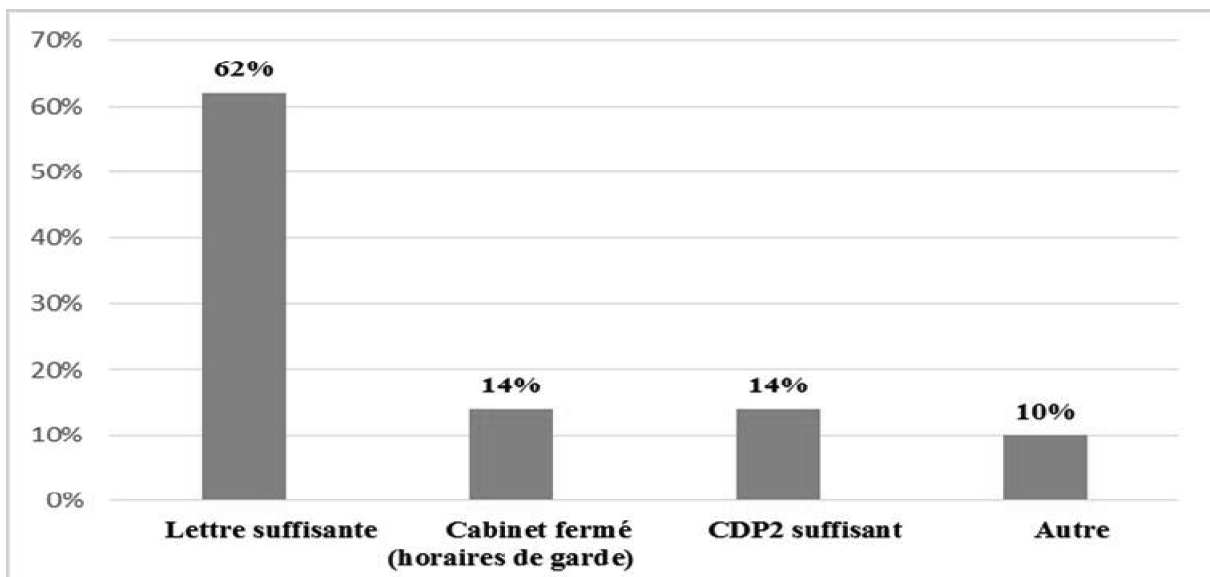
i) Appel du médecin adressant par le médecin urgentiste



L'IP n'ayant pas rempli les questionnaires dans les situations réelles de travail, ses questionnaires ont été retirés de cette analyse. Notre effectif est ici de 266.

Seulement 5% des urgentistes appelaient le médecin adressant. Les raisons pour lesquelles 95% n'appelaient pas sont détaillées ci-après.

j) Motif d'absence d'appel du médecin adressant par l'urgentiste



L'IP n'ayant pas rempli les questionnaires dans les situations réelles de travail, ses questionnaires ont été retirés de cette analyse. Notre effectif est ici de 210.

Dans 62% des cas, l'urgentiste n'a pas appelé le médecin adressant car les informations contenues dans la lettre étaient jugées suffisantes. Cette proportion peut être rapportée aux 52.5% qui jugeaient la lettre de bonne ou très bonne qualité (voir plus haut).

Quatorze pour cent (14%) d'entre eux n'appelaient pas soit parce qu'ils étaient en horaires de garde (cabinets fermés), soit parce qu'ils avaient obtenu les informations utiles à la prise en charge du patient sur CDP2.

Enfin, 10% invoquaient d'autres raisons.

6. Analyses secondaires

a) Lisibilité en fonction du type de courrier

Tableau 7. Analyse de la lisibilité en fonction du type de courrier.

| | Total n=449 | Manuscrite n=323 | Informatique n=126 | p |
|-------------------|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Lisibilité | | | | $p < 10^{-13}$ |
| Parfaite | 357 (79,5%) | 232 (72%) | 125 (99,2%) | |
| Moyenne | 92 (20,5%) | 91 (28%) | 1 (0,8%) | |

Les lettres au format pré-rempli (n=2) ont été ignorées du fait de leur faible nombre.

La quasi-totalité des lettres informatiques était parfaitement lisible (99.2%. L'exception semblant être une anomalie).

Un peu moins de trois quart des lettres manuscrites (72%) était dans le même cas.

Les lettres informatiques étaient significativement plus lisibles que les manuscrites ($p < 0.0001$).

b) Note en fonction du type de lettre

Tableau 7. Analyse de la note en fonction du type de courrier.

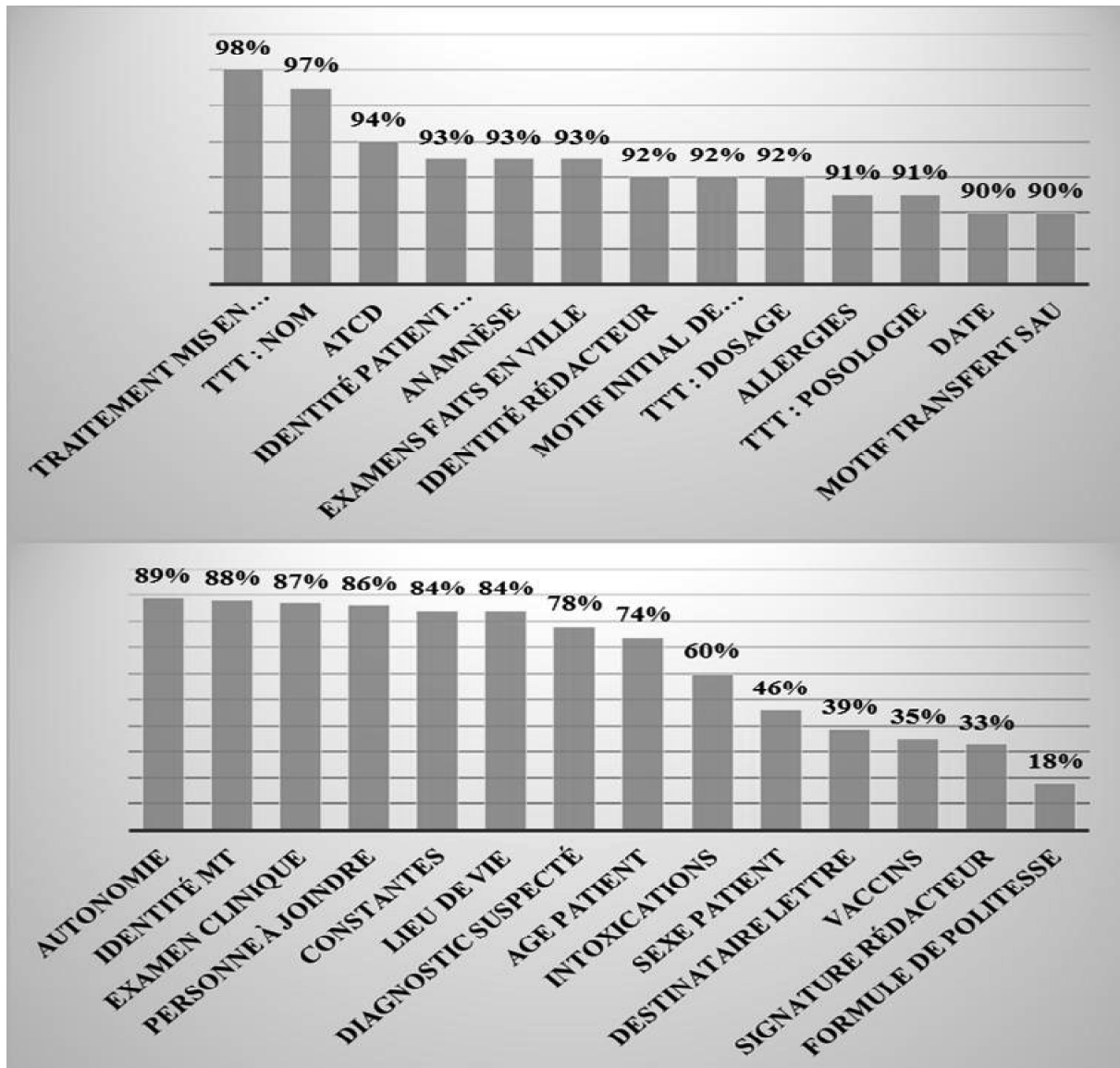
| | Manuscrite | Informatique | p |
|--------------------|-------------------|---------------------|--------------------|
| Note sur 20 | | | p<0,0001 |
| Moyenne | 11,9 | 13,22 | |

Les lettres informatiques avaient une note moyenne significativement supérieure à celle des lettres manuscrites.

B. Enquête d'opinion auprès des urgentistes.

Du 4 août au 4 septembre 2015, nous avons recueilli **162 réponses**.

La majorité des SAU ne nous ayant pas donné leur effectif de médecins, il nous a été impossible de calculer un taux de réponse.



Nous pouvons identifier 3 groupes de critères :

- Les critères indispensables ($\geq 90\%$) :
 - Le traitement mis en urgence (98%).
 - Le traitement habituel dans le détail [nom (97 %), dosage (92%), posologie (91%)].
 - Les ATCD (94%)
 - Nom & prénom du patient (93%).
 - Anamnèse (93%).
 - Les examens faits en ville (93%).
 - Identité du rédacteur (92%).
 - Motif initial de consultation auprès du médecin adressant (92%).
 - Les allergies (91%).
 - Date (90%).
 - Le motif de transfert vers le SAU (90%).

- Les critères importants (entre 70 et 89%) :
 - Autonomie (89%).
 - L'identité du MT (88%).
 - L'examen clinique (87%).
 - Personne à joindre (86%).
 - Les constantes (84%).
 - Lieu de vie (84%).
 - Diagnostic suspecté (78%).
 - Age du patient (74%).

- Les critères secondaires ($< 70\%$) :
 - Intoxications (60%).
 - Sexe du patient (46%).
 - Destinataire de la lettre (39%).
 - Vaccins (35%).
 - Signature du rédacteur (33%).
 - Formule de politesse (18%).

Ainsi, l'élaboration de notre lettre-type sera faite à partir des deux premiers groupes de critères.

Le critère « sexe du patient » sera rajouté car il complète l'identité du patient avec les critères « nom », « prénom » et « âge ». De plus, il est déjà présent dans quasiment toutes les lettres (97%).

Enfin, Par respect de la déontologie médicale et par courtoisie confraternelle, nous y adjoindrons aussi la formule de politesse.

Notre proposition de lettre-type figure en **ANNEXE 6**.

IV. Discussion

A. La lettre d'adressage

1. Population incluse

Nous avons inclus 453 lettres en 3 semaines, soit une moyenne de 151 lettres par semaine. Ce chiffre est supérieur à la plupart des études retrouvées dans la littérature.

Notre **taux d'adressage** était de **10.5%**. Il est intéressant de voir qu'il est plus proche de l'étude la plus récente retrouvée (12% à Lyon en avril 2015¹³) que des travaux plus anciens (26% à Lille⁴ et 25% dans une étude de la DREES¹² en 2002).

L'augmentation du nombre de consultations dans les SAU et la baisse du taux d'adressage indiquent une nette progression des consultations spontanées de la part des usagers. Consultations perçues souvent comme non urgentes par les praticiens des SAU, et pouvant être prises en charge en ville par le MT.

Cela semble être le reflet d'une société en mutation, où tout va plus vite, où les besoins doivent être satisfaits presque instantanément, changeant ainsi l'approche du patient face au système de soins²⁷.

Cela dit, ce résultat relativement bas peut aussi en partie s'expliquer par la réalisation de l'étude lors des vacances scolaires. Les patients, ayant leur MT en vacances, consultaient directement au SAU.

On peut remarquer cependant que le taux d'adressage semble baisser avec le temps. Probablement parce que les patients ont plus tendance à consulter directement les urgences sans passer par leur médecin traitant. Pourquoi le font-ils ? Cette même enquête de la DREES¹² retrouve comme raisons principales : la proximité de l'hôpital (47%), le fait de penser devoir faire des examens (44%), le fait de penser nécessaire un avis spécialisé (43%), le sentiment de gravité du problème (32%). La disponibilité du médecin traitant ou la non avance des frais n'arrivent qu'ensuite (16%).

2. Note moyenne globale

Elle était de **12.28** avec les 20 critères, et de **11.76** avec 19 critères. Nous retiendrons la deuxième note.

Seule une étude de Poitiers en 2004²³ avait une note supérieure à la nôtre, sans être largement meilleure, avec 11.86. Toutes les autres avaient une note inférieure^{24_28_29_30}, oscillant entre 9.5 et 11.

| | Note sur 20 | Nombre de critères |
|----------------------|--------------------|---------------------------|
| Poitiers 2004 | 11,86 | 15 |
| Rouen 2015 | 11,76 | 19 |
| Amiens 2012 | 11 | 14 |
| Orleans 2003 | 10,5 | 13 |
| Bordeaux 2003 | 9,68 | 20 |
| Dijon 1992 | 9,5 | 11 |

Il y avait une grande hétérogénéité en ce qui concerne le nombre (de 11 à 20 selon les travaux) et la nature des critères retenus, réduisant ainsi la comparabilité.

Nous n'avons pas de différence significative de qualité selon l'identité du médecin, résultat retrouvé aussi par une étude de Tours en 2003²⁹ et à Saint Etienne en 2006³¹. Mais on note néanmoins une tendance à retrouver de meilleurs courriers chez le médecin remplaçant par rapport au médecin généraliste.

Nous avons 3 lettres qui recueillaient la note maximale de 20/20. L'étude de Poitiers était la seule de la littérature qui avait aussi une note maximale, mais seulement une lettre était dans ce cas.

La qualité des lettres retrouvée dans la littérature est donc assez moyenne, voire pauvre. Ce que Montalno³² affirmait aussi dans son travail.

En **ANNEXE 7**, on retrouve 3 exemples de lettres de qualité discutable, suivies en **ANNEXE 8** de 2 lettres de qualité honorable.

Cette qualité semblait néanmoins accrue lorsque le médecin adressant était personnellement impliqué : un jeune médecin adressant sa propre grand-mère au SAU de Rouen a vu sa lettre recueillir la note de 18/20. Seuls manquaient les allergies et les examens complémentaires.

3. Statut du médecin rédacteur

Le médecin traitant était le mieux représenté (60%). « Autre médecin » était deuxième avec 21%, suivait ensuite le MR avec 13.5%, et enfin SOS Médecins avec 5.5%.

La littérature retrouve deux méthodologies différentes concernant l'identité du médecin rédacteur. Un premier type d'étude, dont la nôtre, s'est intéressé exclusivement aux patients des urgences avec courrier. C'est le cas de Tours²⁹ et Clermont-Ferrand²¹ en 2002, Bordeaux en 2003²⁴ ou Lyon en 2015¹³ qui retrouvent des chiffres comparables aux nôtres. L'étude de Nakar¹⁴ et l'étude lilloise²⁶ de 2013 trouvaient un taux plus important respectivement à 75% et 86%.

Un deuxième type d'étude s'est intéressé à l'ensemble des patients des urgences. C'est pourquoi l'étude de la DREES retrouvait en 2003 une valeur de 16%¹², une étude parisienne de 2013³³ avançait le taux de 17% et une autre, clermontoise, en 2010³⁴, 28%.

Si on rapporte le nombre de patients adressés par leur MT à la totalité des patients arrivés aux urgences pendant notre période de recueil, notre taux serait alors de 6%. Ces chiffres sont en dessous de ceux de la littérature, ce qui signifierait que les patients rouennais viennent plus souvent au SAU sans avoir consulté leur MT au préalable.

Mais s'agit-il réellement de leur MT ? Nous n'avons pas la certitude que les répondants aux questionnaires aient demandé à chaque patient si le médecin généraliste qui les adressait était réellement leur MT. L'IP lui-même, remplissant les questionnaires au lendemain du passage des patients, n'avait fait que supposer que si un MG adresse un patient, il est le MT de ce dernier.

Selon le rapport annuel de la Cour des Comptes³⁵, 90% des Français avaient un MT en fin d'année 2011. Et surtout, 91% des consultations se faisaient auprès de ce MT, dans le respect du parcours de soins coordonnés.

4. Critères composant la note

a) Identité du patient

Le nom était le seul critère de l'étude retrouvé à 100%. Le sexe était présent à 97%, le prénom à 94% et l'âge à 68%. Ces résultats sont comparables avec ceux de la littérature.

Le nom est toujours présent, ce qui est rassurant, pour ne pas dire évident. Pour des raisons médico-légales et administratives, les médecins adressant leurs patients renseignent systématiquement leurs noms.

b) Date de la lettre

On la retrouve à 94%. Ici aussi, notre résultat est en conformité avec la littérature.

On notera cependant que 10% des dates étaient antérieures au jour de consultation au SAU. Pour exemples, ce patient venant jusqu'à 23 jours après la rédaction de la lettre. Un autre, adressé pour suspicion d'embolie pulmonaire, se présentant uniquement le lendemain.

Nos confrères Lillois, en 2013²⁶, retrouvaient une proportion de date antérieure de 14%.

Cependant, une date antérieure n'est pas nécessairement signe d'urgence relative. Elle peut refléter la mauvaise perception du degré d'urgence par le patient. Elle peut aussi révéler une volonté discutable de sa part de se rendre aux urgences, mettant ainsi en exergue les difficultés du médecin libéral à adresser certains patients qui ont une appréhension à aller aux urgences, ou qui n'assimilent pas correctement les recommandations de leur médecin.

Selon une méta analyse américaine³⁶, une certaine frange de patients (les moins cultivés) comprennent difficilement les prescriptions et informations médicales, même expliquées par leur médecin, compliquant ainsi leur responsabilisation.

c) Adresse du médecin rédacteur

Elle est retrouvée à 94%. La littérature avance les mêmes proportions. Les médecins utilisant quasiment systématiquement des papiers à en-tête ou leurs ordonnances, il n'est donc pas surprenant de retrouver aussi souvent ce critère.

d) Motif d'adressage au SAU

Le motif de transfert vers le SAU est notifié à 91%. Ce qui signifie que 9% des médecins ne précisent pas la raison pour laquelle ils souhaitent que leurs patients soient vus en urgence.

On retrouve en général dans la littérature un taux de 99%³⁷⁻²⁹⁻²³⁻³¹.

Seul le travail de Lille 2013²⁶ avait exactement le même taux que nous. Ceux de Amiens en 2012³⁰ (88%) et Lyon en 2015¹³ (74%) étaient inférieurs.

Notre étude révélait que les principales raisons d'adressage au SAU étaient : diagnostic ou avis (35%), prise en charge (30%), examens complémentaires (15%) et hospitalisation (5%).

En 2010, à Rouen, une étude sur le motif d'envoi des patients au SAU par les médecins généralistes³⁸ avait pour résultats, par priorité : hospitalisation, urgence vitale, avis spécialisé et examens complémentaires.

Il est étonnant de constater qu'à cinq ans d'intervalle, sur le même site, nous retrouvons des résultats aussi différents. Il est possible que les pratiques de la médecine libérale aient évolué, réalisant que le fait d'adresser des patients pour des motifs tels que « hospitalisation » ou « examens complémentaires » revenait en partie à considérer leurs confrères urgentistes comme de simples exécutants. Voir les motifs « diagnostic/avis » et « prise en charge » représenter les deux tiers des demandes d'adressage montre la complexité nouvelle de la prise en charge du patient, et le besoin de solidarité et de pluridisciplinarité afin d'apporter une réponse optimale aux problèmes de santé.

e) Mention du nom du MT

C'était notre facteur de confusion.

Le médecin traitant était mentionné dans 75% des lettres, mais à 100% quand c'était une lettre rédigée par le médecin traitant lui-même.

Bien qu'il s'agissait d'un critère pertinent aux yeux de la HAS¹⁰, les différentes études retrouvées dans la littérature n'ont pas analysé sa présence.

f) Anamnèse

L'histoire de la maladie était retrouvée dans 69% des lettres. La littérature rapporte des chiffres allant de 61²⁶ à 94%¹³.

g) Diagnostic suspecté

Il était présent dans 56%, soit un peu plus d'une fois sur deux. Notre résultat est aussi compatible avec la plupart des travaux de la littérature⁴⁻²⁶⁻²⁹⁻¹³. Une seule étude retrouve une proportion largement supérieure (95%)²⁰.

h) Examens complémentaires

Ils étaient notifiés dans un peu moins de la moitié des lettres (49%). Ce taux était supérieur à ce que rapportait la littérature, qui retrouvait en moyenne un taux de 20%²³⁻²⁶.

Montalno retrouvait dans son travail³⁹ que les examens mentionnés dans la lettre permettaient une économie de 2600 dollars par patient.

En termes d'efficacité et de santé publique, à une époque où les dépenses sanitaires sont pointées du doigt, ce critère devient donc d'une importance primordiale.

Il est l'un des rares, voire le seul, identifié dans la littérature à avoir un impact économique mesuré. Le voir apparaître plus souvent permettrait ainsi un gain de temps et d'argent non négligeable dans la prise en charge des patients au SAU.

Mais le médecin rédacteur, dans l'ensemble, doit estimer que l'absence de mention de ce critère équivaut à l'absence de sa réalisation. Ce qui peut expliquer la faible proportion de sa mention.

i) Traitement administré en urgence

C'était un critère présent à hauteur de 47%, ce qui était nettement mieux que le résultat des travaux précédents, qui n'avaient qu'un taux situé entre 10²⁶ et 30%²³.

La faible mention de ce critère peut s'expliquer de la même façon que les examens complémentaires, à savoir que son absence de mention signifie l'absence d'administration de nouveau traitement par le médecin libéral.

j) ATCD

Présent à 63%, ce critère l'était de manière complète seulement à 45%. Cela est compatible avec la littérature, notamment avec l'unique étude rouennaise réalisée jusqu'à présent sur ce sujet⁴⁰, en 1988, qui retrouvait un taux de 62%. Les antécédents sont indispensables dans la prise en charge du malade, d'autant plus lorsque ce dernier est inconnu du logiciel informatique des urgences. Mais il y a aura toujours une part de courrier sans antécédents, notamment provenant de médecins ne connaissant pas le patient (par exemple, SOS médecin).

k) Traitement habituel

Le nom, dosage et posologie étaient mentionnés respectivement dans 45, 36 et 33% des cas.

La littérature parle de « traitement habituel », sans détailler ces 3 critères. Les chiffres retrouvés varient de 30⁴ à 54%⁴¹. Seul le travail lillois de 2013²⁶ avançait une proportion de « posologie » à 32%, comparable à la nôtre.

De manière générale, dans leurs travaux respectifs, Taylor⁴² et Mc Cullagh⁴³ affirmaient que le traitement était mieux documenté dans les lettres informatiques.

Notre étude avait un taux de lettres manuscrites de 72%, ce qui peut en partie expliquer nos faibles proportions concernant le détail du traitement habituel.

l) Allergies

Elles apparaissaient dans 28% des lettres. La majorité des chiffres retrouvés était aussi faible que le nôtre. C'est un critère globalement oublié dans les lettres. Pourtant, dans les situations où le patient ne serait pas capable de communiquer lui-même, l'oubli de ce critère peut compromettre la prise en charge et l'intégrité du patient. Un patient dément adressé pour pneumopathie et allergique à la pénicilline pourrait aisément recevoir un antibiotique de cette classe et se dégrader encore plus.

Néanmoins, malgré un taux à 28%, les événements indésirables liés aux prescriptions médicamenteuses au SAU semblent exceptionnels, mais potentiellement graves.

m) Mode de vie

Seulement 14% des lettres avaient cette information. Cette notion se retrouve sous différents intitulés dans la littérature : conditions de vie, contexte social, fragilité, lieu de vie, état antérieur, autonomie.

Il aurait été judicieux dans notre questionnaire de séparer les notions « lieu de vie » et « autonomie » pour une meilleure clarté.

Cela dit, il est rarement mentionné dans les travaux recensés, apparaissant en général entre 12²⁰ et 18%²³.

A l'heure où l'espérance de vie de la population française augmente, mais où son espérance de vie sans incapacité diminue⁴⁴, c'est pourtant une information précieuse. Les solutions d'aval aux urgences (hospitalisations, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes [EHPAD]) sont de plus en plus difficiles à trouver. Ainsi, le contexte de vie et l'autonomie de la personne jouent souvent un rôle décisif dans la décision de l'urgentiste au moment de l'orientation du patient en fin de prise en charge au SAU.

n) Examen clinique

Près de trois lettres sur quatre (74%) la mentionnaient, mais 60% le faisaient de manière partielle et orientée vers le problème aigu. Seules 14% des lettres les donnaient de façon complète.

La quasi-totalité des études de la littérature ne distinguaient pas lorsque l'examen clinique était mentionné de manière complète ou partielle.

Ainsi, notre taux de 74% est celui le plus élevé de la littérature, qui rapporte des chiffres entre 35²⁶ et 64%¹³. Une seule étude avait une proportion quasi similaire à la nôtre (76%)⁴.

Le médecin rédacteur peut penser que ces informations ne seront pas prises en compte car il sait que le patient pourra être examiné à plusieurs reprises au SAU (externe, interne, sénior). Or, l'évolution de l'examen clinique et des constantes sont sources de nombre d'informations capitales, notamment le degré de gravité.

o) Constantes

Seulement 26% des lettres disposaient de cette information, dont seulement 12% de manière complète.

Ici aussi, la littérature ne distingue pas la mention « complète » et « partielle ». Et les chiffres avancés sont conformes à ce que nous avons retrouvé.

De même que pour l'examen clinique, le rédacteur sait que les constantes vont être de nouveau mesurées dès l'arrivée du patient aux urgences. Ce qui peut l'amener à ne pas les mentionner. Mais elles sont toujours utiles, pour suivre l'évolution du patient.

5. Autres critères

a) Type de courrier

La lettre manuscrite a toujours la préférence des médecins : 71.5%. La lettre informatique est présente à 28%, et la préformée seulement à 0.5%.

Dans la littérature aussi, la lettre manuscrite domine. Les chiffres vont de 86⁴¹ à 95%²⁶. Une étude stéphanoise retrouve même un taux de 98.6%³¹.

De la même manière, la lettre préformée est rarement retrouvée dans les travaux.

Les médecins libéraux sont pourtant, dans la majorité, informatisés²³. Ils pourraient utiliser facilement des courriers types avec insertion automatique des critères pertinents.

b) Lisibilité

Bien que le type de courrier dominant fût la lettre manuscrite, on avait une lisibilité parfaite globale pour presque quatre courriers sur cinq (79%). La lettre manuscrite était parfaitement lisible à 72%, contre 99% pour l'informatique.

Notre étude a montré que la lettre informatique était significativement plus lisible et mieux fournie que la lettre manuscrite. Cette meilleure note s'explique sûrement par le fait que les libéraux utilisent des logiciels d'aide à la rédaction qui leur permettent ainsi de configurer leur lettre en y incluant les critères qu'ils veulent y voir apparaître; Ainsi, ils oublient moins des critères au moment de la rédaction.

Les chiffres de la littérature étaient inférieurs.

Nakar retrouvait une lisibilité parfaite des lettres manuscrites à seulement 46%.

Les différentes études françaises avaient des taux se situant entre 25³⁷ et 65%²¹.

Ce critère n'est pas rentré en ligne de compte pour la note ni dans l'enquête d'opinion, car il est indiscutable qu'il ferait l'unanimité. Personne ne voterait pour avoir une lettre moyennement lisible.

Il arrive parfois qu'une mauvaise lisibilité ait des répercussions néfastes dans la prise en charge : la littérature relate un exemple de lettre à lisibilité discutable qui a entraîné le médecin urgentiste à administrer du PREVISCAN (anticoagulant) au lieu du PERMIXON⁴(traitement pour l'hypertrophie de prostate), avec des conséquences dramatiques pour le patient.

Un autre cas rouennais récent, où le pharmacien a lu METHOTREXATE (antinéoplasique) au lieu de METEOXANE (antispasmodique), ce qui a abouti au décès d'une jeune patiente qui consultait initialement pour une colopathie fonctionnelle.

c) Qualité subjective de la lettre

Les répondants aux questionnaires trouvaient que plus de la moitié des lettres étaient de bonne qualité, voire très bonne qualité. Ces deux modalités recueillaient en effet un total de 52.5%.

Il est intéressant d'opposer cet avis subjectif à notre moyenne objective calculée (11.76).

Les lettres étaient objectivement d'une qualité moyenne mais leurs lecteurs les ont trouvées plutôt bonnes. Malgré le fait qu'elles contenaient globalement peu d'informations, elles semblaient remplir leur rôle de partage d'informations pertinentes.

Il est tout de même important de préciser que les questionnaires de l'IA n'ont pas été retirés de l'analyse de cette variable, ce qui pourrait porter atteinte à l'analyse des résultats.

d) Sous-entendu des lettres

Peu de lettres étaient concernées. Seulement 9.5% semblaient contenir un sous-entendu.

Les répondants n'ont pas été questionnés concernant cette impression subjective, mais on peut penser que ces sous-entendus étaient en lien par exemple avec une suspicion de diagnostic grave (suspicion de néoplasie devant une altération de l'état général) ou le motif d'adressage (demande d'hospitalisation qui cache plutôt une volonté de rechercher une place en EHPAD pour un maintien à domicile difficile).

Il est intéressant de constater que les rares études qui ont abordé cette notion retrouvent les mêmes chiffres que nous : Une étude limougeaude de 2009⁴⁵ avançait un taux inférieur à 10%. Une autre, pictavienne, faite en 2011²³, retrouvait un taux de 8%.

e) Lecture de la lettre par le patient

Le courrier d'adressage du médecin reste soumis au secret médical, mais celui-ci n'est pas opposable au patient, qui doit avoir accès à son contenu et reste libre de le présenter ou pas au médecin destinataire¹.

Pourtant, peu de patients semblaient avoir pris connaissance de son contenu : seulement 14% déclaraient l'avoir lu et 20% en connaissaient le contenu, sans même l'avoir lu.

On peut penser que ce résultat est sous-estimé : certains patients finissaient par reconnaître qu'ils avaient lu la lettre, se délestant ainsi d'une certaine culpabilité née du sentiment injustifié que cette correspondance était réservée aux médecins.

Or, le patient a le droit de lire son courrier, le secret médical ne lui étant pas opposable¹. Une question subsiste alors : pourquoi seulement un tiers des patients connaît le contenu du courrier d'adressage ?

Certains patients ne veulent peut-être pas prendre connaissance de leur courrier. Ils font entièrement confiance à leur praticien, et leur laissent les rennes concernant les décisions médicales, refusant ainsi de participer à la décision médicale partagée. Cette hypothèse est cependant mise à mal par les résultats d'une étude rouennaise en cours de publication qui retrouve que 77% des patients sont en faveur de la décision médicale partagée⁴⁶.

D'autres voient peut-être en ce transfert vers les urgences une notion de gravité et préfèrent retarder le moment où ils seront informés du diagnostic.

Enfin, dans d'autres cas, c'est probablement le médecin qui ne souhaite pas faire connaître le contenu du courrier : d'ailleurs, dans 9,5% des cas, le médecin y use de sous-entendus, comme vu précédemment.

f) Appel du médecin rédacteur par l'urgentiste

Notre étude retrouvait un faible taux d'appel (5%), conformément aux données de la littérature.

Une étude lilloise de 2002⁴ avait une proportion de 2%, tandis qu'un travail grenoblois de 2013²⁰ retrouvait un taux de 6%.

Ramrakha, à Sydney, concluait aussi que le taux d'appel était faible⁴⁷.

Néanmoins, ce résultat peut être sous-estimé : il est possible qu'un certain nombre de lettres aient été remplies dès l'admission, ne tenant donc pas compte de l'appel passé finalement au médecin adressant.

Mais ce faible taux est cohérent avec le fait que 52.5% des destinataires des lettres les jugent de bonne qualité.

Interrogés sur les motifs d'absence d'appel, 62% d'entre eux considèrent que la lettre était suffisante et 14% disent avoir obtenu les informations sur CDP2.

B. Enquête d'opinion auprès des urgentistes

1. Comparaison avec le questionnaire SAU

| | Opinion des urgentistes | Questionnaire SAU | Concordance |
|--------------------------------|-------------------------|-------------------|-------------|
| Traitement mis en urgence | 98% | 47% | NON |
| ttt : nom | 97% | 45% | NON |
| ATCD | 94% | 45% | NON |
| identité patient | 93% | 97% | OUI |
| Anamnèse | 93% | 69% | NON |
| Examens faits en ville | 93% | 49% | NON |
| Identité rédacteur | 92% | 93% | OUI |
| Motif de consultation en ville | 92% | 93% | OUI |
| ttt : dosage | 92% | 36% | NON |
| Allergies | 91% | 28% | NON |
| ttt : posologie | 91% | 33% | NON |
| Date | 90% | 94% | OUI |
| Motif d'adressage au SAU | 90% | 91% | OUI |
| Autonomie | 89% | 14% | NON |
| Identité MT | 88% | 75% | OUI |
| Examen clinique | 87% | 74% | OUI |
| Personne à joindre | 86% | | |
| Constantes | 84% | 36% | NON |
| Lieu de vie | 84% | 14% | NON |
| Diagnostic suspecté | 78% | 56% | NON |
| Age | 74% | 68% | OUI |
| Sexe | 46% | 97% | NON |
| Formule de politesse | 18% | | |

Nous avons utilisé 23 critères pour l'élaboration de notre lettre type, dont 21 jugés importants par les urgentistes.

Parmi ces derniers, on constate que seuls 8 ont une présence concordante avec les desideratas des urgentistes (concordance=OUI), douze étaient peu retrouvés dans les courriers (concordance=NON). Le dernier (« personne à joindre ») n'avait pas été évalué dans le questionnaire SAU.

Concernant les deux critères jugés secondaires par les urgentistes mais inclus dans la lettre, « sexe » avait une discordance inverse, à savoir que les urgentistes jugent qu'ils pourraient s'en passer mais elle était retrouvée dans presque toutes les lettres (97%). D'où son inclusion dans la lettre-type. Quant au critère « formule de politesse », il n'avait pas été évalué dans le questionnaire SAU.

La majorité des critères jugés importants par les urgentistes sont faiblement retrouvés dans les courriers. Ceci peut expliquer le sentiment d'insatisfaction des urgentistes vis-à-vis des courriers actuels.

2. Comparaison avec la littérature

Tableau 8. Comparaison de notre enquête avec quelques données de la littérature

| | Rouen 2015 | Lille 2013 | Bordeaux 2003 | Etude qualitative Reims 2014 |
|--------------------------------|---------------|---------------|------------------|------------------------------------|
| Traitement mis en urgence | 98% | 90% | 100% | |
| ttt : nom | 97% | 100% | 100% | Important |
| ATCD | 94% | 95% | 97% | Important |
| identité patient | 93% | 92% | 100% | |
| Anamnèse | 93% | 59% | 94% | Important |
| Examens faits en ville | 93% | 64% | 100% | |
| Identité rédacteur | 92% | 92% | | |
| Motif de consultation en ville | 92% | | | |
| ttt : dosage | 92% | 100% | 100% | Important |
| Allergies | 91% | 92% | | Important |
| ttt : posologie | 91% | 100% | 100% | Important |
| Date | 90% | 82% | | |
| Motif d'adressage au SAU | 90% | 92% | 97% | Important |
| Autonomie | 89% | | 94% | Important |
| Identité MT | 88% | | | |
| Examen clinique | 87% | 43% | 94% | Important |
| Personne à joindre | 86% | 72% | | Important |
| Constantes | 84% | | | |
| Lieu de vie | 84% | | 92% | Important |
| Diagnostic suspecté | 78% | 33% | 61% | Important |
| Age | 74% | 51% | | Important |
| Formule de politesse | 18% | 5% | | |

Bien que les effectifs retrouvés dans la littérature du nombre de médecins urgentistes interrogés soient assez faibles (39 pour Lille²⁶, 36 pour Bordeaux²⁴ et 18 pour Reims²⁵), les résultats sont cohérents et compatibles.

Les critères retrouvés dans notre enquête nationale peuvent être considérés comme fiables. Ils représentent les desideratas des urgentistes et devraient constituer une base de travail commune entre libéraux et hospitaliers en vue de l'élaboration d'une solution idoine aux deux parties.

3. La lettre type : la solution ?

Les avis sont divergents concernant la place, l'apport et le format d'une lettre type dans la communication et le transfert d'informations médicales entre la ville et l'hôpital.

Concernant son apport, Harris retrouvait que la lettre type n'améliorait pas la qualité du courrier d'adressage⁴⁸.

Dupont aussi affirmait qu'il n'y avait pas de différences entre courrier libre et courrier type, mais elle ne disposait que de 5% de courriers type dans son effectif de 600 lettres⁴⁹.

A contrario, trois travaux français ont montré l'apport positif du courrier type par rapport au courrier libre.

Une étude montpelliéraine de 2011² retrouvait une différence significative entre courrier type et libre par rapport à la présence de plusieurs critères.

Un travail moulinois de 2010³⁴ avançait que les informations étaient beaucoup mieux précisées dans le courrier, mais sans analyse statistique.

Enfin, un autre manuscrit grenoblois de 2009⁵⁰ retrouvait une différence significative dans la qualité moyenne entre courrier type et courrier libre.

A propos de la place de la lettre type, les chiffres divergent aussi.

A Poitiers en 2011²³, une étude a retrouvé un taux de 46% seulement de MG qui étaient pour la création d'un courrier type, tandis que 75% d'urgentistes étaient favorables à ce nouvel outil.

A Montpellier en 2009⁵¹, un autre travail avançait les proportions de 65% de MT et 69% d'urgentistes en faveur du courrier type.

Et lorsque ce courrier est mis à disposition des MT, il ne fait pas l'unanimité : à Clermont-Ferrand en 2010³⁴ et à Montpellier en 2011², il ne fut retrouvé respectivement que dans 12 et 7.2% des lettres recueillies au SAU.

Enfin, concernant le format, MG et urgentistes n'ont pas le même avis : les MG souhaitent un format manuscrit tandis que les urgentistes privilégient le format informatique⁵¹.

C. Limites de notre étude

1. Lettre d'adressage

Notre étude sur la qualité des lettres au SAU comportait cependant quelques limites.

La majorité des questionnaires (56,5%) a été remplie par les deux investigateurs. Bien que l'analyse de la qualité de la lettre porte sur des critères objectifs, et que plusieurs travaux de la littérature avaient été totalement effectués par l'investigateur principal, il aurait été intéressant d'avoir une participation moins importante des investigateurs.

Notre travail a été réalisé pendant les vacances scolaires. Cela a pu fausser les proportions des différents types de médecins, et aussi augmenter la proportion des patients venant aux urgences sans consultation préalable auprès de leur MT.

En effet, les MT étant plus souvent absents ; les patients se retrouvent donc soit à consulter directement au SAU, soit à appeler SOS Médecins, soit à voir le MR.

Notre recueil n'a duré que 3 semaines. Même si notre moyenne hebdomadaire de lettres recueillies, pourtant en période de vacances scolaires, était satisfaisante, le fait d'avoir un recueil sur une durée aussi courte diminue sa représentativité.

Notre étude était mono centrique. Elle n'a concerné que le site Charles Nicolle du CHU de Rouen, ce qui créait aussi un biais de représentativité.

Il y avait possiblement un biais de recrutement au niveau des répondants. En effet, on peut imaginer que ceux qui ont répondu, notamment les seniors, sont ceux qui lisent les lettres d'adressage, car, du propre aveu de certains, tous ne la lisent pas forcément. Et/ou ceux qui sont insatisfaits du contenu des lettres.

Il a été analysé plusieurs courriers d'un même médecin. Ce dernier ayant pu utiliser le même schéma de rédaction pour toutes ses lettres, il rendrait ainsi

celles-ci dépendantes. Notre intervalle de confiance à 95% des moyennes des notes devenant donc par conséquent approximatif.

On avait également un biais de sélection au niveau des patients. Lors des premiers jours de recueil, l'organisation logistique de l'étude a mené au fait que certains patients sont partis en service d'hospitalisation avec leur dossier d'observation médicale des urgences dans lequel figuraient leur questionnaire. Ces patients-là n'ont donc pas pu être inclus, créant ainsi une surreprésentation des patients externes. Pourtant, on sait que plus le patient est grave et plus la probabilité d'avoir une lettre de bonne qualité est élevée²⁰.

Certaines variables ont été analysées en excluant les questionnaires remplis par l'IP, diminuant grandement la puissance de l'analyse et rendant le résultat non interprétable.

Enfin, il serait parfois réducteur de considérer une bonne lettre uniquement comme celle recensant un certain nombre de critères. La subjectivité et le ressenti du lecteur sont essentiels. Pour exemple (ANNEXE 9), une lettre ayant la note de 10.5 mais qui subjectivement est de qualité plus qu'honorable.

2. Enquête d'opinion des urgentistes

Cette enquête recelait aussi quelques limites.

En raison de l'absence de réponse de la plupart des hôpitaux concernant leur effectif de médecins urgentistes, on n'a pas pu calculer un taux de participation. Nous ignorons donc si notre échantillon était significatif. Mais on peut supposer qu'il ne l'était pas.

Il existait aussi un biais de sélection. Pour des raisons logistiques, notre questionnaire n'a été envoyé qu'aux urgentistes des SAU des CHU, excluant de fait les hôpitaux périphériques, à l'exception d'Evreux et du Havre.

L'inclusion des hôpitaux périphériques nous aurait permis d'avoir un effectif plus conséquent, augmentant ainsi la significativité et la représentativité de nos résultats.

D. Forces de l'étude

1. Lettre d'adressage

L'analyse des lettres au SAU avait néanmoins des forces.

Elle a permis une mise à jour des données concernant un sujet populaire puisque étudié régulièrement un peu partout en France au cours des quinze dernières années, mais une seule fois à Rouen. Étude datant de 1988.

L'exhaustivité des données de notre recueil était à souligner puisque seulement 1.17% des données étaient manquantes.

Concernant la durée de recueil, nous avons réussi à avoir un fort effectif, avec 453 lettres analysées, pour une moyenne de 151 lettres par semaine, ce qui était supérieur aux chiffres de la littérature.

Notre travail était une évaluation objective de la qualité des lettres car il recensait la présence de 20 critères reconnus essentiels par la littérature.

2. Enquête d'opinion des urgentistes

Toutes les études qui ont recueilli l'avis des urgentistes à propos de la qualité des lettres d'adressage l'ont fait uniquement au niveau local, récoltant ainsi des effectifs limités (entre 20 et 40 médecins).

Notre enquête, prospective et multicentrique, était la première nationale du genre. Elle nous a permis de recueillir l'opinion de 162 urgentistes.

Nous ignorons le taux de participation mais c'est une première étape vers un travail consensuel sur un sujet d'actualité qui concerne l'ensemble des MG et des urgentistes de France.

E. Perspectives

1. Études futures

Il serait intéressant de reproduire notre travail sur une échelle plus large pour améliorer sa puissance et sa significativité.

Une étude multicentrique dans plusieurs SAU de la région, voire interrégionaux (le G4, par exemple), pourrait être pertinente.

Mais avant cela, il serait intéressant d'élaborer un travail qui permettrait d'évaluer l'apport réel de notre lettre type au niveau local, et par la même occasion, son appropriation par les MG.

Concernant l'enquête d'opinion nationale, il serait judicieux de poursuivre sur notre lancée en répétant l'analyse sur une période plus longue et en incluant les hôpitaux périphériques. L'appui de sociétés savantes telles que la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) serait utile.

Nous n'avons pas pu recueillir l'avis des médecins libéraux au cours de notre enquête. Les interroger sur les difficultés qu'ils rencontrent au cours de la rédaction des lettres, relever leur opinion à propos des critères importants et d'une éventuelle lettre type serait un pas en avant dans la compréhension et la résolution de cette problématique.

2. Améliorations de la communication ville hôpital

Bien que le courrier reste le moyen de communication préférentiel des libéraux²³, la lettre type rencontre certains détracteurs, malgré son apport certain. Nous restons convaincus que la lettre-type informatique demeure la solution la plus simple et la plus facile. Cependant, plusieurs solutions alternatives peuvent être envisagées.

- Liste des critères

Proposer une lettre-type déjà établie revient à proposer aux libéraux une lettre pré formée. Or la littérature et notre étude ont montré que ce mode de communication reste peu prisé.

Diffuser la liste des critères aux médecins libéraux permettrait à chacun de constituer sa propre lettre-type via les différents logiciels d'aide à la rédaction et la prescription dont sont équipés les cabinets. Cela permettrait ainsi à chaque médecin une meilleure assimilation et une adhésion optimale à cette évolution.

- Le téléphone

Une ligne directe entre les SAU et les libéraux, comme le fait le SAU de Rouen, où les appels sont pris en charge par le MRT. Par exemple, chaque SAU pourrait mettre à disposition du MRT une fiche à remplir (avec les critères importants retenus) à chaque appel. Ainsi, il pourrait recueillir toutes les informations utiles avant l'arrivée du patient.

- Messagerie informatique sécurisée

Cela nécessite que les cabinets médicaux soient dotés d'informatique, ce qui semble être le cas pour la quasi-totalité d'entre eux de nos jours²³.

On peut imaginer que le MG adressant un patient avec un message informatique appelle le SAU pour prévenir de l'arrivée du patient. Ainsi, le MRT ou le médecin prenant en charge le patient imprimerait le message au moment de son arrivée.

Cependant, le trop grand nombre de tentatives d'intrusions ou attaques informatiques chaque semaine (126000 selon la dernière commission médicale d'établissement) contre le CHU rend pour le moment impossible le partage des dossiers ou informations médicales vers d'autres structures via ce mode de communication.

- Dossier Médical Personnel (DMP)⁵²

Il permet aux professionnels de santé qui prennent en charge le patient de partager les informations de santé utiles à la coordination des soins du patient. Le DMP peut être créé lors d'une consultation médicale ou lors d'une admission dans une structure de soins. L'équipe soignante ayant accès au DMP du patient via sa carte vitale pourrait ainsi avoir toutes les informations utiles à sa prise en charge.

- Dossier papier

Le patient pourrait, avec l'aide de son MT, tenir à jour à domicile un dossier dans lequel il mettrait la liste de ses ATCD, ses ordonnances les plus récentes, les derniers examens faits, et toutes les informations médicales le concernant.

Cela permettrait à des intervenants ponctuels tels qu'un MR ou SOS médecins d'avoir accès à ces données au moment de la rédaction des courriers d'adressage.

Le patient pourrait l'apporter avec lui lors des consultations aux urgences, en provenance de son domicile.

Bien sûr, lors d'un adressage en urgence depuis l'extérieur, ce dossier pourrait venir à manquer. Mais il pourrait être apporté ultérieurement par la famille.

V. Conclusion

La transmission des informations médicales entre la médecine libérale et la médecine hospitalière est un rouage primordial de la prise en charge des patients. Malgré l'avènement du numérique et des nombreuses perspectives qu'il propose, la lettre d'adressage reste le moyen de communication privilégié de la médecine de ville lorsqu'elle transfère un patient vers les urgences.

Notre travail a mis en lumière la qualité moyenne de ces lettres, et celle-ci n'était pas influencée par le statut du médecin rédacteur.

Ce courrier, qui est la première source d'informations du médecin hospitalier mais aussi une pièce médico-légale du dossier du patient, se doit d'être à la hauteur des attentes des urgentistes, dans l'unique but de permettre une prise en charge optimale.

Notre étude nous a ainsi permis d'élaborer une lettre-type qui s'appuie sur les desideratas des urgentistes mais aussi sur la réalité des lettres écrites.

En dépit des nombreuses autres alternatives possibles comme le DMP, le téléphone ou la messagerie électronique sécurisée, la lettre-type informatisée paraît être le moyen le plus adapté pour améliorer la communication entre ville et hôpital.

Elle ne résout pas les problèmes d'accès aux informations médicales des patients lorsque le médecin rédacteur est en déplacement, mais quand celles-ci sont disponibles, elle facilitera grandement leur transmission.

Les problématiques soulevées par la création de ce courrier-type sont son moyen de diffusion et sa légitimité. Comment le mettre à disposition des médecins libéraux ? Faut-il en référer au CNOM ou à l'ARS, voire aux syndicats des médecins généralistes ou des médecins libéraux ? Faut-il imposer son utilisation ? Ces questions restent ouvertes.

Cependant, cette lettre-type ne doit pas être vécue comme un frein à la liberté des pratiques des médecins libéraux, mais bel et bien comme un nouvel outil facilitant un pan essentiel de leur activité. Pour ce faire, une évaluation future de son apport dans l'amélioration des échanges d'informations lui permettrait de gagner l'adhésion de la majorité et de rentrer définitivement dans les habitudes des praticiens.

« On n'écrit pas librement tant qu'on pense à ceux qui vous liront. On n'écrit pas bien tant qu'on ne pense pas à eux ». Jean Grenier.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Mercat F-X. Les courriers entre médecins. Rapport adopté par le Conseil National de l'Ordre des médecins lors de la session du 30 janvier 1998. January 1998.
2. 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 de médecine. 2011.
3. PERROD A. Analyse du retentissement de la lettre d'admission sur la durée de passage, délai d'attente et taux d'hospitalisation des patients adressés par le médecin traitant aux urgences de l'Hôpital Privé de la Seine Saint Denis. Thèse de médecine. July 2013.
4. Boulmé P. Impacts de la lettre du médecin généraliste sur la prise en charge d'un patient aux urgences: S.A.U. Hôpital Victor Provo de Roubaix. Thèse de médecine. 2002.
5. Vuagnat A. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières- Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2013.
6. *Décret n°2002-637 Du 29 Avril 2002 Relatif Aux Droits Des Personnes Malades et Des Usagers Du Système de Soins. JO Du 30 Avril 2002.*
7. Conseil National de l'Ordre des médecins. Code de déontologie médicale. November 2012.
8. *Décret n°2006-119 Du 6 Février 2006 Relatif Aux Droits Des Personnes Malades et Des Usagers Du Système de Soins. JO Du 7 Février 2006.*
9. Rapport du Ministère de la Santé et des Sports. Loi du 13 Aout 2004 sur le parcours de soins coordonnés.
10. Chapoulart H., Pellet F., Roger P. Correspondance médicale | Critères de qualité. *ANAES*. 2004.
11. Les urgences victimes de leurs succès ? *Obs Régional Santé - Nord Pas Calais*. 2014.
12. Baubeau D., Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. January 2002.
13. Gros D. Etude descriptive et prospective des courriers d'admission aux urgences du Centre Hospitalier Lyon Sud : analyse des besoins du médecin généraliste. Thèse de médecine. 2015.

14. Nakar S, Vinker S, Or Y, Schadel M, Niego Y, Plotkin G. [Referrals to an emergency department--are there differences between self-referrals and referrals from general practitioners?]. *Harefuah*. 1999;137(12):603-606, 680.
15. INSEE. Recensement de la population du 76 en 2014. January 2015.
16. INSEE. Recensement de la population du 27 en 2012. January 2015.
17. Métropole Rouen Normandie. <http://www.metropole-rouen-normandie.fr/>.
18. Boisguérin B., Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DREES. July 2014.
19. 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;Vol. 25(4):441-451.
20. Cadat D, Trolong-Bailly C, Paquier C. L'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences Thèse de médecine. 2013.
21. Marsaud R. La lettre d'admission du malade adressé au service d'accueil des urgences du CHU de Clermont-Ferrand. Thèse de médecine. 2002.
22. Ricroch L., Vuagnat A. Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins. DREES. Aout 2015.
23. Fournier E. Le courrier des médecins généralistes: la lettre d'admission au Service d'Accueil des Urgences. Thèse de médecine. 2011.
24. Debesque-Khan Muchir Huzour G. La lettre du médecin généraliste accompagnant le patient lors de son admission dans un service d'urgence. Thèse de médecine. 2003.
25. Magnien Y. Vision des médecins urgentistes de la Marne sur la communication avec leurs confrères généralistes à travers le courrier d'admission aux urgences.. Thèse de médecine. 2014.
26. Garot B, Galfard M. Les courriers d'adressage des médecins généralistes aux urgences des hôpitaux du Hainaut-Cambrésis: étude descriptive et analytique des courriers d'adressage. Thèse de médecine. 2013.
27. Wargon M., Hellman R. *Les Urgences : Un Symptôme Des Changements de La Société ?*

28. DANJEAN ep MEYER F. Apport de la lettre du médecin traitant pour la prise en charge des patients dans un SAU. Thèse de médecine. October 1992.
29. Griveau C. Evaluation de la pertinence de la lettre d'admission aux urgences Porte Madeleine (Orléans). Thèse de médecine. 2003.
30. Tamene H. Pertinence des courriers d'admission des personnes âgées de 75 ans ou plus adressées aux urgences Sud du CHU d'Amiens. Thèse de Médecine. 2012.
31. Akharzouz D. Qualité de la lettre d'admission des patients âgés admis aux urgences. Thèse de médecine. 2006.
32. Montalto M. Letters to go: general practitioners' referral letters to an accident and emergency department. *Med J Aust.* 1991;155(6):374-377.
33. SAADA L. Evaluation de la communication entre les services d'urgences adultes et les médecins généralistes. Thèse de médecine. June 2013.
34. Ritacco R. Réseau ville hôpital: mise en place d'un "courrier type" d'admission aux urgences de Moulins. Thèse de médecine. 2010.
35. Rapport public annuel de la Cour des Comptes. 2013.
36. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011;155(2):97-107.
37. MIAS VERIN M. Communication ville-hôpital : intérêt de la lettre d'admission aux urgences. Thèse de médecine. June 2007.
38. SEVRIN Y. Motivations des médecins généralistes de Haute-Normandie pour adresser leurs patients aux urgences. Comparaison en fonction des caractéristiques des médecins. Thèse de médecine. 2010.
39. Montalto M, Harris P, Rosengarten P. Impact of general practitioners' referral letters to an emergency department. *Aust Fam Physician.* 1994;23(7):1320-1321, 1324-1325, 1328.
40. YRLES J-C. A propos des lettres de médecins adressés dans un service d'urgences médicales adultes. Thèse de médecine. April 1988.
41. GAGET M. Communications entre les médecins généralistes et les urgentistes en Charente Maritime. Thèse de médecine. November 2010.
42. Taylor S, Welch S. Accuracy of general practitioner medication histories for patients presenting to the emergency department.

43. McCullagh M, O’Kelly P, Gilligan P. Referral letters to the emergency department: is the medication list accurate? *Ir Med J*. 2015;108(2):38-40.
44. INSERM. Espérance de vie en bonne santé : dernières tendances. <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/esperance-de-vie-en-bonne-sante-dernieres-tendances>.
45. Chalouze C. Raisons d’adressage et passage des personnes âgées de 75 ans et plus au service des urgences du CHU de Limoges durant l’année 2009. Thèse de Médecine. 2010.
46. Melior S. Etude rouennaise à propos de la décision médicale partagée entre praticiens et patients. Thèse de médecine. 2015 2016.
47. Ramrakha S, Giles A. Take a letter ... an audit of GP referrals in south west Sydney. *Aust Fam Physician*. 2001;30(4):395-398.
48. Harris MF, Giles A, O’Toole BI. Communication across the divide. A trial of structured communication between general practice and emergency departments. *Aust Fam Physician*. 2002;31(2):197-200.
49. C Dupont. Quality of referral letters. *The Lancet*. 2002;Vol. 359.
50. Kong Win Chang A-C. Évaluation qualitative d’un courrier standardisé d’admission à l’hôpital. Thèse de médecine. 2009.
51. Genre Grandpierre R. Etude qualitative des relations et correspondances entre les médecins généralistes et les médecins urgentistes dans le Languedoc-Roussillon. Thèse de médecine. October 2009.
52. Site d’information du Dossier Médical Personnel - DMP.

VII. ANNEXES

GLOSSAIRE

| | |
|--------------|--|
| ANAES | Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé |
| AP-HP | Assistance Publique – Hôpitaux de Paris |
| ATCD | Antécédents |
| CCMU | Classification Clinique des Maladies d'Urgence |
| CHU | Centre Hospitalo-Universitaire |
| CIMU | Classification Infirmière des Maladies d'Urgence |
| CNOM | Conseil National de l'Ordre des Médecins |
| DMP | Dossier Médical Personnel |
| DREES | Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques |
| EHPAD | Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| HCN | Hôpital Charles Nicolle |
| HDM | Histoire De la Maladie |
| IA | Investigateur Adjoint |
| IAO | Infirmières d'Accueil et d'Orientation |
| IP | Investigateur Principal |
| JF | Jour Férié |
| MDV | Mode De Vie |
| MG | Médecin Généraliste |
| MR | Médecin Remplaçant |
| MRT | Médecin Régulateur de Tri |
| MT | Médecin Traitant |
| SAU | Service d'Accueil des Urgences |
| SAUV | Secteur d'Accueil d'Urgences Vitales |
| SFMU | Société Française de Médecine d'Urgence |
| SMUR | Service Mobile D'urgence et de Réanimation |
| UHCD | Unité d'Hospitalisation et de Courte Durée |
| USC | Unité de Soins Continus |
| VAT | Vaccin Anti Tétanique |

ANNEXE 1

Article 4 (article R.4127-4 du CSP)

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans

L'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Article 35 (article R.4127-35 du CSP)

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit.

Article 45 (article R.4127-45 du CSP)

I. — Indépendamment du dossier médical prévu par la loi, le médecin tient pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; Cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers. Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.

II. — A la demande du patient ou avec son consentement, le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins. Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant.

Article 50 (article R.4127-50 du CSP)

Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. A cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil nommément désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables.

Article 58 (article R.4127-58 du CSP)

Le médecin consulté par un malade soigné par un de ses confrères doit respecter :

- l'intérêt du malade en traitant notamment toute situation d'urgence ;
- le libre choix du malade qui désire s'adresser à un autre médecin.

Le médecin consulté doit, avec l'accord du patient, informer le médecin traitant et lui faire part de ses constatations et décisions. En cas de refus du patient, il doit informer celui-ci des conséquences que peut entraîner son refus.

Article 59 (article R.4127-59 du CSP)

Le médecin appelé d'urgence auprès d'un malade doit, si celui-ci doit être revu par son médecin traitant ou un autre médecin, rédiger à l'intention de son confrère un compte rendu de son intervention et de ses prescriptions qu'il remet au malade ou adresse directement à son confrère en informant le malade. Il en conserve le double.

Article 60 (article R.4127-60 du CSP)

Le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent ou accepter celle qui est demandée par le malade ou son entourage. Il doit respecter le choix du malade et, sauf objection sérieuse, l'adresser ou faire appel à tout consultant en situation régulière d'exercice. S'il ne croit pas devoir donner son agrément au choix du malade, il peut se récuser. Il peut aussi conseiller de recourir à un autre consultant, comme il doit le faire à défaut de choix exprimé par le malade. A l'issue de la consultation, le consultant informe par écrit le médecin traitant de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions en avisant le patient.

Article 64 (article R.4127-64 du CSP)

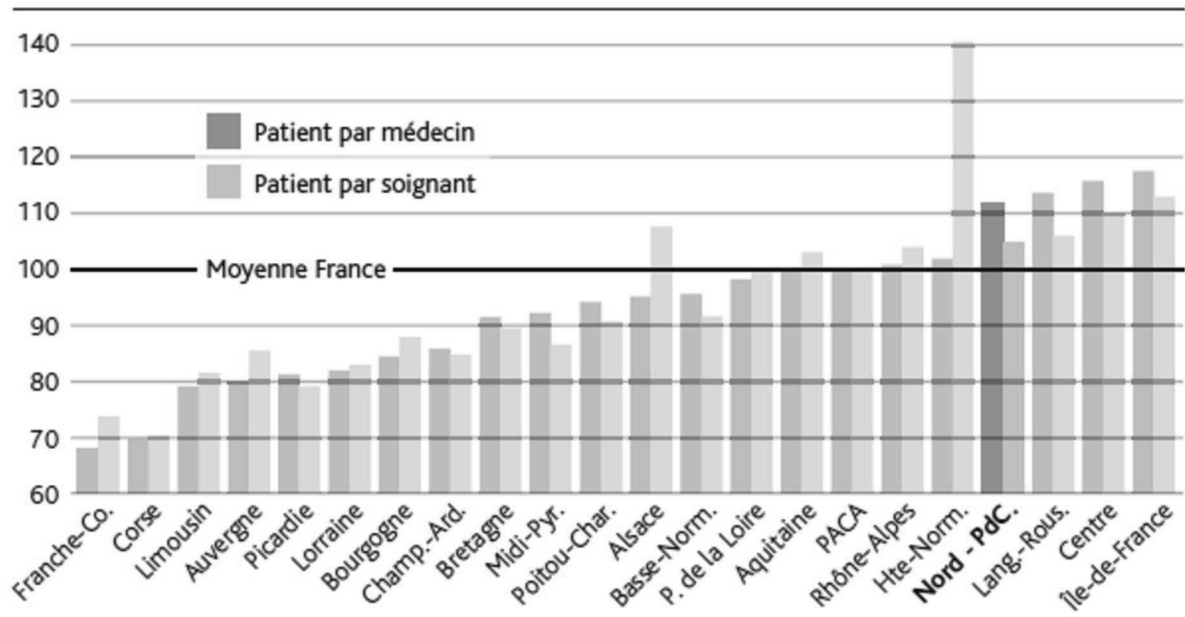
Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade. Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères.

Article 76 (article R.4127-76 du CSP)

L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci.

ANNEXE 2

RATIO PATIENTS PAR SOIGNANTS ET PAR MÉDECINS



ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE RECTO VERSO A REMPLIR EN FIN DE PRISE EN CHARGE DE CHAQUE PATIENT ADRESSE AUX URGENCES AVEC UNE LETTRE DE MEDECIN

-HEURE :

- Statut du répondant au questionnaire : Senior Interne

Etiquette

ADMINISTRATIF

- Présence de la date de la lettre : oui, date du jour oui, date ancienne non

- Type de courrier : manuscrit informatique pré-rempli

- Lisibilité de la lettre :

une lecture suffisante

Nécessité d'au moins 2 lectures ou d'un collègue pour déchiffrer

Illisible (peu ou aucune information recueillie après lecture)

- Avez-vous dû appeler le médecin adressant pour complément d'information ? :

oui

- Si OUI, durée durée : <5mn 5-10mn >10mn

non

- Si NON, pourquoi ? lettre suffisante horaires de garde donc cabinet fermé

Infos trouvées sur CDP2 autre

IDENTITE MEDECIN ADRESSANT

- Médecin adressant le patient : Traitant Remplaçant SOS med autre

Si l'adressant n'est pas le MT, le nom du MT reste mentionné?: oui non

Coordonnées (adresse et/ou téléphone) du médecin adressant : oui non

ETAT CIVIL PATIENT

-Nom : oui non

-Prénom : oui non

-Sexe (y compris "Monsieur/Madame") : oui non

- Age ou date de naissance : oui non

Tournez s'il vous plaît....

OBSERVATION

- ATCD personnels : **complets** **liés au problème aigu** **pas d'ATCD** **non renseigné**
- allergie médicamenteuse mentionnée : **oui** **pas d'allergies** **non renseigné**
- Mode de vie (lieu et/ou autonomie) : **oui** **non**
- ttt habituel mentionné : **oui (y compris si ordonnance jointe)**
 - *Si ttt habituel mentionné* : Nom (DCI ou commercial) : **oui** **non**
 - Dosage : **oui** **non**
 - Posologie : **oui** **non**
 - non** **pas de traitement**
- Statut vaccinal (VAT en particulier) : **oui** **non**
- Intoxications mentionnées : **oui** **pas d'intoxication** **non renseigné**
 - Si oui, lesquelles : **alcool** **tabac** **drogues**
- Motif initial de consultation: **oui** **non**
- Anamnèse : **oui** **non**
- Renseignements cliniques : **complets** **en lien avec le problème aigu** **absents**
- Constantes : **complètes** **en lien avec le problème aigu** **absentes**
- Examens complémentaires mentionnés : **oui** **pas d'examen réalisé** **non**
- Nouveau ttt instauré pour le problème aigu (y compris changement du ttt de fond) :
 - oui** **pas de nouveau ttt / changement** **non renseignée**
- Diagnostic suspecté : **oui** **non**
- Raison principale du transfert du patient au SAU :
 - Diagnostic / Avis** **PEC** **Examens complémentaires** **Traitement**
 - Hospitalisation/surveillance** **Pb social/placement** **non mentionné** **Autre**
- Motif(s)/demande(s) non avoué(s) ou sous-entendu(s) sur la lettre : **oui** **non**
(*Diagnostic non annoncé au patient, conflit familial, agression, trouble psy...*)
- Le patient a-t-il lu la lettre du médecin ? **oui** **non mais connaît le contenu**
 - non** **ne sait pas**
- Comment jugeriez-vous la qualité de cette lettre ?
 - très mauvaise** **mauvaise** **moyenne** **bonne** **très bonne**

POUR LES HOSPITS, RETIRER LE QUESTIONNAIRE DU DOSSIER ET LE DEPOSER DANS LE BAC AVEC LES DOSSIERS DE SORTIE .
MERCİ

ANNEXE 4

Enquête d'opinion nationale auprès des urgentistes à propos du contenu de la lettre du médecin adressant un patient au SAU

Grille de questions

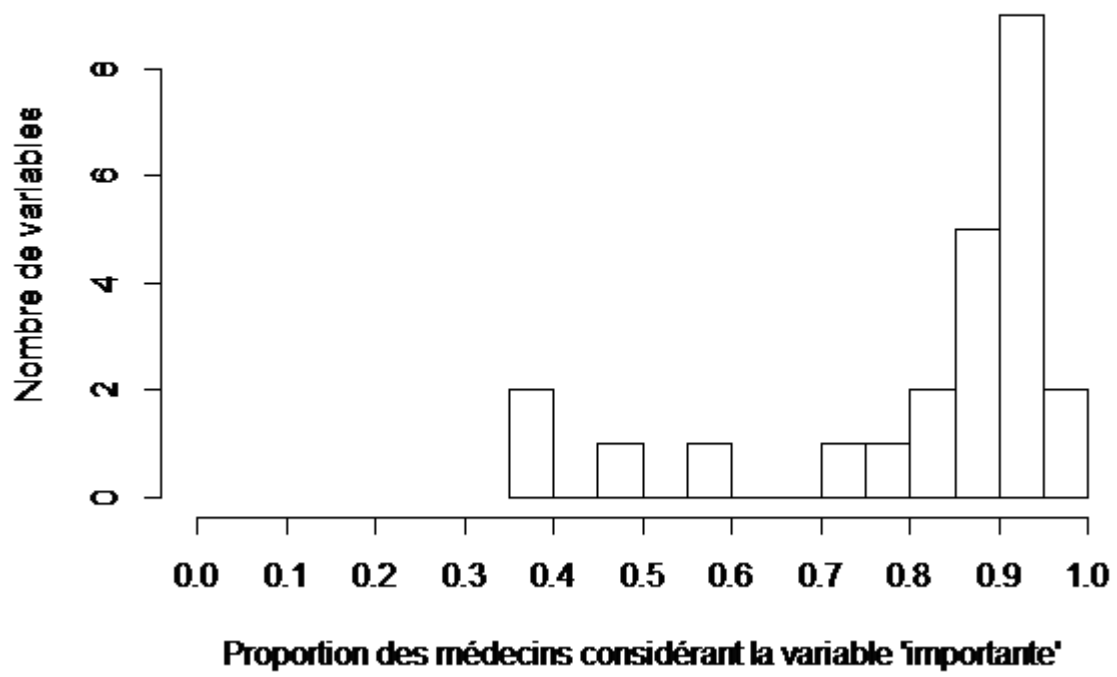
*Obligatoire

Quelle est selon vous l'importance des critères suivants dans la lettre du médecin adressant un patient au SAU ? *

| | Très important | Important | Moyennement important | Pas du tout important |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Date du courrier | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Identité et coordonnées du rédacteur | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Identité et coordonnées du médecin traitant (si différent du rédacteur) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Identité du destinataire de la lettre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Identité du patient (nom, prénom) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Age (ou date de naissance) du patient | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sexe du patient (y compris "Monsieur/Madame") | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Motif de consultation auprès du médecin adressant | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Anamnèse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Examen clinique | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Examens complémentaires faits en ville | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Diagnostic suspecté ou à éliminer | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nouveau traitement instauré pour le problème aigu | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Raison d'orientation vers le SAU (Examens, hospitalisation, diagnostic/avis) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ATCD complets | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ATCD en lien avec le problème aigu uniquement | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Allergies médicamenteuses | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Traitement habituel : Nom (DCI ou commercial) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Traitement habituel : Dosage | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Traitement habituel : Posologie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Statut vaccinal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Intoxications (alcool, tabac, drogues) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lieu de vie (domicile, RPA, EHPAD) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Autonomie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Personne à joindre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Formule de politesse finale | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Signature du rédacteur | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ANNEX 5



ANNEXE 6 : Lettre type

[Identité et coordonnées médecin rédacteur]

[Date]

[Identité et coordonnées MT] (Si différent)

Cher Confrère,

Je vous adresse [Mme/M]. [Nom Prénom], âgé de [.. ans], qui m'a consulté pour [Motif de consultation initial].

[HDM] :.....

[Examen clinique]

.....

[Constantes] :

Les [examens complémentaires] faits sont :

.....

Je suspecte un(e) [diagnostic suspecté].

Le [traitement mis en urgence / adaptation thérapeutique] a été :.....

Les principales informations le/la concernant sont :

[ATCD]

[Traitement détaillé] :.....

[Lieu de vie] :.....

[Autonomie] :.....

[Personne à joindre] :.....

Je vous l'adresse pour [Motif de transfert vers le SAU].

[Formule de politesse]

ANNEXE 7

477 MEDECINS

N° RPPS :
[Barcode]

Tél. _____

Numéro unique national : 3624 - 24H/24 H - 7J/7J

le 10.07.15

C

N° RPPS :
[Barcode]

[Signature]

N° RPPS :
[Barcode]

réaliser un
Scanner des
sinus

(Medeu) [Signature]

N° RPPS :
[Barcode]

Notif: - suspicion
sinusite
frontale.

L

N° RPPS :
[Barcode]

P - P

477 104151001

D

N° RPPS :
[Barcode]

(Medeu) [Signature]



Membre d'une association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.

CABINET MÉDICAL

Téléphone _____

Docteur [redacted]
de la Faculté de Médecine de Rouen

MÉDECINE GÉNÉRALE

Consultations sur Rendez-Vous :
Lundi, Jeudi 9 h 12 h 15 - 15 h 18 h 45
Mardi, Vendredi 10 h 12 h - 14 h 18 h 30
Mercredi 9 h 12 h
Absente le Samedi

N° RPPS



le 21 et 15

Cheque conforé

Merci de voir [redacted]
à [redacted] le 03/06/78 aux A.C.B de
diverhantite infectée → Abome en Janv 15

9900157001



Sauf urgences, pour les visites, prière de prévenir avant 10 heures.
Membre d'une association de gestion agréée. Le règlement des honoraires par chèque est accepté.

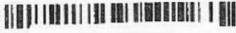
N° AM



DOCTEUR

MÉDECINE GÉNÉRALE

N° RPPS :



ROUTE DE ROUEN
76750 BUCHY

TÉL
FAX

CONSULTATIONS LIBRES :

- LUNDI : DE 8 H 30 A 12 H

TOUS LES JOURS SUR RENDEZ-VOUS

ABSENT LE MARDI

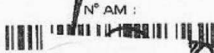
POUR LES RENDEZ-VOUS ET LES VISITES :

APPELER ENTRE 7 H 30 ET 10 H

25/7/11

*Cher Caprice
Nouveau de poche e chez
je pense par...
Médicament. N. d. l. avec
probell essayez plus de...
V. avec ci joint.*

4K182630001



N° AM :

POUR LES VISITES A DOMICILE, S.V.P. PRIÈRE D'APPELER AVANT 10 HEURES, SAUF URGENCE.

POUR LES URGENCES, APPELER LE :



ANNEXE 8

M: [redacted]

MH : AVP sur probable TA

HDM : AVP le lundi 20/07/15 sur alcoolisation aigue et prise d'antidépresseur et transfert au SAU.

Au SAU : plaie et contusions faciales, pas de signes de focalisation neurologique, TDM décrit comme normal (cf CR CHU). Transfert le 21/07 au CHSR (UNACOR) pour PEC psychiatrique (cf 1ere déclaration du patient où parle de TA puis se rétracte par la suite)

ANTCD : suivi pour dépression depuis 2004 (suite accident du travail) , TA (200.6 par IMV)

TTM : antidépresseur (le patient ne se souvient plus de la molécule, pas d'ordonnance retrouvée)

MDV : ingénieur en génie climatique, marié, 3enfants, au chômage depuis 1 an

Examen clinique :

A son arrivée à l'UNACOR le 21/07, examen non réalisable car patient sédaté

Le 22/07, Glasgow 15/15, mais apparait somnolent et modérément confus et désorienté, myosis bilatéral (rq : arrêt du Tramadol le 21/07), Déficit moteur MS plus marqué a droite (échec manœuvre Barré), ROT diminués et allodynie aux MS (plus marqué a droite), déficit moteur MI droit mais pas sensitif, pas de signe de Babinski, décrit une douleur cervicale. Auscultation cardio-respiratoire sans particularités, pas de souffles carotidiens, palpation abdominale sans particularités.

Au vu de l'évolution sur le plan neurologique, un transfert au SAU est organisé pour avis neurologique et examens complémentaires en accord avec responsable du SAU chirurgical.

Rq : arrêt des ttm sédatifs devant la somnolence, sous DAFALGAN actuellement (cf ordonnance ci-jointe)

(interne UNACOR)

22/07/15

Docteur
Centre Médical Carno
Tous les jours sauf le me di
Sur Rendez-Vous

Monsieur URGENCES

YVETOT le Jeudi 16 Juillet 2015

Cher confrère,

Je vous remercie de bien vouloir recevoir en consultation monsieur
demeurant hameau du beau soleil . betteville, (Tél: 02 35 92 33 81).

41 ans

Il est venu me consulter le 16 Juillet 2015 pour Dirs abdominales
Symptomes : Depuis 48h l'ont réveillé, dlrS surtout FIDte, avec constipation ; fièvre?
dlrs à type de crampes, pas de SFU, pas de nausée ni vomt.
La Tension Artérielle était à 130/80.
Examen Cardio-Pulmonaire : Auscult. Cardio Pulmonaire Normale.
Examen Clinique : Défense Fidte, T° 37,8°C
BHA +
fosses lombaires libres.

Codages et Eléments de suivi:
tabac : 0
Conclusion : Sd appendiculaire?


PROBLEMES EN COURS:
Pas de problème en cours chez ce patient
Biométrie (Dernières valeurs connues - le 16 JUL 2015 -)
Poids:
Tension Artérielle: 130 / 80 mmHg le 16 JUL 2015
Taille:
Fréquence Cardiaque: 60/mn

ANTÉCÉDENTS Personnels : 0
Allergie: 0

Traitement de fond : aucun

En vous remerciant de ce que vous ferez pour ce patient,
je vous prie de croire à toute mon amitié.

Docteur


Médecin Remplaçant

ANNEXE 9

Dr. _____
Médecine Générale
76800 ST ETIENNE DU ROUVRAY
1

Consultation tous les jours sur rendez-vous

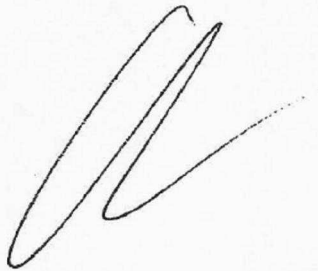
ST ETIENNE DU ROUVRAY , le 11/07/2015

Cher Confrère ,

Merci de recevoir Mme _____, 56 ans, atcds : HTA ,
chondrocalcinose , pour une diarrhée persistante depuis 3 jours, accompagnée d'une
douleur abdominale basse .Les deux premiers jours , la patiente avait des selles noires
.A l'examen : TA:140/90 pouls 72 , abdomen souple depressible sensible ,sans defence,
ni masses palpables (Merci de votre avis.

Bien Confraternellement.

Dr. _____





SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

RESUME

Introduction : Le courrier médical est un élément essentiel dans la communication entre médecins pour la transmission des informations médicales. Lors du transfert d'un patient par le médecin libéral vers le service des urgences, il constitue la première source d'informations médicales pour le médecin urgentiste. Des recommandations encadrant sa rédaction ont été émises par le CNOM et la HAS. L'objectif de notre étude était, d'une part, évaluer la qualité de la lettre d'adressage reçue au SAU du CHU de Rouen, et d'autre part, recueillir l'avis des urgentistes à propos des critères importants devant figurer dans un courrier afin de constituer une lettre-type.

Matériel et méthodes : Notre travail comportait deux études. La première, menée du 6 au 26 juillet 2015, était une étude prospective descriptive transversale mono centrique. Un questionnaire, composé de 20 critères reconnus importants par la littérature, a permis une évaluation objective de la qualité des lettres reçues au SAU du CHU de Rouen.

La deuxième enquête était une étude prospective descriptive transversale multi centrique ayant eu lieu du 4 août au 4 septembre 2015. Un formulaire virtuel composé de 27 critères a été envoyé à tous les SAU des CHU de la métropole française afin de recueillir l'avis des urgentistes concernant les critères qu'ils jugeaient importants de voir apparaître dans une lettre d'adressage optimale.

Résultats : 453 lettres ont été incluses. Après éviction du critère « mention du MT » qui était un facteur confondant, la note moyenne de nos lettres était de 11.76 sur 20. Il n'y avait pas de différence significative en fonction du statut du médecin rédacteur (médecin traitant, remplaçant, SOS médecins ou autre). La lettre informatique était plus lisible et mieux renseignée que la lettre manuscrite.

La deuxième enquête a mis en lumière treize critères indispensables et huit autres importants aux yeux des urgentistes. Ces critères ont permis l'élaboration de notre courrier-type. Seulement huit de ces critères étaient retrouvés de manière satisfaisante dans les lettres analysées dans la première enquête, objectivant un peu plus le sentiment d'insatisfaction des urgentistes à propos des courriers actuels.

Conclusion : le courrier médical reste un élément essentiel dans la transmission des informations médicales. Malheureusement, sa qualité actuelle reste discutable. Une lettre-type informatisée permettrait d'améliorer la communication entre médecins et de mieux répondre aux attentes des médecins urgentistes.

Mots clés : lettre, médecin, urgences adultes.