



HAL
open science

Étude VSM1 : utilisation du volet de synthèse médicale pour la transmission des informations entre la ville et les urgences de Fréjus Saint-Raphaël : étude qualitative prospective observationnelle

Wilfried Bazabas

► To cite this version:

Wilfried Bazabas. Étude VSM1 : utilisation du volet de synthèse médicale pour la transmission des informations entre la ville et les urgences de Fréjus Saint-Raphaël : étude qualitative prospective observationnelle . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01634988

HAL Id: dumas-01634988

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01634988>

Submitted on 14 Nov 2017

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.



UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 2017

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

ETUDE VSM1 : UTILISATION DU VOLET DE SYNTHÈSE MÉDICALE

POUR LA TRANSMISSION DES INFORMATIONS

ENTRE LA VILLE ET LES URGENCES DE FRÉJUS SAINT-RAPHAEL

Étude qualitative prospective observationnelle

Présentée et soutenue publiquement le 08 septembre 2017

NOM : BAZABAS Prénom : Wilfried

Date & Lieu de naissance : 02.05.1987 à BOURG-LA REINE

JURY

Président de thèse : **Professeur Jacques LEVRAUT**

Directeur de thèse : **Docteur Frédéric ROUQUIER**

Assesseurs : **Professeur Philippe HOFLIGER**

Docteur Didier JAMMES

Professeur Michel PAPA

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE**Doyen****M. BAQUÉ Patrick****Vice-Doyen**

M. BOILEAU Pascal

Assesseurs

M. ESNAULT Vincent

M. CARLES Michel

Mme BREUIL Véronique

M. MARTY Pierre

Conservateur de la bibliothèque

Mme DE LEMOS Annelise

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. HARTER Michel
M. BALAS Daniel	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BATT Michel	M. JOURDAN Jacques
M. BLAIVE Bruno	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOQUET Patrice	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CAMOUS Jean-Pierre	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CANIVET Bertrand	M. LOUBIERE Robert
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DAR COURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. OLLIER Amédée
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. FRANCO Alain	M. TOUBOL Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GÉRARD Jean-Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GILLET Jean-Yves	M. ZIEGLER Gérard
M. GRELLIER Patrick	
M. GRIMAUD Dominique	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques

M. BASTERIS Bernard

Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie

Mme DONZEAU Michèle

M. EMILIOZZI Roméo

M. FRANKEN Philippe

M. GASTAUD Marcel

M.GIRARD-PIPAU Fernand

M. GIUDICELLI Jean

M. MAGNÉ Jacques

Mme MEMRAN Nadine

M. MENGUAL Raymond

M. PHILIP Patrick

M. POIRÉE Jean-Claude

Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DAR COURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M. LEF THERIOTIS Georges	Physiologie- médecine vasculaire
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M. FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe	Médecine Générale (53.03)
----------------------	---------------------------

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David	Médecine Générale (53.03)
-----------------	---------------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca	Anglais
Mme ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)

Mme MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
--------------------	------------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
M. GONZALEZ Jean-François	Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
M. PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)
M. WELLS Michael	Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M. ODIN Guillaume	Chirurgie maxillo-faciale
M. PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M. PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Au Docteur ROQUIER Frédéric d'avoir accepté de diriger cette thèse. Un maître de stage qui, après quelques vacations au cabinet, a fini par devenir un ami.

Aux membres du jury :

Au Professeur LEVRAUT Jacques

Au Professeur HOFLIGER Philippe

Au Professeur PAPA Michel

Au Docteur JAMMES Didier

Qui m'ont fait l'honneur de constituer mon jury de thèse.

Aux équipes extraordinaires que j'ai pu rencontrer durant mon cursus :

Aux services des Urgences et de Gastro-entérologie de l'hôpital de Bastia où j'ai effectué mes premiers pas d'Interne.

À toute l'équipe du service des Urgences de l'hôpital Bonnet à Fréjus, à tout le personnel du secrétariat sans qui rien n'aurait été possible. Merci de m'avoir fait confiance jusqu'à ce jour.

Au service des Urgences de l'hôpital Pasteur II à Nice, où l'esprit d'équipe a toujours su maintenir une cohésion inébranlable face à l'adversité et à l'horreur.

A la Réanimation de l'hôpital de Grasse, où j'ai énormément progressé en faisant des voies centrales, des drains et de l'échographe mes fidèles compagnons.

Aux enseignants de la Faculté de Médecine de Nice-Sophia Antipolis et à toute l'équipe des Départements de Médecine Générale et de Médecine d'Urgence.

A ma famille et mes amis :

A mes parents, qui ont toujours été présents et à l'écoute.

A ma Maman, sans qui rien n'aurait été possible. Qui avait insisté pour m'obtenir un dossier d'inscription en première année de Médecine. A mes soeurs et mon frère.

A Sarah, qui m'a supporté pendant quasiment tout mon internat et qui a su canaliser ma folie.

A mes amis, et bien sûr à tous mes co-internes avec qui j'ai partagé ces magnifiques années.

A mes patients pour avoir fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CI : Courrier Imprimé

CM : Courrier Manuscrit

CH : Centre Hospitalier

CHI : Centre Hospitalier Intercommunal

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

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

FIP : Fiche d'Information Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

SAU : Service d'Accueil des urgences

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

VSM : Volet de Synthèse Médicale

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	16
I. LE CONTEXTE	17
II. LA PROBLEMATIQUE	18
III. LE CHEMINEMENT VERS LA THESE	19
CADRE DE RECHERCHE	20
I. LA COMMUNICATION VILLE-HOPITAL	21
1) CODE DE DEONTOLOGIE	21
2) EN PRATIQUE	21
II. PROBLEMATIQUES DU GENERALISTE EN VILLE	23
1) L'ADRESSAGE AUX URGENCES A PARTIR DU CABINET	23
2) L'ADRESSAGE AUX URGENCES EN VISITE A DOMICILE	24
III. PROBLEMATIQUES DE L'URGENTISTE AUX URGENCES	24
1) DEMOGRAPHIE DES URGENCES	24
2) QUALITE DES COURRIERS REÇUS	25
3) INFLUENCE DU COURRIER SUR LE PARCOURS DE SOIN AUX URGENCES	27
IV. OBJECTIFS	28
1) OBJECTIF PRINCIPAL	28
2) OBJECTIFS SECONDAIRES	28
MATERIEL ET METHODE	29
I. MATERIEL	30
II. METHODE	30
1) POPULATION ETUDIEE	30
2) LIEU ET DUREE DE L'ETUDE	30
3) RECUEIL DES DONNEES	31
4) CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL	31
5) CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES	32
6) ANALYSE STATISTIQUE	32
RESULTATS ET ANALYSE	33
I. OBJECTIF PRINCIPAL	34
1) IDENTITE DU MEDECIN ENVOYEUR	35
2) IDENTITE, COORDONNEES DU PATIENT	35
3) ANTECEDENTS PERSONNELS	36
4) ANTECEDENTS FAMILIAUX	36
5) TRAITEMENTS EN COURS	37
6) ALLERGIES, INTOLERANCES MEDICAMENTEUSES	37
7) MOTIF D'ADRESSAGE AUX URGENCES	38
8) FACTEURS DE RISQUE (HABITUS, MODE DE VIE, TABAC, SEDENTARITE, GENOLISME, REGIME, TOXICOMANIE)	38
9) FACTEURS DE RISQUE PROFESSIONNELS	39

10)	POINTS DE VIGILANCE	39
11)	DATE DE LA MISE A JOUR DES INFORMATIONS	40
12)	SIGNATURE DU PRATICIEN	40
13)	COMPARAISON GLOBALE	41
II.	OBJECTIFS SECONDAIRES	42
1)	POURCENTAGE DE TYPE DE COURRIER PAR PRATICIEN	42
2)	INFLUENCE DE L'ETUDE SUR LE FORMAT D'ADRESSAGE	43
DISCUSSION		45
I.	FORCES ET FAIBLESSES	46
1)	FORCES	46
2)	FAIBLESSES	46
II.	PERSPECTIVES	47
1)	L'HYPOTHESE D'UNE SECONDE VERSION DU VOLET DE SYNTHESE MEDICALE	47
2)	L'INTEGRATION AU DMP	47
3)	LA VISITE MEDICALE	48
CONCLUSION		49
ANNEXES		51
RESUME		58
BIBLIOGRAPHIE		59

TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

FIGURES

FIGURE 1 : PROVENANCE DES PATIENTS ADMIS AUX URGENCES	23
FIGURE 2 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PASSAGES ANNUELS AUX URGENCES DEPUIS 1996	25
FIGURE 3 : FLOWCHART ETUDE VSM1	34
FIGURE 4 : TAUX DE RENSEIGNEMENT DE L'INFORMATION « MEDECIN ENVOYEUR » PAR TYPE DE COURRIER REÇU	35
FIGURE 5 : TAUX DE RENSEIGNEMENT DE L'INFORMATION « IDENTITE DU PATIENT » PAR TYPE DE COURRIER REÇU	35
FIGURE 6 : TAUX DE RENSEIGNEMENT DE L'INFORMATION « ANTECEDENTS PERSONNELS » PAR TYPE DE COURRIER REÇU	36
FIGURE 7 : TAUX DE RENSEIGNEMENT DE L'INFORMATION « ANTECEDENTS FAMILIAUX » PAR TYPE DE COURRIER REÇU	37
FIGURE 8 : TAUX DE RENSEIGNEMENT DE L'INFORMATION « TRAITEMENTS » PAR TYPE DE COURRIER REÇU	37
FIGURE 9 : TAUX DE RENSEIGNEMENT DE L'INFORMATION « ALLERGIES, INTOLERANCES » PAR TYPE DE COURRIER REÇU	37
FIGURE 10 : TAUX DE RENSEIGNEMENT DE L'INFORMATION « MOTIF D'ADRESSAGE » PAR TYPE DE COURRIER REÇU	38
FIGURE 11 : TAUX DE RENSEIGNEMENT DE L'INFORMATION « FACTEURS DE RISQUE » PAR TYPE DE COURRIER REÇU	38
FIGURE 12 : TAUX DE RENSEIGNEMENT DE L'INFORMATION « FACTEURS DE RISQUE PROFESSIONNELS » PAR TYPE DE COURRIER REÇU	39
FIGURE 13 : TAUX DE RENSEIGNEMENT DE L'INFORMATION « POINTS DE VIGILANCE » PAR TYPE DE COURRIER REÇU	39
FIGURE 14 : TAUX DE RENSEIGNEMENT DE L'INFORMATION « DATE DE MISE A JOUR » PAR TYPE DE COURRIER REÇU	40
FIGURE 15 : TAUX DE RENSEIGNEMENT DE L'INFORMATION « SIGNATURE » PAR TYPE DE COURRIER REÇU	40
FIGURE 16 : RADAR DES FORCES COMPARANT LES INFORMATIONS RENSEIGNEES PAR TYPE DE COURRIER REÇU	41
FIGURE 17 : TYPE DE COURRIER PAR PRATICIEN NON PARTICIPANT A L'ETUDE VSM1	42
FIGURE 18 : TYPE DE COURRIER PAR PRATICIEN PARTICIPANT A L'ETUDE VSM1	42
FIGURE 19 : POURCENTAGE DE VSM EN FONCTION DE LA PARTICIPATION A L'ETUDE VSM1	43

TABLEAUX

TABLEAU 1 : PRESENCE MOYENNE DE 11 CRITERES D'ANALYSE DANS LES LETTRES D'ADRESSAGE	26
TABLEAU 2 : RECAPITULATIF DE L'ETUDE VSM1	44

INTRODUCTION

I. Le contexte

Quand il adresse un patient aux urgences, le médecin généraliste communique avec l'urgentiste par l'intermédiaire d'un courrier : la lettre de liaison médicale.

Cette lettre contient des informations clés récoltées au cours de nombreuses années. Depuis l'informatisation des cabinets de médecine générale, le format manuscrit est de moins en moins utilisé, laissant place au format numérique imprimé à partir du logiciel soignant.

La prise en charge pluridisciplinaire et la coordination ville-hôpital s'imposent progressivement comme des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. En ce sens, la Loi de Modernisation du Système de Santé (LMSS) de janvier 2016 ⁽²³⁾ et le décret du 20 juillet 2016 ⁽²²⁾, ont rendu obligatoire la lettre de liaison entre la médecine de ville et l'établissement de soin. Ces obligations sont entrées en vigueur au mois de janvier 2017 et s'appliquent à tous les médecins.

En ce qui concerne son contenu, cette lettre doit éventuellement comporter les informations issues du Volet de Synthèse Médicale, validées fin novembre 2011 par les partenaires conventionnels et l'HAS ⁽¹⁶⁾ :

- Coordonnées du patient
- Coordonnées du médecin traitant
- Date de mise à jour
- Pathologies en cours, antécédents personnels (médicaux et chirurgicaux)
- Allergies, intolérances médicamenteuses
- Antécédents familiaux
- Facteurs de risque (habitus, mode de vie, tabac, sédentarité, œnolisme, régime, toxicomanie)
- Traitement au long cours
- Points de vigilance (faits marquants et propositions thérapeutiques au cours de l'année)
- Signature du praticien.

Les éditeurs de logiciels médicaux utilisés en cabinet de médecine générale ont intégré cette fonction de « synthèse médicale » avant la fin de l'année 2012.

À défaut, la lettre doit au minimum comporter :

- Le motif d'hospitalisation
- Les traitements en cours
- Les allergies connues.

Parallèlement, la littérature grise ⁽⁹⁾⁽¹⁵⁾⁽²⁵⁾, mêlant thèses et études non diffusées par les canaux de publication traditionnels, a produit de nombreuses fiches de communication standardisées. Elles ont démontré un intérêt certain auprès des médecins généralistes et des urgentistes, quant à l'amélioration de la qualité de prise en charge médicale.

II. La problématique

Les études des Docteurs Akharzouz. D ⁽⁴⁾ et Pujos. L ⁽²⁴⁾ ont montrées une stagnation globale de la qualité des courriers reçus aux urgences. Plusieurs points sont régulièrement cités :

- Une mauvaise lisibilité
- Un manque de données informatives
- L'utilisation du courrier pour adresser des patients ne relevant pas d'une prise en charge en urgence

L'étude du Docteur Perrod A ⁽²¹⁾, menée aux urgences de l'hôpital privé de la Seine-Saint-Denis à Paris en 2013, montre que l'utilisation d'un courrier médical améliore la prise en charge globale des patients. Il a été prouvé que le fait de consulter aux urgences muni d'un courrier est un marqueur du risque d'hospitalisation. Ceci pouvant s'expliquer en amont par le tri du médecin traitant qui sélectionne les patients les plus sévères.

Dans le prolongement de l'étude du Docteur Millet J ⁽¹⁹⁾ faite à Montpellier en 2011 concernant l'adressage aux urgences munis d'une fiche standardisée, les derniers travaux de recherche convergent vers l'utilisation d'une lettre type permettant d'augmenter la qualité de transmission des « informations patient ».

Il existe cependant de multiples supports (Fiche patient remarquable ⁽²⁾, Dossier de Liaison

d'Urgence ⁽¹⁴⁾, multiples fiches standardisées) difficiles à renseigner, aboutissant au manque d'adhésion des généralistes. Parallèlement, le nombre de passages aux urgences, lui, ne fait qu'augmenter.

III. Le cheminement vers la thèse

La lettre de liaison médicale entre la médecine de ville et les urgences doit donc être standardisée.

Elle se veut :

- Exhaustive, comportant les informations indispensables à une prise en charge de qualité
- Informatisée, améliorant la lisibilité et la traçabilité
- Automatisée, réalisable en quelques clics
- Universelle, générée à partir des logiciels utilisés par les médecins de ville.

D'après les recommandations de bonne pratique de 2013 établies par l'HAS, les médecins généralistes utilisent désormais le Volet de Synthèse Médicale (VSM) de leur logiciel pour maintenir à jour annuellement un « résumé patient » exhaustif.

La transmission de cette fiche, complète et régulièrement mise à jour, pourrait améliorer la qualité de communication entre la médecine de ville et les urgences.

Nous avons donc réalisé une étude dont l'objectif principal était de comparer le contenu des Volets de Synthèse Médicale reçus, au contenu des autres types de courrier. Les objectifs secondaires étaient d'analyser la qualité de remplissage de ces VSM, et le taux d'utilisation des VSM comme lettre de liaison entre la ville et l'hôpital.

CADRE DE RECHERCHE

I. La communication ville-hôpital

1) Code de déontologie

L'article 45 alinéa 2 tiré de la dernière révision du code de déontologie médicale ⁽⁸⁾ indique :

« 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 ».

L'article 59 informe que : « 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 ». Cette situation correspond à celle d'une visite médicale où le médecin traitant a effectué un adressage du patient aux urgences.

Concernant la confraternité, l'article 64 apporte quelques précisions :

« 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 ».

Tout cela concorde, dans son ensemble, avec l'obligation de joindre une lettre de liaison médicale lorsqu'un médecin de ville adresse un patient aux urgences.

2) En pratique

En France, beaucoup d'efforts ont été réalisés en matière de communication entre l'hôpital et le médecin traitant, notamment pour les patients sortant d'hospitalisation. L'objectif à long terme est de fournir au patient son compte-rendu d'hospitalisation le jour de sa sortie, permettant au médecin référent d'être au fait de la prise en charge effectuée et d'être en mesure de répondre à ses interrogations ⁽¹⁾.

Ce travail renforce la position de « coordonnateur du parcours de soin » du médecin généraliste. Cela garantit également la sécurité du patient entre les différentes étapes du parcours santé. En revanche, le nombre de publications réalisées dans le sens inverse (communication de la médecine de ville vers l'hôpital) semble être anecdotique.

Selon le projet « Dossier Médical Personnalisé (DMP) partagé »⁽²⁰⁾ qui a vu le jour en 2012, les informations du patient devaient être accessibles à tous les praticiens (de ville et hospitaliers) et sécurisées par l'utilisation des cartes électroniques CPS.

L'enjeu majeur était d'améliorer la coordination des soins sans utiliser de plateforme informatisée spécifique à chaque établissement. Tout hôpital ou praticien à l'échelle nationale, aurait ainsi pu communiquer le dossier médical du patient sans correspondance, de la ville vers l'hôpital, et vice et versa. De plus, un accès spécifique au DMP via le mode « bris-de-glace » permettait d'accéder rapidement aux informations vitales en cas de prise en charge en urgence.

Depuis le lancement du projet, la communication entre la ville et l'hôpital a peu évolué. Les médecins généralistes et les établissements de santé de la région PACA n'utilisent toujours pas le DMP comme plateforme de partage. De surcroit la plupart des informations échangées par les généralistes restent manuscrites. Le contenu minimal de la lettre de liaison médicale ville-hôpital n'a été défini qu'en 2016. Ce n'est que cette année qu'elle a été rendue obligatoire.

II. Problématiques du généraliste en ville

1) L'adressage aux Urgences à partir du cabinet

Selon l'enquête « Urgence » de juin 2013 menée par la DREES (Direction de la Recherche des Etudes de l'Évaluation et des Statistiques)⁽¹¹⁾, seuls 24% des patients qui consultent aux urgences le font sur le conseil d'un médecin (traitant ou autre). Cela représenterait 10726 patients adressés aux urgences de l'hôpital Bonnet en 2013⁽⁷⁾.

Du côté opposé, la société française de Médecine Générale indique que seulement 5% des consultations au cabinet se terminent par un adressage à un spécialiste⁽¹⁷⁾ (SAU inclus). L'exercice d'adressage aux urgences reste donc un événement peu fréquent pour les médecins généralistes.

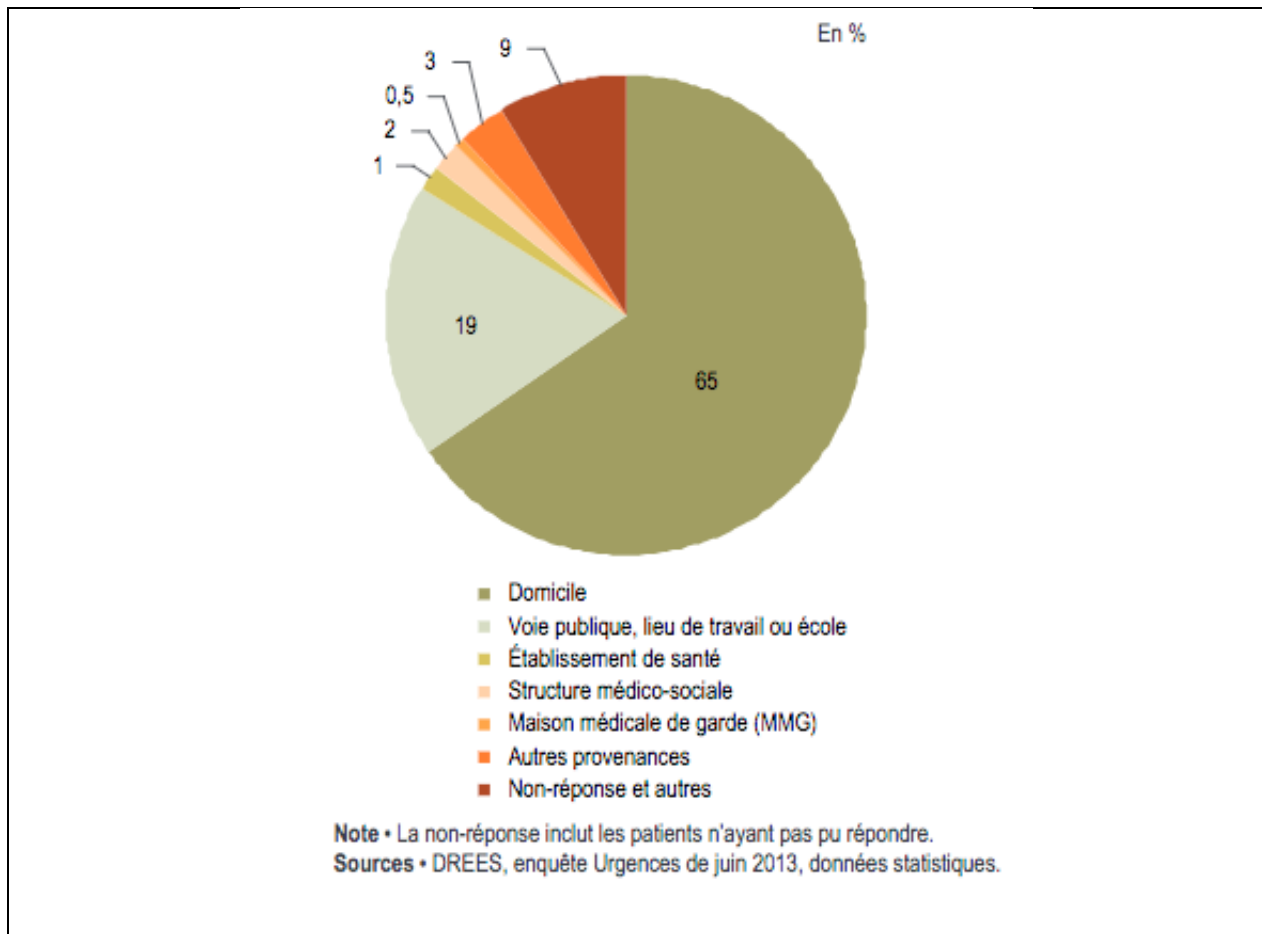


Figure 1 : Provenance des patients admis aux urgences

2) L'adressage aux Urgences en visite à domicile

Quand il s'agit d'adresser un patient suite à une visite médicale à domicile, le support informatique est quasiment inexistant. La communication est alors essentiellement manuscrite. Or la plupart des patients adressés à l'hôpital le sont à partir de leur domicile. Cela pourrait expliquer la prédominance de courriers au format manuscrit parmi ceux reçus aux urgences. Dans le Var, 3333 visites au chevet du patient ont été effectuées par l'ensemble des médecins généralistes (à la demande urgente du patient) en 2010 ⁽³⁾.

III. Problématiques de l'urgentiste aux Urgences

1) Démographie des Urgences

Les services d'accueil des urgences (SAU) voient leur fréquentation progresser au fil du temps. En 2014, 19,7 millions de passages ont été enregistrés dans les 723 structures d'urgences françaises ⁽¹⁰⁾. Soit une progression de 4% par rapport à 2013. Cela correspond à une moyenne de 27000 passages par structure par an.

En région PACA l'activité des structures d'urgence est l'une des plus fortes de France. 1,7 millions de passages ont été enregistrés en 2015, avec un taux de passage de 3000 à 3445 pour 10000 habitants ⁽¹²⁾. Le SAU de l'hôpital Bonnet fait partie des 20% de structures les plus fréquentées de France avec un total de 44691 passages durant l'année 2013 ⁽⁷⁾.

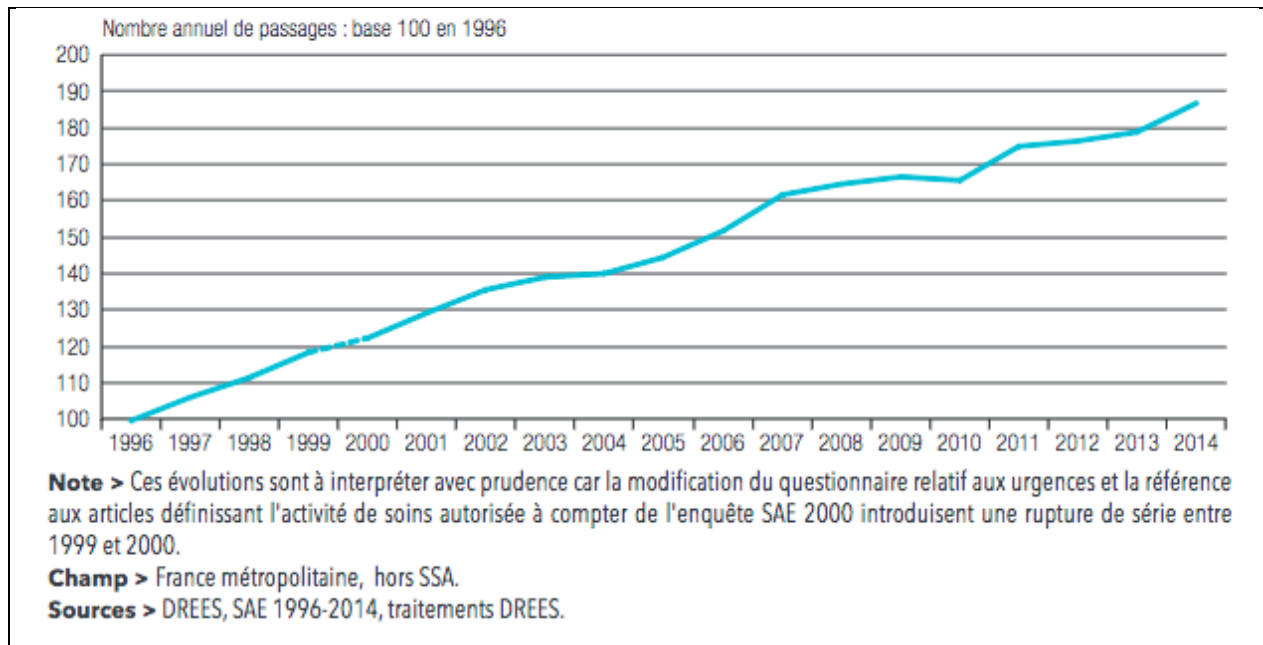


Figure 2 : Evolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996

La FEDORU ⁽¹²⁾ précise que l'activité gériatrique (patients de 75 ans et plus) des structures d'urgence représente 14% de la fréquentation globale, dont 22% de passages la nuit (20h-08h) et 28% le week-end. Plus d'un patient sur 2 (56%) finit par être hospitalisé ⁽¹²⁾. Ce sont les patients qui possèdent le plus d'antécédents et qui sont les plus à risque d'hospitalisation. La bonne qualité de leur lettre de liaison semble être indispensable.

2) Qualité des courriers reçus

Le contenu des courriers tend à s'améliorer avec les années mais cela reste insuffisant. Dans l'étude du Docteur Akharzouz D ⁽⁴⁾, parmi les lettres des patients de plus de 75 ans admis aux urgences, seuls 17% contenaient au moins 50% des infos recherchées par les urgentistes.

L'étude du Docteur Cartier ⁽⁶⁾ a fait une revue de la littérature internationale sur les courriers d'adressage entre les médecins généralistes et les autres spécialités : 49 articles représentant 15171 courriers ont été analysés. La littérature française, uniquement composée de travaux de thèse sur l'adressage aux urgences, a été exclue de l'étude.

Il en ressort une faible qualité des courriers qui stagne au cours du temps, et une absence d'uniformité sur les critères de composition de la lettre de liaison médicale.

Table 1. Présence moyenne de 11 critères d'analyse dans les lettres d'adressage		
	Moyenne de présence du critère dans les lettres d'adressage	Nombre d'études analysables pour ce critère
Antécédents personnels spécifiques	43,68 %	14
Apport attendu du spécialiste	48,40 %	3
Contexte psycho-social	37,77 %	10
Diagnostic posé par le généraliste	64,50 %	19
Examen clinique	35,72 %	14
Examens complémentaires réalisés	25,87 %	18
Histoire de la maladie	68,71 %	16
Motif d'adressage	81,60 %	22
Nom du généraliste	100 %	1
Position de l'adressage dans l'histoire du patient	41,13 %	4
Traitement en cours	50,10 %	20

Tableau 1 : Présence moyenne de 11 critères d'analyse dans les lettres d'adressage ⁽⁶⁾

L'étude du Docteur Medjeber E ⁽¹⁸⁾ a analysé les courriers de médecins adressant leurs patients au SAU du CHU de Nîmes en 2009 pendant quinze jours. Les critères d'analyse étaient la lisibilité, la présence d'un motif d'admission, et la compréhension. Sur les 332 patients admis avec un courrier, 7 courriers (2%) ont été jugés illisibles. 7 courriers ont été jugés incompréhensibles. Le motif de recours n'a pu être identifié 44 fois soit 13% des courriers.

Quatre ans plus tard, l'étude des Docteurs Garot B et Galfard M ⁽¹³⁾ sur les courriers d'adressage des médecins généralistes aux urgences des hôpitaux du Hainaut-Cambrésis montrait que les problèmes liés à la lisibilité perduraient : sur les 184 courriers inclus, l'écriture du médecin traitant a entraîné une légère (31,2% des cas) voire une importante gêne (9,2% des cas). Couplé au manque global d'information, la perte de chance pour le patient a été estimée entre 3,8% et 21,7%.

La lisibilité des courriers reste encore de nos jours un point phare en défaveur du courrier manuscrit.

3) Influence du courrier sur le parcours de soin aux Urgences

Les travaux du Docteur Bourlier B menés aux SAU du CH de Saint Briec en 2013 ⁽⁵⁾ ont montré que l'admission avec un courrier augmentait la durée moyenne de consultation et le délai de prise en charge. Les patients adressés avec un courrier étaient les plus âgés, et leur séjour aux urgences se terminait le plus souvent par une hospitalisation.

Le courrier a donc une importance capitale. Un courrier bien renseigné permettrait d'éviter les interactions médicamenteuses, de limiter le nombre d'examens complémentaires, de gagner du temps, et globalement de mieux prendre en charge les patients.

IV. Objectifs

L'utilisation du Volet de Synthèse Médicale, en tant que lettre de liaison, pourrait améliorer la prise en charge des patients aux urgences, de par son contenu exhaustif, sa meilleure lisibilité, sa traçabilité, et le gain de temps qu'il génère.

1) Objectif principal

L'objectif principal était de comparer le contenu des Volets de Synthèse Médicale reçus, au contenu des autres courriers (courriers manuscrits, et courriers informatisés non structurés).

2) Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient :

- De déterminer le taux d'utilisation des VSM comme lettre de liaison entre la ville et les urgences
- De déterminer l'influence de l'étude VSM1 sur le format du courrier d'adressage

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Matériel

Dans l'étude, nous avons inclus tous les courriers médicaux des patients se présentant au Service d'Accueil des Urgences du C.H.I Bonnet Fréjus Saint-Raphaël.

Les photocopies des courriers étaient stockées dans une boîte en carton identifiée « ETUDE VSM1 ».

II. Méthode

1) Population étudiée

Pendant un mois, tous les patients adressés aux urgences de Fréjus Saint-Raphaël avec une lettre de liaison médicale ont été inclus, que le médecin envoyeur ait été informé de l'étude VSM1 ou non.

Les patients admis aux urgences sans courrier médical n'ont pas été inclus. Les patients admis aux urgences avec un courrier médical n'émanant pas d'un médecin généraliste ont été exclus.

Dans le cadre de cette étude non interventionnelle, le consentement écrit des patients n'a pas été obligatoire : pas de recueil de l'ethnie, ni de religion, ni des opinions politique syndicale ou philosophique, ni des mœurs.

2) Lieu et durée de l'étude

Réalisation d'une étude prospective observationnelle monocentrique du 20 juin au 20 juillet 2017, au Service d'Accueil des Urgences de l'hôpital Bonnet (Fréjus Saint-Raphaël). Hôpital situé dans le Var où l'on ne compte pas moins de 56 sites d'accueil de soins de médecine d'urgence. Cette répartition permet à 99% de la population d'accéder à un accueil en moins de 45 minutes ⁽³⁾.

Ce service d'urgence est actuellement divisé en quatre parties :

- Une unité d'urgences médico-chirurgicales divisée en trois secteurs, comprenant trois salles de déchoquage (SAUV).
- Un secteur annexe d'urgence médicale pédiatrique comprenant une salle de déchoquage.
- Un secteur UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée).

- Une maison médicale de garde qui constitue le circuit-court médical (médecin généraliste de garde). Ce secteur ayant réalisé 6113 consultations en 2010 ⁽³⁾.

3) Recueil des données

Une semaine avant le début de l'étude, tous les médecins généralistes de Fréjus et de Saint-Raphaël ont été contactés par téléphone. Les médecins joignables qui souhaitaient y participer ont reçu une fiche informative par email. Le but était de les informer de l'existence du Volet de Synthèse Médicale et du déroulement de l'étude (protocole, durée, lieu, et objectifs).

Un rappel a été effectué par mail le jour du début de l'étude et à J7. En parallèle, le personnel d'accueil des urgences de l'hôpital Bonnet a été formé (sur place, avec un rappel par email) aux inclusions des courriers une semaine avant le début de l'étude. Une affiche didactique a également été placée sur le bureau du secrétariat des urgences.

Tous les courriers médicaux accompagnant les patients admis aux urgences ont été photocopiés et associés à une étiquette d'identification (ou à la fiche d'admission administrative). Les photocopies ont été placées dans la boîte prévue à cet effet au niveau de la zone de travail des secrétaires/infirmières d'accueil.

Les courriers dactylographiés non structurés ont été classés comme « courriers imprimés ». Les courriers dactylographiés structurés ont été classés comme VSM. Les praticiens dont les courriers étaient sous format VSM ont été appelés après la fin de l'étude, pour confirmer l'utilisation d'une fonction de synthèse automatisée. Les courriers des médecins exerçant pour « SOS Médecin » ou « Médecins de Garde Var-Estérel » ont été inclus sous le libellé correspondant à leurs structures respectives (et non par identité du médecin expéditeur).

4) Critère de jugement principal

Pour évaluer la qualité des courriers, le critère de jugement principal a été de relever le nombre d'items présents dans chaque courrier par rapport au nombre d'items composant le VSM : coordonnées du patient, coordonnées du médecin traitant, date de mise à jour, pathologies en cours, antécédents personnels médicaux et chirurgicaux, allergies, intolérances médicamenteuses, antécédents familiaux, facteurs de risque (habitus, mode de vie, tabac,

sédentarité, œnolisme, régime, toxicomanie), traitement au long cours, points de vigilance (faits marquants et propositions thérapeutiques au cours de l'année), signature du praticien.

5) Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires ont été :

- Le pourcentage de patients adressés par type de courrier
- Le pourcentage de type de courrier par praticien
- Le pourcentage de VSM par praticien participant à l'étude et non participant à l'étude.

6) Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel StatPlus (Analystsoft®) et du logiciel Excel (Microsoft®). Les variables qualitatives sont exprimées en pourcentages. Les différences entre les groupes ont été comparées par un test exact de Fisher au vu de l'effectif inférieur à cinq dans certains groupes. Une valeur $p \leq 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

RÉSULTATS ET ANALYSE

I. Objectif principal

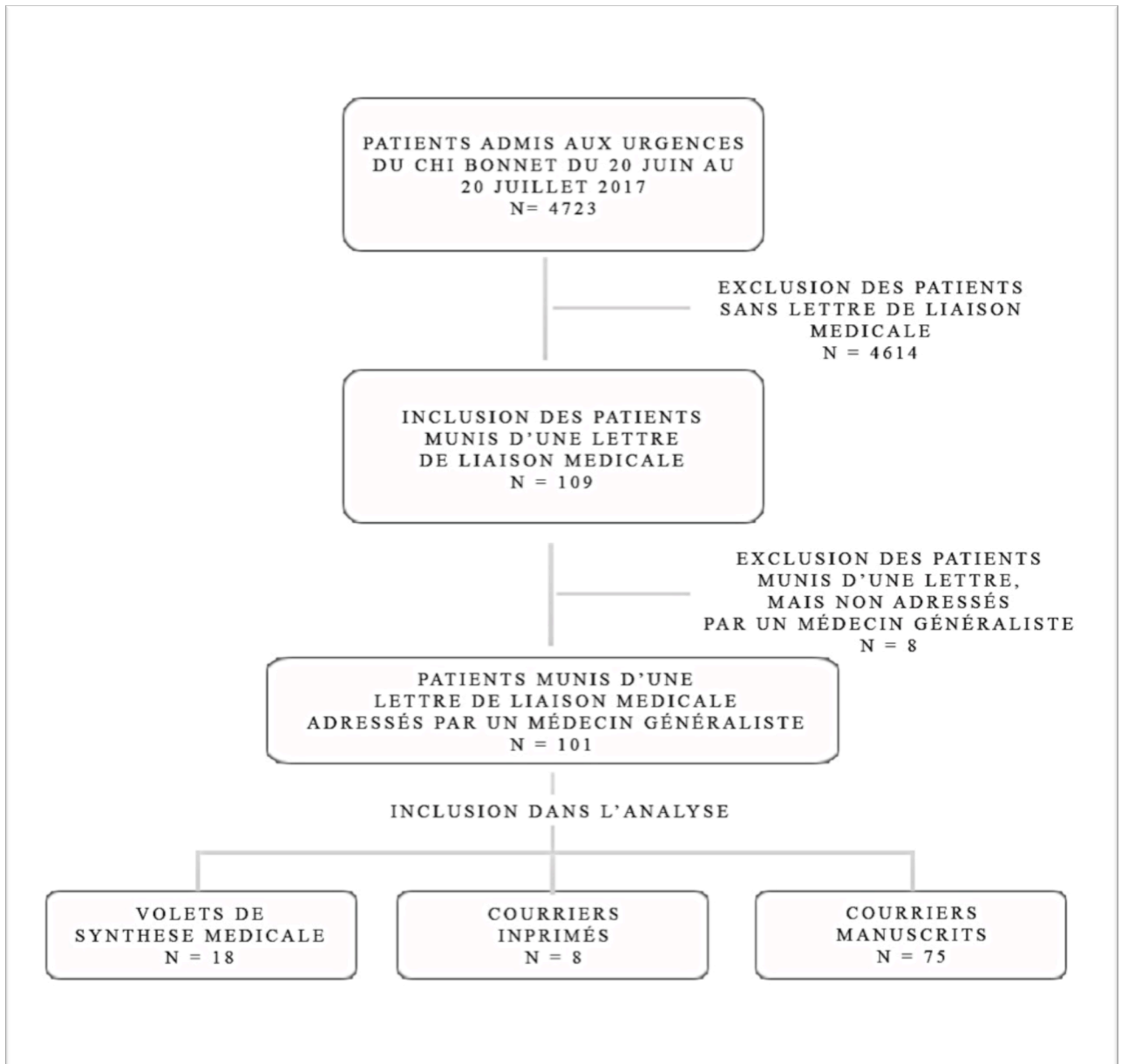
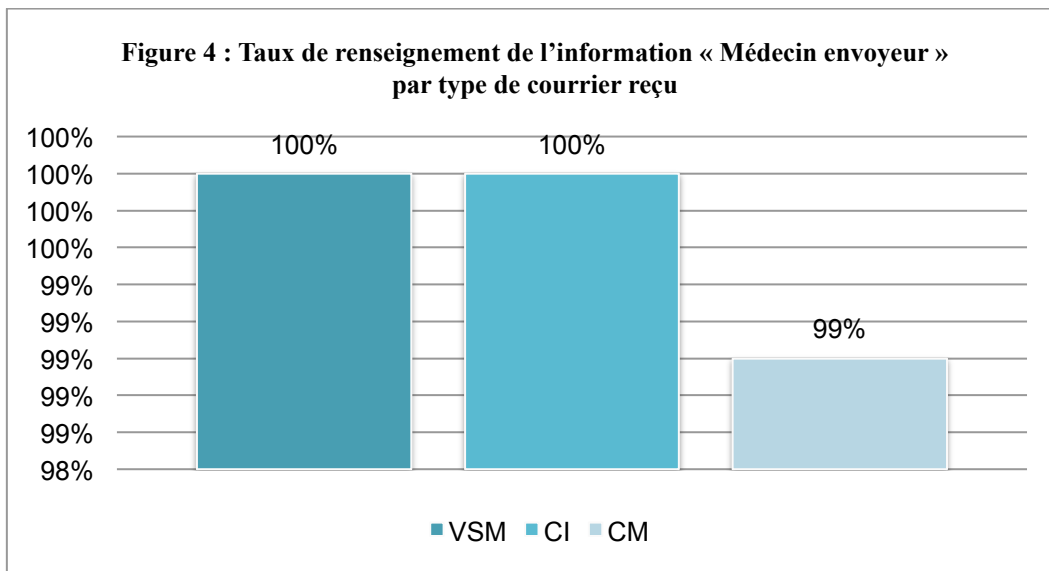


Figure 3 : Flowchart ETUDE VSM1

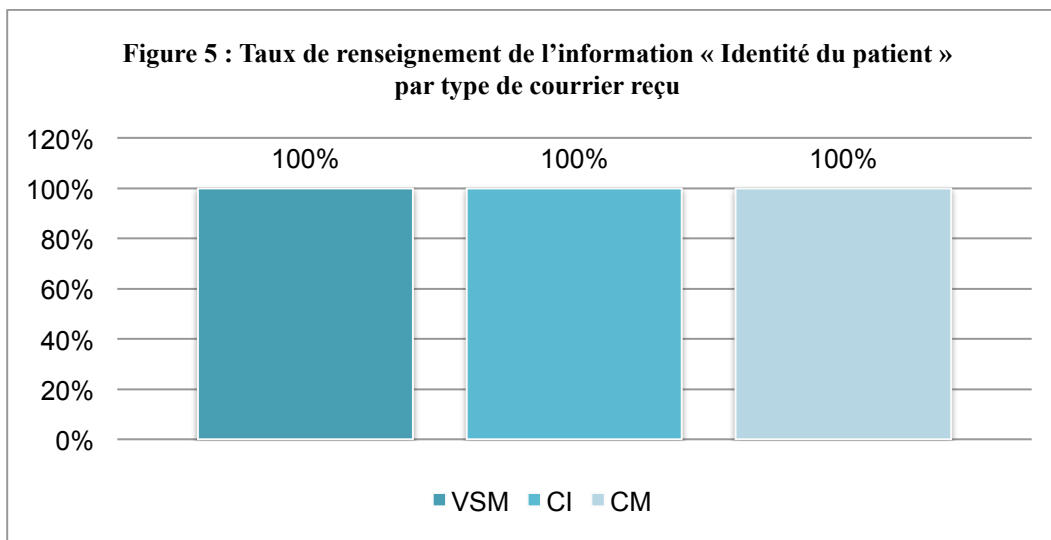
1) Identité du Médecin envoyeur

L'identité du médecin envoyeur est quasi-systématiquement indiquée. Une seule lettre de liaison manuscrite réalisée par un remplaçant ne comportait pas d'identité. Le cabinet d'origine a cependant pu être identifié par le nom barré du médecin remplacé.



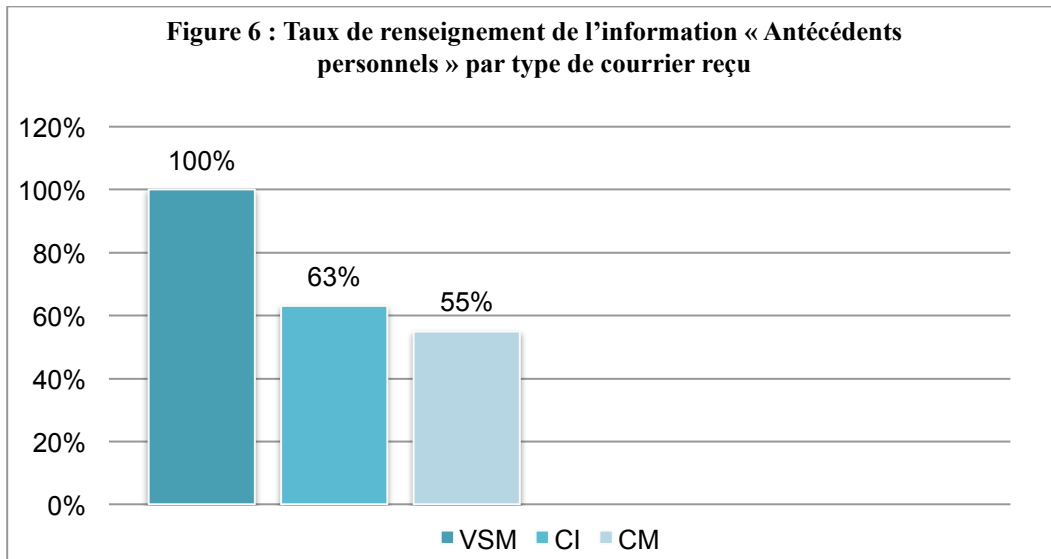
2) Identité, Coordonnées du patient

L'identité ou les coordonnées du patient ont systématiquement été renseignées quel que soit le support de communication utilisé.



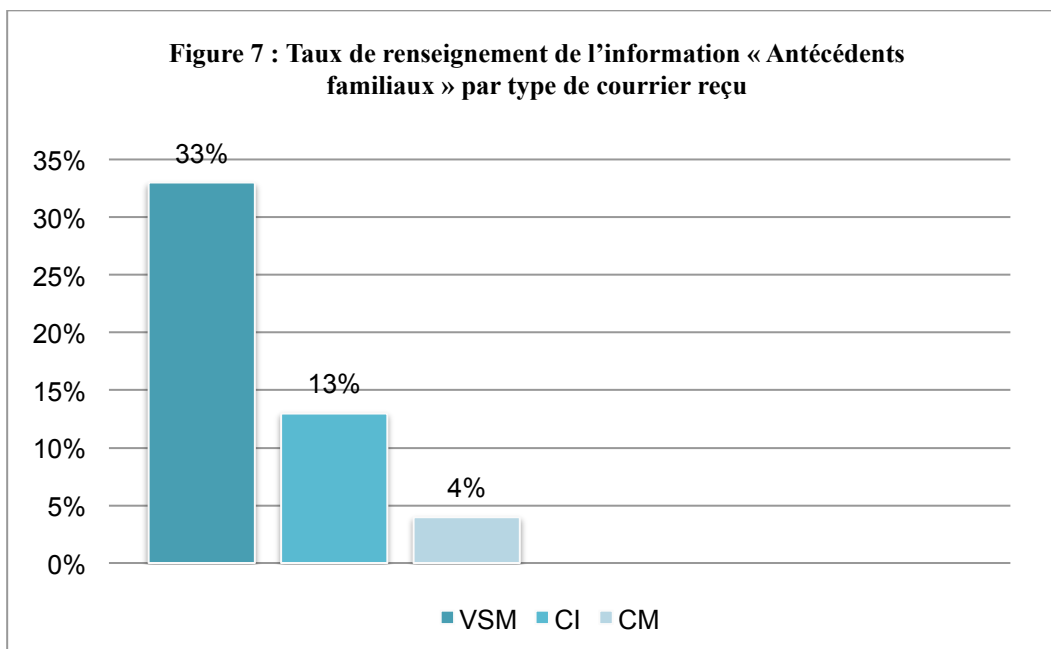
3) Antécédents personnels

Les antécédents personnels étaient systématiquement renseignés dans les courriers VSM, à hauteur de 63% concernant les courriers imprimés, et 55% pour les courriers manuscrits.



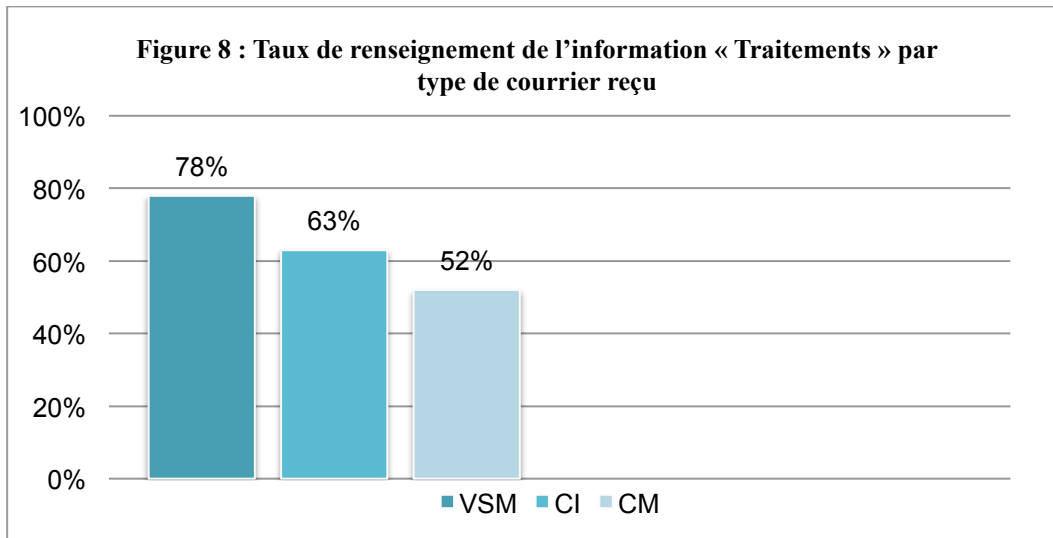
4) Antécédents familiaux

Les antécédents familiaux étaient renseignés dans 33% des VSM, 13% des courriers imprimés, et 4% des courriers manuscrits.



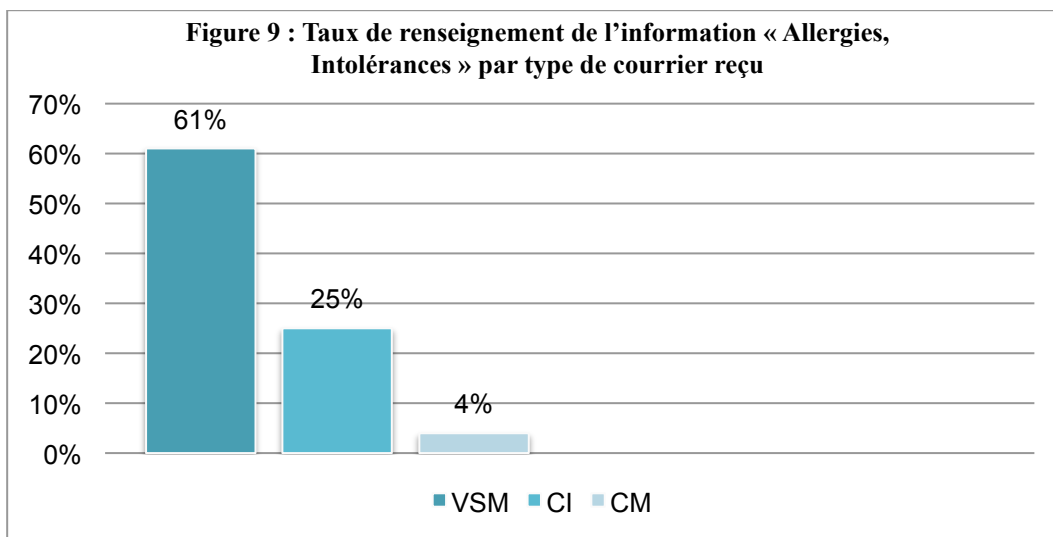
5) Traitements en cours

Au sujet des traitements en cours (récents ou habituels), les VSM sont une fois de plus mieux renseignés (78%) que les courriers imprimés (63%) et les courriers manuscrits (52%).



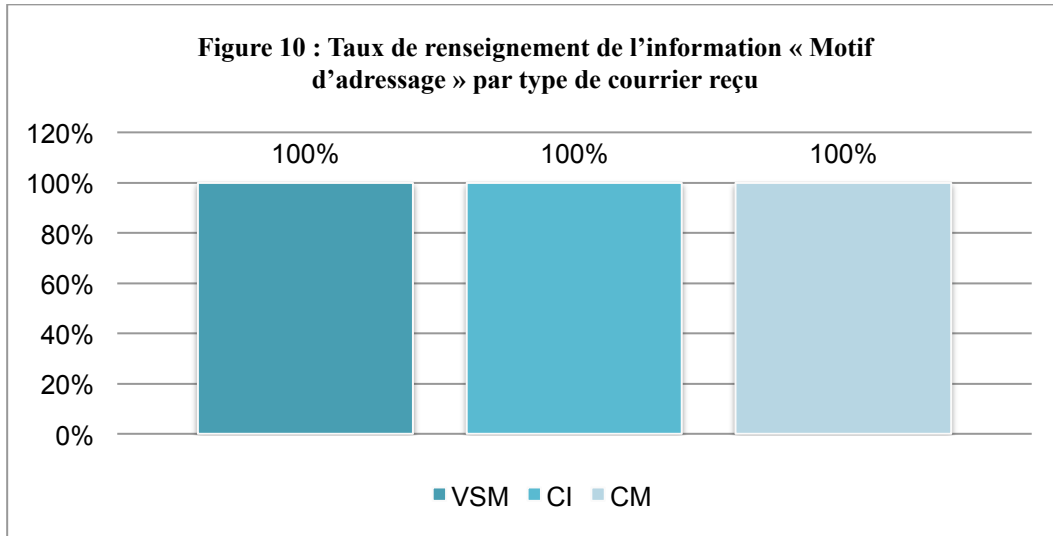
6) Allergies, intolérances médicamenteuses

La disparité de présence de l'item « allergie, intolérances » est, elle aussi, en faveur des VSM avec 61% des lettres renseignées, contre 25% pour les courriers imprimés et 4% pour les courriers manuscrits.



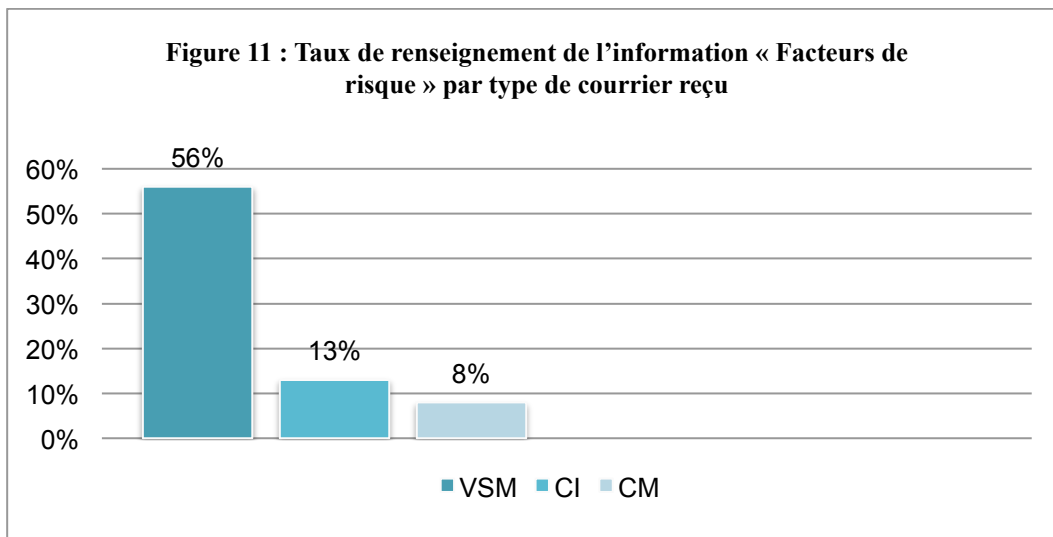
7) Motif d'adressage aux urgences

Le motif d'adressage a systématiquement été renseigné quel que soit le support de communication.



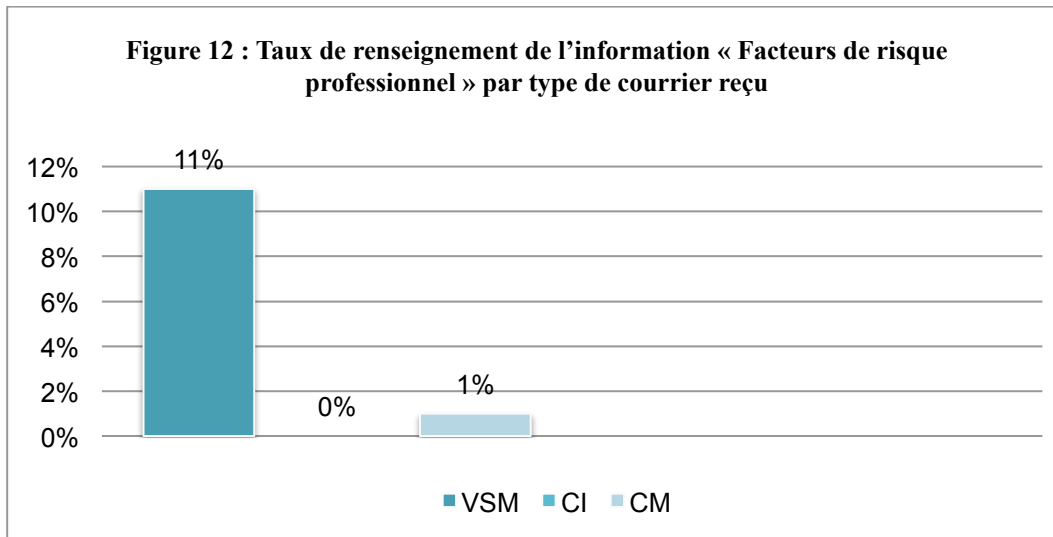
8) Facteurs de risque (habitus, mode de vie, tabac, sédentarité, œnolisme, régime, toxicomanie)

Les facteurs de risques étaient renseignés dans 56% des VSM, 13% des courriers imprimés, et 8% des courriers manuscrits.



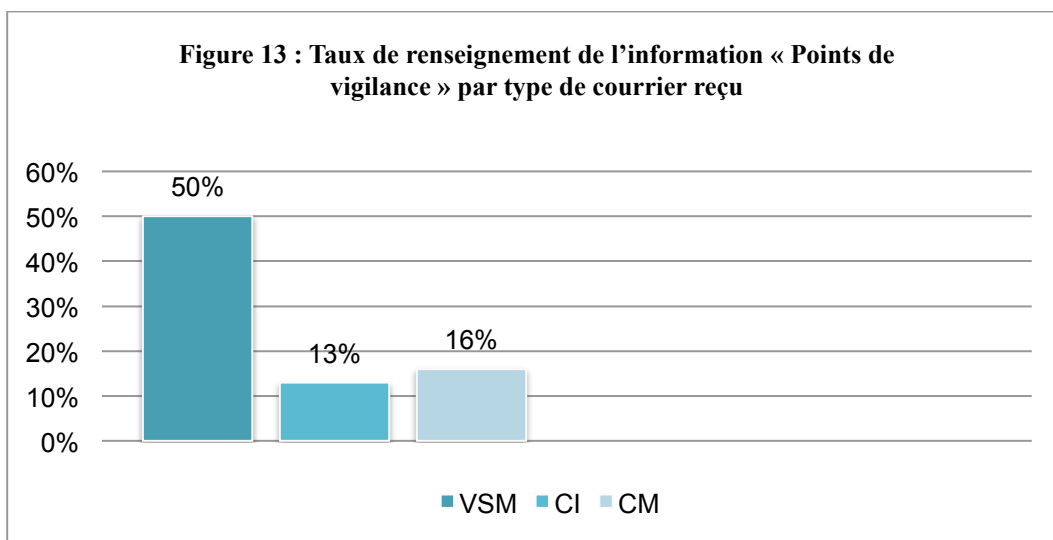
9) Facteurs de risque professionnels

Les facteurs de risque professionnels ont été renseignés dans 11% des VSM, 1% des courriers manuscrits. Aucun courrier imprimé n'a précisé la profession du patient avec les risques potentiels.



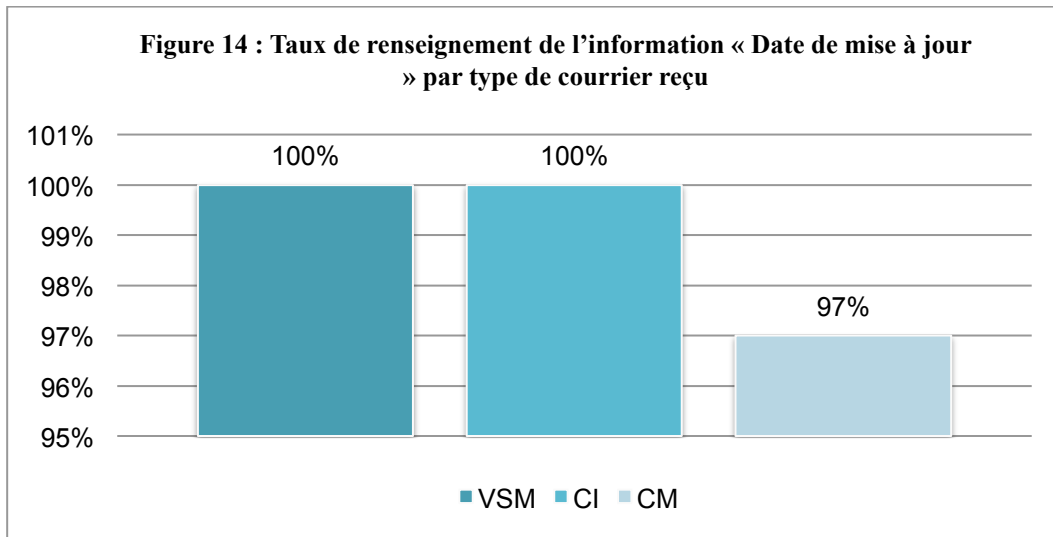
10) Points de vigilance

Les événements marquants au cours de l'année, ou points de vigilance, n'ont été renseignés que pour la moitié des VSM, 13% des courriers imprimés, et 16% des courriers manuscrits.



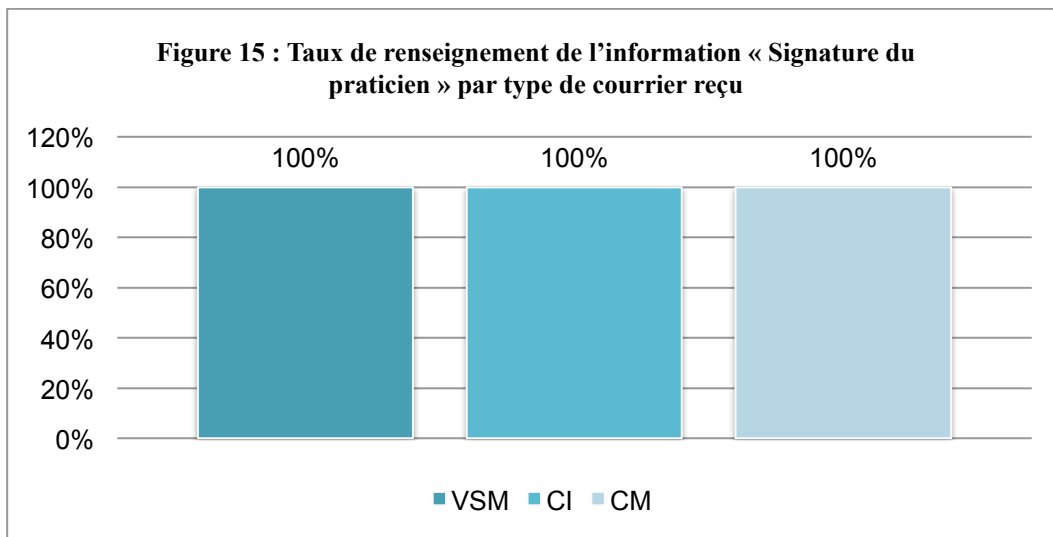
11) Date de la mise à jour des informations

La date de mise à jour des informations, a été assimilée à la date du courrier, lorsqu'elle n'était pas précisée de façon individuelle pour chaque item. Elle a été précisée dans quasiment toutes les lettres de liaison (97% des courriers manuscrits, 100% des autres supports).

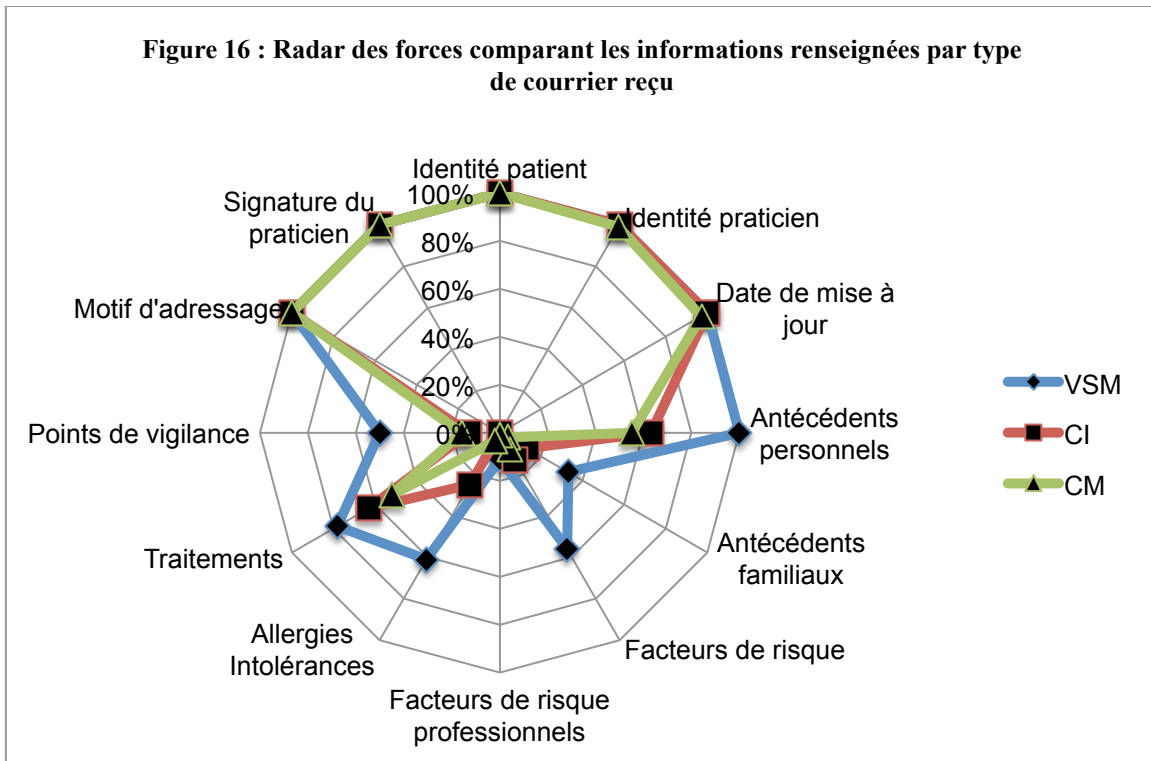


12) Signature du praticien

Le signature du praticien a systématiquement été retrouvée quel que soit le type de lettre reçu.



13) Comparaison globale



L'analyse statistique a été réalisée par tableau de contingence à l'aide du test exact de Fisher (test non paramétrique) au vu de la faiblesse des effectifs.

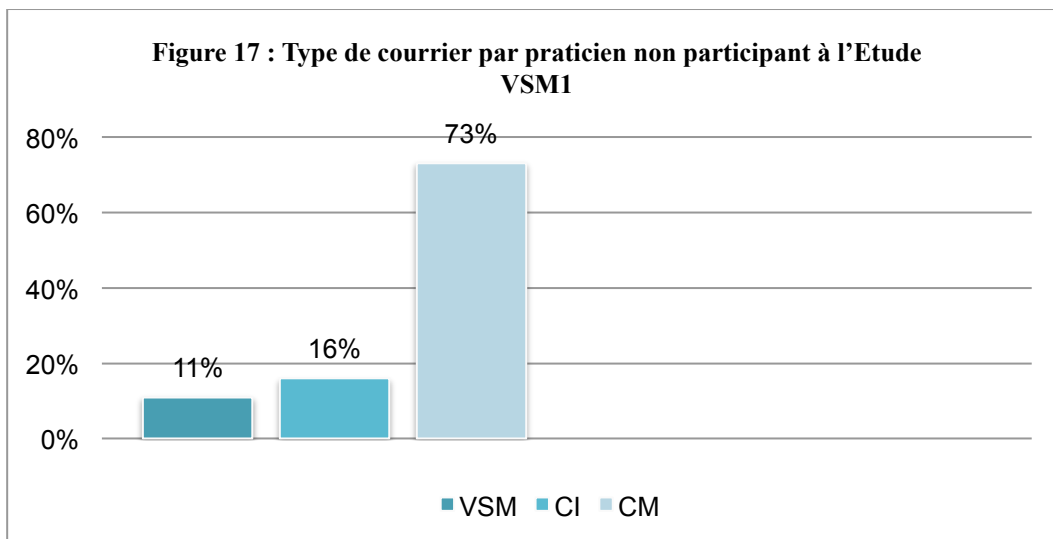
Globalement, les VSM ont été significativement mieux renseignés concernant les items :

- Antécédents personnels, comparé aux courriers manuscrits ($p=0,0002$) et aux courriers imprimés ($p=0,02$)
- Antécédents familiaux, comparé aux courriers manuscrits ($p=0,0014$)
- Facteurs de risque, comparé aux courriers manuscrits ($p<0,05$)
- Allergies/Intolérances médicamenteuses, comparé aux courriers manuscrits ($p<0,05$)
- Points de vigilance, comparé aux courriers manuscrits ($p=0,004$).

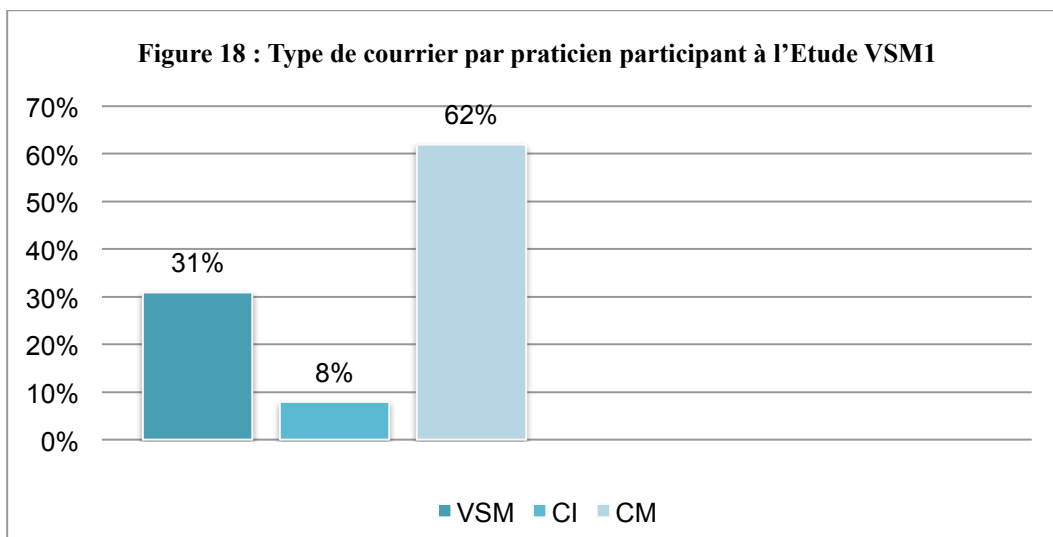
II. Objectifs secondaires

1) Pourcentage de type de courrier par praticien

La lettre de liaison manuscrite a été le support de communication préférentiel des praticiens non informés du déroulement de l'étude à hauteur de 73%, contre 16% de courriers imprimés, et 11% de VSM.

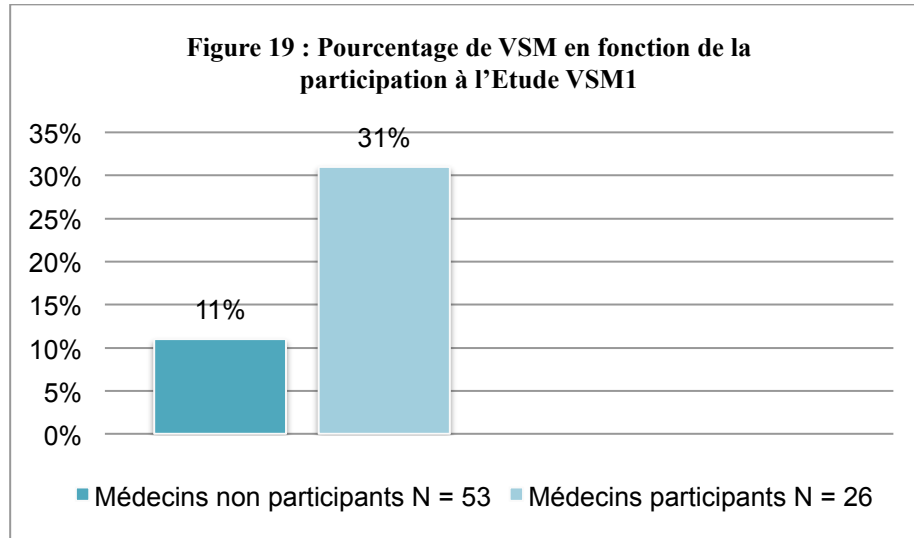


Parmi les praticiens participant à l'étude, le courrier manuscrit reste le support préférentiel à hauteur de 62%. Les courriers format VSM ont concerné 31% des correspondances, et les courriers imprimés 8% des correspondances.



2) Influence de l'étude sur le format d'adressage

Le format « Volet de Synthèse Médicale » a été utilisé pour 11% des adressages chez les médecins non participant à l'étude, contre 31% pour ceux qui ont participé à l'étude.



Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les Médecins participant à l'Etude VSM1 et les Médecins non participant ($p = 0,58$ au test exact de Fisher ; $p = 0,53$ au test paramétrique du khi-deux).

	VSM		CI		CM	
	N	%	N	%	N	%
Identité/Coordonnées du Praticien	18	100%	8	100%	74	99%
Identité/Coordonnées du Patient	18	100%	8	100%	75	100%
Date de mise à jour	18	100%	8	100%	73	97%
Antécédents Personnels	18	100%	5	63%	41	55%
Antécédents Familiaux	6	33%	1	13%	3	4%
Facteurs de risque	10	56%	1	13%	6	8%
Allergies, Intolérances	11	61%	2	25%	3	4%
Facteurs de risque professionnels	2	11%	0	0%	1	1%
Traitements	14	78%	5	63%	39	52%
Points de vigilance	9	50%	1	13%	12	16%
Motif d'adressage	18	100%	8	100%	75	100%
Signature	18	100%	8	100%	75	100%

Tableau 2 : Récapitulatif de l'Etude VSM1

DISCUSSION

I. Forces et faiblesses

1) Forces

Cette étude était nominative. Cela a permis de différencier les courriers des médecins participant à l'étude des autres, et d'évaluer l'utilisation du VSM à l'échelle individuelle. Ce qui diminue les biais de confusion.

L'étude a également la qualité d'être prospective, et des relances des médecins généralistes participant ont été effectuées à J0 et à J7 : cela a permis de restreindre les biais de sélection.

Les items cités dans les recommandations de bonne pratique pour l'élaboration d'une lettre de liaison médicale, ont été utilisés pour évaluer la qualité des courriers. Cette méthode de standardisation des critères d'évaluation a permis d'écarter quelques biais de classement.

L'adressage des patients à l'hôpital en utilisant le VSM semble, au vu des derniers décrets, être un des objectifs à long terme du Ministère de la Santé. On notera qu'il s'agit de la première étude réalisée sur l'utilisation du Volet de Synthèse Médicale en France, pour l'échange d'informations entre la ville et l'hôpital.

2) Faiblesses

Il s'agissait d'une étude qualitative monocentrique ne concernant que les villes de Fréjus Saint-Raphaël et leur périphérie. Elle n'est donc pas généralisable à l'échelle nationale. Ce biais de recrutement pose effectivement des problèmes de représentativité.

L'étude a été planifiée par recrutement exhaustif et non par tirage au sort. Le nombre d'inclusions de praticiens ne participant pas à l'étude est beaucoup plus grand que le nombre d'inclusions de praticiens participant à l'étude. Cela engendre un premier biais de sélection non négligeable. Cela étant en grande partie dû aux nombreux médecins généralistes injoignables, et à ceux ne voulant pas participer à l'étude. Les arguments avancés étaient les suivants :

- perte ou manque de temps
- patientèle trop grande pour participer à une quelconque étude
- âge trop avancé pour participer à des études médicales
- aucune participation aux études quelles qu'elles soient

La présence d'une lettre de liaison médicale n'a pas été vérifiée à posteriori sur l'ensemble des 4723 passages aux urgences de l'hôpital Bonnet du 20 juin au 20 juillet 2017. Cela a pu engendrer une sous-estimation des effectifs inclus. Ce second biais de sélection est lié à l'absence de contrôle immédiat suite à l'inclusion des courriers. De surcroît, l'absence de personnel dédié à l'étude a engendré une surcharge de travail au secrétariat des Urgences.

La durée de l'étude a été relativement courte, conduisant à de petits effectifs par échantillons. Le faible nombre de courriers inclus diminue la puissance de l'étude et pose des problèmes de comparabilité (biais de sélection).

On notera également le biais de codage. En effet, l'intégralité du codage et l'intégralité des tests statistiques ont été réalisés par l'interne.

Il existe aussi un biais de désirabilité sociale concernant les courriers des médecins participant à l'étude, à qui il a été demandé d'utiliser le format VSM de façon préférentielle pour adresser leurs patients aux urgences. Et ce même s'il n'y a pas eu de différence significative d'utilisation du VSM entre les médecins participant et non participant à l'étude.

II. Perspectives

1) L'hypothèse d'une seconde version du Volet de Synthèse Médicale

Le groupe des partenaires conventionnels avait prévu une version ultérieure du VSM, à distance de la première version, qui contiendrait en plus des items précités, les items :

- Vaccinations
- Principales constantes / éléments biologiques / résultats d'examens
- Plan de soins (plan personnalisé de soins/prévention)

Ces nouveaux éléments pourraient améliorer la qualité des échanges, et diminuer le nombre d'examens complémentaires. La présence de l'examen clinique pourrait également orienter la prise en charge hospitalière.

2) L'intégration au DMP

Le Dossier Médical Personnel a été créé en 2004 et devait permettre de partager l'intégralité des informations du patient avec son autorisation. La loi de modernisation du

système de santé l'a transformé en Dossier Médical Partagé. Selon les chiffres de la société ASIP (qui héberge les DMP), moins d'un pourcent des français en possédait un en 2013. Cela représentait 418011 dossiers. Dans un espoir de normalisation des pratiques et d'amélioration des échanges, quelques expérimentations régionales d'utilisation du DMP intégrant le Volet de Synthèse Médicale sont en cours. Un résultat positif pourrait aboutir à une meilleure adhésion au dispositif. Sous couvert de l'intégration des DMP aux logiciels hospitaliers, cela permettrait de réduire les correspondances sous format papier.

3) La visite médicale

Comme expliqué précédemment, la plupart des patients adressés par des généralistes aux urgences, le sont à partir d'une visite à domicile (par le Médecin traitant ou autre, tel SOS Médecin). Dans cette configuration, les moyens informatiques sont très limités. Cela participe probablement à la prédominance de lettres de liaison manuscrites.

Un accès au logiciel du cabinet, ou au DMP, via Smartphone, pourrait être une solution pour améliorer le contenu des correspondances. Ces informations pourraient être directement transmises, du domicile du patient, à l'hôpital, sur une boîte email sécurisée.

CONCLUSION

Les lettres de liaison médicale entre le médecin généraliste et le médecin urgentiste reçues sous format VSM, contiennent de façon significative, plus d'informations que les courriers dactylographiés et les courriers manuscrits.

Ces lettres au format VSM sont lisibles (impression numérique). Elles contiennent plus d'informations sur le patient. Elles sont traçables et réalisables en quelques clics en utilisant la fonction « synthèse » des différents logiciels utilisés au cabinet des praticiens. Elles sont donc plus complètes et prennent moins de temps à être réalisées qu'un courrier classique. A noter qu'elles peuvent être imprimées en amont d'une visite médicale dans l'éventualité d'une situation fragile anticipée.

Le faible taux d'utilisation du Volet de Synthèse Médicale par les médecins généralistes, contraste avec l'intérêt démontré dans leur qualité de transmission des informations. La formation des médecins généralistes à l'utilisation de leurs logiciels pourrait augmenter le taux de courriers reçus au format VSM.

L'utilisation du Volet de Synthèse Médicale comme lettre de liaison entre la médecine de ville et les urgences pourrait améliorer la qualité de prise en charge des patients.

ANNEXES

Annexe 1 : Visuel rappel affiché au secrétariat et envoyé aux médecins généralistes 1 semaine avant le début de l'étude.

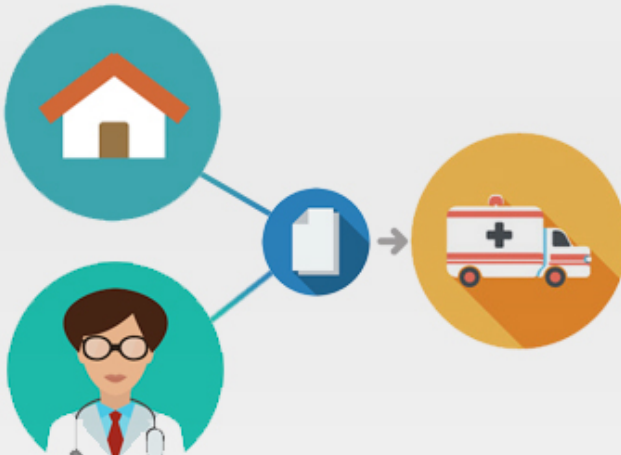
ETUDE VSM1

Utilisation du Volet de Synthèse Médicale
pour l'adressage des patients de la ville aux SAU Adultes à Fréjus/Saint-Raphaël.
Recherche dans le cadre de la thèse de l'interne BAZABAS Wilfried

D'après les recommandations de bonne pratique de 2013,
les Médecins Généralistes utilisent le Volet de Synthèse Médicale (VSM)
pour maintenir à jour annuellement un « résumé patient » exhaustif.


La transmission du VSM pourrait améliorer la communication de « l'information patient », avec les S.A.U
(fiche complète, mise à jour régulièrement, et imprimable avant les visites à domicile).

Impression du VSM en amont des
Visites à domicile



Impression du VSM au cabinet
avant l'arrivée de l'ambulance

**DU 20 JUIN
AU 20 JUILLET 2017**






**Urgences
C.H.I Bonnet**

Nous réalisons donc une étude dont l'objectif principal est de déterminer

- le taux d'utilisation du VSM comme support de transmission d'information lors d'un adressage au SAU.

Les objectifs secondaires sont

- d'analyser la qualité de remplissage de des VSM,
- et de comparer le nombre d'informations transmises entre un courrier classique et un VSM.

Informations
TEL : 06.11.23.06.65 / EMAIL : wilfried.bazabas@gmail.com

Annexe 2 : Tutoriel d'inclusion pour le personnel du secrétariat des urgences

ETUDE VSM1

Utilisation du Volet de Synthèse Médicale
pour l'adressage des patients de la ville aux SAU Adultes à Fréjus/Saint-Raphaël.

Recherche dans le cadre de la thèse de l'interne BAZABAS Wilfried

DU 20 JUIN
AU 20 JUILLET 2017

Dès qu'un patient est adressé
par un Médecin Généraliste avec un courrier



PHOTOCOPIE DU COURRIER
+ COLLER UNE «ETIQUETTE PATIENT» SUR LA COPIE



METTRE LA PHOTOCOPIE DANS LA BOITE «ETUDE VSM1»



Annexe 3 : Exemple 1 de Volet de Synthèse Médicale reçu

Consultations
Sur rendez-vous

Monsieur [REDACTED] [REDACTED] 17/07/2017
30/03/1952

LES ADRETS

Cher confrère,

Je vous adresse Monsieur DOCHE JEAN qui vient me voir ce matin pour Dyspnée et douleur base pulmonaire gauche ++ sans MV entendu toux et expectoration colorée sans fièvre = pleuresie ?
paleur -2 kg en 6 mois
douleurs abdominales ++ Paleur ++
pas de suivi ni traitement en cours sauf DOLIPRANE 1000 3 à /jour
problèmes financiers pour s'alimenter


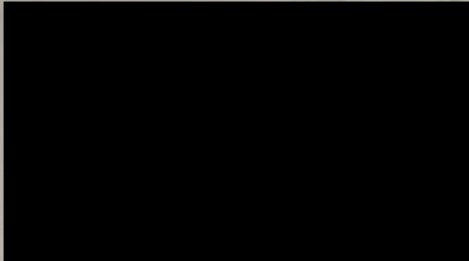
ANTECEDENTS:
_ALD: artériopathie oblitérante des MI 08/01/2019 Dr Reine à 100 % par Assur compl Secu
_VACCINS:Tétanos:2000
FdR:Tabac 40 /j enol ++ stop 2007 FAMILIAUX: _ALLERGIQUES:0
Gastrite+Colite(Roussy 91)Dépression(07/93) 93 KARAKOGLU=etat depressif avec attaque de
panique au volant+trblts diffus des mains+paresthesies+asthenie,desinteret... EEG=Normal+exam
neuro=tr equilibre a fermeture yeux,suivant imedi
att celle ci=type H+tr sensitifs+diminution pallesthesie mi+hypoesthesie quadridistale en chaussette et
gants
episode DIPLOPIE peut etre lie sevrage 12/94 EMG=pas neuropathie(pauvrete trace jambier ant et
moye
n fessier=seq lombosciatique chronique?) + SCANNER: plage HYPODENSITE hemisph cerebelleuse
D.compatible avec seq ischemique
=diminuer exogenose puis tabac 2009 cirrhose child A 2010 hemiplegie regressive 2013
arteriopathie severe MI
06:discarthrose lombaire débutante
_CHIRURGICAUX:04/ 2014 pontage fémoro fémoral profond D/G prothétique puis 08 angioplastie
dilatation+stenting il ext=prevoir pontage croisé femoro femoral D G

Cordialement [REDACTED]

mailer SVP compte-rendu: [REDACTED]


Membre d'une AGA - les règlements par chèque sont acceptés

Annexe 4 : Exemple 2 de Volet de Synthèse Médicale reçu

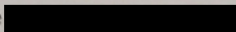
Consultations sur rendez-vous

24/06/2017



Roquebrune sur Argens, le 24/06/2017

Cher confrère,

Je vous adresse Madame  40 ans pour prise en charge d'un abcès vulvaire de la grande levre gauche évoluant depuis 4/5 jours, avec adp satellite inguinale gauche.

Elle est apyretique. La palpation locale est douloureuse, et retrouve une collection dure, érythémateuse et chaude.

Je pense qu'une évacuation de cette collection d'allure infectieuse serait nécessaire.


Ci-joint un résumé de sa fiche médicale :

Dans ses antécédents on note :

auxiliaire de vie
 atcd med : rhinite allergique
 atcd chir : amygdalectomie, implants mammaires
 allergies med : penicilline
 tabac : 20cig/jour alcool occasionnel

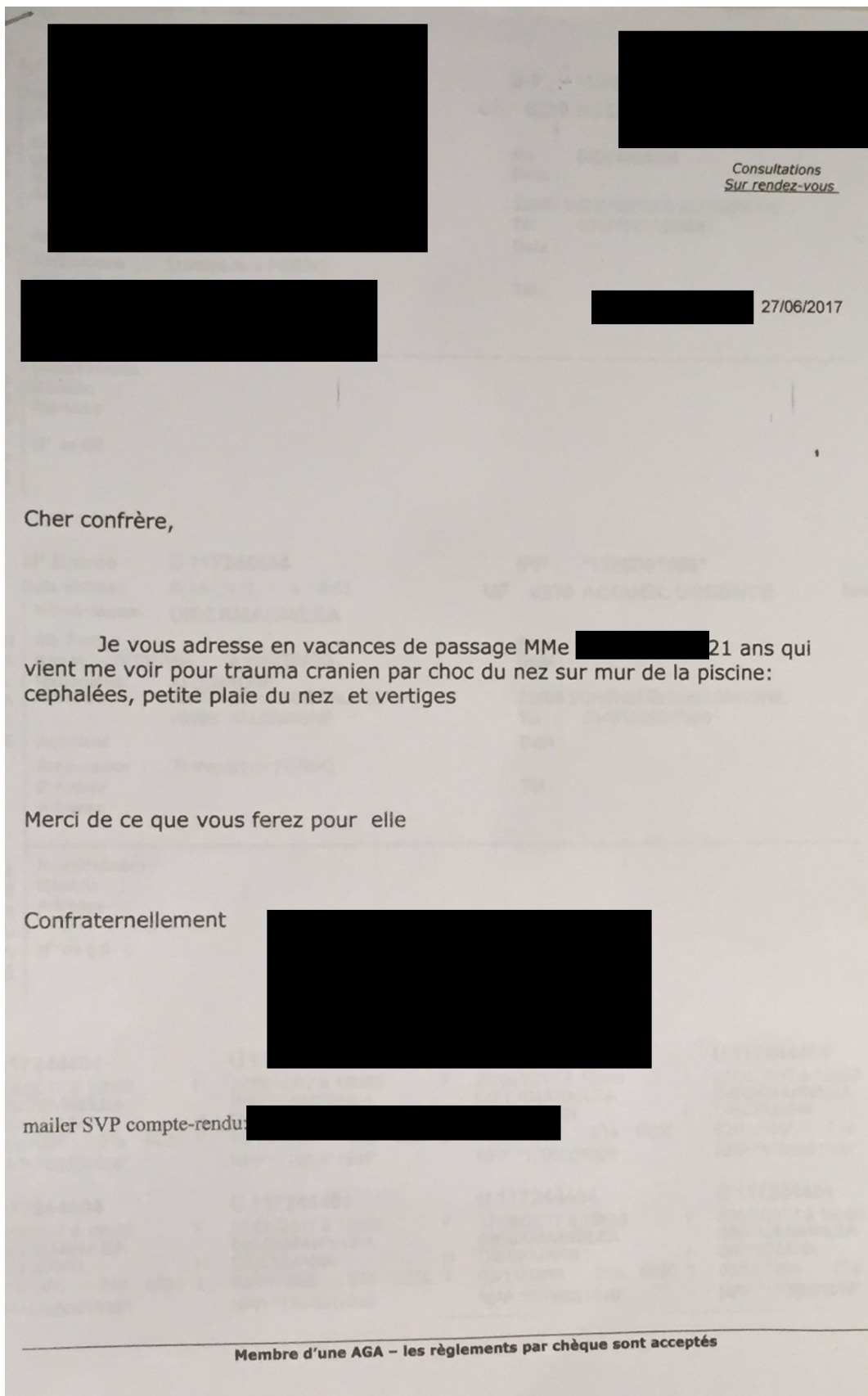
Son traitement est le suivant: acrius

Je vous prie d'agréer cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments

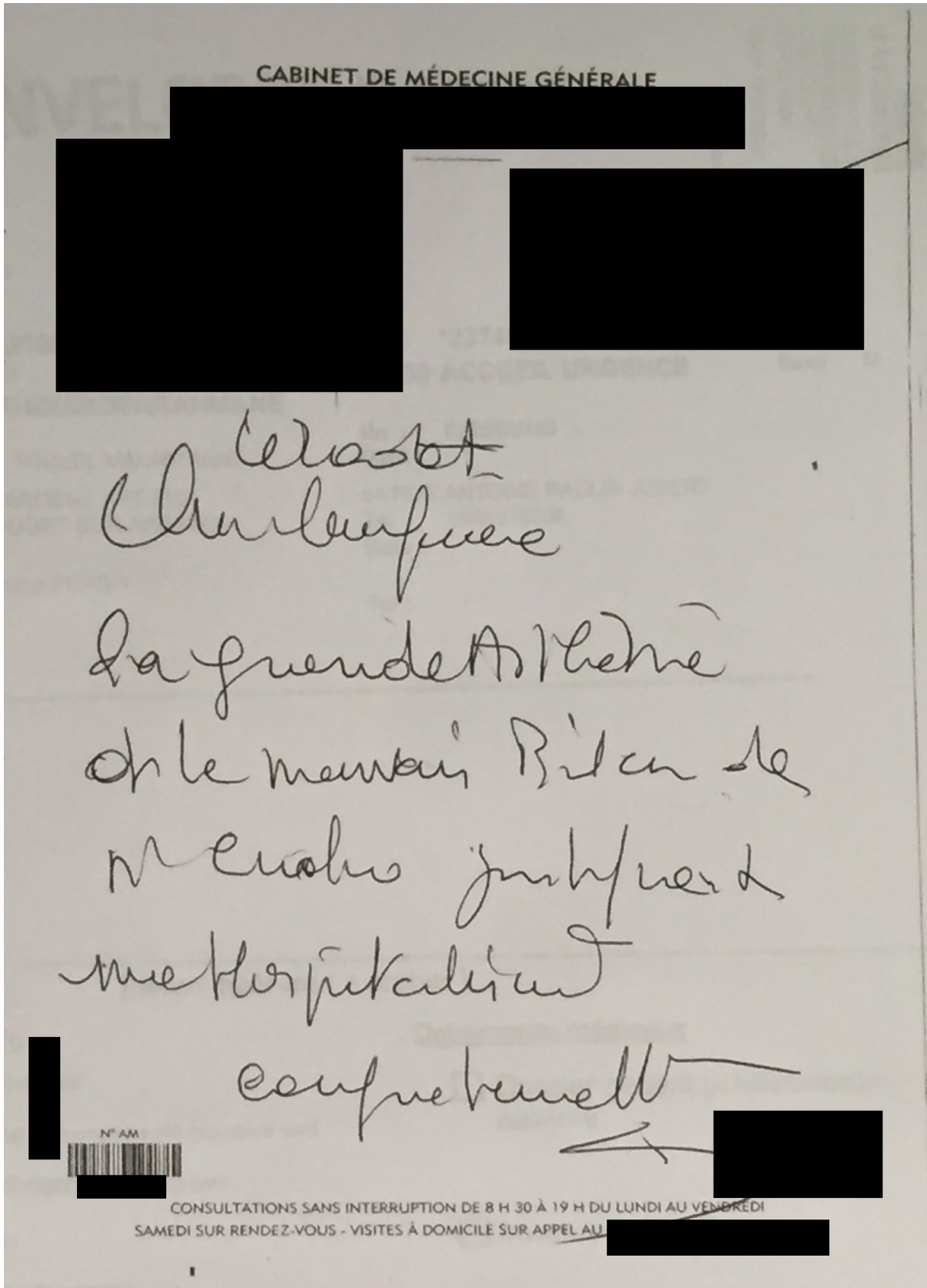


Membre d'une AGA - les règlements par chèque sont acceptés

Annexe 5 : Exemple de Courrier imprimé reçu



Annexe 6 : Exemple de Courrier manuscrit reçu



RÉSUMÉ

INTRODUCTION : La communication entre la médecine de ville et les urgences se fait par l'intermédiaire de la lettre de liaison médicale. Elle peut être manuscrite, dactylographiée ou générée automatiquement à partir du logiciel du praticien (format Volet de Synthèse Médicale). Elle se veut exhaustive, lisible, automatisée et universelle.

MATERIEL ET METHODE : du 20 Juin au 20 juillet 2017, les médecins généralistes de Fréjus Saint-Raphaël participant à l'étude, avaient pour mission d'adresser les patients à l'hôpital avec une lettre de liaison au format VSM. Tous les patients munis d'une lettre de liaison, admis au SAU du CHI Bonnet, ont été inclus. Les courriers reçus ont été classés par type : VSM, dactylographiés (CI) et manuscrits (CM). Leur contenu a été analysé en relevant la présence ou l'absence des critères de composition d'un VSM définis par l'HAS : coordonnées du patient, coordonnées du praticien, antécédents personnels, antécédents familiaux, date de mise à jour, motif d'adressage, allergies/intolérances, traitements, facteurs de risque (habitus, mode de vie, tabac, sédentarité, oenolisme, régime, toxicomanie), facteur de risque professionnel, point de vigilance et signature.

RESULTATS : 4723 patients ont été inclus, dont 101 munis d'une lettre de liaison médicale rédigée par un médecin généraliste (18 VSM, 8 CI, 75 CM). Des différences significatives en faveur des VSM ont été mises en évidence au niveau de la présence : des antécédents personnels (100% VSM vs 63% CI vs 55% CM), des antécédents familiaux (33% VMS vs 4% CM), des facteurs de risque (56% VSM vs 8% CM), des allergies/intolérance (61% VSM vs 4% CM) et des points de vigilance (50% VSM vs 16% CM).

CONCLUSION : Les lettres de liaison médicale au format VSM contiennent plus d'information que les autres formats de correspondance (lettre manuscrite, lettre dactylographiée non structurée). Uniformiser la communication entre la médecine de ville et l'hôpital, en utilisant le VSM comme lettre de liaison médicale pourrait améliorer la qualité de prise en charge des patients aux urgences.

Mots clés : lettre de liaison médicale, Volet de Synthèse Médicale, courrier, DMP, médecin généraliste, urgence, communication, e-santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Agence Régionale de Santé. La lettre de liaison ville-hôpital (31 mai 2017). Ars.sante.fr [en ligne]. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/la-lettre-de-liaison-ville-hopital> (consulté le 10 juin 2017).
2. Agence Régionale de Santé Grand Est. Fiche Patient Remarquable. Grand-est.ars.sante.fr [en ligne]. Disponible sur : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Fiche-Patient-Remarquable-vD%C3%A9.pdf> (consulté le 24 mars 2017).
3. Agence Régionale de Santé PACA. Schéma régional d'organisation de soins. Composante du projet régional de santé Paca 2012/2016. Paca.ars.sante.fr [en ligne]. Disponible sur : https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/2012-01-30_ARS_DG_prs_schema_regional_organisation_soins_arspaca.pdf (consulté le 27 mars 2017).
4. Akharzouz, D. *Qualité de la lettre d'admission des patients âgés admis aux urgences*. Thèse de médecine : Université Jean Monnet – Faculté de Médecine Jacques Lisfranc, Saint-Etienne : 2006. 24p.
5. Bourlier, B. *Influence des courriers médicaux d'admission aux urgences sur le délai de prise en charge et la durée de consultation des patients*. Thèse de Médecine : Université de Rennes 1 – Faculté de Médecine, Rennes : 2014. 55p.
6. Cartier, T. *Les lettres d'adressage des généralistes vers les spécialistes : analyse de la littérature internationale*. Thèse de Médecine : Université Paris Diderot – Paris 7. Faculté de Médecine, Paris : 2010. 84p.
7. Centre Hospitalier Intercommunal Fréjus Saint-Raphaël. Quelques chiffres. 2013 pour l'année 2013. Chi-fsr.fr [en ligne]. Disponible sur : <https://www.chi-fsr.fr/quelques-chiffres/> (consulté le 15 août 2017).
8. Conseil national de l'Ordre des Médecins. Code de Déontologie médicale, Avril 2017. Conseil national de l'ordre des médecins [en ligne]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> (consulté le 27 avril 2017).

9. CHU Toulouse. Lettre de liaison : adressage du patient. Chu-toulouse.fr [en ligne]. Disponible sur : http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/lettre_liaison_chu_toulouse_adressage_patients_a_remplir.pdf (consulté le 25 mars 2017).
10. DRESS. Panorama de la DRESS Santé. Les établissements de santé. Ed 2016. Drees.solidarites-sante.gouv.fr [en ligne]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pano-etab-sante-2016.pdf> (consulté le 26 mars 2017).
11. DRESS. Structure des Urgences Hospitalières. Premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DRESS. Panorama 2014. Drees.solidarites-sante.gouv.fr [en ligne]. Disponible sur : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014_dossier2.pdf (consulté le 26 mars 2017)
12. Fédération des Observatoires Régionaux des urgences (FEDORU). Panorama des ORU Activité des structures d'Urgences 2015. Calameo.com [en ligne]. Disponible sur : <http://fr.calameo.com/read/0046058877b4ea096622f> (consulté le 27 avril 2017).
13. Garot B, Galfard M. *Les courriers d'adressage des médecins généralistes aux urgences des hôpitaux du Hainaut-Cambrésis*. Thèse de Médecine : Université du droit et de la santé - Faculté de Médecine, Lille : 2013. 113p.
14. HAS, ANESM. (2015). Document de liaison d'urgence. Has-santé.fr [en ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu (consulté le 25 mars 2017).
15. Haute Autorité de Santé. Fiche de liaison d'urgence. Note méthodologique du Dossier de Liaison d'Urgence. Has-santé.fr [en ligne]. Disponibles sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/dlu_fiche_liaison_urgence.pdf http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/dlu_note_methodologique.pdf (consultées le 25 mars 2017).
16. Haute Autorité de Santé. Volet de Synthèse Médicale (VSM). Has-santé.fr [en ligne]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013->

[11/asip_sante_has_synthese_medicale.pdf](#) et https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1681363/en/l-essentiel-sur-votre-patient-en-un-clic (consultés le 26 mars 2017).

17. Irekti, F. *Evaluation de la qualité des lettres d'adressage des médecins généralistes à destination des médecins spécialistes*. Thèse de Médecine : Université Paris Diderot – Paris 7. Faculté de Médecine, Paris : 2014. 86p.

18. Medjeber, E. *Analyse des courriers de médecins adressant leurs patients au service d'accueil des urgences : étude observationnelle monocentrique*. Thèse de Médecine : Université de Montpellier I – Faculté de Médecine, Montpellier : 2009. 40p.

19. 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 : Université de Montpellier I – Faculté de Médecine, Montpellier : 2011. 45p.

20. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Guide pratique du projet DMP en établissement de santé. 2^e ed. Mai 2012. esant.gouv.fr [en ligne]. Disponible sur : http://esante.gouv.fr/sites/default/files/Guide_pratique_du_projet_DMP_en_ES_2eme_edition.pdf (consulté le 24 mars 2017).

21. Perrod, A. *Analyse du retentissement de la lettre d'admission, sur la durée de passage, le délai d'attente et le taux d'hospitalisation des patients adressés par leur médecin traitant aux urgences de l'Hôpital privé de la Seine-Saint-Denis*. Thèse de médecine : Université Paris Diderot - Paris 7 : 2013. 80p.

22. Premier ministre de la République française, et al. Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. Legifrance.gouv.fr [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922482> (consulté le 26 avril 2017).

23. Président de la République française, et al. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Version consolidée au 14 août 2017. Art R. 1112-2, R. 1112-60, R. 1112-60, R. 1112-1-1, R. 1112-1-2. Legifrance.gouv.fr [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id> (consulté le 23 avril 2017).
24. Pujos, L. *Qualités et apports du courrier d'admission de la médecine libérale dans un service d'urgences*. Thèse de médecine : Université de Bordeaux II (1970-2013) – Faculté de Médecine Victor Segalen, Bordeaux : 2004. 109p.
25. Ritacco, R. *Réseau ville hôpital : mise en place d'un « courrier type » d'admission aux urgences de Moulins : impact et intérêt d'un tel outil*. Thèse de Médecine : Université de Clermont I – Faculté de Médecine, Clermont-Ferrand : 2010. 50p.

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis 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 le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 déshonorée et méprisée si j'y manque. »