La lettre de liaison : tient-elle toutes ses promesses ? Étude quantitative sur le contenu des lettres de liaison arrivant au centre hospitalier de Guingamp (Bretagne)

Aliya Agarande

▶ **To cite this version:**

Aliya Agarande. La lettre de liaison : tient-elle toutes ses promesses ? Étude quantitative sur le contenu des lettres de liaison arrivant au centre hospitalier de Guingamp (Bretagne). Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03800981

HAL Id: dumas-03800981

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03800981

Submitted on 6 Oct 2022

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA
DE BREST

THÈSE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2022

Thèse présentée par : Madame Aliya AGARANDE
Née le 21 novembre 1994 aux Abymes (Guadeloupe)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

le 22 septembre 2022

La lettre de liaison : tient-elle toutes ses promesses ?

Étude quantitative sur le contenu des lettres de liaison arrivant au Centre Hospitalier de Guingamp (Bretagne)

Président	Mr le Professeur B.LE FLOCH
Membres du jury	Mr le Docteur A.ELLINGER
	Mr le Docteur J.DERRIENNIC
	Mr le Docteur L.BEURTON-COURAUD
	Mr le Docteur F.BOUSSEMART

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA
DE BREST

ANNÉE 2022

THÈSE D'EXERCICE

Pour le

DOCTORAT DE MÉDECINE

DE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Par Mme Aliya AGARANDE

Née le 21 novembre 1994 aux Abymes (Guadeloupe)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

le 22 septembre 2022

La lettre de liaison : tient-elle toutes ses promesses ?

Étude quantitative sur le contenu des lettres de liaison arrivant au Centre Hospitalier de Guingamp (Bretagne)

Président	Mr le Professeur B.LE FLOCH
Membres du jury	Mr le Docteur A.ELLINGER
	Mr le Docteur J.DERRIENNIC
	Mr le Docteur L.BEURTON-COURAUD
	Mr le Docteur F.BOUSSEMART

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST

Doyens honoraires

FLOCH Hervé (†)
LE MENN Gabriel (†)
SENECAIL Bernard
BOLES Jean-Michel
BIZAIS Yves (†)
DE BRAEKELEER Marc (†)
BERTHOU Christian

Doyenne

COCHENER-LAMARD Béatrice

Professeurs émérites

BOLES Jean-Michel	Réanimation
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
FEREC Claude	Génétique
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEFEVRE Christian	Anatomie
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en surnombre

GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU Christian	Hématologie
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophtalmologie

DELARUE Jacques	Nutrition
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GILARD Martine	Cardiologie
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEROYER Christophe	Pneumologie
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1ère Classe

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BEZON Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUEYMES Maryvonne	Immunologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
HUET Olivier	Anesthésiologie-réanimation
L'HER Erwan	Réanimation
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie

PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2ème Classe

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie
CORNEC Divi	Rhumatologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
IANOTTO Jean-Christophe	Hématologie
LE BERRE Rozenn	Thérapeutique
LE GAC Gérald	Génétique
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
LE VEN Florent	Cardiologie
LIPPERT Éric	Hématologie
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
SCHICK Ulrike	Cancérologie - Radiothérapie
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROADEC Marie-Bérengère	Génétique
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
JAMIN Christophe	Immunologie
MOREL Frédéric	Biologie et médecine du développement et de la reproduction

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1ère Classe

BERROUIGUET Sofian	Psychiatrie d'adultes
BRENAUT Emilie	Dermato-vénéréologie
GUILLOU Morgane	Addictologie

HILLION Sophie	Immunologie
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
MIALON Philippe	Physiologie
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
ROBIN Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
ROUE Jean-Michel	Pédiatrie
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2ème Classe

POUGNET Richard	Médecine et Santé au travail
ROPARS Juliette	Pédiatrie
TROMEUR Cécile	Pneumologie

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE FLOC'H Bernard
LE RESTE Jean-Yves

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

BARAIS Marie
NABBE Patrice

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BEAURUELLE Clémence	Bactériologie virologie
BAGACEAN Cristina	Hématologie
THUILLIER Philippe	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

Professeur des Universités Associé

LE MOIGNE Emmanuelle	Médecine interne
METGES Jean-Philippe	Cancérologie
QUERELLOU Emgan	Médecine d'urgence
SUPLY Benoît	Médecine légale

Maître de Conférences des Universités Associé

GURIEC Nathalie	Nutrition
LAVENNE-COLLOT Nathalie	Pédopsychiatrie

Professeurs des Universités Associés de Médecine Générale

BARRAINE Pierre
CHIRON Benoît

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

BEURTON-COURAUD Lucas
DERRIENNIC Jérémy
FONSECA Jérôme
PUSZKAREK Thibault
VIALA Jeanlin

Professeur des Universités

BORDRON Anne	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
DANY Antoine	Epidémiologie et santé publique
LE CORNEC Anne-Hélène	Psychologie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MIGNEN Olivier	Physiologie
MORIN Vincent	Electronique et informatique

Maîtres de Conférences des Universités Contractuels LRU

MESQUITA Mirka	Psychologie

Attachée Temporaire d'Enseignement et de Recherche

GHANEM Rosy	Biochimie et biologie moléculaire

Professeurs Certifiés / Agrégés du second degré

MONOT Alain	Français
RIOU Morgan	Anglais

Professeurs Agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)

DULOU Renaud	Neurochirurgie

Maîtres de Stages Universitaires - Référents (Ministère des Armées)

LE COAT Anne	Médecine Générale / Urgence
SCELLOS Olivia	Médecine Générale

Remerciements :

A monsieur le Professeur Bernard LE FLOCH. Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse. Merci pour votre disponibilité. Je vous prie de recevoir notre gratitude et nos sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Jérémy Derriennic. Merci d'avoir accepté de co-diriger cette thèse. Merci pour que le temps que vous avez su m'accorder, vos conseils avisés ainsi que votre aide précieuse dans ce travail.

A Monsieur Francis BOUSSEMART. Merci d'avoir accepté d'être membre du jury mais également pour les six premiers mois de mon internat que j'ai eu l'honneur de réaliser sous votre regard attentif.

A Monsieur le Docteur Lucas BEURTON-COURAUD. Merci d'avoir accepté d'être membre du jury. Merci pour la bienveillance, la pertinence et la reliance dont vous avez su nous entourer tout au long de mon internat.

A Monsieur le Docteur Alexandre ELLINGER. Merci pour votre sagacité et votre disponibilité tout au long de ce travail. Vous m'avez permis de grandir avec bon sens dans mon exercice de la médecine avec confiance et justesse.

A mon père. A ce regard sage sous lequel je grandis. A ce sourire fier sous lequel je brille. A cette originalité que tu cultives. A ce savoir penser et parler que tu as eu à cœur de me transmettre. Ton prototype a réussi.

A Joëlle. Y-a-t-il plus réconfortant qu'un amour gratuit ? Il fait chanter les fêlures et danser sous les larmes. Je ne saurais jamais te remercier assez pour l'ivresse que l'on ressent de ressembler à celle qui ne nous a jamais portée.

A Lahyna, Kilya et Saïyann, mes sœurs dont j'ai eu l'honneur d'être l'ainée. Vous voir grandir jour après jour est le plus beau cadeau que la vie aurait pu m'apporter. Vous m'avez donné le courage de me battre pour aller au bout des choses, de vous montrer par l'exemple qu'à cœur vaillant rien n'est impossible.

A Hinde, ma loyale partenaire des premières heures. Tu m'as offert une première année. J'ai gagné une sœur de chaque instant. Ton rire est comme une évidence. Tu ne m'as jamais laissé abandonner. Tu es pour moi l'allégorie de la réussite.

A Chloé. Ta rencontre a été essentielle. Singulière et honnête, je suis tellement chanceuse que tu m'aies choisie comme amie. Ton unique fraicheur renverserait des montagnes. Je nous souhaite de savourer et cultiver avec joie notre sérénité nouvelle ainsi que tous les bonheurs à venir.

A Virginia, qui a l'infortune de partager la moindre de mes pensées depuis maintenant trois ans. Merci pour ton indéfectible présence, du travail de cette thèse au labeur de la vie. Tu as empêché bien des cataclysmes de se produire et rendu ma vie plus douce. Je suis chanceuse de t'avoir trouvée.

A Guillaume, qui m'a choyée avec tendresse alors que je devenais médecin. Je t'aime dans le temps. Je t'aimerai jusqu'au bout du temps. Et quand le temps sera écoulé, alors, je t'aurai aimée. Et rien de cet amour, comme rien de ce qui a été, ne pourra jamais être effacé.

Merci à mes partenaires de route. Mes superbes co-internes : Cindy, Hélène. Les équipes de Paimpol, de Guingamp. A Docteur NDEKEZI Consolate et Docteur BOUALEM Anissa. Rien de mieux que votre bienveillance et vos rires pour se construire. Vous avez rendu ma vie plus belle. Kenavo.

Et à vous tous, mes amis d'hier ou de demain : merci pour le bonheur d'être ensemble. Que la fin ait été triste ou belle. Nous ne sommes faits que de ce que nous aimons. Et je suis fière de n'être faite que de vous.

Table des matières :

Liste des abréviations 12
Introduction : 13
Méthode : 15
1. Champ d'étude : 15
2. Echantillonnage et population : 15
3. Méthode d'observation : 16
4. Traitement des informations 18
5. Conception de la base de données 19
Résultats : 20
I. Population 20
1. Inclusion de la population 20
2. Répartition des médecins généralistes 21
II. Profil général des 581 dossiers inclus 22
1. Profil des dossiers selon les critères primaires 22
2. Profil des dossiers de patients adressés sans lettre de liaison 22
III. Répartition des critères primaires sur les 519 lettres de liaison présentes 23
1. Répartition des lettres selon le nombre de critères primaires 23
2. Répartition des critères primaires 24
3. Identification du médecin adresseur 24
4. Traitements 25
5. Identité du patient 25
6. Allergies 25
IV. Répartition des critères secondaires sur les 519 lettres de liaison présentes 25
1. Examen clinique et paramètres vitaux 26
V. Influence de manuscrit/dactylographie 26
Discussion : 29
Conclusion : 33
Bibliographie 34
Serment d'Hippocrate 37
Annexes 38

Liste des abréviations

ADELI - Automatisation DEs LIstes

CH – centre hospitalier

CNIL - Commission Nationale Informatique et Libertés

CNOM – Conseil national de l'ordre des médecins

DIM – département d'information médical

OMS – Organisation mondiale de la santé

RPPS – répertoire partagé des professionnels de santé

SAMU – service d'aide médicale urgente

VA – valeur absolue

Introduction :

Les soins de santé primaires constituent la porte d'entrée du système de soin pour l'ensemble de la population. Ils sous-tendent un réseau de communication entre ses divers acteurs et permettent de déployer le concept de couverture sanitaire universelle qu'a promu l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (1,2).

Dans la déclaration d'Alma Ata, l'OMS a défini les soins de santé primaire comme « des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays » (3). Définition réaffirmée plus tard à Astana (4).

Ces dernières années, nous avons observé une volonté de réorganisation de notre système de santé pour le recentrer autour des soins primaires : un virage ambulatoire mettant en exergue le rôle du médecin généraliste et la continuité des soins, dans le but d'honorer le parcours du patient au sein du système de soins (5).

Le concept de continuité des soins regrouperait 3 dimensions :

- la continuité informationnelle,
- la continuité relationnelle
- la coordination de soins (6).

Par ces composantes, elle entendrait amener la fragmentation du soin par différents acteurs vers un continuum bénéfique au patient (6).

Tout au long de la vie, une bonne continuité des soins améliorerait la qualité de vie et la santé globale des patients (7,8). Elle serait également associée à une meilleure satisfaction des patients dans leur relation au soin (9).

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a introduit la notion de dossier médical personnel et de parcours de soins coordonnés. Elle a placé le médecin traitant comme détenteur principal des informations du patient et maillon incontournable du parcours de soins (10).

Pivots quant à la continuité des soins du patient, les médecins généralistes y accorderaient une grande importance. Ils la déclareraient être une valeur fondamentale de leur profession (11,12,13).

Par ailleurs, médecins généralistes comme hospitaliers ont exprimé un réel besoin de dialogue médecine de ville-hôpital. Les uns comme les autres ont souligné l'importance de se transmettre les connaissances du patient et de son environnement (13).

De plus, la communication entre le médecin généraliste et l'hôpital serait un enjeu de santé publique. En effet, l'inefficacité de communication couterait chaque année des milliards d'euros au système de soin (14).

C'est pourquoi la lettre de liaison est rendue obligatoire depuis 2016 par un décret concernant son contenu minimum et ses modalités de transmissions (15). Ce décret a appuyé l'article 63 du code de déontologie médicale qui encadrait les rapports entre le médecin traitant d'un patient et un praticien hospitalier l'ayant pris en charge (17,18).

Le décret de 2016 a affirmé l'obligation de la présence de la lettre de liaison pour tout patient adressé à un établissement de santé. Elle devait synthétiser les informations nécessaires à la prise en charge du patient. Le même décret ajoutait des obligations concernant la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation (15).

Outil de choix, la lettre de liaison serait autant une étape dans la coordination de soins qu'un support de la continuité informationnelle. Gage de communication entre ville et hôpital, son objectif serait de garantir une continuité des soins du patient optimale et sécuritaire (18).

A l'étranger, des études ont montré que cette lettre de liaison était souvent jugée incomplète concernant les antécédents et les traitements (20,21). Par ailleurs, médecins généralistes et spécialistes accorderaient une priorité égale aux informations sur les médicaments actuels, l'historique et les allergies (21).

En France, des études se sont intéressées à la communication entre le médecin généraliste et l'hôpital. Néanmoins, elles se sont concentrées sur les retours d'informations de l'hôpital vers le médecin généraliste, suggérant que les besoins des médecins généralistes pour assurer une continuité de soins optimale n'étaient pas satisfaits (23,24). Qu'en est-il de la communication depuis les médecins généralistes vers l'hôpital ?

Nous avons décidé de nous intéresser au contenu des lettres de liaisons rédigées par le médecin généraliste en direction d'une structure hospitalière. A cette fin, notre choix s'est porté sur le service des urgences car il représentait une porte d'entrée importante de l'hôpital.

En effet, dans le centre hospitalier (CH) de Guingamp sur la période du 1er janvier 2021 au 30 avril 2021, 41,1 % des patients hospitalisés sur l'établissement étaient arrivés par le service des urgences (nombre fourni par le département d'information médicale).

Notre objectif premier était de savoir si le contenu des lettres de liaison du médecin généraliste vers le service des urgences était en adéquation avec la législation. Dans un deuxième temps, nous avons observé ces lettres afin de savoir si elles contenaient des informations supplémentaires pertinentes pour une prise en charge hospitalière efficace et sécuritaire.

Méthode :

1. Champ d'étude :

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive rétrospective unicentrique au CH de Guingamp sur la période du 1er janvier 2021 au 30 avril 2021.

Au CH de Guingamp, les documents entrant avec le patient étaient scannés et rangés dans le dossier informatisé des patients par les secrétaires d'accueil après la clôture du passage du patient. Nous avions donc accès, dans le dossier unique informatique du patient, aux ordonnances et aux lettres de liaisons en format numérique ajoutées au fur et à mesure.

Les urgences du CH de Guingamp utilisaient le logiciel Résurgence®. C'est par le biais de ce logiciel que le département d'information médicale (DIM) a permis de sélectionner la population que nous avons étudiée.

2. Echantillonnage et population :

Nos critères d'inclusion comportaient le passage du patient dans le service des urgences de Guingamp sur la période du 01/01/21 au 30/04/21, et qu'il ait été adressé par un médecin généraliste en amont de son passage. Cette donnée était précisée sur Résurgence® par l'infirmière d'accueil et d'orientation lors du premier interrogatoire du patient à son arrivée. Le compte rendu des urgences ainsi que la lettre de liaison, si présente, devaient être disponibles et lisibles.

Ont été exclus les patients orientés par le médecin régulateur du service d'aide médicale urgente (SAMU) ainsi que ceux pour lesquels les documents reliés au passage étaient de mauvaise qualité ou manquant à cause d'une erreur de numérisation.

Nous avons considéré l'erreur de codification de l'infirmière d'accueil comme un critère d'exclusion. Nous avons défini l'erreur de codification par une anamnèse dans le compte-rendu des urgences suggérant que le patient n'était pas adressé par un médecin généraliste, associée à une absence de lettre de liaison. Nous avons décidé que les patients se présentant aux urgences avec une ordonnance d'imagerie n'avaient pas été adressés aux urgences hormis mention spécifique dans le compte rendu Résurgence®. Ces derniers ont été comptés dans les dossiers exclus pour erreur de codification de l'infirmière d'accueil.

3. Méthode d'observation :

Critères primaires

Nous avons choisi nos critères primaires en accord avec la législation.

Tout d'abord, nous nous sommes basés sur les éléments exigés dans la lettre de liaison par le décret de 2016 (15). En effet, il stipulait la nécessité que les données suivantes soient présentes :

- le motif d'hospitalisation,
- les traitements du patient
- les dosages du traitement
- les posologies du traitement
- les allergies
- l'identification complète du patient
- l'identification complète du médecin adresseur

Nous avons défini la présence des allergies dès lors qu'il était mentionné les mots « allergie » ainsi que « intolérance » même si le rédacteur n'avait pas stipulé de substance en cause. Nous avons fait de même si le rédacteur avait noté l'absence d'allergies ou d'intolérances.

Le code de déontologie stipulait que tout document livré par un médecin devait être daté, permettre l'identification du praticien dont il émanait et être signé par lui (25,26). Concernant l'identification du médecin, nous nous sommes appuyés sur l'article 79 du code de déontologie médical (27,28). Il spécifiait que le médecin mentionnait sur ses documents professionnels, entre autre, ses noms, prénoms et numéro d'identification au répertoire partagé des professionnels du système de santé.

Ainsi, nous avons ajouté à nos critères primaires la présence des éléments suivants :

- date de rédaction de la lettre
- signature du rédacteur
- Adeli/RPPS

Critères primaires
Date de rédaction
Identité complète du médecin adresseur
Signature
Adeli/RPPS
Identité complète patient (présence nom et prénom)
Motif d'hospitalisation
Allergie notifiée
Traitements
Dosages
Posologies

Critères secondaires :

Afin d'observer de manière plus large le contenu des lettres de liaison, nous avons dressé une liste de critères secondaires que nous trouvions importants pour une prise en charge hospitalière efficace et sécuritaire.

Ainsi, nous avons choisi la présence de la date de naissance ou de l'âge du patient pour compléter l'identification du patient car cela faisait partie des recommandations concernant les critères qualité d'identitovigilance (29,30).

La présence au sein de la lettre de liaison des antécédents et de l'anamnèse a également été étudiée. En effet, dans plus de 70% des cas, ces éléments conduisent au diagnostic (31,32). Ce faisant, ils étaient autant d'indices importants à récolter pour une prise en charge optimale par un interlocuteur ne connaissant pas le patient (32).

Le dernier critère secondaire concernait la présence d'au moins un des deux éléments entre l'examen clinique et les paramètres vitaux. De fait, un examen clinique de qualité serait une composante primordiale de l'évaluation d'un patient (33).

Nous avons défini la présence des traitements par la mention des traitements dans la lettre, la mention « cf ordonnance » ou la présence d'une ordonnance éditée du même jour.

Nous avons défini l'anamnèse au minima par une notion de durée des symptômes.

Critères secondaires
Date de naissance ou âge du patient
Antécédents
Anamnèse
Examen clinique et/ou paramètres vitaux

Facteurs confondants :

En sus de ces critères secondaires, nous avons recherché des facteurs potentiellement confondants. Nous avons précisé pour chaque lettre de liaison si elle était manuscrite ou dactylographiée.

Nous avons attribué à chaque médecin adresseur un numéro anonyme. Ainsi, nous avons pu relier chaque dossier à un médecin généraliste de façon anonyme. Dans le sous-groupe des dossiers de patients sans lettre de liaison, nous avons fait le choix par défaut de relier le dossier au numéro du médecin traitant déclaré. Nous avons intégré cette donnée afin de connaitre le nombre de médecins généralistes touchés par cette étude et ainsi d'en estimer la représentativité.

4. Traitement des informations

Grace au logiciel Résurgence®, le DIM du CH de Guingamp a filtré les dossiers des patients admis dans le service des urgences de Guingamp du 1er janvier 2021 au 30 avril 2021 par le biais de l'information « envoyé par médecin extérieur ». Le DIM a réalisé un fichier Excel® anonymisé listant les numéros de dossier de tous ces patients ainsi que la date de leur passage. Sur ces fichiers, aucun nom de patient n'apparaissait.

A l'aide des numéros de dossier, nous avons accédé à chaque dossier afin d'y lire exclusivement le compte-rendu du passage aux urgences ainsi que la lettre de liaison si elle était présente. Ceci ne pouvait être réalisé que sur les logiciels internes du CH : Medis® et Résurgence®.

C'est au cours de cette lecture que nous avons exclu les dossiers des patients qui ne correspondaient pas à nos critères d'inclusion ou présentaient au moins un critère d'exclusion.

A la lecture de chaque lettre de liaison, nous avons rempli un fichier Excel® résumant la présence des critères primaires et secondaires. Chaque dossier a été relié à un numéro de dossier anonyme.

C'est aussi pendant ce temps que nous avons relié chaque dossier à un médecin généraliste.

5. Conception de la base de données

Par la loi « Informatiques et Libertés », tout fichier informatisé mentionnant des données nominatives serait soumis à déclaration auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) (34).

Les fichiers compulsant les numéros de dossiers remis par le DIM ne comportaient aucun nom de patient. Le seul moment où il a été pris connaissance des données nominatives des patients était à la lecture des comptes rendus et lettres. De plus, un numéro anonyme a été attribué à chaque dossier sur le fichier de traitement des données. Ainsi, aucun élément informatisé ne permettait, à partir de ce numéro, de retrouver l'identité du patient.

Quant aux médecins traitants, un fichier faisant correspondre l'identité des médecins généralistes avec le numéro anonyme leur correspondant a été conservé le temps du remplissage de la base de données. Il sera conservé à des fins de vérifications et détruit le jour de la soutenance de la thèse.

Aucune lettre de liaison ou de compte rendu n'a été enregistrée ou exportée en dehors du logiciel intra hospitalier.

Résultats :

I. Population

1. Inclusion de la population

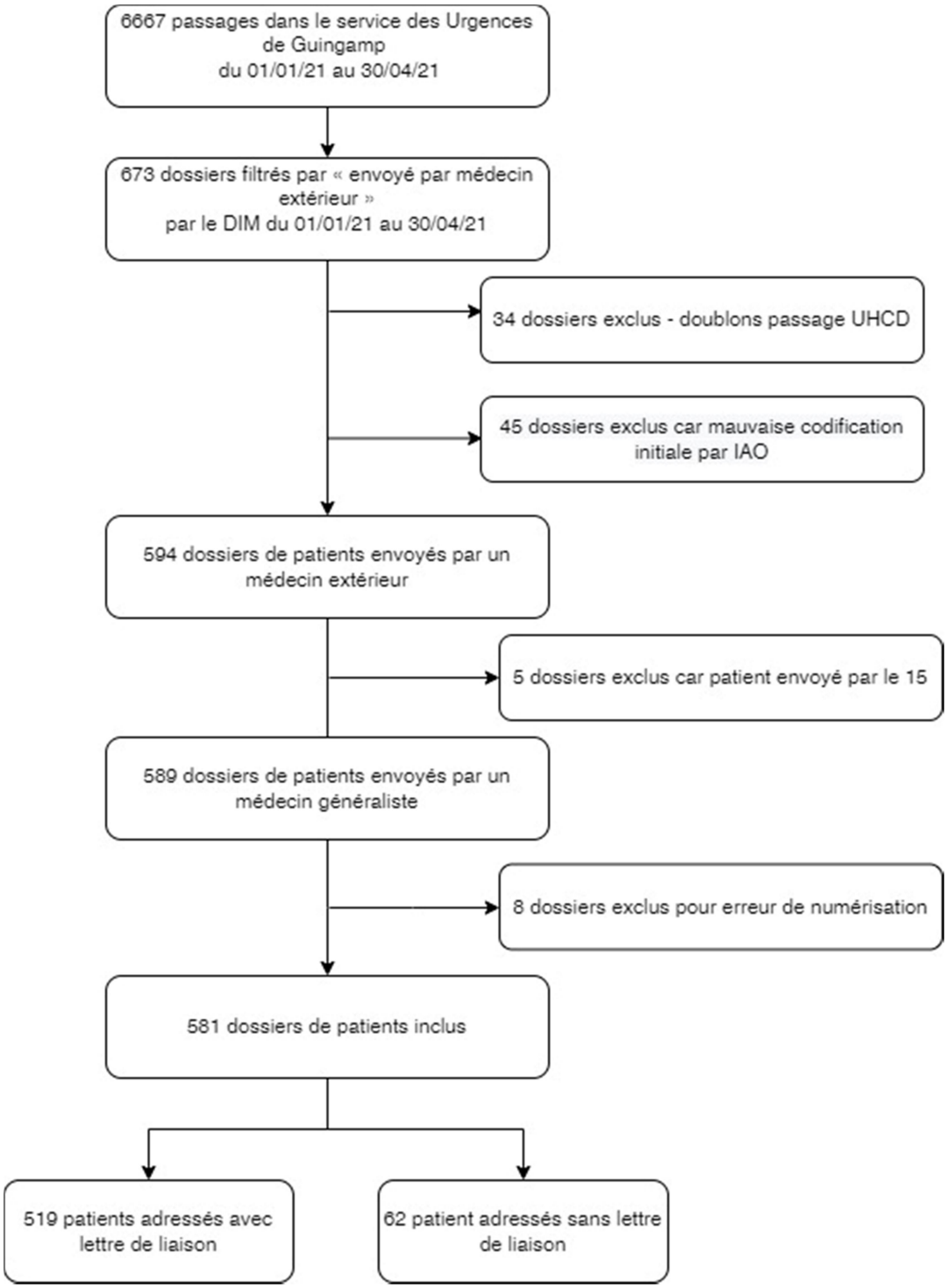

Figure 1 – inclusion de la population étudiée

Sur la période du 01/01/2021 au 30/04/2021, 6667 patients sont passés dans le service des urgences du CH de Guingamp. 673 dossiers de patients « adressés par médecin extérieur » ont été extraits par le DIM. Le processus de sélection de la population a été représenté dans la figure 1.

A la lecture de ces 673 dossiers, 92 dossiers ont été exclus :

- 34 dossiers car correspondaient à des dossiers en doublons dus à l'entrée à l'UHCD de patients déjà admis au sein du service des urgences.
- 45 dossiers pour erreur de codification de l'infirmière d'accueil.
- 5 dossiers de patients orientés aux urgences par un médecin régulateur du SAMU par téléphone
- 8 dossiers en cas d'oubli ou de mauvaise numérisation de la lettre de liaison par les secrétaires du service des urgences.

Notre population étudiée correspondait à 581 dossiers de patients effectivement envoyés par un médecin généraliste et concordant avec nos critères d'inclusion.

Nous avons séparé notre population en deux groupes. Le premier regroupait les 62 patients (10,6% des dossiers) adressés aux urgences sans lettre de liaison. Le second regroupait les 519 patients (89,4% des dossiers) adressés avec une lettre de liaison.

2. Répartition des médecins généralistes

104 médecins généralistes adresseurs ont été identifiés.

Nous avons attribué à chaque médecin généraliste un numéro anonyme sous la forme de MGX (X représentant le numéro lui étant rattaché) du MG0 au MG104.

Le code MG0 a été attribué lorsque l'identité du médecin adresseur était inconnue. Une lettre de liaison n'indiquait pas l'identité du médecin rédacteur et 4 patients adressés aux urgences sans lettre de liaison n'avaient pas déclaré de médecin généraliste. De fait, ces 5 dossiers ont été reliés au MG0.

En moyenne, les médecins généralistes sont reliés à 5,5 dossiers allant de 1 à 49.

II. Profil général des 581 dossiers inclus

1. Profil des dossiers selon les critères primaires

La répartition des dossiers étudiés selon le nombre de critères primaires présents est représentée dans la Figure 2.

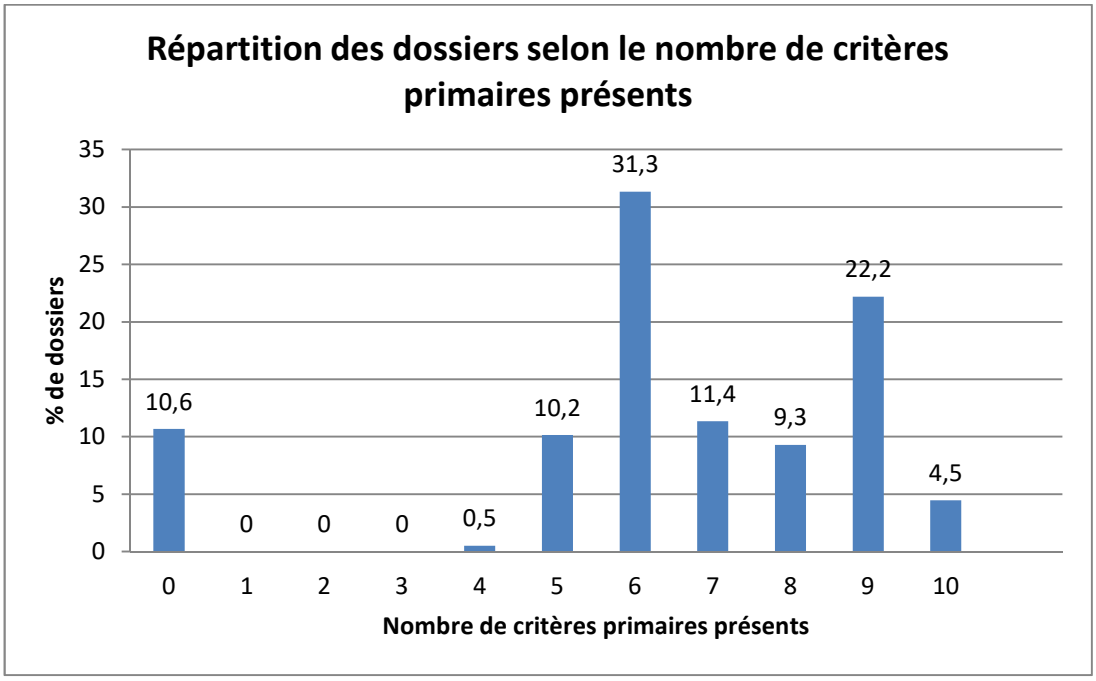

Figure 2 - répartition des dossiers selon le nombre de critères primaires présents

2. Profil des dossiers de patients adressés sans lettre de liaison

Pour 58 patients adressés aux urgences sans lettre de liaison, nous avons identifié 38 médecins généralistes déclarés comme médecins traitants et 4 dossiers reliés au MG0.

III. Répartition des critères primaires sur les 519 lettres de liaison présentes

1. Répartition des lettres selon le nombre de critères primaires

La répartition des lettres de liaison étudiées selon le nombre de critères primaires présents est représentée dans la Figure 3.

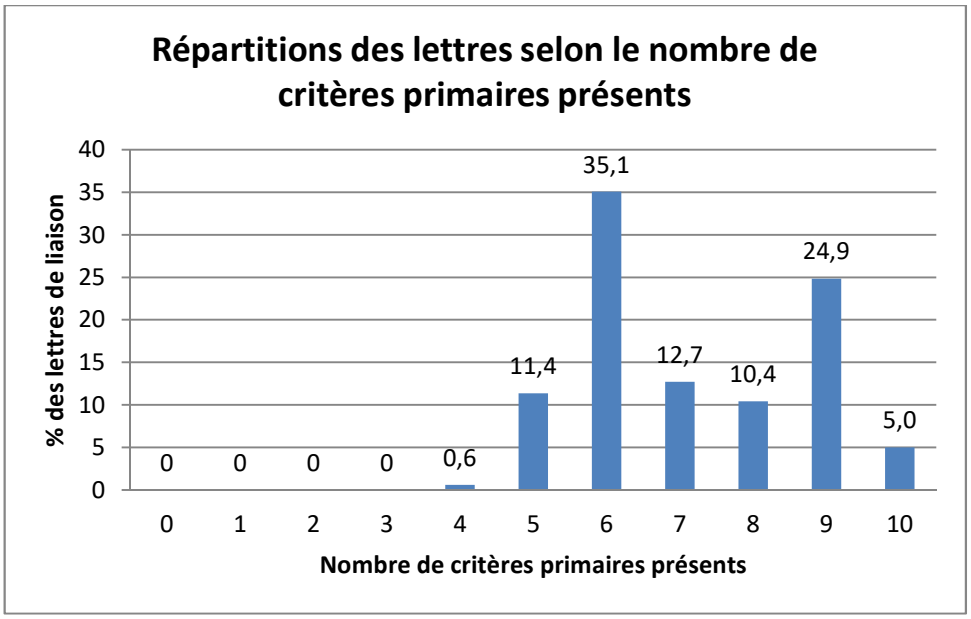

Figure 3 – répartition des lettres de liaison selon le nombre de critères primaires présents

Cinq pourcent des lettres de liaison comprenaient les 10 critères requis par la législation.

Lorsqu'il ne manquait qu'un critère primaire, celui manquant le plus souvent était l'allergie, notifiée dans seulement 6,2% de ces lettres. Si la présence des allergies n'avait pas été un critère, 28,3% des lettres de liaisons auraient satisfait à législation.

Pour les lettres où manquaient deux critères primaires, les deux omissions les plus récurrentes étaient l'allergie et les posologies, présentes respectivement dans 21% et 51% de ces lettres. Si la présence des allergies et des posologies n'avaient pas été des critères, 31,9% des lettres de liaison auraient satisfait à la législation.

Si la présence des allergies, des traitements, de leur posologie et de leur dosages n'avaient pas été des critères : 77% (401) des lettres de liaison auraient satisfait à l'ensemble des critères primaires.

Concernant les lettres présentant le moins de critères primaires, soit 4, elles présentaient le plus fréquemment :

- le motif d'hospitalisation,
- la date,
- l'identité complète du patient
- la signature du médecin généraliste.

2. Répartition des critères primaires

Les résultats concernant la présence spécifique des critères primaires sont compilés dans le tableau 1.

Tableau I – représentation de la présence et de l'omission des critères primaires dans les lettres de liaison étudiées

	Lettre présentant le critère		Lettres omettant le critère	
Critère primaire	Valeur absolue	*Pourcentage*	Valeur absolue	*Pourcentage*
motif hospitalisation	517	*99,6*	2	*0,4*
identité complète médecin	504	*97,1*	15	*2,9*
signature	495	*95,4*	24	*4,6*
date	491	*94,6*	28	*5,4*
Adeli/RPPS	485	*93,4*	34	*6,6*
identité complète patient	477	*91,9*	42	*8,1*
traitements	274	*52,8*	245	*47,2*
dosage	211	*40,7*	308	*59,3*
posologie	184	*35,5*	335	*64,5*
allergies	60	*11,6*	459	*88,4*

3. Identification du médecin adresseur

L'identité complète du médecin adresseur devait inclure son nom et son prénom. Elle était présente dans 97,1% des lettres. Dans 2,7% des cas, l'identité du prescripteur était incomplète par l'absence du prénom du médecin ou son remplacement par l'initiale du prénom.

Pour une lettre, rédigée sur une ordonnance commune à 8 médecins généralistes, le médecin rédacteur ne s'était pas identifié.

4. Traitements

Nous avons retrouvé des traitements dans les dossiers ou compte-rendu des urgences de 64,1% (157) des patients dont les lettres ne mentionnaient pas de traitement. Cette inadéquation concerne 30,3% du total des lettres de liaison.

De plus, 33% (171) des patients sont arrivés avec une ordonnance.

5. Identité du patient

100% des lettres de liaison comportaient le nom du patient mais seules 91,9% (477) mentionnaient aussi le prénom du patient. C'est pourquoi 8,1% des lettres de liaisons furent considérées comme ne mentionnant pas l'identité complète du patient.

6. Allergies

Avec un taux d'omission de 88,4% pour les allergies, on observe le plus haut taux d'omission parmi tous les critères recherchés qu'ils soient primaires ou secondaires.

Pour 8,9% des lettres dans lesquelles les allergies n'étaient pas mentionnées, des allergies ou intolérances ont été retrouvées à la lecture du compte-rendu des urgences.

IV. Répartition des critères secondaires sur les 519 lettres de liaison présentes

Les données principales observées concernant les critères secondaires ont été regroupées dans le tableau 2.

Tableau II - représentation de la présence et de l'omission des critères secondaires dans les lettres de liaison étudiées

	Lettres présentant le critère		Lettre omettant le critère	
Critère secondaires	Valeur absolue	*Pourcentage*	Valeur absolue	*Pourcentage*
Date de naissance ou âge	382	*73,6*	137	*26,4*
Anamnèse	420	*80,9*	99	*19,1*
Antécédents	299	*57,6*	220	*42,4*
examen clinique ou paramètres vitaux	371	*71,5*	148	*28,5*

Au total, 22 lettes mentionnaient tous les critères primaires et secondaires (soit 3,8% des lettres).

1. Examen clinique et paramètres vitaux

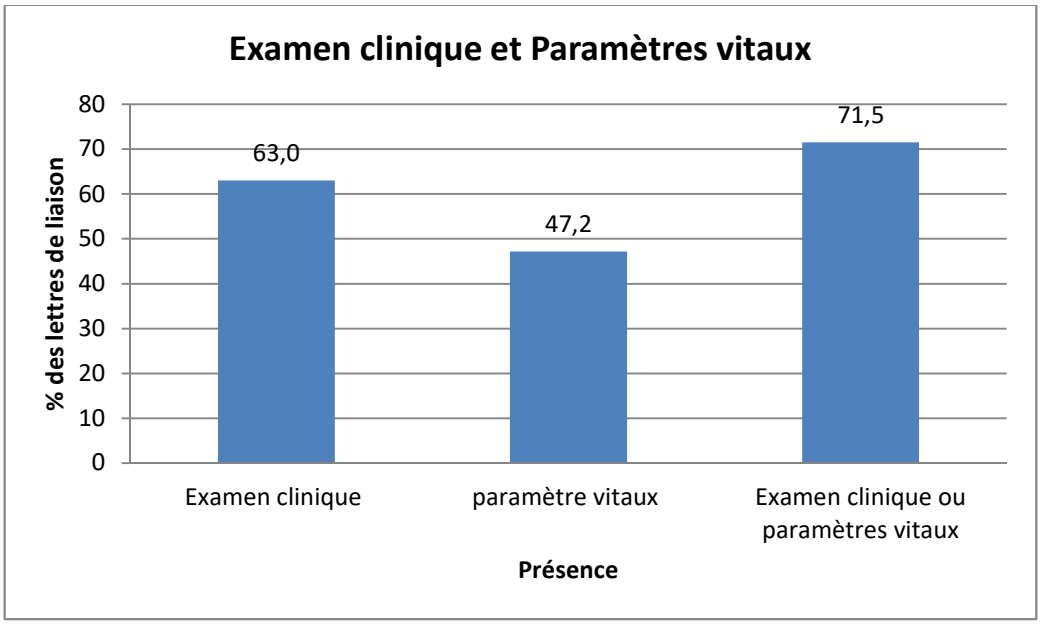

Figure 4 – répartition des lettres de liaison mentionnant examen clinique et/ou paramètres vitaux

La figure 4 représente la répartition des lettres de liaison présentant un examen clinique et des paramètres vitaux.

Soixante et un pourcent des lettres qui mentionnaient un examen clinique mentionnaient également les paramètres vitaux.

V. Influence de manuscrit/dactylographie

Globalement, les critères étaient plus présents lorsque les lettres étaient dactylographiées que lorsqu'elles étaient manuscrites, comme montré dans les Figure 5 et 6.

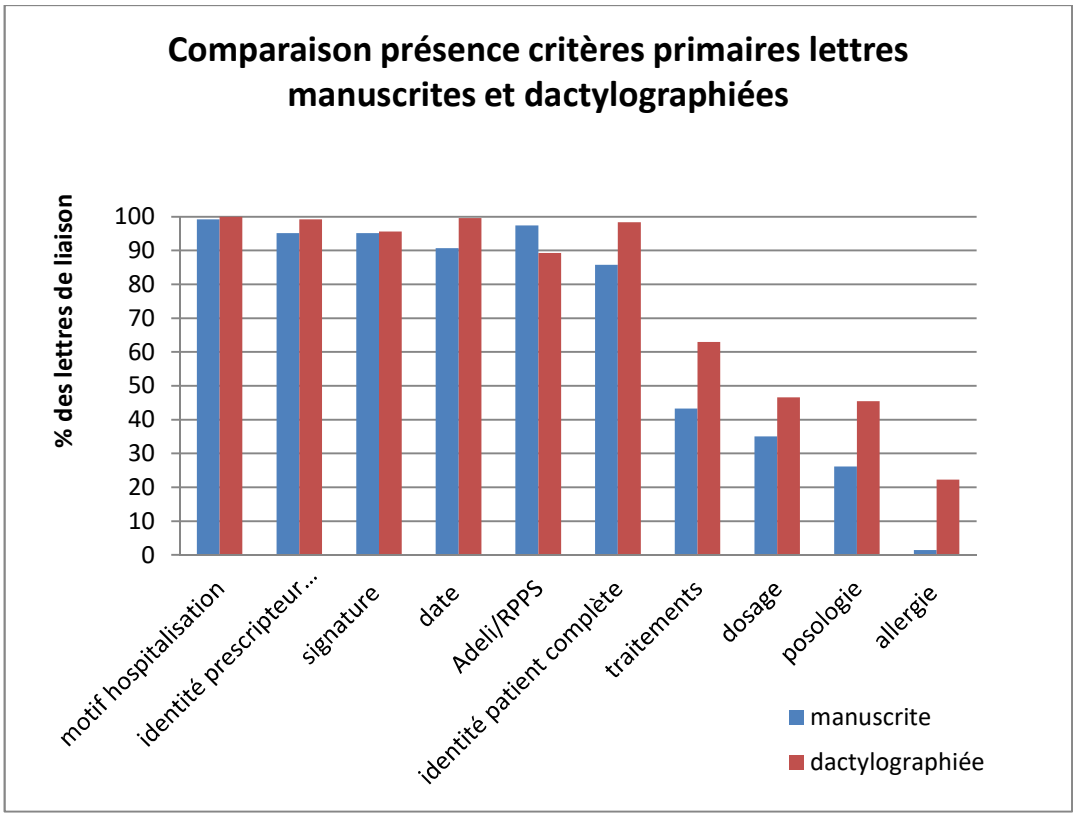

Figure 5 comparaison de la présence des critères primaires entre les lettres mauscrites et dactylographiées

Sur les 519 lettres de liaison nous en avions 268 manuscrites (52%) et 251 dactylographiées (48%).

La plus grande différence de présence d'un caractère primaire s'est observée au niveau des allergies mentionnées dans 1,5% des lettres manuscrites contre 22% des lettres dactylographiées.

Puis vient la présence des traitements : mentionnés dans 43% des lettres manuscrites mais 63% des lettres dactylographiées.

Le seul critère plus souvent retrouvé dans les lettres manuscrites que dans les lettres dactylographiées était la présence de l'ADELI et/ou RPPS du médecin adresseur.

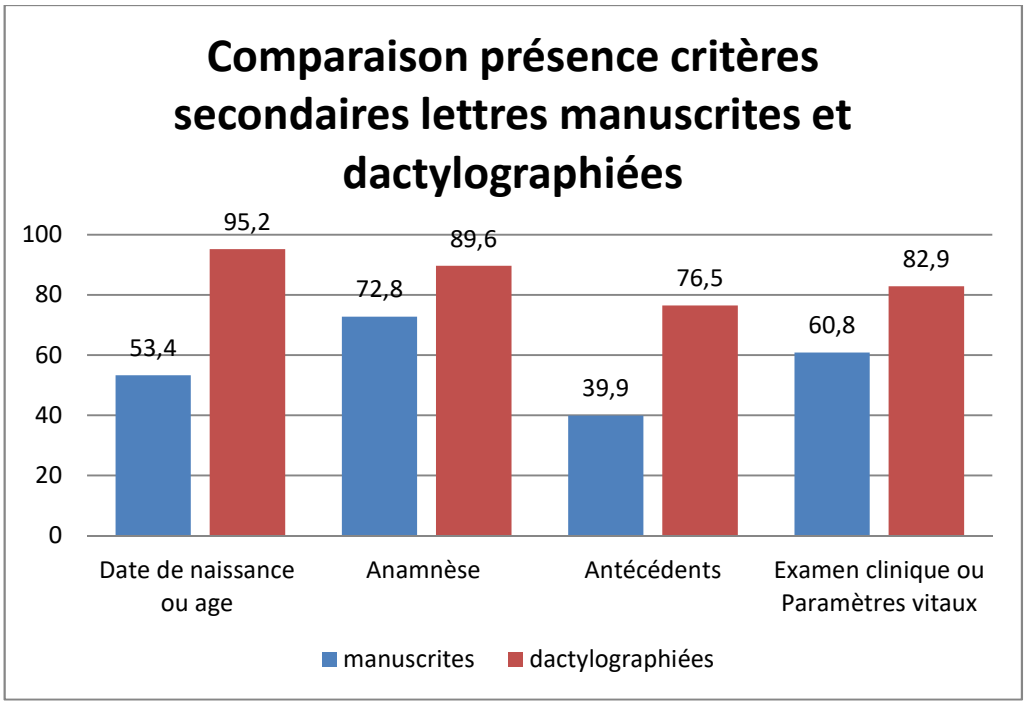

Figure 6 comparaison de la présence des critères secondaires entre les lettres mauscrites et dactylographiées

Discussion :

Dans cette étude observationnelle, rétrospective, unicentrique, quantitative, nous avons observé si le contenu des lettres de liaison du médecin généraliste vers le service des urgences était en adéquation avec la législation. 5% des lettres contenaient l'ensemble des critères. Les informations minimales sur le médecin (identité, signature ou ADELI/RPPS), l'identité complète du patient, la date de rédaction et le motif d'hospitalisation étaient chacun mentionnés dans plus de 90% des lettres. En comparaison, 52% des lettres mentionnaient les traitements. Le taux d'omission des allergies s'élevait à 88%. 3,8% des lettres mentionnaient tous les critères primaires et secondaires. Globalement, les critères étaient plus souvent mentionnés sur les lettres dactylographiées que les lettres manuscrites.

Le nombre de lettres incluses (519) était plus élevé que celui des autres études sur le sujet (entre 39 et 159 dans les références citées ensuite) sur une période de quatre mois. La seule autre étude quantitative conduite avec une méthodologie similaire à la nôtre regroupait 80 lettres à destination d'un oncologue australien sur une période de 10 semaines (35).

Le sujet de notre étude était original et axé sur une facette de la médecine générale qui n'avait pas encore été explorée de cette manière en France, notamment car la législation était récente. Certaines études retrouvées sur les lettres de liaison, bien que quantitatives, se sont axées sur la qualité ressentie des acteurs de santé face à cette lettre (37,38). D'autres sur le sujet ont été réalisées avec des méthodologies très différentes ainsi que des objectifs centrés sur les attentes des médecins généralistes ou autres spécialités (39,40).

Ces recherches ne permettaient pas de quantifier et décrire précisément le contenu des lettres. Nous avons su produire une étude objective et reproductible sur un pan de communication entre ambulatoire et hospitalier par des données quantitatives en nous affranchissant de la forme et du ressenti à la lecture des lettres.

Une faiblesse de l'étude était le manque de contexte de rédaction. En effet, chaque lettre était à associer à un contexte inconnu lors de sa lecture à postériori. Par exemple, je n'ai pas pu différencier les lettres rédigées lors d'une visite à domicile de celles écrites au cabinet. De même, je n'ai pas su mentionner lorsque la lettre avait été rédigée par le médecin traitant du patient ou par un médecin généraliste qu'il venait juste de rencontrer. C'est pourquoi je n'ai pas intégré ces données dans mes facteurs potentiellement confondants.

On peut se questionner sur la représentativité externe de mon étude quant au fait qu'elle soit unicentrique ou par la période étudiée.

En effet, une étude multicentrique avait été prévue, regroupant les services des urgences des CH de Lannion, Guingamp et Paimpol. Seules les urgences du centre CH de Guingamp ont pu être retenues. Les urgences de l'hôpital de Lannion ne scannaient pas les courriers des médecins traitants. Quant aux urgences de Paimpol, le logiciel utilisé n'intégrait pas

l'adressage du patient par un médecin extérieur. D'un point de vue informatique, il était alors impossible de filtrer les dossiers des patients adressés par un médecin extérieur.

Concernant la période de recrutement, elle a été conditionnée par le nombre de médecins généralistes. Au cours du recueil de données, nous avons décidé de restreindre notre période d'étude du 01/01/2021 au 30/04/2021. En effet, nous avons préféré arrêter le recueil dès lors que le nombre de médecins adresseurs a arrêté de croitre (illustration par la Figure 7 ci-dessous). Nous sommes partis du postulat qu'un médecin aurait tendance à avoir le même style de rédaction et donc le même profil de présence et d'omission des éléments que nous recherchions. Une étude sur une année complète aurait peut-être été plus représentative.

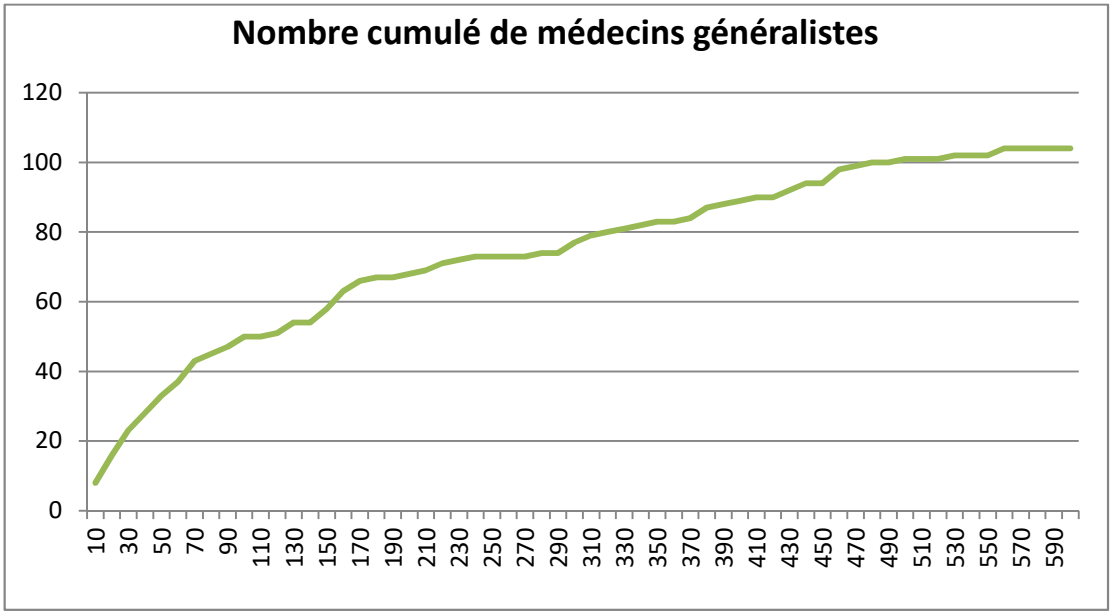

Figure 7 - Nombre cumulé de médecins généralistes en fonction du nombre de dossiers inclus

La forme de l'étude dans son aspect dichotomique (présence ou non de chaque critère) nous a contraints à définir un seuil de validation pour chaque critère. Par exemple, pour que le critère de présence de l'anamnèse soit présent, nous avions besoin d'au minimum une durée des symptômes. Autre exemple : si le motif d'hospitalisation concernait une entorse de cheville mais que nous avions un examen clinique cardiologique. Dans ce cas, malgré le fait que l'examen clinique ne concernait pas directement le motif d'hospitalisation, nous avons considéré que le critère examen clinique était présent. Ainsi, peu importait la pertinence ou qualité ressentie du critère, seule sa présence ou son absence était observée. En effet, certaines lettres contenaient subjectivement les informations qui permettraient une prise en charge d'un patient par un urgentiste par rapport à leur motif d'hospitalisation, sans pour autant valider tous les critères primaires Ainsi, notre analyse quantitative ne nous a pas permis de statuer sur la qualité et pertinence des lettres de liaison que nous avons étudiées.

Comment comprendre le fait que seulement 5% des lettres étudiées validaient tous les critères primaires ?

On pourrait expliquer ce chiffre par une potentielle méconnaissance de la législation, récente et peu publicisée.

Il est intéressant de replacer les chiffres issus de l'analyse des lettres dans une pratique médicale humaine : la gestion de données des patients fait partie intégrante de l'exercice médical. Elle est importante et chronophage (40). Dans une pratique médicale surchargée, on pourrait supposer que le médecin généraliste doive prioriser les informations qu'il délivre selon leur pertinence et utilité pour leur interlocuteur.

Des hypothèses émergent quant aux résultats concernant les allergies. Pour 91,1% des patients dont la lettre omettait l'allergie, aucune n'avait été enregistrée dans le dossier médical ou compte-rendu. Quand on ajoute à cela le fait que 22% des lettres mentionnaient les allergies et que 25 à 30% de la population française aurait une allergie en 2017, nous pouvons supposer qu'en l'absence d'allergie connue du rédacteur, il aurait décidé de ne rien mentionner à ce sujet (41). Ainsi, on peut imaginer que dans la grande majorité des cas, ne pas mentionner l'absence d'allergie n'ait pas un gros impact sur la prise en charge du patient. Dans une étude, seuls 7% des urgentistes ont estimé que c'était un détail à ajouter (42).

Dans cette même logique, l'explication de l'omission des traitements pourrait souffrir du même raisonnement. Néanmoins, près du tiers des patients qui se sont présentés avaient un traitement sans mention de ce dernier dans leur lettre de liaison. Il est possible que les médecins généralistes considéraient que les patients viendraient avec leurs ordonnances (voire même qu'ils le leur aient recommandé). Ce qui a été le cas dans 33% des cas. Quant au détail des posologies et dosages : sont-ils des éléments pertinents à communiquer pour les médecins généralistes ? Les noms des molécules consommées par le patient suffisaient peut-être à réfléchir à l'iatrogénie.

Sans les allergies et détails des traitements, 77% des lettres rempliraient tous les critères primaires restant. Voilà de quoi apporter une nuance à nos premiers résultats.

Quid de l'anamnèse et des antécédents respectivement présents dans 81% et 58% des cas. Une étude australienne a observé que 62% des urgentistes déclaraient la présence de chacun comme nécessaire dans une lettre de liaison (42).

Pourrait-il également exister un biais qui mènerait les médecins généralistes à inclure moins souvent les allergies et traitements à des urgentistes, spécifiquement ? De même, quel est l'effet du contexte d'urgence sur le degré de détail inclus dans les lettres de liaison ?

Globalement, plus de critères étaient présents dans les lettres dactylographiées que dans les lettres manuscrites. Une hypothèse serait que cette différence est causée par l'existence de logiciels intégrant directement des informations telles que les antécédents et les allergies. On peut aussi supposer qu'il est plus rapide de taper une lettre que de l'écrire pour un utilisateur aguerri. L'absence de dichotomie entre les lettres dactylographiées rédigées à l'aide d'un logiciel ou non empêche une interprétation sur le sujet du logiciel. D'autres études ont évoqué un plus haut taux d'omission dans les lettres manuscrites que dans les lettres dactylographiées (44,45).

Au final, bien que nous en sachions plus quantitativement sur le contenu des lettres de liaison, ces chiffres ne permettent pas de conclure sur la qualité de communication entre les médecins généralistes et les urgentistes. En effet, nos résultats se doivent d'être nuancés par rapport au contexte et au motif d'adressage. De plus, on pourrait douter d'une applicabilité dogmatique d'une législation dans des domaines tels que la communication ou l'art de la médecine.

Bien que les critères principaux puissent paraitre intuitifs à mentionner dans une lettre, il serait intéressant de questionner les médecins généralistes sur leur connaissance de la législation. Mieux encore, il serait constructif de questionner les médecins généralistes et les urgentistes sur les informations qu'ils considèrent importantes et indispensables à mentionner sur une lettre de liaison. Il serait pertinent d'intégrer à une étude de ce type, une pondération des critères selon leur importance (38).

Comment améliorer la qualité des lettres d'adressage ? Certains ont émis l'idée de rédiger des lettres sous forme de formulaire. Des études ont montré que ces lettres contenaient plus d'information sans augmentation de leur longueur (46,47). Une piste tiendrait dans l'optimisation nationale de la circulation des informations du patient dans le paysage médical afin que cette tâche ne soit plus l'apanage quasi exclusif du médecin généraliste. En attendant, la reconnaissance et la rétribution de cette activité chronophage qu'est la gestion des informations du patient serait peut-être une solution dans laquelle s'engager pour le bien-être autant des patients que des médecins.

Conclusion :

5% des lettres de liaison étaient en adéquation avec la législation dans notre étude. 3,8% des lettres mentionnaient tous nos critères primaires et secondaires. Ces résultats seraient à nuancer par des études ultérieures concernant les informations pertinentes et intéressantes à intégrer à une lettre de liaison selon médecins généralistes et urgentistes. En effet, travailler à améliorer cette lettre serait une action majeure pour une communication optimisée entre la médecine de ville et l'hôpital.

Bibliographie

1. World Health Organization. Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle RAPPORT DE SUIVI 2019 RÉSUMÉ D'ORIENTATION [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 16]. Available from: http://apps.who.int/bookorders.

2. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France - Le rôle de la médecine générale. Rev Epidemiol Sante Publique. 2013 Jun;61(3):193–8.

3. Déclaration d'Alma-Ata. 1978;

4. Wass V. The Astana declaration 2018. Vol. 29, Education for Primary Care. Astana; 2018. p. 321.

5. Planel M-PP, Varnier F. Les fondements du virage ambulatoire, pour une réforme de notre système de santé. Hygée Edit. 2017. 236 p.

6. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: A multidisciplinary review. Vol. 327, British Medical Journal. British Medical Journal Publishing Group; 2003. p. 1219–21.

7. Chen HM, Tu YH, Chen CM. Effect of Continuity of Care on Quality of Life in Older Adults With Chronic Diseases: A Meta-Analysis. Clin Nurs Res. 2017 Jun 1;26(3):266–84.

8. Anglade V. Importance of continuity of care for the child. Soins Pediatr. 2020 Jan 1;41(312):21–3.

9. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: A critical review. Vol. 2, Annals of Family Medicine. The Annals of Family Medicine; 2004. p. 445–51.

10. SAUTEL O. LOI 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Code de la sécurité sociale; 2004 Aug 13 p. 319–20.

11. Kassler WJ, Wartman SA, Silliman RA. Why medical students choose primary care careers. Acad Med. 1991;66(1):41–3.

12. Cam M. Facteurs positifs de recrutement vers la médecine générale : recherche de consensus par la méthode Delphi puis hiérarchisation par groupe nominal par des experts non médecin généraliste. 2017.

13. Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication. [Paris]: Université Paris Descartes; 2016.

14. Agarwal R, Smith RH, Sands DZ, Schneider JD. Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in U.S. hospitals. Vol. 55, Journal of Healthcare Management. Foundation of the American College of Healthcare Executives; 2010. p. 265–81.

15. Journal Officiel de la République Française. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. 2016 p. 1–2.

16. Article 63 - Information entre médecins en cas d'hospitalisation du patient - Code de

déontologie.

17. Décret n° 2016-1645 du 1er décembre 2016 relatif à la permanence des soins et à diverses modifications de dispositions réglementaires applicables au service public hospitalier. JORF n° 0281 du 3 décembre 2016 - Légifrance. 2016.

18. Barrow B. Referral letters. Vol. 56, Australian Dental Journal. Blackwell Publishing; 2011. p. 107.

19. DeAngelis AF, Chambers IG, Hall GM. The accuracy of medical history information in referral letters. Aust Dent J. 2010 Jun;55(2):188–92.

20. Toleman J, Barras M. General practitioner referral letters: Are we getting the full picture? [7]. Vol. 37, Internal Medicine Journal. 2007. p. 510–1.

21. Barnes EA, Chow E, Andersson L, Hayter C, Loblaw A, Lee D, et al. Communication with referring physicians in a palliative radiotherapy clinic. Vol. 12, Supportive Care in Cancer. 2004. p. 669–73.

22. Hurtaud A. Continuité des soins en médecine générale : transitions hôpital-ville - TEL - Thèses en ligne. Université Paris Est Creteil;

23. HUBERT Gaël. La circulation de l'information médicale: évaluation du lien complexe ville-hôpital. [Paris]: Faculté de médecine de Bobigny; 2006.

24. Article 76 - Délivrance des certificats - Code de déontologie.

25. Article R4127-76 - Code de la santé publique - Légifrance.

26. Article 79 - Mentions sur les ordonnances - Code de déontologie.

27. Décret n° 2020-1662 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des médecins et relatif à leur communication professionnelle - Légifrance. Code de Santé Publique; Dec 24, 2020.

28. BAUDRIN D, SOLER P. Quelques recommandations pour la mise en oeuvre de l'identitovigilance dans les établissements de santé. Toulouse: DRASS Midi-Pyrénées; 2009 Jul.

29. HAGENMULLER J-B, CRICKX B. Identitovigilance. Paris; 2019 Oct.

30. Roshan M, Rao AP. A Study on Relative Contributions of the History, Physical Examination and Investigations in Making Medical Diagnosis. J Assoc Physicians India. 2000 Aug;48(8):771–5.

31. Ikiz MA, Çetin II, Ekici F, Güven A, Değerliyurt A, Köse G. Pediatric syncope: Is detailed medical history the key point for differential diagnosis? Pediatr Emerg Care. 2014;30(5):331–4.

32. Newton J, Eccles M, Hutchinson A. Communication between general practitioners and consultants: What should their letters contain? Br Med J. 1992;304(6830):821–4.

33. Artandi MK, Stewart RW. The Outpatient Physical Examination. Vol. 102, Medical Clinics of North America. Med Clin North Am; 2018. p. 465–73.

34. Ministère de la Santé. Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Journal Officiel Ministère de la santé; 2008 p. 1–49.

35. Graham PH. Improving communication with specialists. The case of an oncology clinic. Med J Aust. 1994 Apr;160(10):625–7.

36. Martinussen PE. Referral quality and the cooperation between hospital physicians and general practice: The role of physician and primary care factors. Scand J Public Health. 2013;41(8):874–82.

37. Rosemann T, Wensing M, Rueter G, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany: If the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. BMC Health Serv Res. 2006 Jan 19;6.

38. Newton J, Hutchinson A, Hayes V, Mc coll E, Mackee I, Holland C. Do Clinicians Tell Each Other Enough? An Analysis of Referral Communications in Two Specialties. Fam Pract. 1994;11(1):15–20.

39. Tattersall MHN, Butow PN, Brown JE, Thompson JF. Improving doctors' letters. Vol. 177, Medical Journal of Australia. Med J Aust; 2002. p. 516–20.

40. Fieschi M. Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins Rapport au ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées. 2003.

41. Allergies Inserm, La science pour la santé [Internet]. [cited 2022 Jun 2]. Available from: https://www.inserm.fr/dossier/allergies/

42. Montalto M, Harris P, Rosengarten P. Survey of Australian emergency physicians' expectations of general practitioner referrals. Br J Gen Pract. 1993;43(372):277–80.

43. Toleman J, Barras M. General practitioner referral letters: Are we getting the full picture? Intern Med J. 2007 Jul;37(7):510–1.

44. Tobin-Schnittger P, O'Doherty J, O'Connor R, O'Regan A. Improving quality of referral letters from primary to secondary care: A literature review and discussion paper. Vol. 19, Primary Health Care Research and Development. Cambridge University Press; 2018. p. 211–22.

45. Jenkins S. Referral letters: Are form letters better? Br J Gen Pract. 1997;47(415):107–8.

46. Couper ID, Henbest RJ. The quality and relationship of referral and reply letters. South African Med J. 1996;86(12):1540–2.

Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

Que 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.

Annexes

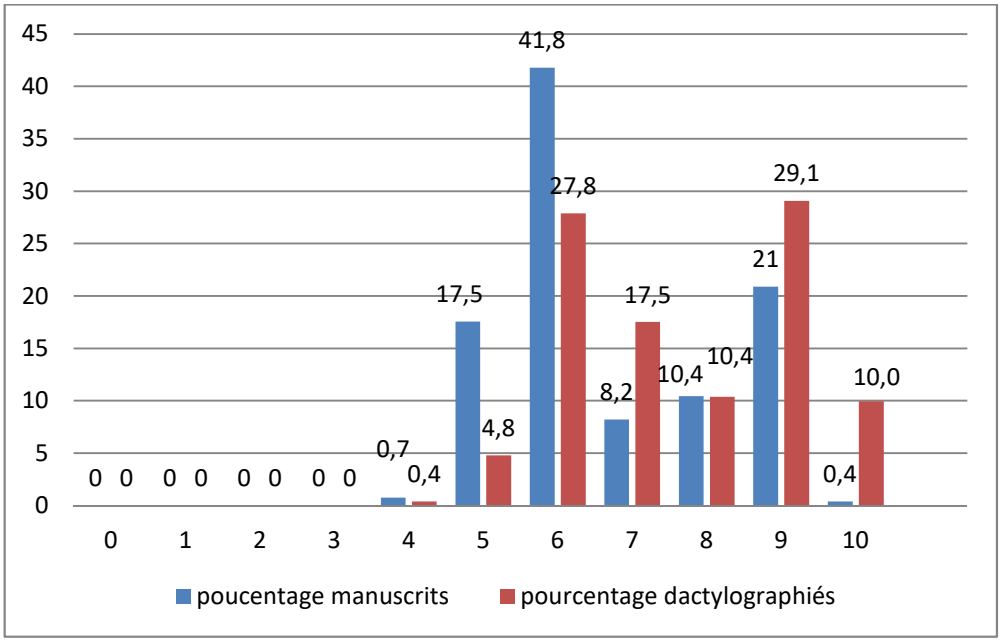

Figure 8 - comparaison nombre de critères primaires présents entre les lettres manuscrites et dactylographiées

	Lettres manuscrites – 268											Lettres dactylographié – 251										
Nombre critères présents	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de lettres (VA)	0	0	0	0	2	47	112	22	28	56	1	0	0	0	0	1	12	70	44	26	73	25
Nombre de lettres (P)	0	0	0	0	0,7	17,5	41,8	8,2	10,4	21	0,4	0	0	0	0	0,4	4,8	27,9	17,5	10,4	29,1	10

Tableau III - nombre de lettres en fonction du nombre de critères primaires présents

Tableau III - comparaison entre les lettres manuscrites et dactylographiées

	Manuscrites				Dactylographiées			
	Présence		Omission		Présence		Omission	
Critères primaires	VA	P	VA	P	VA	P	VA	P
motif hospitalisation	266	99	2	0,7	251	100	0	0
identité médecin complète	255	95	13	4,9	249	99	2	0,8
signature	255	95	13	4,9	240	96	11	4,4
date	243	91	25	9,3	250	100	1	0,4
Adeli/RPPS	261	97	7	2,6	224	89	27	11
identité patient complète	230	86	38	14	247	98	4	1,6
traitements	116	43	152	57	158	63	93	37
dosage	94	35	174	65	117	47	134	53
posologie	70	26	198	74	114	45	137	55
allergie	4	1,5	264	99	56	22	195	78
Total	268	100	0	0	251	100	0	0

Résumé

La lettre de liaison a été rendue obligatoire en 2016 par un décret concernant son contenu minimum. Son but était de garantir une continuité des soins du patient optimale et sécuritaire. Notre objectif premier était de savoir si le contenu des lettres de liaison du médecin généraliste vers le service des urgences était en adéquation avec la législation. Puis, nous avons observé ces lettres afin de savoir si elles contenaient des informations supplémentaires pertinentes pour une prise en charge efficace et sécuritaire.

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive rétrospective unicentrique quantitative au centre hospitalier de Guingamp . Nous avons étudié les lettres de liaison des patients arrivés aux urgences sur la période du 1er janvier 2021 au 30 avril 2021. Les critères primaires recherchés étaient la présence de la date de rédaction, l'identité du médecin adresseur, la signature, l'Adeli/RPPS, l'identité du patient, le motif d'hospitalisation, les allergies et les traitements (dont dosages et posologies). Les critères secondaires étaient la présence de la date de naissance ou âge du patient, des antécédents, d'une anamnèse, d'un examen clinique et de paramètres vitaux.

581 dossiers de patients ont été inclus : 519 patients avec lettre de liaison et 62 patients adressés sans. 5% des lettres contenaient l'ensemble des critères primaires. Les informations minimales sur le médecin, l'identité complète du patient, la date de rédaction et le motif d'hospitalisation étaient chacun mentionnés dans plus de 90% des lettres. 52% des lettres mentionnaient les traitements, et le taux d'omission des allergies s'élevait à 88%. 3,8% des lettres mentionnaient tous les critères primaires et secondaires. Globalement, les critères étaient plus souvent mentionnés sur les lettres dactylographiées que les lettres manuscrites.

De plus amples recherches sont nécessaires pour comprendre pourquoi si peu de lettres satisfaisaient à la loi et comment améliorer le contenu de ces lettres.

Abstract

The referral letter was made mandatory in 2016 in France. Its aim is to guarantee continuity of optimal patient care between general practitioners (GPs) and the hospital. Our primary objective was to verify whether the content of the letters from GPs to the emergency department complied with the legislation. The secondary objective was to ascertain whether they contained additional information relevant to effective and safe care.

A unicentric retrospective descriptive observational study was carried out at the Guingamp hospital. The letters of patients arriving at the emergency room were studied from January 1st, 2021 to April 30th, 2021.The primary criteria sought were the presence of the date of writing, the identity of the doctor, their signature, their professional registration number, the identity of the patient, the reason for hospitalization, their allergies and treatments. The secondary criteria sought were the presence of the patient's date of birth or age, their history, anamnesis, clinical examination and vital signs.

581 patient files were included: 519 patients with a referral letter and 62 without. 5% of the letters contained all the criteria. The identification of the doctor, the identity of the patient, the date and the reason for hospitalization were each mentioned in more than 90% of the letters. 52% of letters mentioned treatments. The omission rate for allergies was 88%. 3.8% of letters mentioned all primary and secondary criteria. Overall, criteria were mentioned more often on typed letters than on handwritten letters.

More research is needed to improve the content of these letters.

AGARANDE Aliya – La lettre de liaison : tient-elle toutes ses promesses ? Etude quantitative sur le contenu des lettres de liaison arrivant au centre hospitalier de Guingamp (Bretagne).

RESUME :

La lettre de liaison a été rendue obligatoire en 2016 par un décret concernant son contenu minimum. Son but était de garantir une continuité des soins du patient optimale et sécuritaire. Notre objectif premier était de savoir si le contenu des lettres de liaison du médecin généraliste vers le service des urgences était en adéquation avec la législation. Puis, nous avons observé ces lettres afin de savoir si elles contenaient des informations supplémentaires pertinentes pour une prise en charge efficace et sécuritaire.

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive rétrospective unicentrique quantitative au centre hospitalier de Guingamp . Nous avons étudié les lettres de liaison des patients arrivés aux urgences sur la période du 1er janvier 2021 au 30 avril 2021. Les critères primaires recherchés étaient la présence de la date de rédaction, l'identité du médecin adresseur, la signature, l'Adeli/RPPS, l'identité du patient, le motif d'hospitalisation, les allergies et les traitements (dont dosages et posologies). Les critères secondaires étaient la présence de la date de naissance ou âge du patient, des antécédents, d'une anamnèse, d'un examen clinique et de paramètres vitaux.

581 dossiers de patients ont été inclus : 519 patients avec lettre de liaison et 62 patients adressés sans. 5% des lettres contenaient l'ensemble des critères primaires. Les informations minimales sur le médecin, l'identité complète du patient, la date de rédaction et le motif d'hospitalisation étaient chacun mentionnés dans plus de 90% des lettres. 52% des lettres mentionnaient les traitements, et le taux d'omission des allergies s'élevait à 88%. 3,8% des lettres mentionnaient tous les critères primaires et secondaires. Globalement, les critères étaient plus souvent mentionnés sur les lettres dactylographiées que les lettres manuscrites.

De plus amples recherches sont nécessaires pour comprendre pourquoi si peu de lettres satisfaisaient à la loi et comment améliorer le contenu de ces lettres.

MOTS CLES :

Lettre de liaison, médecine générale, ambulatoire, hospitalier, communication, continuité des soins, législation, urgences

JURY :

Président	Mr le Professeur B.LE FLOCH
Membres du jury	Mr le Docteur A.ELLINGER
	Mr le Docteur J.DERRIENNIC
	Mr le Docteur L.BEURTON-COURAUD
	Mr le Docteur F.BOUSSEMART

DATE DE SOUTENANCE : 22 septembre 2022

ADRESSE DE L'AUTEUR :