



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Coordination Ville-Hôpital,  
le compte-rendu de passage aux urgences.**

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 25 Juin 2018.

Au Pôle Formation

**Par DURAK Alexandre**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur WIEL Éric**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur DRIZENKO Antoine**

**Monsieur le Docteur RENARD Jean-Marie**

**Monsieur le Docteur BENESSIANO Dan**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur WALLART Jérémy**



« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

## **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 les 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 déshonoré et méprisé si j'y manque."*

*« Hâte toi de bien vivre,  
Et songe que chaque jour est à lui seul une vie. »*

*Sénèque*

## **Liste des Abréviations**

BU	Bandelette Urinaire
CAT	Conduite à Tenir
CNH	Certificat de Non Hospitalisation
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CS	Courrier de Sortie
DMP	Dossier Médical Partagé
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ECG	Électrocardiogramme
GHICL	Groupement Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille
HAS	Haute Autorité de Santé
HTCD	Hospitalisation de Très Courte Durée
IAO	Infirmier(ère) d'Accueil et d'Orientation
IC95%	Intervalle de Confiance à 95%
IDE	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
OR	Odds Ratio
RPU	Résumé de Passage aux Urgences
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SAUV	Salle d'Accueil des Urgences Vitales
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
USC	Unité de Soins Continus
USIC	Unité de Soins Intensifs Cardiologiques

## **Résumé :**

**Contexte :** Lors de sa consultation aux urgences, le patient quitte le service d'accueil avec un courrier de sortie adressé au médecin traitant et contenant idéalement la totalité des examens cliniques et paracliniques. Fréquemment, ceux-ci sont incomplets, et ne répondent pas aux attentes des médecins généralistes.

**Méthode :** Étude rétrospective, monocentrique sur le site des urgences de l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille, du 1<sup>er</sup> au 15 mai 2017 inclus. Le travail recense les patients sortis de l'accueil des urgences adultes, excluant les patients hospitalisés. Il compare les éléments de prise en charge du dossier avec ceux du courrier de sortie, devant y figurer selon les recommandations de bonne pratique.

**Résultats :** 87,14% des 980 patients consultant sur la période d'étude bénéficient d'un courrier de sortie. Il existait 11,01 % de dossiers pour lesquels les mêmes critères ont été reportés de manière exhaustive dans le courrier (IC95% [9,08%-13,28 %]). En moyenne, 3 critères de prises en charge (moy=3 ; [0 - 8] med=3), apparaissent dans le dossier contre 2 dans le courrier de sortie (moy=2 ; [0-7] med= 2). Cependant, les dossiers sont mieux renseignés si un courrier est réalisé ( $p<0,05$ ). La période de prise en charge influe sur la rédaction d'un courrier de sortie ( $p<0,05$ ), ainsi les patients bénéficiant d'un changement d'équipe de soin, possèdent un dossier médical mieux rempli et un courrier de sortie plus détaillé.

**Conclusion :** Les patients des urgences qui bénéficient d'examens complémentaires multiples, sortant après changement d'équipe médicale, sont les patients pour lesquels le médecin traitant bénéficie d'un résumé exhaustif de la consultation. L'envoi systématique d'un courrier informatisé et uniformisé au médecin traitant est une piste d'amélioration.

## TABLE DES MATIERES.

<b>I. INTRODUCTION.</b>	<b>18</b>
<b>I.1. Le Réseau Ville-Hôpital dans la prise en charge de l'urgence.</b>	<b>20</b>
I.1.1 Les médecins traitants dans le parcours de soins en urgence.	20
I.1.2 L'attractivité et la prise en charge en amont de la consultation d'un SAU.	21
I.1.3 Mise en place d'un parcours de soins coordonné, le réseau ville-hôpital.	22
I.1.4 Impact de la lettre d'adressage des médecins généralistes.	23
<b>I.2. Les moyens de communication à disposition des médecins.</b>	<b>24</b>
I.2.1 État des lieux de la communication ville-hôpital selon le médecin traitant.	25
I.2.2 La réalité de la communication pour les services d'urgence.	25
I.2.3 La mise en place du DMP et l'informatisation des données du patient.	27
I.2.4 L'utilisation des messageries sécurisées.	28
<b>I.3. Le cadre législatif de la communication interprofessionnelle.</b>	<b>29</b>
I.3.1 Le Code de déontologie médicale.	29
I.3.2 Le Code de la santé publique.	30
<b>I.4. Justificatif de l'étude.</b>	<b>31</b>
<b>II. TRAVAIL PERSONNEL.</b>	<b>32</b>
<b>II.1. Objectifs de l'étude.</b>	<b>33</b>
II.1.1 Objectif principal.	33
II.1.2 Objectifs secondaires.	33
<b>II.2. Choix du centre de l'étude.</b>	<b>33</b>
II.2.1. Présentation des services de Saint Vincent de Paul, Lille.	33

II.2.2. Présentation du service des urgences de Saint Vincent de Paul.	35
II.2.3 Population consultant aux urgences de Saint Vincent de Paul.	36
<b>II.3 Matériel et méthodes.</b>	<b>36</b>
II.3.1 Critère de jugement principal.	36
II.3.2 Critères de jugement secondaires.	37
II.3.3 Critères d'inclusion.	38
II.3.4 Critères d'exclusion.	38
II.3.5 Réalisation des statistiques.	38
II.3.6 Accords éthiques.	38
<b>III. RESULTATS.</b>	<b>39</b>
<b>III.1 Analyse descriptive de la population.</b>	<b>40</b>
III.1.1 Répartition des types de prise en charge.	40
III.1.2 Répartition de la population selon l'âge et le sexe, sur la période étudiée.	41
III.1.3 Répartition de la population selon le lieu et la période de prise en charge.	42
a. Répartition des entrées et sorties.	42
b. Répartition de la population selon le lieu de prise en charge.	43
c. Durée moyenne de séjour.	44
III.1.4 Répartition des entrées et sorties selon la période de la journée.	45
a. Répartition des entrées.	45
b. Répartition des sorties.	46
III.1.5 Répartition des entrées et sorties selon les périodes d'admission.	47
III.1.6 Répartition des CS en fonction de la période d'admission.	48
<b>III.2 Analyse descriptive des résumés de passage aux urgences.</b>	<b>49</b>
III.2.1 Existence d'un résumé de passage aux urgences.	49

III.2.2	Évaluation des critères de prise en charge parmi les dossiers et CS.	50
III.2.3	Évaluation du nombre de critères par dossiers et par courriers.	51
<b>III.3</b>	<b>Évaluation du lien entre le dossier et le résumé de passage aux urgences.</b>	<b>53</b>
III.3.1	Nombre de critères perdus entre la rédaction du dossier et du courrier.	53
III.3.2	Critères et éléments dans le courrier selon la période d'admission.	55
III.3.3	Concordance entre le nombre de critères retrouvés dans les dossiers, et le courrier de sortie.	57 57
III.3.4	Analyse des faits concordants lors de la rédaction du courrier de sortie.	59
III.3.5	Répartition des discordances parmi les couples « Dossier-CS ».	60
III.3.6	Évaluation du nombre de critères dans le dossier en fonction de l'existence d'un courrier de sortie.	61 61
III.3.7	Lien entre l'existence de recommandations, et le nombre de critères dans le courrier de sortie.	61 61
III.3.8	Évaluation de l'association d'un diagnostic et d'une conduite à tenir	63
<b>III.4</b>	<b>Analyse des facteurs influant l'absence de CS dans la population étudiée.</b>	<b>64</b>
III.4.1	Influence du sexe sur l'absence de courrier de sortie à la sortie des urgences.	64
III.4.2	Influence de la zone de prise en charge sur l'absence de CS à la sortie	64
<b>IV.</b>	<b>DISCUSSION.</b>	<b>66</b>
IV.1.	Choix des critères SFMU étudiés.	67
IV.2	Répartition des types de prise en charge.	67
IV.3	Influence du lieu et du temps de passage.	67
IV.4	Répartition selon la période de prise en charge.	68
IV.5	Répartition des courriers de sortie selon la durée de prise en charge.	69
IV.6	Analyse des courriers de sortie.	70
IV.7	Évaluation du lien entre le dossier et le résumé de passage aux urgences.	72

IV.8 Recommandations aux patients.	72
IV.9 Mise en jeu du facteur humain lors du changement d'équipe médicale.	73
IV.10 Intérêt de réalisation d'un tel travail de recherche.	74
IV.11 Utilisation et mise en application des résultats.	74
IV.12 Biais de l'étude.	75
<b>V. CONCLUSION.</b>	<b>76</b>
<b>VI. BIBLIOGRAPHIE.</b>	<b>79</b>
<b>VII. TABLE DES TABLEAUX.</b>	<b>84</b>
<b>VIII. TABLE DES ILLUSTRATIONS.</b>	<b>85</b>
<b>IX. ANNEXES.</b>	<b>86</b>

## I. Introduction.

Seul un médecin généraliste sur deux considère les urgences comme disponibles, et capables de faire face à tout type d'urgence dans 71 % des cas.

On retrouve en moyenne, une proportion de 68 % à 80 % de patients hospitalisés après passage aux urgences suite à la demande du médecin traitant (1,2). D'ailleurs, près d'un médecin sur deux adresserait directement ses patients au SAU pour une demande d'hospitalisation (2).

Les Services d'Accueil des Urgences (SAU) voient véritablement le jour dans les années 1970, avec la mise en place de services « à la porte » (3). Devenus un véritable lien entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, ils sont un recours pour les prises en charge médicales, sociales, et psychologiques.

Ils ont, à la différence des cabinets de médecine générale, l'obligation de produire un Résumé de Passage aux Urgences (RPU) à l'issue de chaque consultation (5) et de fournir un Courrier de Sortie (CS) ou compte rendu de la prise au médecin traitant du patient. Celui-ci rassemble les examens réalisés : cliniques et paracliniques, et permet la transmission de ces informations au médecin traitant du patient (6).

Depuis 1996, les consultations aux urgences augmentent régulièrement : de 3% par an en moyenne (6). Ce phénomène est facilité par l'amélioration de l'offre des soins de ces services d'accueil et renforce la relation ville-hôpital.

Après consultation spontanée et de manière stable, on recense en moyenne 20 % d'hospitalisation à l'issue de la prise en charge médicale (7).

## I.1. Le Réseau Ville-Hôpital dans la prise en charge de l'urgence.

Depuis le 13 Août 2004 et l'édition de la loi relative à la Sécurité Sociale, le médecin généraliste centralise les prises en charge des patients dont il est le médecin traitant déclaré. Cette réorganisation du parcours de soin le place en première ligne d'une collaboration étroite avec les médecins urgentistes, vers qui il peut adresser les patients en situation d'urgence (8).

### I.1.1 Les médecins traitants dans le parcours de soins en urgence.

Dans 15 à 20 % des cas, le médecin généraliste est sollicité par ses patients pour une consultation en urgence. Après évaluation médicale, celui-ci n'en considère que 5% comme réellement urgentes (9).

Ainsi, parmi la population consultant aux urgences, près de 23 % des patients ont bénéficié d'un avis médical préalable, alors que 17 % des patients y ont recours comme alternative à la médecine de ville et par conséquent sans lettre d'adressage (10).

Dans 46 % des cas, un passage préalable par un service d'urgence permet de solutionner les demandes d'hospitalisation formulées par le médecin traitant qui avait contacté, sans résultat, les services conventionnels (11).

De même, parmi les patients qui auraient pu bénéficier d'une hospitalisation différée de 48 à 72h, près de 3 patients sur 4 sont adressés aux urgences pour difficultés organisationnelles (12).

Les services d'urgence se trouvent être l'interlocuteur privilégié des médecins traitants. Par l'intermédiaire de courrier médical d'adressage ou par appel téléphonique, ceux-ci peuvent formuler les demandes d'hospitalisation (51 % des cas). Pour des demandes d'avis spécialisés, 73 % des médecins traitants y ont recours au moins une fois dans le mois (13).

S'il est au centre de la prise en charge d'urgence par la détection des situations inquiétantes et des besoins de soins primaires, le médecin traitant est souvent sans ressource en cabinet, et recourt aux SAU afin d'assurer une continuité de soins adéquate avec la situation clinique (14).

#### *1.1.2 L'attractivité et la prise en charge en amont de la consultation d'un SAU.*

En 2015, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) rapportait une augmentation non négligeable de 3% du nombre de consultations par rapport à 2014, avec un peu plus de 20 millions de consultations générales annuelles (dont 14 millions hors pédiatrie) au sein des 753 structures d'accueil d'urgence françaises (6).

Bon nombre de patients jeunes : âgés pour la plupart de moins de 60 ans, se dirigent seuls aux urgences avec une symptomatologie évoluant depuis moins de 24 heures et ne consultent pas en première intention leur médecin traitant. Ils ne bénéficient donc pas de courrier d'adressage, pourtant essentiel dans l'organisation de la prise en charge (15).

Du point de vue des patients, la qualité des services d'accueil dépend plus de leur prise en charge symptomatique, ou de leur temps de présence aux urgences, que de l'existence d'un courrier de sortie. Malheureusement de leur point de vue, la nécessité d'une communication interprofessionnelle n'entre pas en ligne de compte dans l'évaluation de la satisfaction au décours d'une consultation d'urgence (16).

L'activité croissante des services d'urgence, montre qu'au-delà de l'amélioration technique et organisationnelle, l'analyse des différents résultats invite à se pencher sur la question de la relation patient-médecin.

Ainsi, la mise en place du parcours de soins passe par l'amélioration de la communication entre professionnels (17,18).

### *1.1.3 Mise en place d'un parcours de soins coordonné, le réseau ville-hôpital.*

La rédaction par le médecin traitant d'un courrier d'adressage reprenant les antécédents, les traitements, le motif de consultation et l'examen clinique au cabinet, permet d'organiser la prise en charge du patient dès son arrivée dans un service d'urgence (19).

Après consultation aux urgences, une forte proportion des consultants suit les instructions proposées dans le compte rendu. Ainsi, 89 % ont déclaré avoir suivi l'ordonnance, 84 % réalisé les examens complémentaires, 69 % consulté leur médecin traitant et 70 % le spécialiste, autonomisant ainsi le patient dans sa prise en charge (20).

#### *1.1.4 Impact de la lettre d'adressage des médecins généralistes.*

Dès l'arrivée aux urgences, le patient bénéficie d'une première orientation par l'Infirmier(ère) d'Accueil et d'Orientation (IAO), permettant une meilleure gestion des flux de patients, et implique le médecin traitant via la rédaction d'un courrier adressé aux médecins des urgences (21).

Après en avoir pris connaissance, 4,5% des 19% de patients consultant aux urgences avec une lettre d'adressage, ont subi une modification de priorité par l'IAO, 6,6% une modification du motif de recours, et seuls 9,3% une suppression du caractère urgent de la consultation. Ceci confirme la gestion efficace des patients urgents par le médecin traitant en amont des urgences. Ainsi, une collaboration étroite entre les médecins urgentistes et les médecins généralistes permet-elle d'améliorer la prise en charge des patients, et de pérenniser la stabilité du réseau ville-hôpital (19).

Cependant, malgré la rédaction quasi-systématique d'un courrier de sortie adressé aux médecins traitants, ceux-ci expriment paradoxalement un sentiment d'absence de collaboration sur le plan qualitatif (22).

En effet, le médecin traitant reçoit un courrier de sortie d'hospitalisation pour 80 % de ses patients adressés. Cependant, ceux-ci relèvent l'inconstance de la qualité des informations suivant le motif, et le type d'information (22,23)

## I.2. Les moyens de communication à disposition des médecins.

La multiplication des intervenants dans le lien ville-hôpital, couplée à l'augmentation du nombre de consultations au sein des SAU, peuvent mener à une perte d'information significative.

Étude	Angers 2011	Percy 2008 [10]	Toulouse 2001 [11]	Lille 2005 [9]
Nombre de courriers	502	82	303	107
Type de courrier	Informatisé	Manuscrit	Manuscrit	Manuscrit
<b>Critères d'évaluation</b>				
Identité du patient (1, 2, 4)	99,6 %	89 %	NE	98 %
Médecin des urgences (réfèrent médical)	48 %	91,5 %	74,9 %	37,4 %
Médecin destinataire (2, 4)	88 %	NE	NE	NE
Motif d'admission (2)	96 %	94 %	93,7 %	92,5 %
Date de la consultation (1, 2, 4)	100 %	NE	NE	94,4 %
Nature et résultats des examens complémentaires (2, 4)	48 %	79 %	77,6 %	85,9 %
Signalement de l'avis spécialisé demandé (2)	89 %	59 %	NE	70,8 %
Diagnostic posé par le SAU (2, 4)	79 %	51 %	NE	NE
Conclusion (2, 4)	99,6 %	82 %	73,6 %	56,1 %
Traitement antérieur (2)	6 %	NE	NE	NE
Traitement reçu au SAU (2)	22 %	NE	21,2 %	54,5 %
Traitement de sortie (2)	7 %	76 %	53,6 %	69,2 %
Consignes de suivi (2)	63 %	74 %	45,5 %	49,5 %
Information donnée au patient (4)	16 %	NE	5,6 %	1,8 %

NE = Non Etudié.

Critères de qualité des courriers de sortie :

1) Conseil National de l'Ordre [5] ;

2) Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé [4] ;

3) Société Française de Médecine d'Urgence [6] ;

4) *British Medical Journal* [8].

Tableau 1: Qualité des courriers de sortie selon plusieurs études similaires (23).

L'évaluation des courriers de sortie (23) selon les critères de qualité recommandés par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) (4), et la Haute Autorité de Santé (HAS) (6), rappelle le manque de collaboration entre médecins urgentistes et généralistes par le manque de qualité des courriers de sortie (22).

### I.2.1 État des lieux de la communication ville-hôpital selon le médecin traitant.

Les médecins traitants conservent malgré tout pour près de 59 % un rapport de satisfaction du service rendu par les urgences, dans la prise en charge de leurs patients urgents (24,25). De manière non surprenante, 94 % des médecins traitants souhaitaient un courrier de sortie après passage de leurs patients aux urgences (25).

Lorsqu'un médecin traitant adresse un patient en hospitalisation, il bénéficie d'un compte-rendu dans près de trois quarts des cas.

42% des médecins traitants considèrent les comptes rendus d'hospitalisation comme peu exhaustifs vis-à-vis de l'ECG et de l'imagerie principalement (26).

En effet, même si les médecins généralistes souhaitent une réponse à leur problématique de soins formulée dans le courrier d'adressage (54 % des cas), ils restent malheureusement une faible proportion (36 %) à réellement vouloir rédiger une lettre d'adressage à destination du médecin urgentiste (24).

### I.2.2 La réalité de la communication pour les services d'urgence.

En 2006, un premier rapport consensuel recensait les éléments devant figurer dans le socle de base des résumés de passage aux urgences, et pouvant être complétés par le médecin rédacteur (26), suivi d'un référentiel qualité des services d'urgence français en 2016. La SFMU rappelle les éléments de rédaction des résumés de passage aux urgences, avec un cahier des charges clair (4).

La HAS rappelle également ces critères de bonne rédaction, via un cahier des charges « Indicateur Qualité » (6).

Parmi les directives de gestion d'aval, la SFMU précise l'évaluation de la qualité de la communication interprofessionnelle par la remise au patient des « *ordonnances, arrêt de travail, rendez-vous, lettre au médecin traitant, certificats* ». Également, « *un courrier est adressé au médecin traitant pour les malades hospitalisés. Ce courrier précise au minimum le motif ou le diagnostic d'admission, le lieu de l'hospitalisation, et ceci dans un délai inférieur à 48h.* » (4).

Désormais, comme au sein du SAMU 54, la réflexion sur cette problématique avait permis la mise en place d'une procédure opérationnelle standardisée par courriers au médecin traitant dès la prise en charge du patient par le SMUR. (27).

En réalité, les courriers de sortie restent encore incomplets malgré ces directives. Ainsi, le traitement de sortie est absent dans 78 %, voire incomplet dans 92 % des cas, et les consignes n'étaient présentes que dans seulement 36 % des courriers étudiés.

Leur délai de réception parfois long participe à la perte d'information et à un retard de prise en charge. Dans uniquement 8,5 % des cas le médecin traitant reçoit le courrier de sortie sous moins de 48h, et dans 99 % des cas dans les 8 jours (23).

Devant le constat de la transmission de ces courriers dans des délais plus ou moins longs, à l'heure où la médecine actuelle se doit de proposer une médecine de moyens, il est indispensable d'évaluer l'impact de l'informatisation des données médicales dans le but d'une meilleure prise en charge du patient, avec la création du Dossier Médicalisé Partagé (DMP) (8).

### *1.2.3 La mise en place du DMP et l'informatisation des données du patient.*

La loi du 13 Août 2004 relative à la Sécurité Sociale permet la mise en place du DMP et vise à centraliser les informations de santé du patient. Son utilisation permet la création d'un dossier médical accessible à tout professionnel de santé. Consultable par lui-même depuis le 21 Avril 2011, il permet aussi l'implication du patient dans sa santé (8).

On dénombre aujourd'hui 27,4 % des médecins généralistes qui ont déjà utilisé le DMP, 70 % sont demandeurs d'une formation à son utilisation, et 80% déclarent vouloir l'utiliser (28).

Si le DMP actuel ne permet pas encore aux médecins d'améliorer considérablement la qualité de la communication, 45 % des médecins traitants préféreraient privilégier la voie informatique (13).

Le DMP actuel ne permet pas non plus de se passer d'une communication entre médecins, comme le rappelle l'article 59 du code de Déontologie Médicale : « *Le médecin appelé en urgence auprès d'un malade [...] doit 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 en informant le malade* » (29).

Malgré ces outils mis en place pour faciliter la communication interprofessionnelle, et l'accès aux données personnelles du patient, la voie électronique semble être une des pistes privilégiées en matière de mode de communication la plus efficace (30).

#### *1.2.4 L'utilisation des messageries sécurisées.*

Puisque les courriers de sortie actuels restent éloignés des recommandations de la SFMU et de l'HAS, il existe des pistes d'amélioration. Effectivement, les médecins traitants restent satisfaits de la forme du courrier dans 84 % des cas, mais pas du fond, et 62 % d'entre eux souhaiterait une version informatisée (23).

La convergence des efforts en matière de communication a permis la mise en place de messageries sécurisées comme APICRYPT®, regroupant plus de 70.000 acteurs de santé. Tous participent à son fonctionnement : aussi bien les médecins qui reçoivent les résultats des 5200 biologistes parmi les 3680 laboratoires, et les courriers d'hospitalisation, que les 135 cabinets de médecins spécialistes ou radiologiques (31).

Si aujourd'hui 62 % des médecins généralistes souhaitent un envoi du courrier de sortie plus structuré et synthétique par messagerie sécurisée à l'issu de la consultation, c'est parce qu'il existe une proportion importante de 74 % des utilisateurs de ces messageries qui sécurisent leurs envois via APICRYPT® (23,32).

La tendance à l'informatisation des échanges en matière de santé avait également permis la création de la messagerie MSSANTE®, en partenariat avec le gouvernement via le ministère de la santé, et qui propose une fonctionnalité similaire (32,33).

Ces outils ont ainsi pu aider à mettre en place une informatisation systématique en France, par l'envoi systématique de courriers standardisés à l'intention des médecins généralistes (30).

### I.3. Le cadre législatif de la communication interprofessionnelle.

Ce mode de communication, nécessaire à l'adressage des patients vers les SAU, et pour toute consultation par un médecin spécialiste, est régi par un cadre juridique clair. Il est inscrit aussi bien au Code de déontologie médicale, qu'au Code de la santé publique et il pose les bases des différentes directives en matière de qualité de l'offre de soins.

#### I.3.1 Le Code de déontologie médicale.

Le Code de déontologie comporte 112 articles rédigés par le Conseil national de l'Ordre des médecins, et régit la pratique médicale sur le territoire français. Il régit aussi bien les devoirs généraux des médecins, que leurs devoirs envers les patients, et régule les rapports des médecins entre eux ainsi qu'avec les membres des autres professions de santé, au sein de l'exercice de la profession médicale (34).

Plusieurs articles font état des devoirs en matière de communication médicale, comme le stipule l'article 59, relatif aux courriers adressés aux médecins consultés en urgence (29).

Les courriers médicaux font également l'objet en 1998 de la rédaction d'un rapport, qui rappelle qu'« *il appartient au médecin d'écrire avec délicatesse et précision, les éléments indispensables à son correspondant* ». Ces courriers médicaux participent ainsi à la constitution « *d'une pièce du dossier* », en respectant le secret médical, tout en restant « *accessible et compréhensible* » au patient (35).

### *1.3.2 Le Code de la santé publique.*

Au-delà de la dimension ordinale, la communication interprofessionnelle est régie par le Code de la santé publique, auquel tout professionnel de santé doit se conformer, en plus du Code de déontologie médicale.

L'article L1110-4 du Code de la santé publique, rappelle ainsi l'obligation pour tout professionnel de santé de rédiger un courrier entre professionnel (36).

Lorsqu'un médecin traitant adresse un patient vers une structure hospitalière, celui-ci se doit au nom de l'article R1112-1-1 du Code de la santé publique, de rédiger une lettre d'adressage au service vers lequel celui-ci est adressé (37).

Régie par l'article R4127-64 du Code de la santé publique, la prise en charge devient ainsi pluridisciplinaire, et le cadre légal stipule que lorsque plusieurs médecins prennent en charge le même patient, ceux-ci doivent se tenir informés des modifications de la prise en charge, des traitements, et de l'évolution via un courrier médical (38). Ce cadre juridique permet, via des obligations interprofessionnelles, l'amélioration de la relation entre médecins et participe au même titre à l'amélioration de la qualité des soins et du réseau ville- hôpital.

#### I.4. Justificatif de l'étude.

Aujourd'hui, et grâce à la médecine moderne mise en place de manière adéquate avec la prise en charge pluridisciplinaire des patients, et au vu des souhaits des médecins traitants, les SAU tendent à s'informatiser (32). Les nouveaux moyens de communication, fiables et interdisciplinaires permettent aujourd'hui une communication rapide et complète, limitant ainsi la perte d'information (30,32).

La mise en place de courriers de sortie systématiques au sein de différents services d'urgence a montré son efficacité en matière d'information, et d'amélioration de la qualité des échanges aujourd'hui dématérialisés (27,30). Le recensement des attentes des médecins généralistes en matière de communication a amené des axes de développement, là où la qualité des échanges tendait à se détériorer (19).

La récente informatisation du service des urgences de Saint Vincent de Paul (cf. Annexe 2) a permis la rédaction de courriers de sortie plus complets qu'auparavant. Cependant, l'on constate encore régulièrement un manque persistant d'informations dans ces courriers par rapport aux dossiers. Nous avons ainsi émis l'hypothèse qu'il existait des facteurs humains et administratifs à cette perte d'informations.

Le propos de ce travail a été de mettre en évidence les facteurs affectant la bonne retranscription des informations dans le dossier, puis dans le courrier de sortie, et d'en évaluer le degré de concordance.

La finalité de l'étude sera le développement d'un outil intégrable au logiciel des urgences du GHICL, afin de transmettre automatiquement les courriers de sortie au médecin traitant déclaré du patient consultant.

## II. Travail personnel.

## **II.1. Objectifs de l'étude.**

### *II.1.1 Objectif principal.*

Cette étude a pour objectif d'évaluer la qualité des comptes rendus de passage aux urgences, par l'étude de son contenu, afin de répondre aux attentes des médecins généralistes qui adressent leurs patients aux urgences de l'hôpital Saint Vincent de Paul.

### *II.1.2 Objectifs secondaires.*

La finalité du travail sera d'élaborer un compte rendu de passage aux urgences « type », selon un modèle défini par les items devant y être présents, au regard des critères SFMU. Ceci permettrait la mise en application directe de ce courrier ainsi uniformisé, qui serait envoyé de manière systématique par messagerie sécurisée de santé aux médecins traitants déclarés des patients consultant aux urgences.

## **II.2. Choix du centre de l'étude.**

Le Service d'Accueil des Urgences de l'hôpital Saint-Vincent de Paul à Lille, a été choisi comme centre d'investigation pour réaliser cette étude.

### *II.2.1. Présentation des services de Saint Vincent de Paul, Lille.*

- L'Hôpital Saint-Vincent de Paul à Lille dispose d'une clinique médicale regroupant :

- Médecine polyvalente
- Médecine gériatrique
- Soins de suite et réadaptation
- Oncologie/Hématologie

- Neurologie
- Pneumologie
- Dermatologie
- Soins palliatifs
- Unité médico-sociale et Psychiatrique
  - Un pôle chirurgical qui regroupe :
  - Chirurgie Viscérale et Orthopédique
  - Chirurgie ORL et ophtalmologique
  - Un pôle mère-enfant qui regroupe :
  - Maternité
  - Pédiatrie (médicale et chirurgicale)
  - Gynécologie (médicale et chirurgicale)

L'hôpital Saint Vincent de Paul possède 3 services d'urgences :

- Urgences gynécologiques et obstétricales
- Urgences pédiatriques
- Urgences adultes

L'hôpital Saint Vincent de Paul est rattaché à l'hôpital Saint Philibert. L'existence de services complémentaires facilite la rapidité des transferts, et assure une collaboration aussi bien pour avis médicaux que pour les admissions dans ses unités spécifiques :

- Réanimation + Unité de Surveillance Continue (USC)
- Unité de soins intensifs neuro-vasculaires
- Cardiologie avec Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC)
- Chirurgie digestive, thoracique et vasculaire, Chirurgie orthopédique
- Gériatrie

### II.2.2. Présentation du service des urgences de Saint Vincent de Paul.

Il existe 5 secteurs au sein des urgences de l'hôpital Saint-Vincent de Paul :

- Le Service d'Accueil des Urgences est composé de 7 salles d'examens, auxquelles s'ajoute une salle réservée aux gestes (sutures, plâtres).
  
- Le cabinet médical ou « filière courte » est composé de 2 bureaux de consultation. Ils assurent une prise en charge rapide de pathologies ambulatoires.
  
- La Salle d'Accueil des Urgences Vitales, ou S.A.U.V permet la prise en charge de patients en situation d'urgence vitale, et peut d'accueillir 2 patients simultanément.
  
- L'UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée, de 7 lits. Elle forme une zone tampon, qui permet un accueil temporaire de patients nécessitant une surveillance monitorée, un traitement de courte durée, ou l'attente d'une hospitalisation conventionnelle.
  
- L'USC : Unité de Surveillance Continue constituée de 4 chambres. Cette unité permet la prise en charge de patients instables, nécessitant une surveillance particulière, ou devant bénéficier d'une prise en charge plus spécifique.

Un médecin assure seul la présence médicale de l'unité d'accueil, sauf le lundi ou celui-ci est doublé. Un médecin est présent en UHCD et en USC et 3 médecins sont présents tous les après-midis.

Sur les périodes de garde (la semaine de 18h30 à 8h30 et le samedi de 12h30 jusqu'au lundi 8h30) : l'équipe médicale est composée de 2 médecins seniors.

4 internes sont affectés aux urgences et assurent la présence, un interne est affecté en particulier à l'UHCD et à l'USC. Les 21 internes du site assurent la ligne de garde : 2 internes y sont présents par garde.

### *II.2.3 Population consultant aux urgences de Saint Vincent de Paul.*

La fréquentation du service des urgences dépasse les 38.000 prises en charge par an (Chiffres 2017), soit une moyenne de 100 patients par jour.

Le mode d'admission est varié : SMUR, Sapeurs-Pompiers, ambulances et entrées spontanées. Une majorité de patients ne bénéficient pas de contact médical préalable à leur admission aux urgences.

## **II.3 Matériel et méthodes.**

Le travail s'est étendu sur la période du 1<sup>er</sup> au 15 Mai 2017 de manière rétrospective et exhaustive. Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive, quantitative par l'étude du contenu des comptes rendus de passage aux urgences sur cette période. L'étude est monocentrique sur le service d'accueil des urgences de l'hôpital Saint-Vincent de Paul à Lille.

### *II.3.1 Critère de jugement principal.*

Le critère de jugement principal que nous avons appliqué, est la proportion de courriers de sortie retrouvés répondant aux critères édités par la SFMU et la HAS.

### II.3.2 Critères de jugement secondaires.

Nous avons approfondi l'étude par l'application de plusieurs critères de jugement secondaires, qui nous ont permis d'évaluer la pertinence des comptes rendus de passage aux urgences, afin de pouvoir les comparer entre eux. Ces critères résident dans la mention ou non dans le dossier médical, et/ou dans le compte rendu de passage aux urgences des critères suivants :

#### 9 critères de prise en charge :

- Nombre de sorties sans courrier
- L'examen clinique du patient
- Le résultat d'une analyse d'urinaire
- Le résultat d'un ECG
- Le résultat d'un bilan biologique
- Le résultat d'examen(s) d'imagerie
- Le résultat d'avis spécialisés
- La prescription d'un traitement médicamenteux lors du séjour du patient
- La réalisation d'un geste médical ou chirurgical au sein des urgences
- La réévaluation clinique du patient

#### 2 critères supplémentaires :

- L'élaboration d'un diagnostic précis
- La conduite à tenir à la sortie des urgences

### II.3.3 Critères d'inclusion.

Sont inclus dans cette étude l'ensemble des patients âgés de plus de 15 ans et 3 mois, consultant aux urgences adultes de l'hôpital Saint-Vincent de Paul sur la période du 01 au 15 Mai 2017, et sortis directement de l'accueil des urgences sur cette même période.

### II.3.4 Critères d'exclusion.

Sont exclus de cette étude les patients hospitalisés au décours de leur consultation aux urgences durant la période d'inclusion du fait de l'absence de rédaction d'un compte rendu de passage aux urgences : Hospitalisation classique, UHCD, USC.

### II.3.5 Réalisation des statistiques.

L'analyse statistique a été réalisée avec les logiciels EPI-INFO<sup>®</sup> et R<sup>®</sup>, par le Dr. BOUQUILLON.

Le seuil de significativité retenu était inférieur à 5 % ( $p < 0,05$ ), et les intervalles de confiance étaient fixés à 95 % (IC95%)

### II.3.6 Accords éthiques.

La présente étude a fait l'objet d'une demande de faisabilité sur le plan éthique, et sur le plan de la gestion des données informatiques. Elle a bénéficié de la déclaration au service de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) au bureau de la Protection des Données de la Recherche du GHICL, sous le Numéro de traitement N°100, après accord du comité KASHMIR. (Cf. Annexe 7).

### III. Résultats.

### III.1 Analyse descriptive de la population.

#### III.1.1 Répartition des types de prise en charge.

Le nombre d'entrées aux urgences sur la période étudiée s'élève à 1235 passages.

Le nombre de patients hospitalisés, par conséquent exclus de l'étude s'élève à 255.

L'étude porte donc sur un total de 980 dossiers de patients qui ont consulté aux urgences, et qui sont sortis directement de l'accueil des urgences.

Parmi ces différents types de prise en charge, on retrouve :

-	N=	Pourcentage	IC95 %
Consultants externes	906	92,44 %	[90,57%-93,99%]
Certificat de Non Hospitalisation	6	0,61 %	[0,25%-1,40%]
Fugue	19	1,94 %	[1,20%-3,07%]
HTCD	32	3,27 %	[2,28%4,63%]
Reconvoqués	2	0,20 %	[0,04%0,82%]
Sortie contre avis médical	3	0,31 %	[0,08%0,97%]
Transfert vers établissement extérieur	3	0,31 %	[0,08%0,97%]
Ré-adressage après IAO	9	0,92 %	[0,45%1,80%]
Total	980	100 %	-

Tableau 2: Répartition des prises en charge au SAU.

Les recommandations imposent que chaque passage administratif par l'accueil des urgences doit bénéficier de la rédaction d'un Courrier de Sortie (CS).

### III.1.2 Répartition de la population selon l'âge et le sexe, sur la période étudiée.

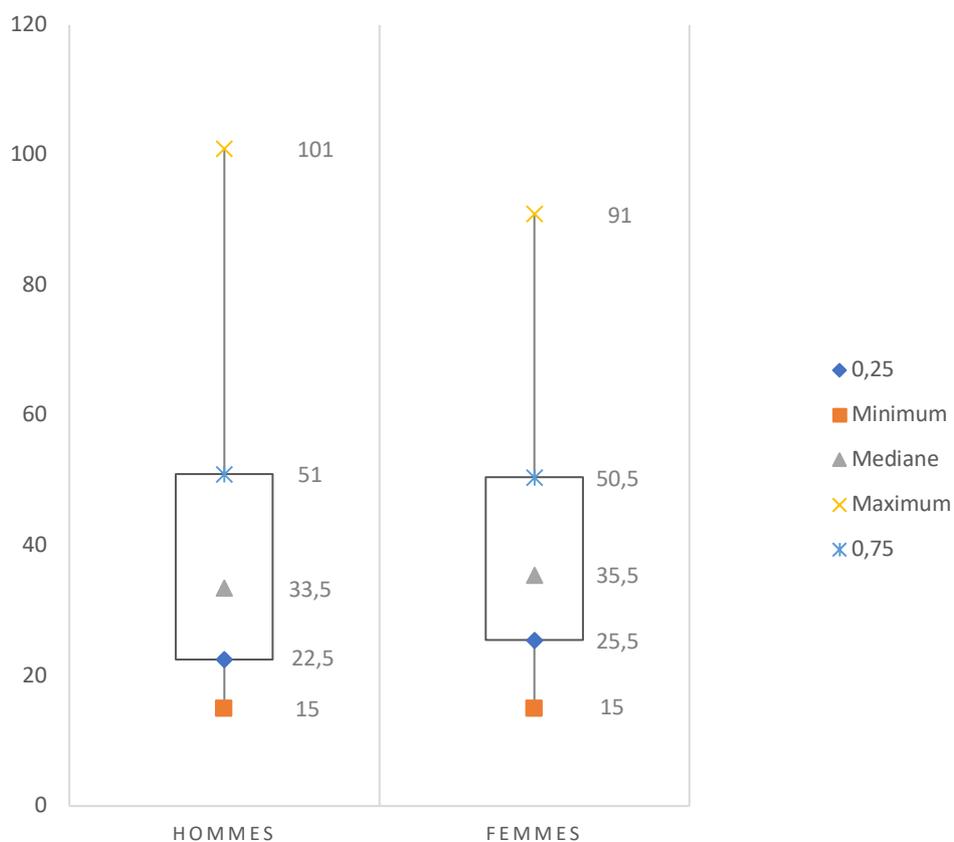


Figure 1: Boxplot : Répartition de la population selon le sexe et l'âge.

L'âge moyen de consultation est de 39 ans ([15-101] méd= 34).

La répartition selon le genre indique une proportion de 52 % d'hommes (N= 510), et 48 % de femmes (N= 470). Il n'y a pas de différence significative concernant l'âge entre les hommes et les femmes ( $p > 0.05$ ).

### III.1.3 Répartition de la population selon le lieu et la période de prise en charge.

#### a. Répartition des entrées et sorties.

Entrées	Fréquence	Pourcentage	IC95 %
Lundi	181	18,47%	[16,12–21,07]
Mardi	138	14,08 %	[12,00–16,45]
Mercredi	118	12,04 %	[10,10–14,28]
Jeudi	138	14,08 %	[12,0–16,45]
Vendredi	153	15,61 %	[13,43–18,07]
Samedi	138	14,08 %	[12,0–16,45]
Dimanche	114	11,64 %	[9,73-13,85]
Total	980	100 %	-

Tableau 3: Répartition des entrées selon le jour de la semaine.

Sorties	Fréquence	Pourcentage	IC95 %
Lundi	168	17,14 %	[14,86-19,68]
Mardi	146	14,90 %	[12,76-17,32]
Mercredi	118	12,04 %	[10,10-14,28]
Jeudi	137	13,98 %	[11,90-16,35]
Vendredi	149	15,20 %	[13,04-17,64]
Samedi	139	14,18 %	[12,09-16,56]
Dimanche	123	12,56 %	[10,57-14,83]
Total	980	100 %	-

Tableau 4: Répartition des sorties selon le jour de la semaine.

Le nombre de dossiers est homogène selon le jour de la semaine ( $p > 0.05$ ). Il y a au cours de la période de relevé, (15 jours consécutifs), deux lundis fériés, et deux weekends.

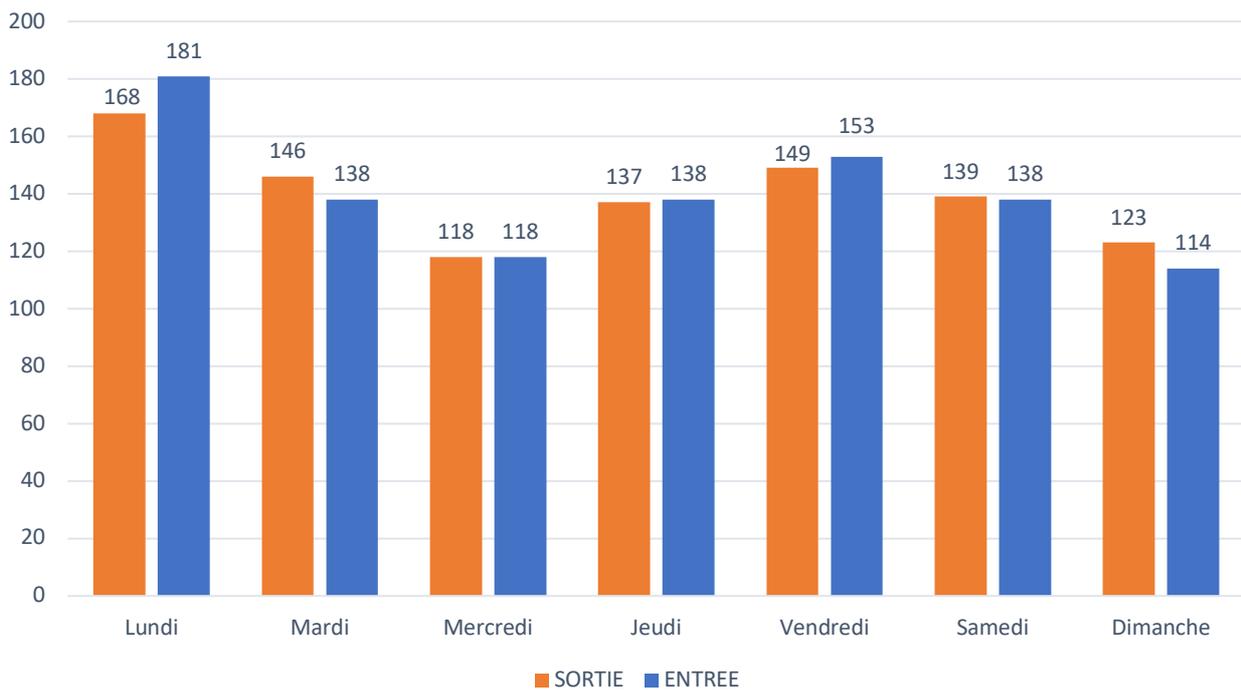


Figure 2 : Histogramme de la répartition des entrées et sorties selon le jour.

b. Répartition de la population selon le lieu de prise en charge.

Zone de prise en charge	Fréquence	Pourcentage	IC95 %
S.A.U.V.	13	1,33 %	[0,74-2,32]
Secteur I	210	21,43 %	[18,93-24,16]
Secteur II	499	50,91 %	[47,74-54,09]
Cabinet Médical	258	26,33 %	[23,62-29,23]
Total	980	100 %	-

Tableau 5: Fréquence des zones de prise en charge.

La prise en charge initiale en S.A.U.V. reste rare à 1,33 %, et la filière courte compte pour 26,33 %. La filière longue est composée des secteurs I et II.

### c. Durée moyenne de séjour.

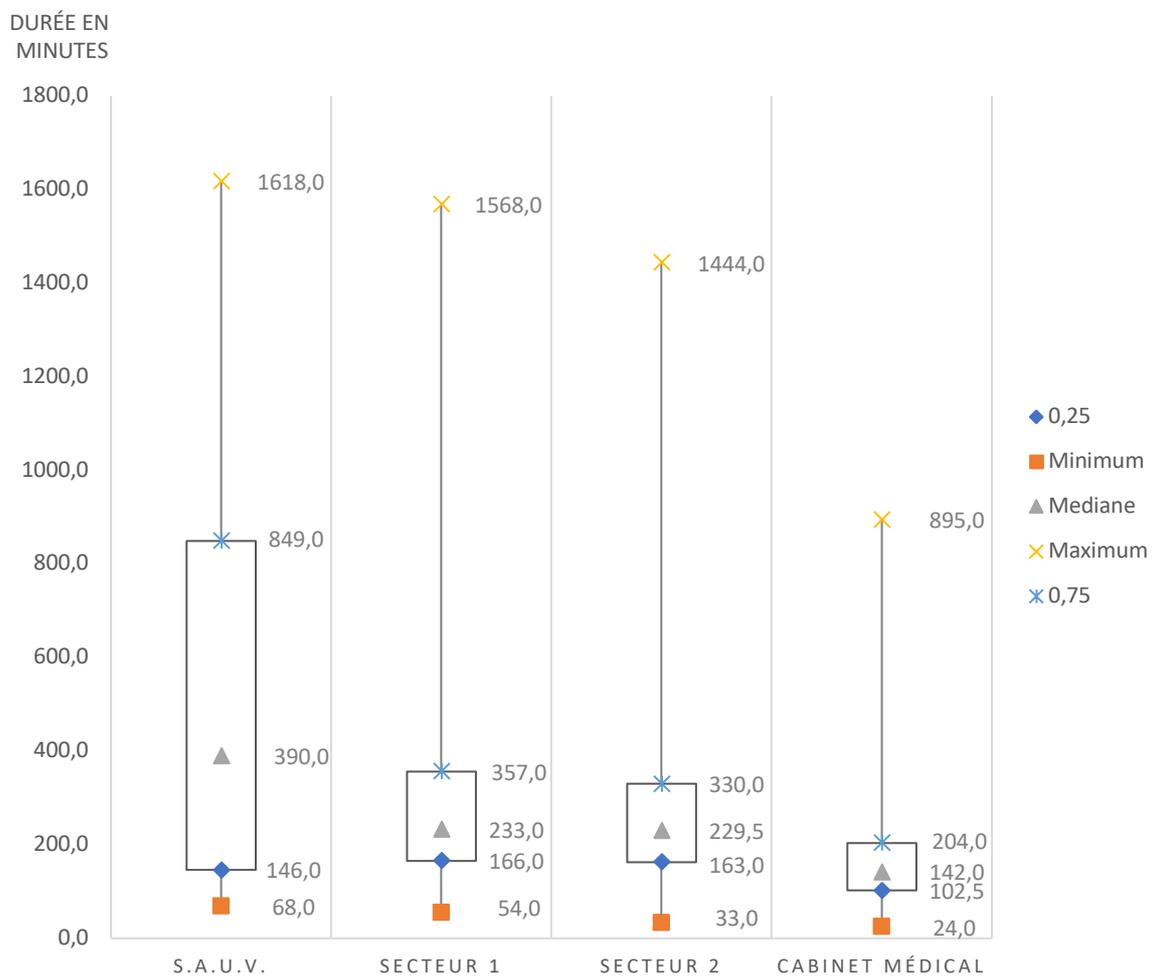


Figure 3: Boxplot : Durée de passage (minutes) selon le secteur de prise en charge.

La durée moyenne de séjour s'élève à 4h 17min soit 257 minutes ([1min – 1618min] méd=201min).

### III.1.4 Répartition des entrées et sorties selon la période de la journée.

#### a. Répartition des entrées.

Le nombre d'entrées en période de garde s'élève à 596 soit 60,81% des consultations selon la répartition suivante :

Période d'entrée	Entrées	Pourcentage	IC95 %
Garde de Nuit 18h30-8h30	442	45,10 %	[41,96%-48,28%]
Samedi 12h30-18h30	45	4,59 %	[3,41%-6,15%]
Dimanche 8h30-18h30	56	5,71 %	[4,38%-7,40%]
Jours fériés (n=2) 8h30-18h30	53	5,41 %	[4,11%-7,06%]
Total en période de garde	596	60,81 %	[57,67%-63,87%]
Hors Garde	384	39,19 %	[36,18 %-42,28%]

Tableau 6: Répartition des entrées selon la période.

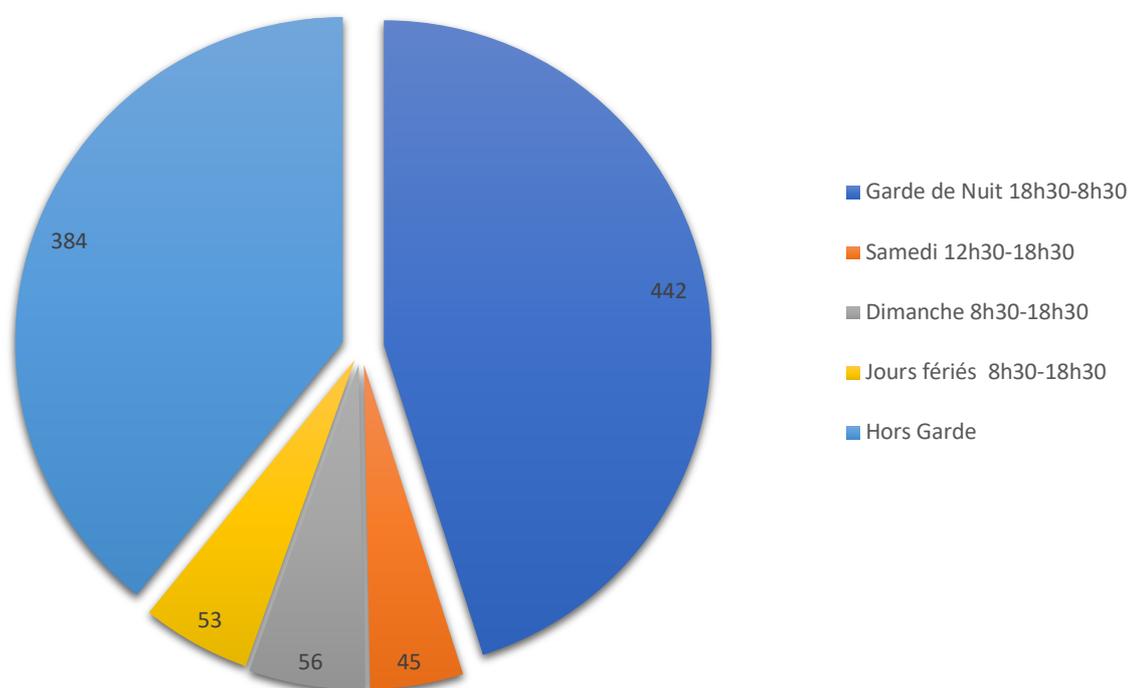


Figure 4: Diagramme : Répartition des entrées selon la période.

b. Répartition des sorties.

Période de sortie	Sorties	Pourcentage	IC95 %
Garde de Nuit 18h30-8h30	564	57,55 %	[54,38%-60,66%]
Samedi 12h30-18h30	31	3,16 %	[2,19%-4,51%]
Dimanche 8h30-18h30	44	4,49 %	[3,32%-6,03%]
Jours fériés (n=2) 8h30-18h30	38	3,88 %	[2,79%-5,34%]
Total en période de garde	677	69,08 %	[66,07%-71,95%]
Hors Garde	303	30,92 %	[28,10%-33,88%]

Tableau 7: Répartition des sorties selon la période.

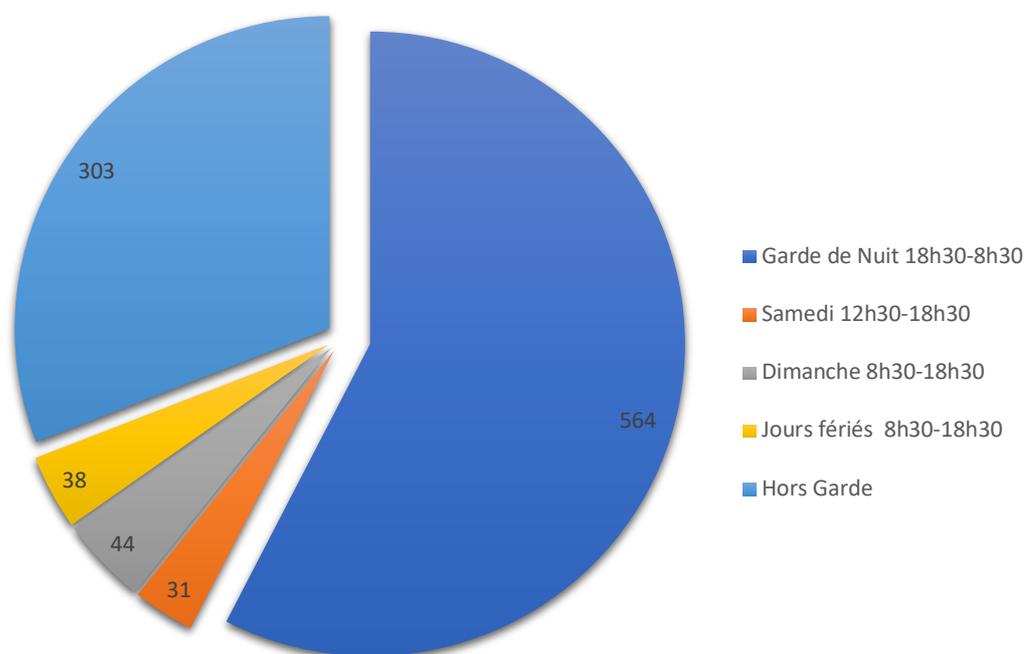


Figure 5: Diagramme : Répartition des sorties selon la période.

### III.1.5 Répartition des entrées et sorties selon les périodes d'admission.

Les périodes d'admission et de sortie sont différenciées en 4 groupes :

- Entrée et sortie en période de garde (N=526)
- Entrée et sortie hors période de garde (N=233)
- Entrée en période de garde et sortie hors période de garde (N=70)
- Entrée hors période de garde et sortie en période de garde (N=151)

La répartition générale des entrées et sorties en ou hors période de garde se présente donc de la manière suivante :

-	Sortie en période de garde	Sortie hors période de garde	Total
Entrée en période de garde	526	70	596
Entrée hors période de garde	151	233	384
Total	677	303	980

Tableau 8: Répartition des entrées et sorties en ou hors période de garde.

La population qui entre et sort en période de garde, est significativement plus nombreuse que la population qui entre et sort hors période de garde (OR=2,24 ; IC95 % [1,98 – 2,55]  $p>0,05$ ).

### III.1.6 Répartition des CS en fonction de la période d'admission.

Cette distinction nous permet d'évaluer la présence d'un CS selon la période :

-	Entrée + Sortie en garde	Entrée + Sortie hors garde	Entrée seule en garde	Sortie seule en garde	Total
CS absent	84	18	9	15	126
CS présent	442	215	61	136	854
Total	526	233	70	151	980

Tableau 9: Fréquence des CS selon la période d'entrée et de sortie.

Il y a ainsi significativement plus de patients sortant sans CS (pour une proportion de 16%), lorsque l'entrée et la sortie s'effectuent toutes deux en période de garde ( $p=0,01$ ).

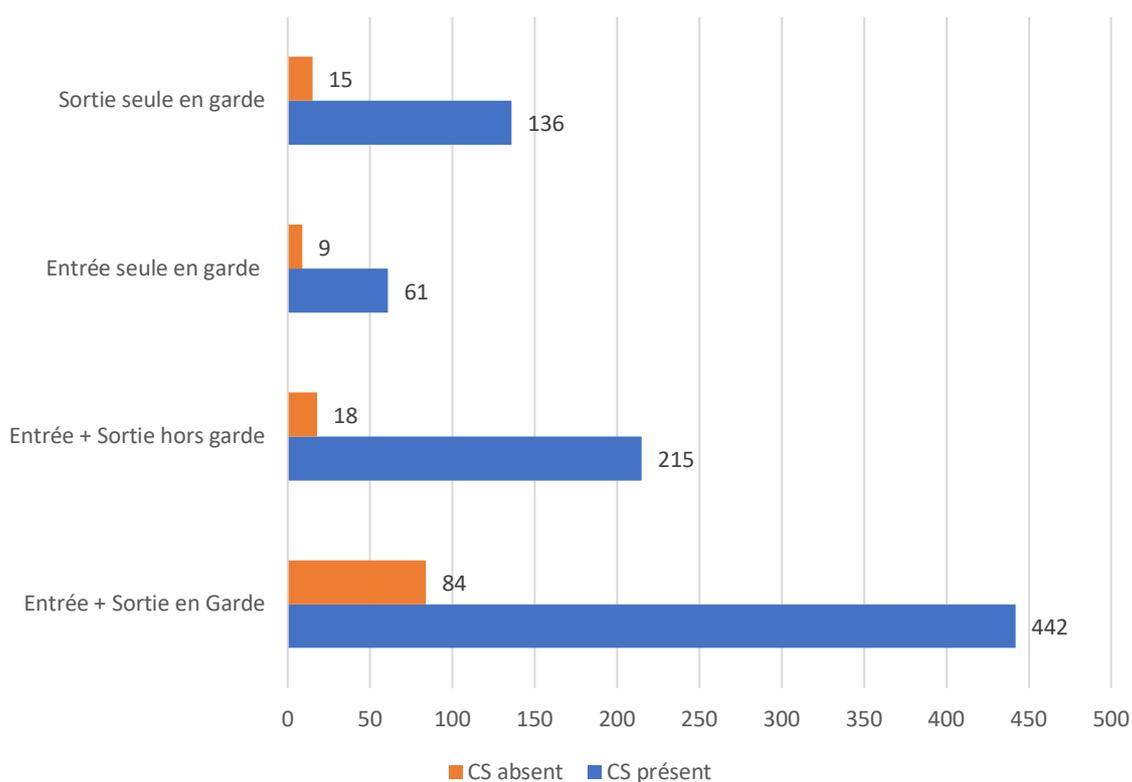


Figure 6: Histogramme : Présence d'un CS selon la période d'entrée et sortie.

## III.2 Analyse descriptive des résumés de passage aux urgences.

### III.2.1 Existence d'un résumé de passage aux urgences.

Parmi les 980 dossiers inclus, il existait au total 854 comptes rendus@ de passage aux urgences soit 87,14 % des consultants ; IC95% [84,85%-89,14%].

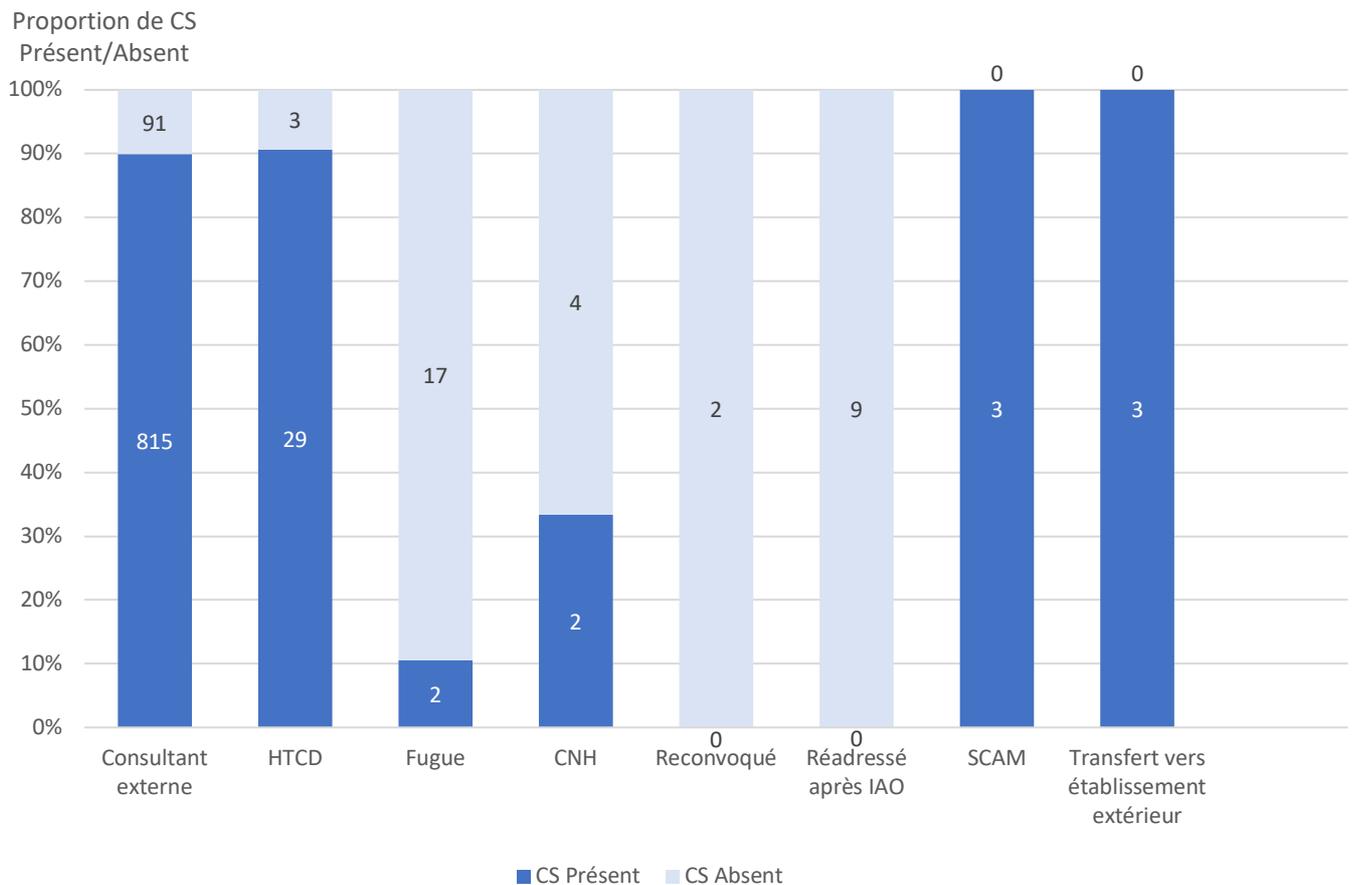


Figure 7: Histogramme : Présence d'un CS selon le type d'épisode.

### III.2.2 Évaluation des critères de prise en charge parmi les dossiers et CS.

Nous avons recherché les 9 critères de prise en charge dans le dossier médical, et les 2 éléments supplémentaires dans le courrier de sortie : l'établissement d'un diagnostic, et la conduite à tenir à la sortie des urgences, portant ainsi à 11 le nombre de critères dans le courrier de sortie.

Critère relevé :	% dans les 980 dossiers	IC95 %	% dans les 854 CS	IC95 %
Examen Clinique	92,6 %	[90,68%-94,08%]	98,59%	[97,48%-99,24%]
Bandelette urinaire	15,2 %	[13,04%-17,64%]	11,12 %	[9,13%-13,47%]
ECG	20,1 %	[17,66%-22,78%]	20,02 %	[17,42%-22,90%]
Biologie	37,7 %	[34,62%-40,78%]	34,54 %	[31,37%-37,85%]
Imagerie	35,6 %	[32,63 %-38,71%]	36,77 %	[34,54%-40,11%]
Avis spécialisé	9,6 %	[7,86%-11,65%]	9,95 %	[8,07%-12,21%]
Traitement(s)	38 %	[34,82%-40,99%]	16,16 %	[13,69%-19,48%]
Acte ou Geste	9,3 %	[7,58%-11,32%]	9,60 %	[7,75%-11,83%]
Réévaluation clinique	21,6 %	[19,12%-24,37%]	23,30 %	[20,53%-26,31%]
Diagnostic	-	-	87,00 %	[84,52%-89,15%]
Conduite à tenir	-	-	68,62 %	[65,37%-71,70%]

Tableau 10: Répartition des critères d'évaluation dans les CS

### III.2.3 Évaluation du nombre de critères par dossiers et par courriers.

La fréquence du nombre de critères par dossiers, puis par courriers a pu être relevée dans le tableau ci-dessous.

L'association de ces 9 critères peut être différente selon les dossiers.

Nombre de critères dans les 980 dossiers	Nombre de dossiers concernés	Pourcentage parmi la totalité des dossiers	IC95 %
0	59	6,02 %	[4.65%-7.75%]
1	145	14,80 %	[12.66%-17.21%]
2	257	26,22 %	[23.52%-29.12%]
3	192	19,59 %	[17.18%-22.25%]
4	178	18,16 %	[15.83%-20.75%]
5	111	11,33 %	[9.44%-13.52%]
6	29	2,96 %	[2.03%-4.28%]
7	8	0,82 %	[0.38%-1.67%]
8	1	0,10 %	[0.01%-0.66%]
9	0	-	-

Tableau 11: Répartition des critères retrouvés dans les dossiers.

Nombre de critères dans les 854 CS	Nombre de CS concernés	Pourcentage parmi la totalité des CS	IC95 %
0	4	0,47 %	[0,15 %-1,28 %]
1	161	18,85 %	[16,32 %-21,67 %]
2	297	34,78 %	[31,60 %-38,09 %]
3	193	22,60 %	[19,87 %-25,58 %]
4	128	14,99 %	[12,70 %-17,60 %]
5	54	6,32 %	[4,83 %-8,22 %]
6	14	1,64 %	[0,94 %-2,81 %]
7	3	0,35 %	[0,09 %-1,11 %]
8	-	-	-
9	-	-	-

Tableau 12: Fréquence d'apparition des critères dans les CS.

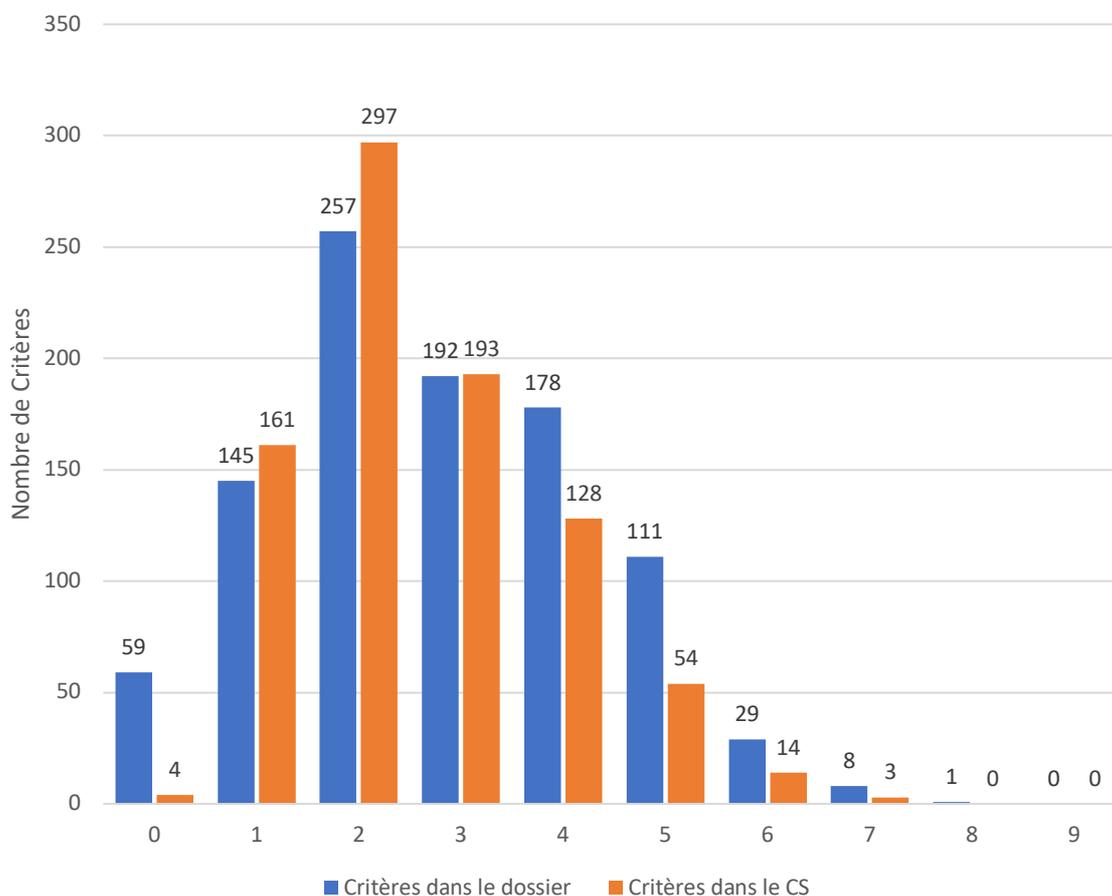


Figure 8: Histogramme : Répartition des critères selon le dossier et le CS.

En moyenne, 3 critères apparaissent dans le dossier. (moy= 3 ; [0-8] med=3), et seulement 2 critères apparaissent dans le CS (moy=2 ; [0 – 7] med= 2).

### III.3 Évaluation du lien entre le dossier et le résumé de passage aux urgences.

#### III.3.1 Nombre de critères perdus entre la rédaction du dossier et du courrier.

-		Nombre de critères dans les dossiers										-
D A N S  L E S  C O U R R I E R S		0	1	2	3	4	5	6	7	8	Total	
		2 critères ajoutés	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		1 critère ajouté	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3
		Courriers concordants	1	108	208	108	77	40	9	2	0	553
		1 critère perdu	-	0	32	63	66	44	12	4	1	222
		2 critères perdus	-	-	0	11	21	18	6	2	0	58
		3 critères perdus	-	-	-	1	9	4	1	0	0	15
		4 critères perdus	-	-	-	-	1	0	0	0	0	1
		5 critères perdus	-	-	-	-	-	1	0	0	0	1
		Total	2	109	241	183	175	107	28	8	1	854
	Courriers discordants	1	1	33	75	98	67	19	6	1	301	

Tableau 13: Courriers discordants sur le nombre de critères des dossiers.

Nous retrouvons 301 courriers discordants soit 35,25% (IC95% [32,11% - 38,51%]), pour lesquels il y a eu une perte quantitative d'information, donc qualitativement inférieurs.

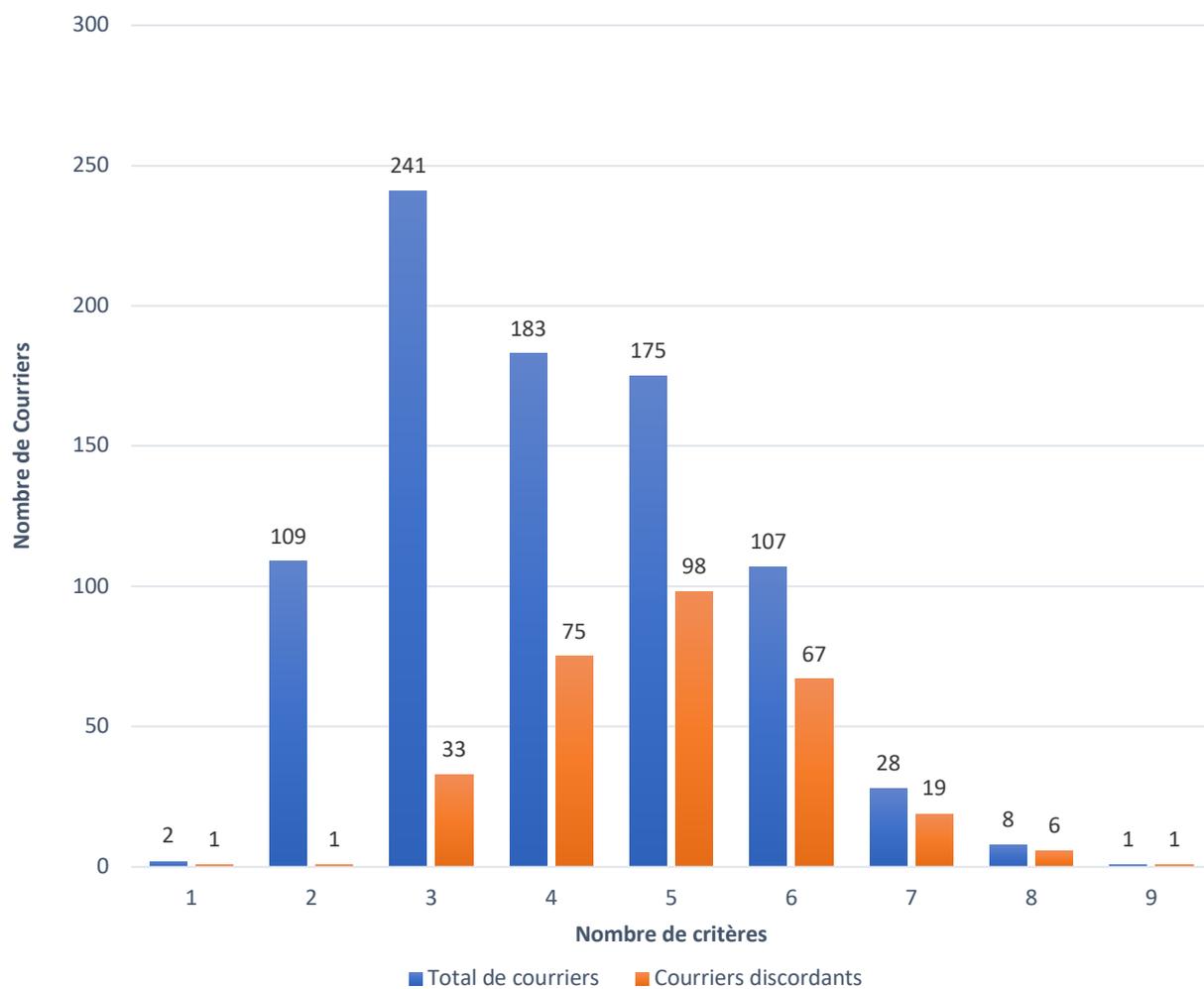


Figure 9: Histogramme : Discordances selon le nombre de critères dans le dossier.

Il semblerait que plus il y a de critères dans le dossier, plus il y a de perte d'information.

### III.3.2 Critères et éléments dans le courrier selon la période d'admission.

- Critères : Ce qui a été inscrit dans le dossier. Ils sont au nombre de 9.
- Éléments : Critères + Conduite à tenir et Traitement. Ils sont donc au nombre de 11.

-	Entrée + Sortie en garde	Entrée + Sortie hors garde	Entrée seule en garde	Sortie seule en garde	Total
CS présents	442	215	61	136	854
Nombre de critères dans le courrier	1122	541	175	383	2221
Diagnostic + CAT	680	337	103	209	132
Nombre d'éléments dans les CS	1802	878	278	592	3550

Tableau 14: Répartition des éléments du courrier selon la période de prise en charge.

-	Entrée + Sortie en garde	Entrée + Sortie hors garde	Entrée seule en garde	Sortie seule en garde	Total
Nombre de critères dans le dossier	1333	614	205	455	2607
Moyenne de critères par dossier	3.02	2.86	3.36	3.35	-

Tableau 15: Répartition des critères dans le dossier selon la période de prise en charge.

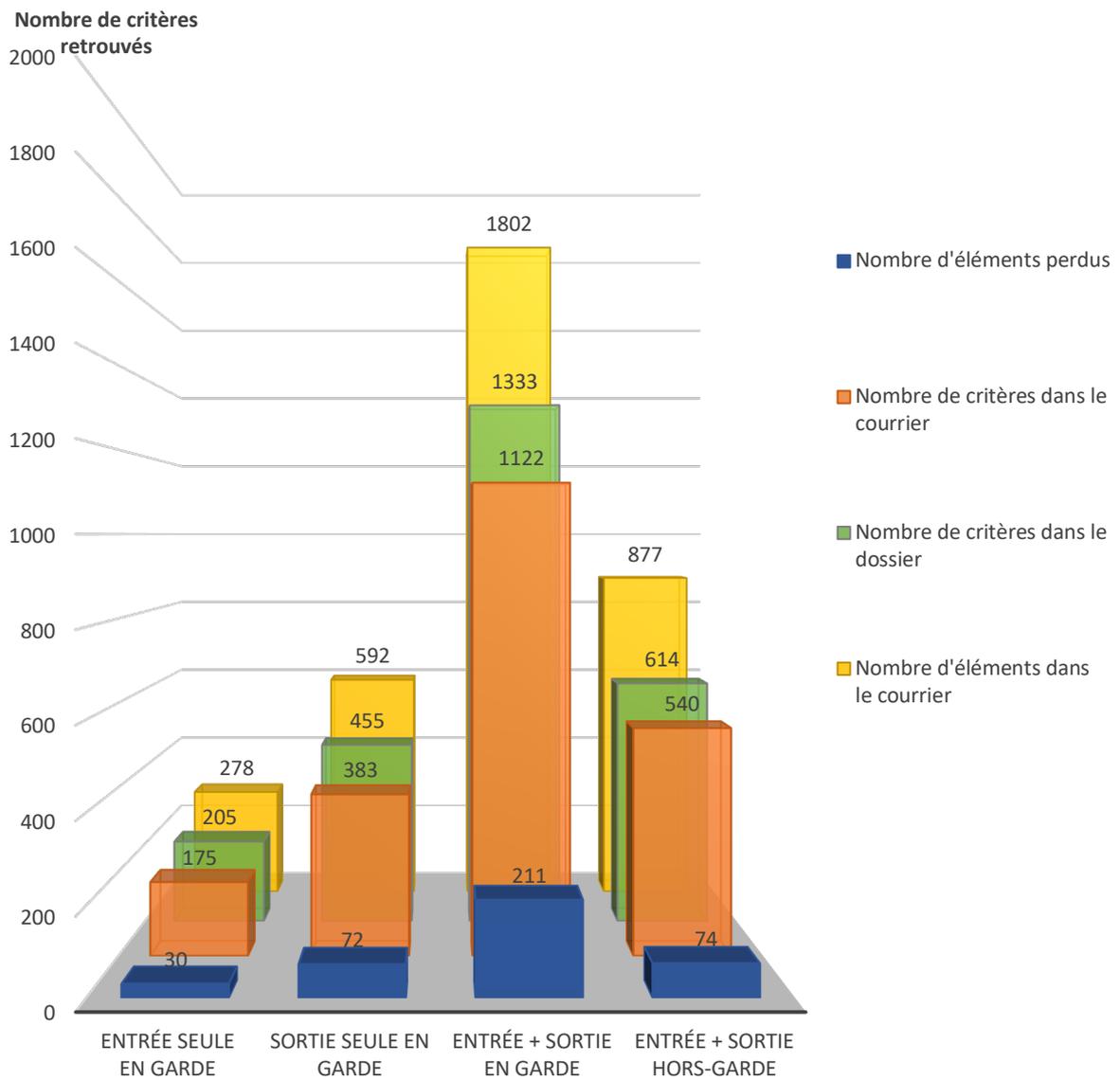


Figure 9 : Histogramme : Répartition des critères selon la période de prise en charge.

Il y a moins de critères et d'éléments dans le courrier de sortie, s'ils sont rédigés durant la même période (entrée et sortie en garde, ou entrée et sortie hors garde) ( $p < 0,05$ ). Il y a également moins de critères retrouvés dans le dossier sur ces mêmes périodes ( $p < 0,05$ ).

III.3.3 Concordance entre le nombre de critères retrouvés dans les dossiers, et le courrier de sortie.

La comparaison du nombre de critères dans le dossier et dans le courrier s'exprime selon :

Nombre de critères dans le courrier	Nombre de critères dans le dossier										Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	4
1	1	108	32	11	9	0	0	0	0	0	161
2	0	1	208	63	21	4	0	0	0	0	297
3	0	0	1	108	66	17	1	0	0	0	193
4	0	0	0	0	77	45	6	0	0	0	128
5	0	0	0	0	0	40	12	2	0	0	54
6	0	0	0	0	1	0	9	4	0	0	14
7	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	2	109	241	183	175	107	28	8	1		854

Tableau 16: Répartition des critères dans le courrier en fonction du dossier.

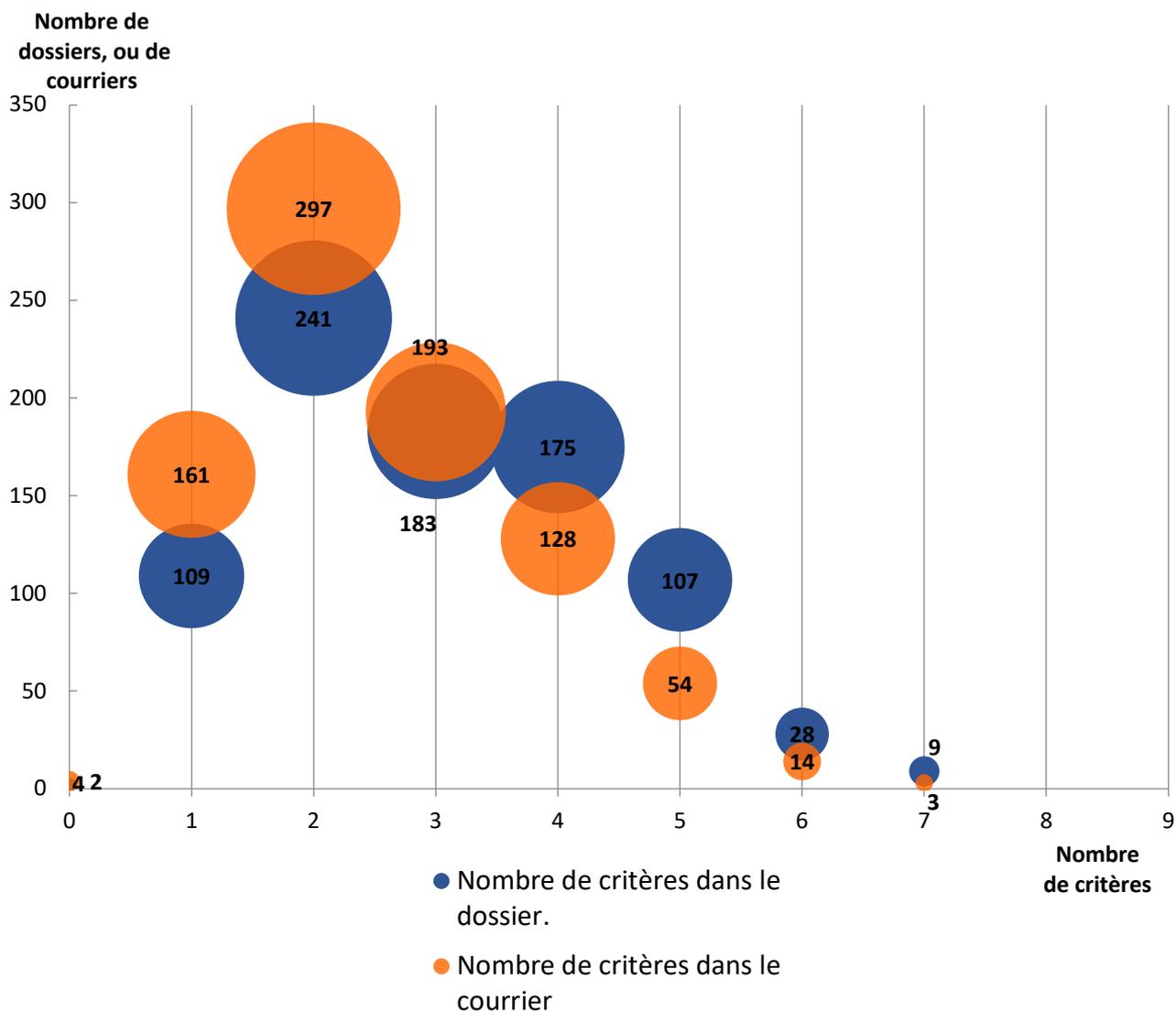


Figure 10: Diagramme à bulles : Critères dans le courrier en fonction du dossier.

Ainsi, il semblerait que plus le nombre de critères présents dans le dossier des urgences est important, moins ils sont reportés dans le courrier de sortie, et ce, au-delà de 3 critères présents dans le dossier.

Le calcul du coefficient de corrélation ( $r=0,73$ ), montre qu'il existe une relation de corrélation entre le nombre de critères inscrits dans le dossier, et le nombre de critères inscrits dans le courrier de sortie des urgences.

### III.3.4 Analyse des faits concordants lors de la rédaction du courrier de sortie.

Les « faits concordants » sont établis lorsque le critère rédigé dans le dossier correspond au même critère rédigé dans le courrier. Ils permettent ainsi de pouvoir évaluer la concordance des 854 couples « dossier - CS », en fonction de leurs critères propres.

Ainsi, si un critère inscrit dans le dossier n'est pas retrouvé dans le CS, il existe une discordance pour ce critère.

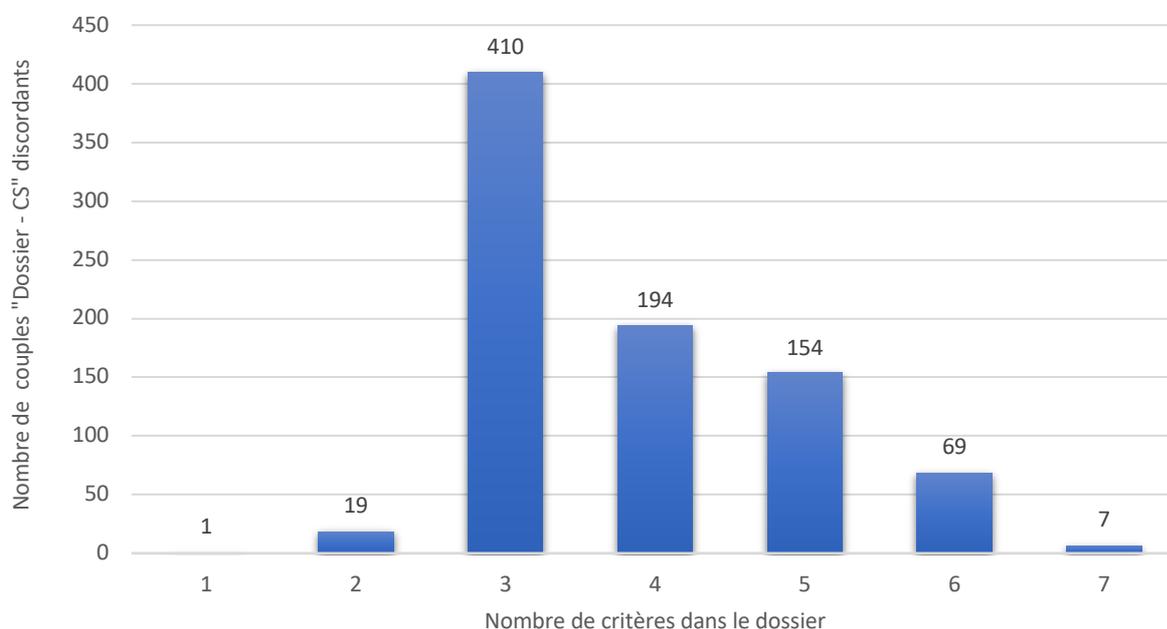


Figure 11: Histogramme : Faits discordants en fonction du nombre de critères.

Indépendamment du nombre de critères inscrits dans le dossier et dans le CS, il existe par exemple 410 couples « Dossier-CS » qui présentent une discordance pour 3 critères inscrits dans le dossier.

Il existe une relation entre le fait concordant et les critères dans le CS avec un coefficient de corrélation  $r=0,69$ .

### III.3.5 Répartition des discordances parmi les couples « Dossier-CS ».

Delta	Nombre de couples « Dossier-CS »	Pourcentage	IC95 %
2 critères ajoutés	1	0,12 %	[0,02%-0,66 %]
1 critère ajouté	10	1,17 %	[0,64%-2,14 %]
Dossiers concordants	94	11,01 %	[9,08%-13,28 %]
1 critère perdu	428	50,12 %	[46,77%-53,46 %]
2 critères perdus	321	37,59 %	[34,40%-40,89%]
Total	854	100 %	-

Tableau 17: Répartition des couples « Dossier-CS ».

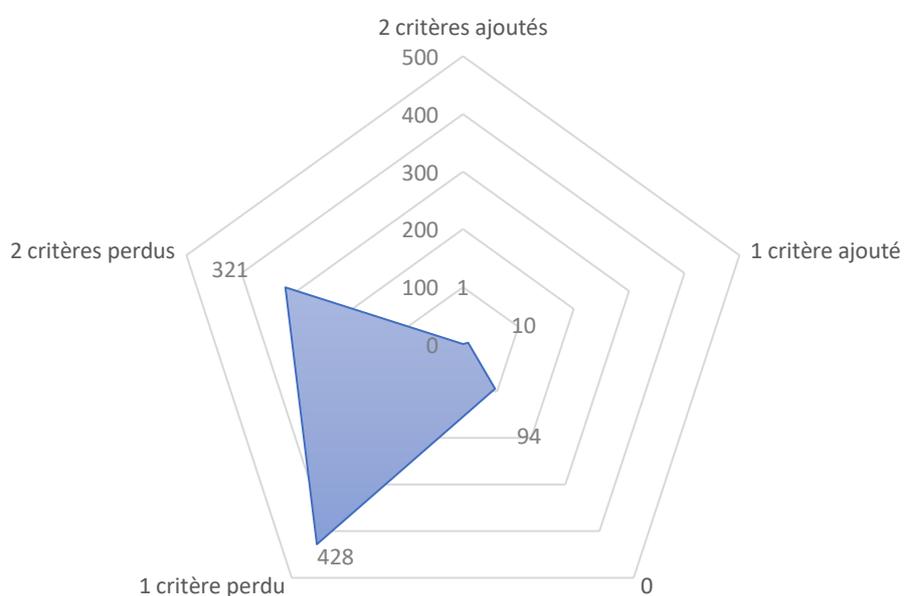


Figure 12: Radar : Répartition des critères perdus parmi les couples « Dossier-CS ».

Une proportion de 11,01 % des 854 dossiers présente des critères identiques retrouvés dans le courrier de sortie (IC95% [9,08%-13,28 %]).

III.3.6 Évaluation du nombre de critères dans le dossier en fonction de l'existence d'un courrier de sortie.

-	Nombre de critères retrouvés dans le dossier									Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
CS Absent	57	36	16	9	3	4	1	0	0	126
CS présent	2	109	241	183	175	107	28	8	1	854
Total	59	145	257	192	178	111	29	8	1	980

Tableau 18: Présence d'un courrier de sortie selon le nombre de critères du dossier.

Les dossiers sont mieux renseignés (plus de critères retrouvés dans le dossier) si un courrier de sortie est rédigé ([3 ; 0 – 8 / 1 ; 0 – 6] ;  $p < 0,01$ ).

III.3.7 Lien entre l'existence de recommandations, et le nombre de critères dans le courrier de sortie.

L'évaluation du critère « Conduite à tenir » a pu être précisée selon différents axes :

- Traitement avec posologie / traitement sans posologie
- Recommandations non médicamenteuses

-	Fréquence dans les 854 CS	Pourcentage dans les 854 CS	IC 95 %
Traitement avec posologie	108	18,43 %	[15,42%-21,86%]
Traitement sans posologie	229	39,08 %	[35,13%-43,17%]
Recommandations	249	42,49 %	[38,47%-46,62%]

Tableau 19: Répartition des recommandations dans le courrier de sortie.

L'analyse des recommandations éditées dans le courrier de sortie, permet de distinguer :

- Le diagnostic posé
- La conduite à tenir pour le patient, incluant les consignes de reconsultation

- Nombre de critères dans le CS	Diagnostic de sortie		Conduite à tenir		- Total
	Non	Oui	Non	Oui	
0	3	1	3	1	4
1	30	131	65	96	161
2	32	265	82	215	297
3	28	165	71	122	193
4	14	114	34	94	128
5	4	50	11	43	54
6	0	14	1	13	14
7	0	3	1	2	3
Total	111	743	268	586	854

Tableau 20: Détail des recommandations selon le nombre de critères dans les CS.

Il y a plus souvent un diagnostic de sortie si le nombre de critères présents dans le courrier de sortie est élevé ( $p < 0,01$ ).

De même, il y a plus souvent une conduite à tenir si le nombre de critères est élevé dans le courrier de sortie ( $p < 0,01$ ).

III.3.8 Évaluation de l'association d'un diagnostic et d'une conduite à tenir dans les CS.

Le tableau ci-contre rapporte la répartition des courriers de sortie pour lesquels il existe une conduite à tenir, un diagnostic, ou l'association des deux éléments de recommandation.

-	Diagnostic de sortie		-
	Non	Oui	
Conduite à tenir dans le CS			
Oui	28	558	586
Non	83	185	268
Total	111	743	854

Tableau 21: Proportion des conduites à tenir et des diagnostics en fonction des CS

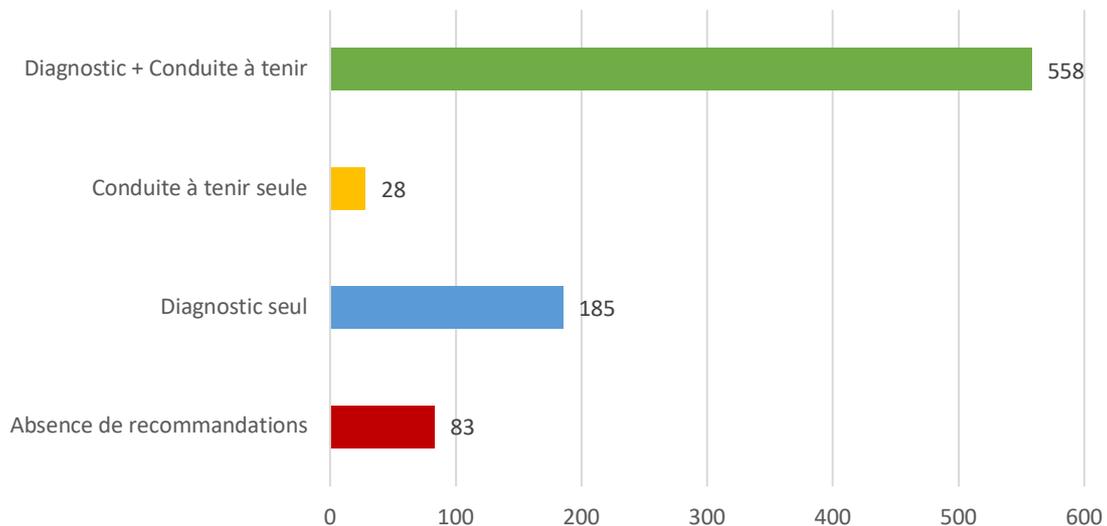


Figure 13: Répartition des recommandations dans les courriers de sortie.

La proportion des diagnostics et des conduites à tenir est plus importante si les deux éléments sont regroupés, plutôt que pris isolément ( $p < 0,01$ ).

### III.4 Analyse des facteurs influant l'absence de CS dans la population étudiée.

#### III.4.1 Influence du sexe sur l'absence de courrier de sortie à la sortie des urgences.

-	Sexe féminin	Sexe masculin	Total
CS Absent	48	78	126
CS Présent	422	432	854
Total	470	510	980

Tableau 22 : Présence d'un CS en fonction du genre.

Les patients sortant sans CS sont majoritairement des hommes, 15,3 %, contre 10,2 % de femmes (OR=0,63 ; IC95 % [0,43 – 0,93] ; p<0,05).

#### III.4.2 Influence de la zone de prise en charge sur l'absence de CS à la sortie des urgences.

-	S.A.U.V.	Filière courte	Filière longue	Total
CS absent	3	22	101	126
CS présent	10	236	608	854
Total	13	258	709	980

Tableau 23 : Présence d'un CS selon le lieu de la prise en charge.

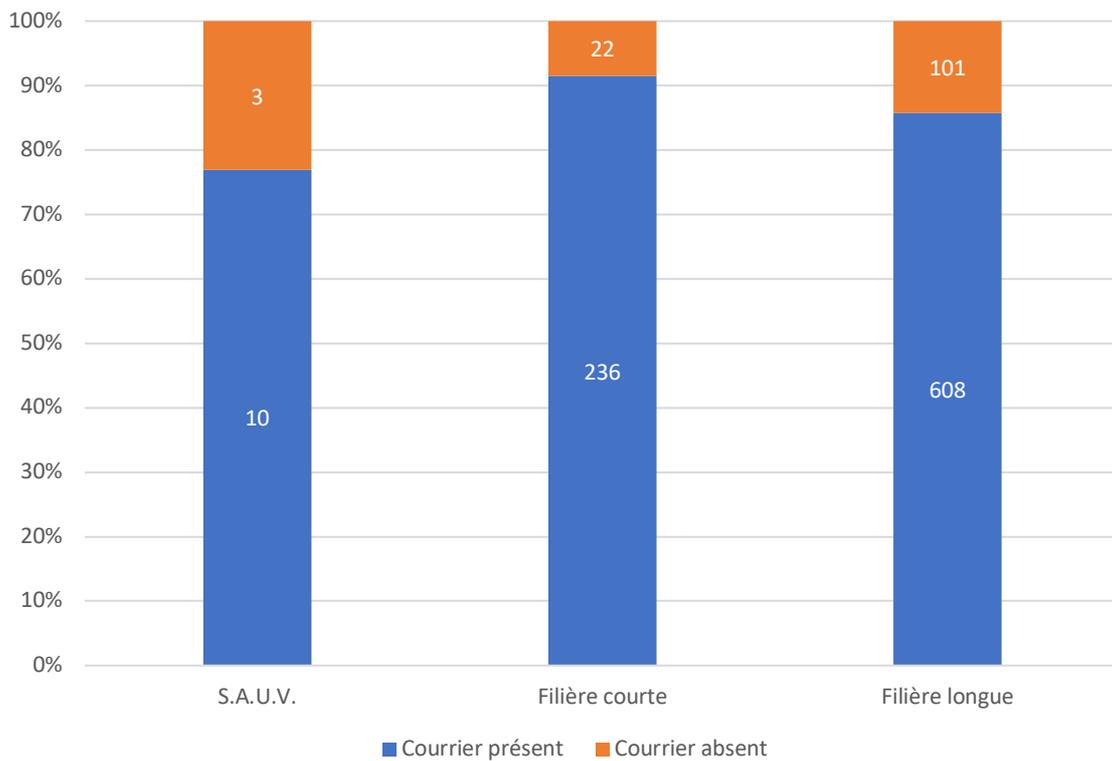


Figure 14: Histogramme : Présence d'un courrier selon le lieu de prise en charge.

La zone de prise en charge (S.A.U.V, filière longue, filière courte), n'interfère pas significativement avec la réalisation d'un CS ( $p > 0,05$ ).

## IV. Discussion.

#### **IV.1. Choix des critères SFMU étudiés.**

Ce travail porte sur le contenu médical des courriers de sortie. Par conséquent, nous n'avons pas considéré les critères administratifs des RPU qui sont intégrés de manière automatique au courrier de sortie imprimé n'étant pas modifiables par l'équipe soignante, ils ne constituent pas une base de données médicalement exploitable (4,5).

Nous nous sommes donc intéressés aux critères médicaux des courriers de sortie, afin de répondre au mieux aux attentes des médecins généralistes sur l'aspect qualitatif (5,24,26)

#### **IV.2 Répartition des types de prise en charge.**

Sur la période de l'étude, nous avons relevé 82 entrées en moyenne par jour, pour lesquelles un total de 87% courriers de sortie étaient rédigés. Ces résultats sont proches voire légèrement supérieurs à la littérature (23). Le flux de patients sur la période d'étude est en cohérence avec les effectifs au sein de la structure des urgences et l'encadrement du point de vue quantitatif, au vu des recommandations de bonne pratique (4).

#### **IV.3 Influence du lieu et du temps de passage.**

La filière courte représente 26,33% des prises en charge aux urgences, alors que le passage en filière longue représente près de 72,34% des consultations.

La consultation par la filière courte présente un temps de passage réduit, une évaluation médicale courte avec un nombre restreint d'examen complémentaires, et donc peu de critères de prise en charge sont inscrits dans le courrier de sortie.

La consultation en filière longue, regroupe les situations où la biologie sanguine est présente pour une grande majorité des prises en charge, l'ECG fréquent, au même titre que la réalisation d'examens de radiologie, entraînant la création d'un nombre d'éléments devant être présents dans le dossier et secondairement dans le courrier de sortie. Le taux de réalisation des examens est similaire aux résultats de la littérature (39).

#### **IV.4 Répartition selon la période de prise en charge.**

Le fonctionnement des services d'urgence, est unique avec une présence médicale permanente mais avec des effectifs fluctuants. Les médecins seniors sont des urgentistes thésés et les internes de garde sont les étudiants hospitaliers des différents services de soins de la structure : pas uniquement des internes du service des urgences.

Le temps de garde dans les hôpitaux représente à lui seul près de 2/3 du temps (40). La répartition des entrées et des sorties selon la période de consultation de notre étude retrouvait 60% des entrées et 70% des sorties sur cette période.

Nous avons constaté une différence significative d'un point de vue quantitatif, avec moins d'éléments présents dans les dossiers médicaux et les courriers de sortie si le patient est intégralement suivi sur une même et unique période de soins, sans transmission ni changement d'équipe de soin.

En effet, il y a plus de patients sortant sans courrier de sortie, lorsque l'entrée et la sortie s'effectuent sur la même période de garde ( $p=0,01$ ). En période de garde, avec un effectif moindre, la réalisation des actes administratifs est reléguée au second plan (40).

Lorsqu'un patient consulte, et sort des urgences sur une même période de garde, un seul et unique médecin réalise l'ensemble de la prise en charge de l'entrée à la sortie. Durant sa consultation, le médecin communique avec le patient, lui fournissant oralement des explications sur la pathologie, la conduite à tenir ainsi que les réévaluations successives, qui peuvent ne pas se retrouver dans le dossier.

Lorsque la consultation se déroule sur une même période sans changement d'équipe soignante, le médecin a tendance à ne pas reporter par écrit l'ensemble des éléments déjà évoqués à l'oral avec le patient, il en résulte par conséquent un courrier de sortie plus pauvre en information.

Lors d'un changement d'équipe de soins, le dossier est intégralement revu par le médecin senior et/ou l'interne de garde, ce qui assure une meilleure transmission écrite de l'information comme en témoignent les résultats de cette étude.

#### **IV.5 Répartition des courriers de sortie selon la durée de prise en charge.**

Il y a majoritairement plus d'entrées et de sorties en période de garde, avec un OR>2, avec un temps de garde majoritaire, à plus de 2/3 du temps (40).

Nous avons évalué le temps de passage moyen aux urgences proche de 4 heures.

Ainsi, les patients qui consultent aux urgences en période ouvrée, soit hors-garde, peuvent être amenés à quitter les urgences en période de garde s'ils bénéficient de la réalisation d'examen complémentaires allongeant ainsi la prise en charge.

De plus, le temps de garde étant majoritaire, les patients entrant en période de garde sont amenés le plus souvent à quitter les urgences sur cette même période comme l'ont montré les résultats de notre étude.

Cette répartition majoritaire des patients ne bénéficiant pas de courrier de sortie en période de garde, peut s'expliquer par l'accumulation de facteurs entraînant cette perte d'informations, avec notamment la période nocturne profonde, et les afflux de patients.

#### **IV.6 Analyse des courriers de sortie.**

En moyenne, 3 critères de prise en charge apparaissent dans le dossier médical, et seulement 2 critères sont inscrits dans le courrier de sortie.

Pour aller plus loin, nous avons évalué la perte de critères entre les différents dossiers, pour ne finalement retrouver qu'un total de 64 % de courriers parmi les 854 courriers de sortie présents, sans perte d'information quantitative, c'est à dire avec autant de critères de prise en charge dans le dossier, que dans le courrier.

La majorité des dossiers discordants ne relevaient qu'un seul critère manquant non retranscrit dans le courrier de sortie.

Nous avons ainsi pu observer que plus il existe de critères de prise en charge dans le dossier médical moins il y a de critères présents dans le courrier de sortie ( $p < 0,05$ ).

Cette observation est précisée par l'analyse des couples « dossier – courrier ». L'intérêt était de savoir de manière qualitative, si les mêmes critères de prise en charge se retrouvaient dans le courrier.

Le nombre de couples « dossier – courrier » concordants tombe alors à 11 %, avec seulement 94 dossiers dont les critères sont retranscrits intégralement dans le courrier de sortie. Si l'on considère également les dossiers pour lesquels des critères ont été ajoutés, ce pourcentage est réévalué à 12,3% (Voir Tableau 17).

Ce résultat peut être expliqué par le fait que les patients vont avoir une durée de séjour plus importante lorsqu'il existe un nombre plus important que la moyenne de critères de prise en charge. Ils peuvent alors pâtir de la multiplication des intervenants, médicaux et paramédicaux, ainsi que d'un allongement de la prise en charge pouvant les amener à sortir des urgences en période de garde. Ce facteur humain alimente la perte d'information, en fonction de l'afflux de patients dans le service (40), de l'information verbale ou la demande d'avis spécialisés au détriment du renseignement du courrier de sortie.

Paradoxalement, il existe également des dossiers (11 au total) pour lesquels il existe plus de critères de prise en charge dans le courrier de sortie, que dans le dossier lui-même. Ces observations sont expliquées par le fait qu'il est laissé au soin du médecin en charge du patient, d'écrire la conclusion du dossier, ainsi que les recommandations. A cet instant, il arrive que des éléments de réévaluation, ou que des résultats supplémentaires soient inscrits dans le courrier de sortie.

#### **IV.7 Évaluation du lien entre le dossier et le résumé de passage aux urgences.**

Nous retrouvons 301 couples « dossier – courrier » discordants, pour lesquels il y a eu une perte qualitative d'information, avec un lien entre critères présents et perte d'information.

Ainsi, il semblerait que plus le nombre de critères présents dans le dossier des urgences est important et moins ils sont reportés dans le courrier de sortie, et ce, au-delà de 3 critères présents dans le dossier.

#### **IV.8 Recommandations aux patients.**

Les facteurs influençant la rédaction de recommandations peuvent être en partie liés à la période de prise en charge. En effet lorsque les patients entrent et sortent du service d'accueil des urgences sur une même période (entrée + sortie en garde ou entrée + sortie hors garde), il existe moins de critères de prise en charge dans le courrier de sortie, et par conséquent moins de recommandations (traitement + conduite à tenir) ( $p < 0,05$ ).

La rédaction de ces recommandations, reste cohérente, puisque de manière significative, l'association de la conduite et du traitement, est plus fréquente que la rédaction de l'un ou de l'autre des deux éléments pris isolément ( $p < 0,01$ ).

#### IV.9 Mise en jeu du facteur humain lors du changement d'équipe médicale.

Les résultats de l'étude montrent que lorsqu'un courrier de sortie est rédigé, les dossiers des urgences sont mieux renseignés ( $p < 0,01$ ). On retrouve également que les dossiers bénéficiant de la rédaction d'un courrier de sortie sont plus informatifs sur la conduite à tenir proposée au patient, et sur le diagnostic en lien avec le motif de la consultation.

Ces dossiers comprenant plus de recommandations, couplé au fait que les dossiers soient plus complets s'ils chevauchent 2 périodes de soins, nous amènent à considérer que le second médecin alloue un temps administratif plus important en réévaluant en début de poste le patient transmis par le premier médecin ayant débuté la prise en charge, avec relecture complète du dossier. De ce fait, les dossiers sont plus complets puisqu'ils comportent plus de critères de prise en charge, et par conséquent des recommandations plus systématiques.

Cette observation peut être précisée par le fait que les internes prenant la suite de la prise en charge d'un patient admis hors période de garde, peuvent être des internes d'étages, et donc peu familiers aux modalités administratives spécifiques du service des urgences.

La modification d'interface informatique par rapport à celle propre aux services, ou encore le mode de prescription des thérapeutiques, de même que l'écriture des observations, sont autant de facteurs administratifs qui entrent en jeu dans la transmission exhaustive des informations relatives à la consultation d'urgence.

#### **IV.10 Intérêt de réalisation d'un tel travail de recherche.**

Le fonctionnement des services d'urgence, l'implication de plusieurs intervenants, aussi bien médicaux que paramédicaux, participent à la transmission des informations en lien avec la consultation du patient.

La rédaction d'un courrier de sortie à l'issue de la consultation d'urgence profite :

- Au patient lui-même
- Au médecin traitant du patient
- Aux médecins associés au parcours de soins
- Aux différents intervenants paramédicaux

Il est nécessaire que l'intégralité des informations soient transmises intactes, et de manière rapide aux différents intervenants, que ceux-ci soient répertoriés, afin d'être avertis de l'évolution du patient.

#### **IV.11 Utilisation et mise en application des résultats.**

Actuellement, le logiciel TRACKCARE par lequel transitent les informations relatives aux patients au sein du service d'accueil des urgences, ne permet pas le partage au médecin traitant.

Dans un second temps, après avoir analysé les facteurs influant sur la mauvaise retranscription des informations, nous nous sommes rapprochés du projet de nouveau dossier médical partagé COTELILE, afin que les patients des urgences puissent bénéficier de cette plateforme de transmission informatique et ainsi de réduire la perte d'information des courriers médicaux de sortie des urgences.

COTELILE est un projet de dossier médical partagé interne au Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille ayant pour but l'élaboration d'un nouveau type de DMP facilitant l'accès du médecin traitant et du médecin spécialiste à une base de données permettant d'améliorer la relation ville-hôpital.

#### IV.12 Biais de l'étude.

Biais de sélection : La population consultant aux urgences de l'hôpital Saint Vincent de Paul peut ne pas être représentative de la population générale, au vu de la situation géographique du centre hospitalier.

Échantillonnage : La période d'étude volontairement choisi du 1<sup>er</sup> au 15 mai 2017 inclus, peut ne pas être représentative de l'ensemble des périodes de l'année.

Attrition : La retranscription informatique des résultats a pu être source d'erreurs pour l'attrition aléatoire patient dans les différents groupes de l'étude.

Publication : Au vu de sa définition, inévitable.

## V. Conclusion.

La bonne transmission d'information entre professionnels de santé est primordiale pour assurer la continuité du parcours de soins du patient. Chaque patient consultant aux urgences, spontanément, ou après avoir été adressé par un médecin, doit bénéficier de la rédaction d'un compte rendu de passage aux urgences selon les référentiels de bonnes pratiques, des recommandations nationales, du Code de la santé publique, et du Code de déontologie médicale.

L'accroissement constant du nombre de consultations participe à la majoration du temps de travail administratif des médecins urgentistes. Parallèlement, le fonctionnement spécifique des services d'urgence avec près de 2/3 du temps en période de garde, agit défavorablement sur le temps consacré au temps non clinique.

Les patients quittent majoritairement les urgences durant ces périodes de garde, qui peuvent être assurées par des internes ne faisant pas partie de l'effectif des urgences et donc peu formés à cette gestion administrative spécifique, ce qui explique au final une perte qualitative d'informations pour le patient.

Les changements d'équipes : soignante, médicale et paramédicale, permettent cependant de pallier à cette perte d'information, par une relecture attentive du dossier lors des transmissions. Dans ce cas, les patients bénéficient de la rédaction d'un compte rendu de passage aux urgences plus complet, et donc plus en adéquation avec les attentes des médecins généralistes qui reçoivent ces comptes rendus.

Selon leur secteur d'orientation, les patients bénéficient de prise en charge plus ou moins longues. Les examens demandent un temps plus conséquent pour être réalisés dans les prises en charge complexes, avec la multiplication d'examens complémentaires.

Ces dossiers, sont plus à risque de perte d'informations puisque que plus un dossier comporte d'informations, plus il y a de pertes comme le mettent en évidence les résultats de cette étude.

La rédaction même d'un compte rendu de passage aux urgences, apparaît dans notre étude comme étant un facteur de meilleure complétude du dossier. Ces résultats démontrent que la communication orale des données médicales en, directement du médecin au patient est une source de perte d'informations.

L'établissement d'un diagnostic ou d'une conduite à tenir apparaît plus fréquemment dans les dossiers de consultation lorsqu'un courrier de sortie est rédigé, et c'est encore plus vrai si les deux éléments sont associés. Ce constat nous conforte dans l'idée qu'il y a une perte d'informations lorsque le médecin communique oralement ses recommandations au patient sans rédiger de courrier de sortie. La superposition des temps de passage en période de garde et hors période de garde participe à cette perte d'informations. Au contraire, elles sont correctement retranscrites dans le dossier par le médecin lorsqu'il y a transmission entre équipes.

Cette étude nous permet de mettre en lumière les facteurs humains, administratifs, et organisationnels au sein des urgences, qui participent à la perte d'informations médicales.

Ainsi, les patients consultant aux urgences en journée et bénéficient d'exams complémentaires multiples, puis sortant en période de garde avec changement d'équipe médicale dans la prise en charge, sont les patients types pour lesquels le médecin traitant bénéficiera d'un résumé exhaustif du passage aux urgences de son patient.

## VI. Bibliographie.

1. Courtois X, Baniachemi JJ, Carrier D. État des lieux et propositions d'amélioration de l'accueil des urgences à Annecy. Santé Publique 2000. 29 sept 2000;12(4):471-83.
2. Le Gall A. Programmer les hospitalisations en médecine générale ? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise. Médecine. 1 sept 2010;6(7):326-30.
3. Peneff J. Première partie. Histoire des urgences et de leur organisation. In: Les Malades des urgences [Internet]. Paris: Éditions Métailié; 2000. p. 15-42. (Sciences Humaines).
4. SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence) - Référentiel qualité SFMU 2006.
5. Gasquet I, Massiani M, Lebeaupein E. Rédacteurs. Membres du groupe de travail en charge du développement et de l'actualisation des indicateurs du thème Dossier Patient. Indicateur « Qualité du document de sortie » Cahier des charges. HAS: 2015.
6. Toutlemonde F, Bine S, Boisguérin B. Rédacteurs. Etablissements de Santé Rapport 2017 [Internet]. Dicom 17-035. 2017. (Panoramas).
7. Revue E, Papillon V, Delefosse F. Évaluation de la pertinence des hospitalisations dans un service d'urgence. 2 juin 2009;22(S2):A36.
8. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie | Legifrance.
9. Boisguérin B, Raynaud D, Breuil-Genier P. Les Trajectoires de soins en 2003. Etudes et Résultats. 463<sup>e</sup> éd. févr 2006.
10. Carrasco Valérie. Les usagers des urgences. ADSP. sept 2005;(52):8-22.
11. Andronikof M, Thalmann A. Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste. La Presse Médicale. juil 2005;34(12):847-50.
12. Koundé Bernard. Evaluation des attentes des médecins généralistes vis-à-vis du réseau ville-hôpital. [Thèse d'exercice] : Université de Lille 2; 2015.

13. François P, Boussat B, Fourny M. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. Santé Publique. 27 mai 2014;26(2):189-97.
14. Dupin M. Coordination des soins en urgence. Le point de vue des généralistes [Thèse d'exercice] : Université Jean Monnet - Faculté de Médecine Saint Etienne; 2013.
15. Bayard A. Consultations de médecine générale au service des urgences du Centre Hospitalier du Pays du Gier. [Thèse d'exercice] : Université Jean Monnet - Faculté de Médecine Saint Etienne; 2007.
16. Brodsky D, Gallet M. Satisfaction de la clientèle du service d'accueil et d'urgences d'un hôpital général. Réanimation Urgences. 1 janv 1994;3(4):413-6.
17. Règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé - Le Parcours de soins coordonné à l'hôpital. 2008
18. Binart Ecale H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. [Thèse d'exercice] : Université Paris Nord; 2012.
19. Chauveau P, Mazet-Guillaume B, Baron C. Impact du contenu du courrier médical sur la qualité du triage initial des patients adultes admis aux urgences. Santé Publique. 4 oct 2013;25(4):441-51.
20. Ferréol F. Réinsertion des patients dans le système de soins de ville après leur passage aux urgences médicales [Thèse d'exercice] : Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. Site Xavier-Bichat; 2006.
21. P.M. Roy, Y. Lannehoa. Le triage aux urgences. Réanimation 2002 ; 11 ; 480-5 [Internet]. 19 juill 2002.
22. Hubert G, Galinski M, Ruscev M. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? La Presse Médicale. 1 oct 2009;38(10):1404-9.

23. Carneiro B, Pare F, Roy P-M. Qualité des courriers de sortie des consultants des urgences de l'hôpital aux médecins généralistes. Santé Publique. févr 2014;26(2):165-72.
24. Fabre L. Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014.
25. Desvages-Novello, C. C. Etat des lieux de la communication entre les urgences adultes du GHH Monod et les médecins généralistes de l'agglomération havraise. [Thèse d'exercice] : Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen; 2017
26. Résumé de Passage aux Urgences (RPU). SFMU.2006.7
27. Christophe D. Rédaction d'un courrier pour le médecin traitant au SAMU 54 : luxe ou nécessité [Thèse d'exercice] : Université de Nancy I; 2004.
28. Febwin B. Le dossier médical personnel: Etat des lieux un an après le lancement officiel. Enquête auprès de médecins généralistes picards. [Thèse d'exercice] : Université d'Amiens; 2012.
29. Article 59 - Consultation en urgence [Internet]. Code de la Santé Publique, article R.4127-59 du code de la santé publique.
30. Nguyen N-T. Communication entre le service d'urgence du Centre Hospitalier de Chaumont et les médecins généralistes: proposition d'utilisation d'une messagerie sécurisée [Thèse d'exercice] : Université de Reims Champagne-Ardenne; 2014.
31. APICRYPT - Messagerie Sécurisée en Santé - Accueil [Internet]. Disponible sur: <http://www.apicrypt.org/>
32. Dufrenne J. Dématérialisation des échanges d'informations entre médecins: La messagerie sécurisée de Santé utilisée par les médecins généralistes. [Thèse d'exercice] : Université de Dijon; 2011.
33. MSSanté [Internet]. Disponible sur: <https://www.mssante.fr/reperes-juridiques>

34. 2017 - Code de Déontologie Médicale.
35. Mercat, F-X. - 1998 - Les courriers entre médecins.
36. Code de la santé publique - Article L1110-4. Code de la santé publique.
37. Code de la santé publique - Article R1112-1-1. Code de la santé publique.
38. Code de la santé publique - Article R4127-64. Code de la santé publique.
39. Delmotte S. Evaluation de la permanence des soins dans le Pas-De-Calais: Etude Prospective sur quatre jours des patients consultants aux urgences. [Thèse d'exercice] : Université Lille 2 Droit et Santé; 2012.
40. Gervais E. Courriers de sortie informatisés des patients externes adressés au médecin traitant à la sortie d'un service d'accueil des urgences: étude observationnelle prospective [Thèse d'exercice] : Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2011.

## VII. Table des tableaux.

Tableau 1: Qualité des courriers de sortie selon plusieurs études similaires (23). .....	24
Tableau 2: Répartition des prises en charge au SAU.....	40
Tableau 3: Répartition des entrées selon le jour de la semaine. ....	42
Tableau 4: Répartition des sorties selon le jour de la semaine.....	42
Tableau 5: Fréquence des zones de prise en charge.....	43
Tableau 6: Répartition des entrées selon la période. ....	45
Tableau 7: Répartition des sorties selon la période.....	46
Tableau 8: Répartition des entrées et sorties en ou hors période de garde. ....	47
Tableau 9: Fréquence des CS selon la période d'entrée et de sortie. ....	48
Tableau 10: Répartition des critères d'évaluation dans les CS.....	50
Tableau 11: Répartition des critères retrouvés dans les dossiers.....	51
Tableau 12: Fréquence d'apparition des critères dans les CS. ....	51
Tableau 13: Courriers discordants sur le nombre de critères des dossiers. ....	53
Tableau 14: Répartition des éléments du courrier selon la période de prise en charge. ...	55
Tableau 15: Répartition des critères dans le dossier selon la période de prise en charge.	55
Tableau 16: Répartition des critères dans le courrier en fonction du dossier.....	57
Tableau 17: Répartition des couples « Dossier-CS ». ....	60
Tableau 18: Présence d'un courrier de sortie selon le nombre de critères du dossier.....	61
Tableau 19: Répartition des recommandations dans le courrier de sortie.....	61
Tableau 20: Détail des recommandations selon le nombre de critères dans les CS.....	62
Tableau 21: Proportion des conduites à tenir et des diagnostics en fonction des CS .....	63
Tableau 22 : Présence d'un CS en fonction du genre. ....	64
Tableau 23 : Présence d'un CS selon le lieu de la prise en charge.....	64

## VIII. Table des illustrations.

Figure 1: Boxplot : Répartition de la population selon le sexe et l'âge. ....	41
Figure 2 : Histogramme de la répartition des entrées et sorties selon le jour.....	43
Figure 3: Boxplot : Durée de passage (minutes) selon le secteur de prise en charge. ....	44
Figure 4: Diagramme : Répartition des entrées selon la période. ....	45
Figure 5: Diagramme : Répartition des sorties selon la période.....	46
Figure 6: Histogramme : Présence d'un CS selon la période d'entrée et sortie. ....	48
Figure 7: Histogramme : Présence d'un CS selon le type d'épisode.....	49
Figure 8: Histogramme : Répartition des critères selon le dossier et le CS.....	52
Figure 9: Histogramme : Discordances selon le nombre de critères dans le dossier. ....	54
Figure 10: Diagramme à bulles : Critères dans le courrier en fonction du dossier. ....	58
Figure 11: Histogramme : Faits discordants en fonction du nombre de critères.....	59
Figure 12: Radar : Répartition des critères perdus parmi les couples « Dossier-CS ».....	60
Figure 13: Répartition des recommandations dans les courriers de sortie.....	63
Figure 14: Histogramme : Présence d'un courrier selon le lieu de prise en charge. ....	65



Annexe 2 :

Courrier de sortie manuscrit jusqu'en 2017 au SAU de l'Hôpital Saint Vincent de Paul.

 <p><b>GROUPEMENT DES HÔPITAUX DE L'INSTITUT CATHOLIQUE DE LILLE</b></p> <p><b>SAINT VINCENT DE PAUL</b></p> <p><b>PRATICIEN CHEF DE SERVICE Dr J. BOUQUILLON</b></p> <p><b>PRATICIENS DES HÔPITAUX Dr E. CORDOVA Dr Th. DEVELTER Dr H. DUGA Dr F. MELKI Dr K. REGANY Dr M. SOEN Dr V. SOLAND</b></p> <p><b>ASSISTANTS SPÉCIALISTES Dr L. DUBOIS Dr V. FOURNIER DELANGE Dr N. THELLIER</b></p> <p><b>SECRETARIAT TÉL. 03 20 87 45 09 Fax 03 20 87 48 26 EMAIL : sec_urgences_sv@ghicl.net</b></p> <p><b>CADRE DE SANTÉ Mme S. DIOUF TÉL. 03 20 87 48 23</b></p> <p><b>ACCUEIL URGENCES TEL : 03 20 87 48 22</b></p> <p><b>UNITÉ D'HOSPITALISATION TEL : 03 20 87 45 43</b></p> <p><b>UNITÉ D'ACCUEIL MEDICO-PSYCHOLOGIQUE</b></p> <p><b>PSYCHIATRES Pr V. DODIN Dr B. COVIAUX Dr M. HENDRICKX Dr Ph. CHAMBAUD Dr Cl. LATHUILLERIE Dr E. ELIA Dr Ph. DECOUSSER</b></p> <p><b>PSYCHOLOGUE Mme C. ROUSSEL</b></p> <p><b>SECRETARIAT TEL : 03 20 87 74 36</b></p>	<p style="text-align: right;"><b>URGENCES ADULTES</b></p> <p style="text-align: center;">Le</p> <p>Cher confrère</p> <p>Votre patient(e) M A été admis(e) dans le service pour le motif suivant :</p> <p><u>Le diagnostic retenu est :</u></p> <p><u>Traitement de sortie proposé :</u></p> <p><u>Conseils de sortie :</u></p> <p>Veillez croire, Cher Confrère, en l'expression de mes sentiments respectueux.</p> <p><b>Docteur</b></p> <p>Il serait souhaitable que le patient soit revu dans ..... jours Veillez prendre rendez-vous dans le service de ..... Tél. ....</p> <p>Les fils sont à retirer dans ..... jours Statut des vaccinations antitétaniques</p> <p><b>Hôpital Saint Vincent de Paul</b> Boulevard de Belfort - BP 387 - 59020 Lille cedex Tél. : 03 20 87 48 48 Métro (ligne 2) : station Porte de Valenciennes <a href="http://www.ghicl.fr">www.ghicl.fr</a></p> <p><b>FACULTE LIBRE DE MEDECINE ET DE MAÏEUTIQUE</b> Finess 59 0797 353</p>  <p style="text-align: right; font-size: small;">51074/006-2015 - 860E/Impression</p>
--	--

Annexe 3 :

Edition en 2006 du Format National des PRU des Services d'Urgence.

## FORMAT RPU NATIONAL

BALISE	FORMAT	DEFINITION
<CP>	Numérique	Code postal de résidence
<Commune>	Champs textuel	Nom de la commune de résidence
<NAISSANCE>	JJ/MM/AAAA	Date de naissance (vide correspond à incertain)
<SEXE>	M / F / I	Sexe (I pour indéterminé)
<ENTREE>	JJ/MM/AAAA HH:MM	Date et heure d'entrée
<MODE_ENTREE>	6 / 7 / 8	Mode d'entrée PMSI
<PROVENANCE>	1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 8	Provenance PMSI
<TRANSPORT>	PERS / AMBU / VSAB / SMUR / HELI / FO/	Mode de transport
<TRANSPORT_PEC>	MED/ PARAMED/ AUCUN	Mode de prise en charge durant le transport
<MOTIF>	THESAURUS SFMU	Motif du recours aux urgences SFMU
<GRAVITE>	1 / 2 / 3 / 4 / 5 / P / D	Classification CCMU modifiée
<DP>	Code CIM10	Diagnostic principal
<LISTE_DA> <DA></DA>	Code CIM10	Diagnostics associés
<LISTE_ACTES> <ACTE></ACTE>	Code CCAM	Actes réalisés aux urgences
<SORTIE>	JJ/MM/AAAA HH:MM	Date et heure de sortie
<MODE_SORTIE>	6 / 7 / 8 / 9	Mode de sortie PMSI
<DESTINATION>	1 / 2 / 3 / 4 / 6 / 7	Destination PMSI
<ORIENT>	FUGUE / SCAM / PAS / REO / SC / SI / REA / UHCD / MED / CHIR / OBST / HDT / HO	Orientation précision

Annexe 3 :

Edition en 2006 du Format National des PRU des Services d'Urgence.

### **CODE POSTAL**

---

- + Si le code postal précis est inconnu : le numéro du département suivi de 999
- + Pour les malades résidant hors de France : 99 suivi du code INSEE du pays
- \* Si le département ou le pays de résidence est inconnu : 99999

### **COMMUNE**

---

- + Dénomination de la commune de résidence du patient

### **DATE DE NAISSANCE**

---

Le champ est laissé à vide dans les cas suivants :

- + Date de naissance non fiable ou méconnue
- + Patient admis aux urgences et demandant à garder l'anonymat conformément aux dispositions légales
- + Droit CNIL exprimé par le patient pour supprimer les informations le concernant

### **MODE D'ENTREE**

---

+ « **6** » **Mutation** : le malade vient d'une autre unité médicale de la même entité juridique

    Pour les établissements privés visés aux alinéas *d* et *e* de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS) Cf annexe, si le patient provient d'un autre établissement de la même entité juridique le mode d'entrée à utiliser est le 7 (Cf ci-dessous)

+ « **7** » **Transfert** : le malade vient d'une autre entité juridique (sauf cas particulier décrit ci-dessus).

+ « **8** » **Domicile** : le malade vient de son domicile ou de son substitut, tel une structure d'hébergement médico-social. Ce mode inclut les entrées à partir de la voie publique. Le code 8 du mode d'entrée est à utiliser en cas de naissance d'un nouveau-né quelque soit la situation d'hospitalisation ou de non hospitalisation de la mère.

### **PROVENANCE**

---

*En cas d'entrée par mutation ou transfert*

- + « **1** » En provenance d'une unité de soins de courte durée (MCO)
- + « **2** » En provenance d'une unité de soins de suite ou de réadaptation
- + « **3** » En provenance d'une unité de soins de longue durée
- + « **4** » En provenance d'une unité de psychiatrie

*En cas d'entrée à partir du domicile :*

- + « **5** » Prise en charge aux urgences autres que pour des raisons organisationnelles

## Annexe 3 :

Edition en 2006 du Format National des PRU des Services d'Urgence.

- + « **8** » <sup>1</sup>Prise en charge aux urgences pour des raisons organisationnelles
- patient re-convoqué par le même service d'urgence pour des soins à distance de la prise en charge initiale (surveillance de plâtre, réfection de pansements, rappel de vaccination)
- patient déjà attendu avant sa prise en charge aux urgences dans un autre service et transitant aux urgences pour faciliter l'enregistrement administratif ou la réalisation des premiers examens complémentaires à la prise en charge qui va suivre.

### **TRANSPORT**

---

- + « **PERSO** » : pour moyen personnels (à pied, en taxi, en voiture personnelle,...)
- + « **AMBU** » : ambulance publique ou privée
- + « **VSAB** » : véhicule de secours et d'aide au blessés
- + « **SMUR** » : véhicule de Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
- + « **HELI** » : hélicoptère
- + « **FO** » : force de l'ordre (police, gendarmerie)

### **PRISE EN CHARGE DURANT LE TRANSPORT**

---

- + « **MED** » : médicalisée
- + « **PARAMED** » : para médicalisée
- + « **AUCUN** » : sans prise en charge médicalisée ou para médicalisée

### **MOTIF DE RECOURS**

---

Le thésaurus des motifs de recours aux urgences est en cours d'élaboration par la SFMU dans l'attente de sa publication le renseignement de cet item n'est pas exigible.

### **GRAVITE**

---

Utilisation de la Classification Clinique des Malades aux Urgences CCMU enrichie.

- + « **1** » : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable après le premier examen clinique éventuellement complété d'actes diagnostiques réalisés et interprétés au lits du malade, abstention d'actes complémentaires ou de thérapeutique
- + « **P** » : Idem CCMU 1 avec problème dominant psychiatrique ou psychologique isolé ou associé à une pathologie somatique jugée stable.
- + « **2** » : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable, réalisation d'actes complémentaires aux urgences en dehors des actes diagnostiques éventuellement réalisés et interprétés au lits du malade et / ou d'actes thérapeutiques
- + « **3** » : Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver aux urgences sans mettre en jeu le pronostic vital
- + « **4** » : Situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences sans manœuvre de réanimation initiée ou poursuivie dès l'entrée aux urgences

---

<sup>1</sup> Ce code ne fait pas partie des codes du PMSI. Il a été créé spécifiquement pour le RPU. Néanmoins, une demande d'intégration de ce code dans le guide du PMSI est en cours de traitement par la mission PMSI du Ministère.

## Annexe 3 :

Edition en 2006 du Format National des PRU des Services d'Urgence.

+ « **5** » : Situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences avec initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation dès l'entrée aux urgences

+ « **D** » : Patient décédé à l'entrée aux urgences sans avoir pu bénéficier d'initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation aux urgences

### **DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

---

Utilisation de la CIM10 (sauf pour les codes interdits en diagnostic principal).

### **DIAGNOSTICS ASSOCIES**

---

Utilisation de la CIM10. Tous les codes sont utilisables pour ces diagnostics, le nombre de diagnostics associés n'est pas limité.

### **ACTES**

---

Utilisation de la CCAM. Le format doit au moins contenir les 7 premiers caractères.

Les actes CCAM ne sont exigibles que si leur remontée dans le RPU n'implique pas une re-saisie sur un autre logiciel que celui déjà utilisé pour alimenter la facturation du patient.

### **SORTIE**

---

La date et l'heure de sortie sont celles de la sortie de la zone d'accueil et de soins des urgences.

### **MODE DE SORTIE**

---

+ « **6** » **Mutation** : le malade est hospitalisé vers une autre unité médicale de la même entité juridique

Dans les établissements privés visés aux alinéas *d* et *e* de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS) mentionné en annexe de ce document, si le patient provient d'un autre établissement de la même entité juridique, le mode de sortie à utiliser est le 7 (Cf ci-dessous)

+ « **7** » **Transfert** : le malade est hospitalisé dans une autre entité juridique (sauf cas particulier décrit ci-dessus).

+ « **8** » **Domicile** : le malade retourne au domicile ou son substitut, tel une structure d'hébergement médico-social.

+ « **9** » **Décès** : le malade décède aux urgences

### **DESTINATION**

---

*En cas de sortie par mutation ou transfert*

+ « **1** » Hospitalisation dans une unité de soins de courte durée (MCO)

+ « **2** » Hospitalisation dans une unité de soins de suite ou de réadaptation

+ « **3** » Hospitalisation dans une unité de soins de longue durée

+ « **4** » Hospitalisation dans une unité de psychiatrie

## Annexe 3 :

Edition en 2006 du Format National des PRU des Services d'Urgence.

### *En cas de sortie au domicile*

- + « **6** » Retour au domicile dans le cadre d'une hospitalisation à domicile
- + « **7** » Retour vers une structure d'hébergement médico-social

## **ORIENTATION**

---

Précise le devenir ou les circonstances associées

### *En cas de sortie par mutation ou transfert*

- + « **HDT** » hospitalisation sur la demande d'un tiers
- + « **HO** » hospitalisation d'office
- + « **SC** » hospitalisation dans une unité de Surveillance Continue
- + « **SI** » hospitalisation dans une unité de Soins Intensifs
- + « **REA** » hospitalisation dans une unité de Réanimation
  
- + « **UHCD** » hospitalisation dans une unité d'hospitalisation de courte durée
- + « **MED** » hospitalisation dans une unité de Médecine hors SC, SI, REA
- + « **CHIR** » hospitalisation dans une unité de Chirurgie hors SC, SI, REA
- + « **OBST** » hospitalisation dans une unité d'Obstétrique hors SC, SI, REA

### *En cas de sortie au domicile*

- + « **FUGUE** » sortie du service à l'insu du personnel soignant
- + « **SCAM** » sortie contre avis médical
- + « **PSA** » partie sans attendre prise en charge
- + « **REO** » réorientation directe sans soins (ex vers consultation spécialisée ou lorsque le service d'accueil administratif est fermée)

Annexe 4 :

Critères SFMU des courriers de sortie des urgences pour les patients consultants.

#### 10.4. COMMUNICATION AVEC LES MEDECINS

	CRITERES	ESO
1	Un <b>courrier</b> est adressé au médecin traitant pour les malades hospitalisés. <i>Ce courrier précise au minimum le motif ou le diagnostic d'admission, le lieu d'hospitalisation et ceci dans un délai inférieur à 48h.</i>	S
2	Un courrier (manuscrit ou informatisé) est remis au patient lors de sa sortie avec photocopie des <b>principaux examens paracliniques</b>	S
3	Un courrier est adressé au médecin traitant pour les malades non hospitalisés. <i>Ce courrier précise au minimum le motif de recours, les examens pratiqués et le traitement, le diagnostic retenu dans un délai inférieur à 48h.</i>	E

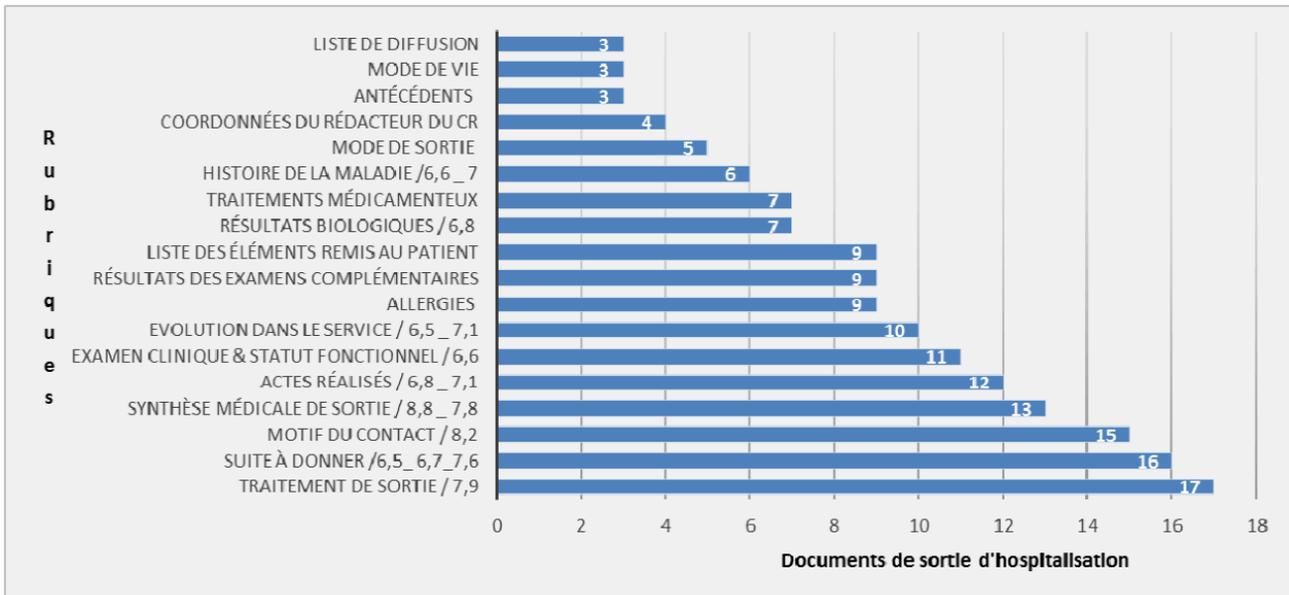
Annexe 5 :

Cahier des charges secteur Médecine, chirurgie Obstétrique des courriers de sortie.

<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de séjours pour lesquels un document est remis au patient le jour de la sortie <b>ET</b> est envoyé au médecin destinataire le jour de la sortie <b>ET</b> comporte les 12 critères suivants :</p> <p><b>Cinq critères médicaux :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Motif de l'hospitalisation ;</li> <li>2.Synthèse médicale du séjour ;</li> <li>3.Actes techniques, examens complémentaires et biologiques ;</li> <li>4.Traitements médicamenteux ;</li> <li>5.Suites à donner.</li> </ol> <p><b>ET</b></p> <p><b>Sept critères administratifs :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6.Nom et coordonnées du médecin traitant ;</li> <li>7.Identification du patient ;</li> <li>8.Date d'entrée et de sortie ;</li> <li>9.Date de rédaction du document ;</li> <li>10.Nom et coordonnées du médecin rédacteur ;</li> <li>11.Nature du document ;</li> <li>12.Destination du patient à la sortie.</li> </ol>
<b>Dénominateur</b>	Nombre de séjours évalués.
<b>Calcul de l'indicateur</b>	Taux de conformité.

Annexe 5 :

Résultat du groupe de travail SEVAM en 2014, sur le contenu des documents de sortie d'hospitalisation.



Annexe 6 :

Déclaration au service de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) au bureau de la Protection des Données de la Recherche du GHICL, après accord du comité KASHMIR. sous le numéro de traitement N°100.

Traitement n°100	<b>Coordination Ville-Hôpital, le compte-rendu de passage aux urgences.</b>	
<b>Nom du responsable du traitement</b>	Dr Wallart (encadrant) et Mr Durak (Étudiant interne médecine)	
<b>Date de mise en œuvre</b>	Mai 2018	
<b>Finalité principale</b>	Amélioration de la prise en charge globale des patients consultants au service d'accueil des urgences après la sortie de notre unité de soins, par la transmission d'information via un <b>Courrier de Sortie des Urgences</b> standardisé, informatique.	
<b>Détail des finalités de l'étude</b>	Critère de jugement principal : - Existence d'un Courrier de Sortie des Urgences Critère(s) de jugement secondaire(s) : Dans le Résumé de Passage aux Urgences : - Nombre de sorties sans courrier - L'examen clinique du patient - Le résultat d'une analyse d'urinaire - Le résultat d'un ECG - Le résultat d'un bilan biologique - Le résultat d'examen(s) d'imagerie - Le résultat d'avis spécialisés - La prescription d'un traitement médicamenteux lors du séjour du patient - La réalisation d'un geste médical ou chirurgical au sein des urgences - La réévaluation clinique du patient - L'élaboration d'un diagnostic précis - La conduite à tenir à la sortie des urgences	
<b>Service chargé de la mise en œuvre</b>	Service Urgences SVP	
<b>Échanges de données hors du groupe GHICL</b>	Non	
<b>Fonction et coordonnées de la personne ou du service auprès duquel s'exerce le droit d'accès</b>	- Pour toute demande (accès, opposition ou rectification) dans le cadre d'un projet de recherche : <b>Correspondant Informatique et Libertés Recherche</b> Anne Buyssechaert, Correspondant Informatique et Liberté Institut Catholique de Lille 60 boulevard Vauban-59016 Lille cedex <a href="mailto:anne.buyssechaert@univ-catholille.fr">anne.buyssechaert@univ-catholille.fr</a>	
<b>Catégories de personnes concernées par le traitement</b>	Tout patient consultant au SAU sur la période de 1er Mai au 15 Mai 2017 Et non hospitalisé dans l'établissement suite à son passage par le SAU	
<b>Données traitées</b>	<b>Catégories de données traitées</b>	<b>Détails des données traitées</b>
	1- Numéro d'identification	Numéro d'inclusion suivant l'ordre chronologique des inclusions

	2- Ensemble des informations de santé collectées auprès du patient dans le cadre de la recherche	<b>Catégories d'informations recueillies :</b> Existence d'un Résumé de Passage aux Urgences - Nombre de sorties sans courrier - L'examen clinique du patient - Le résultat d'une analyse d'urinaire - Le résultat d'un ECG - Le résultat d'un bilan biologique - Le résultat d'examen(s) d'imagerie - Le résultat d'avis spécialisés - La prescription d'un traitement médicamenteux lors du séjour du patient - La réalisation d'un geste médical ou chirurgical au sein des urgences - La réévaluation clinique du patient - L'élaboration d'un diagnostic précis
<b>Catégories de destinataires</b>	Catégories de destinataires	Données concernées
	Dr WALLART Jeremy, Assistant Spécialisé en médecine d'urgence, Service des Urgences, Hôpital Saint Vincent de Paul - Lille Dr BOUQUILLON Jean, Médecin Urgentiste, Chef de Service, Service des Urgences, Hôpital Saint Vincent de Paul - Lille DURAK Alexandre, Interne de Médecine Générale	1,2 1,2 1,2
<b>Durée de conservation</b>	15 ans après le dernier séjour	
<b>Sécurité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Code d'accès personnel</li> <li>- Par ailleurs, les éventuelles transmissions de données entre l'investigateur et toute autre personne habilitée se feront uniquement via messagerie sécurisée. La base de données sera la propriété du promoteur (Institut Catholique de Lille – Faculté de Médecine &amp; Maïeutique). La base de données sera anonymisée avant le traitement statistique. La présentation des résultats du traitement des données ne pourra en aucun cas permettre l'identification directe ou indirecte des personnes concernées. Les données relatives à la recherche ne devront en aucun cas être transmises à un tiers.</li> </ul>	
<b>Moyens pour informer l'intéressé de ses droits</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lettre d'information dans le dossier d'accueil du patient sur les données de santé et la recherche</li> <li>- Précision dans le dossier d'accueil de la possibilité au patient de s'opposer à l'utilisation de ses données dans le cadre d'une recherche s'il le souhaite</li> </ul>	
<b>Mise à jour (date et objet)</b>	05/06/2018	

<i>Rédaction :</i>	Demilly Magali
<i>Mise à jour (date et objet) :</i>	
<i>LOGICIELS :</i>	Office, excel
<i>Remarque :</i>	
<i>Préconisation CIL : O/N --&gt;</i>	Oui
<i>Annexes disponibles :</i>	
<i>Perspectives/ Projets :</i>	



**AUTEUR : Nom : Durak**

**Prénom : Alexandre**

**Date de Soutenance : 25 Juin 2018**

**Titre de la Thèse : Coordination Ville-Hôpital, le compte-rendu de passage aux urgences.**

**Thèse - Médecine - Lille 2018**

**Cadre de classement : Médecine Générale**

**DES + spécialité : DES - Médecine Générale**

**Mots-clés : Courrier, Coordination, Urgences, Médecin traitant, Messagerie**

**Résumé :**

**Contexte** : Lors de sa consultation aux urgences, le patient quitte le service d'accueil avec un courrier de sortie adressé au médecin traitant et contenant idéalement la totalité des examens cliniques et paracliniques. Fréquemment, ceux-ci sont incomplets, et ne répondent pas aux attentes des médecins généralistes.

**Méthode** : Étude rétrospective, monocentrique sur le site des urgences de l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille, du 1<sup>er</sup> au 15 mai 2017 inclus. Le travail recense les patients sortis de l'accueil des urgences adultes, excluant les patients hospitalisés. Il compare les éléments de prise en charge du dossier avec ceux du courrier de sortie, devant y figurer selon les recommandations de bonne pratique.

**Résultats** : 87,14% des 980 patients consultant sur la période d'étude bénéficient d'un courrier de sortie. Il existait 11,01 % de dossiers pour lesquels les mêmes critères ont été reportés de manière exhaustive dans le courrier (IC95% [9,08%-13,28 %]). En moyenne, 3 critères de prises en charge (moy=3 ; [0 - 8] med=3), apparaissent dans le dossier contre 2 dans le courrier de sortie (moy=2 ; [0-7] med= 2). Cependant, les dossiers sont mieux renseignés si un courrier est réalisé ( $p<0,05$ ). La période de prise en charge influe sur la rédaction d'un courrier de sortie ( $p<0,05$ ), ainsi les patients bénéficiant d'un changement d'équipe de soin, possèdent un dossier médical mieux rempli et un courrier de sortie plus détaillés.

**Conclusion** : Les patients des urgences qui bénéficient d'examens complémentaires multiples, sortant après changement d'équipe médicale, sont les patients pour lesquels le médecin traitant bénéficie d'un résumé exhaustif de la consultation. L'envoi systématique d'un courrier informatisé et uniformisé au médecin traitant est une piste d'amélioration.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Wiel**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Drizenko**

**Monsieur le Docteur Renard**

**Monsieur le Docteur Benessiano**

**Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Wallart**