

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2019

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Lien Ville-Hôpital : étude des échanges interprofessionnels et
proposition d'une lettre de liaison pour les médecins adressant un
patient aux urgences**

Présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 2019 à 16h
Au Pôle Formation
par **Aurore COMMONT**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jean-Baptiste LEZY

Avertissement

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

Liste des abréviations

AEG	Altération de l'État Général
CH	Centre Hospitalier
CHA	Centre Hospitalier d'Armentières
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CRU	Compte-Rendu des Urgences
CVH	Comité Ville-Hôpital
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
FHF	Fédération Hospitalière Française
HAS	Haute Autorité de Santé
IAO	Infirmière d'Accueil et d'Orientation
LAS	Lettre d'Admission Standardisée
MG	Médecin Généraliste
MU	Médecin Urgentiste
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SP	Sapeurs-Pompiers
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

Table des matières

I. RÉSUMÉ.....	9
II. INTRODUCTION	10
III. PRÉ-ÉTUDE : ÉVALUATION DES COMPTE-RENDU DES URGENCES.....	13
1. Matériel et méthodes	13
a) Critères d'évaluation.....	13
b) Recueil des données.....	16
c) Analyse statistique.....	17
2. Résultats	17
a) Population de l'étude.....	17
b) Analyse descriptive des critères d'évaluation des CRU.....	19
3. Discussion	21
IV. ÉTUDE : ÉVALUATION DES LETTRES D'ADRESSAGE	24
1. Matériel et méthodes	24
a) Recueil des données.....	24
b) Lettre d'adressage standardisée.....	25
c) Critères d'évaluation.....	26
d) Analyse statistique.....	27
e) Éthique.....	27
2. Résultats	28
a) Analyse des lettres d'adressage avant diffusion de la LAS	28
b) Diffusion de la lettre d'adressage standardisée	31

c) Évaluation de l'efficacité de la LAS sur le contenu des lettres d'adressage	31
3. Discussion	34
a) Analyse des lettres d'adressage	34
b) Taux d'utilisation de notre LAS	35
c) Comparaison des lettres d'adressage avant et après diffusion	36
d) Limites de notre étude.....	37
V. CONCLUSION.....	38
VI. BIBLIOGRAPHIE	39
VII. ANNEXES.....	42

I. RÉSUMÉ

Contexte : Plus d'un quart des patients consultant aux urgences sont adressés par un médecin généraliste (MG), qui rédige une lettre d'adressage pour transmettre les informations médicales relatives au patient. Les critères de rédaction de cette lettre ne font l'objet d'aucune recommandation. L'objectif principal de notre étude était de comparer l'exhaustivité du contenu de ces courriers avant et après la diffusion d'une lettre d'adressage standardisée (LAS) aux MG de la région, selon des critères issus de la littérature.

Méthode : Étude descriptive, prospective, monocentrique, sur le site des urgences du Centre Hospitalier d'Armentières, du 1^{er} au 31 juillet 2017 et du 15 mars au 15 avril 2019 avec diffusion de la LAS entre ces deux périodes. 72 MG ont été contactés et ont reçu plusieurs exemplaires de la LAS. Ce travail a recensé les patients adressés aux urgences par un médecin généraliste avec une lettre d'adressage, et orientés en filière longue. Un rappel téléphonique a été effectué à 1 mois.

Résultats : 148 lettres de liaison ont été colligées dans le groupe avant diffusion de la LAS, 159 lettres de liaison ont été colligées après cette diffusion. La LAS n'a pas été utilisée sur la période d'observation. Cependant, une différence significative entre les deux périodes a été retrouvée pour les items identification du médecin adressant ($p = 0,025$), attentes spécifiques du médecin adressant ($p = 0,00003$), mention du degré d'autonomie du patient ($p = 0,003$).

Conclusion : Ce type de LAS s'inscrit dans une démarche d'amélioration globale des rapports entre l'hôpital et les praticiens de ville. Sa faible utilisation suggère qu'un travail de communication reste nécessaire.

II. INTRODUCTION

Les Services d'Accueil des Urgences (SAU) ont accueilli 21 millions de passages en 2016 ⁽¹⁾. Selon le rapport de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) de 2004, plus d'un quart des patients consultant aux urgences sont adressés par un médecin, ce qui totalise environ 3,5 millions de patients par an en France Métropolitaine ⁽²⁾.

Les médecins généralistes (MG) adressent le plus souvent leurs patients dans un SAU pour un motif urgent, pour bénéficier du plateau technique ou en vue d'une hospitalisation.

Ces situations amènent le MG et le médecin urgentiste (MU) à travailler en collaboration, et l'optimisation du parcours de soins dans ces circonstances passe par l'amélioration de la communication entre les différents intervenants.

Le courrier médical reste actuellement le moyen de communication privilégié entre les professionnels de santé lorsque le patient est adressé aux urgences. C'est un outil indispensable qui doit donner au MU les informations nécessaires à la prise en charge du patient et à l'identification de son motif de recours.

Il n'existe pas de recommandation officielle concernant la rédaction d'un courrier médical pour l'adressage d'un patient aux urgences.

À l'échelle nationale, de précédents travaux de recherche semblent montrer que cette communication n'est pas toujours satisfaisante du point de vue des MG ^{(3),(4)}.

La Fédération Hospitalière Française (FHF) a publié un rapport en 2018 dans lequel elle propose plusieurs axes afin de travailler sur ce lien Ville-Hôpital, parmi lesquels simplifier les échanges avec l'hôpital pour les médecins libéraux en identifiant un interlocuteur privilégié ou rendre obligatoire la transmission des résultats médicaux aux MG, et réciproquement, la transmission des éléments aux Centres Hospitaliers (CH) avant une admission ⁽⁵⁾.

Depuis deux ans, le Comité Ville-Hôpital (CVH) se tient au Centre Hospitalier d'Armentières (CHA) et propose de travailler sur ce lien entre professionnels de santé.

Plusieurs études ont cherché à évaluer la qualité de la lettre d'admission d'un patient aux urgences ; elles ont démontré que ce type de courrier était souvent incomplet et ont suggéré la mise en place d'une lettre type afin d'en améliorer la qualité ⁽⁶⁻⁹⁾.

Une étude notamment menée en 2012 à Nîmes cherchait à évaluer le taux d'utilisation d'une fiche standardisée pour le transfert d'information par les MG. Cette étude concluait à un faible taux d'utilisation de cette fiche : sur 290 patients inclus, seuls 21 ont été admis avec une fiche standardisée ⁽¹⁰⁾.

Il n'y avait pas encore eu de travail de ce type pour les Hauts-de-France.

Notre étude avait pour but :

- D'évaluer la qualité des lettres d'admission rédigées par les MG adressant un patient aux urgences,
- De mettre en place une lettre d'adressage standardisée (LAS),

- De mesurer l'influence de cette LAS sur l'exhaustivité du contenu des lettres d'admission.

Nous avons réalisé en amont une pré-étude visant à évaluer la qualité des compte-rendu des urgences (CRU) du CHA. Le but était d'améliorer la communication et la réciprocité des échanges, et favoriser l'utilisation de notre LAS.

Les objectifs secondaires de notre étude étaient :

- D'évaluer le taux d'utilisation de la LAS,
- D'identifier les motifs qui ont poussé les MG à l'utiliser ou non.

III. PRÉ-ÉTUDE : ÉVALUATION DES COMPTE-RENDU DES URGENCES

1. Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, visant à évaluer l'exhaustivité du CRU du service d'urgence du CHA au regard des recommandations de la littérature.

Le SAU est équipé du logiciel URQUAL® pour la saisie des dossiers médicaux. Ce logiciel permet la saisie de toutes les informations médico-sociales relevées au cours de la prise en charge dans le SAU, puis d'éditer les documents nécessaires à son suivi ultérieur. Le système de production du logiciel permet d'éditer une copie du dossier médical, sous forme de CRU, à partir des informations recueillies au fur et à mesure. Il est imprimé à la fin de la prise en charge et remis au patient à sa sortie. Ce CRU tient lieu de lettre de sortie.

a) Critères d'évaluation

i. Étude descriptive de la population

Les critères de description de la population étaient le sexe, l'âge, le mode d'admission au SAU et le motif de consultation.

On distinguait 4 modes d'admission : moyens personnels, ambulances privées, Sapeurs-Pompiers (SP) ou Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

Les motifs de consultation étaient repris dans le tableau 1 :

Motif de consultation
Cardio-vasculaire
Gastro-entérologie
Neurologie
Pneumologie
Psychiatrie
Traumatologie
Rhumatologie
Autres
Anomalie du bilan biologique
Chirurgie (autre)
Médico-social
AEG
Urologie

Tableau 1. Motifs de consultation au SAU

ii. Étude descriptive des CRU

Conformément aux recommandations pour la transmission d'informations relatives aux patients entre professionnels de santé de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) ⁽¹¹⁾, du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ⁽¹²⁾, de la Haute Autorité de Santé (HAS) ⁽¹³⁾, et aux éléments cités dans la littérature ^{(14),(15)}, nous avons mis en évidence 20 critères d'évaluation présentés dans le tableau 2 :

Administratif
<ul style="list-style-type: none"> - Identité du patient - Médecin destinataire - Référent médical (sénior) - Date de consultation - Date de sortie
Médical
<ul style="list-style-type: none"> - Motif de consultation - Traitement antérieur - Antécédents médico-chirurgicaux - Allergie - Résumé clinique - Nature des examens complémentaires - Résultats des examens complémentaires - Avis spécialisé - Traitement reçu au SAU - Diagnostic posé au SAU - Conclusion - Traitement de sortie - Consignes de suivi
Médico-légal
<ul style="list-style-type: none"> - Information donnée au patient
Social
<ul style="list-style-type: none"> - Destination du patient à sa sortie

Tableau 2. Critères d'évaluation des CRU

La mention précisant l'absence d'antécédent, d'allergie ou de traitement antérieur telle que « pas d'antécédent » ou « allergie non connue » était prise en compte et équivalait à un critère « présent ».

b) Recueil des données

Tous les CRU des patients admis en filière longue ont été colligés pendant 1 mois (1^{er} au 31 décembre 2017).

La filière longue, par opposition à la filière courte, comprenait les patients nécessitant au moins deux examens complémentaires ou une surveillance des paramètres vitaux. Ces patients pouvaient être hospitalisés ou non à l'issue de leur prise en charge aux urgences.

A contrario, la filière courte comprenait des patients ne nécessitant pas d'examen complémentaire ou un seul, et ne bénéficiant que d'une seule prise de paramètres vitaux.

Par souci d'homogénéité avec l'étude principale, et pour des raisons pratiques internes au service, nous avons recueilli tous les CRU des patients sortant des urgences sur les horaires de présence de l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO), soit entre 10h et 22h, pris en charge en filière longue.

Les critères d'exclusion comprenaient donc :

- Les patients pris en charge en filière courte,
- Les patients sortant des urgences entre 22h et 10h,
- Les patients hospitalisés suite à leur prise en charge (pas de CRU).

Le traitement des données était réalisé à l'aide du logiciel Excel de la suite Microsoft® Office.

c) Analyse statistique

Les résultats étaient présentés en valeur absolue et pourcentage de la population totale de l'échantillon pour les données qualitatives, et en moyenne et écart-type pour les données quantitatives.

2. Résultats

a) Population de l'étude

Nous avons analysé dans notre pré-étude un échantillon de 175 consultations dont nous avons récupéré les CRU, ce qui représente 8,7% des consultations totales dans le SAU sur cette période, toutes filières confondues. Cet échantillon était composé de 98 hommes et 77 femmes dont la moyenne d'âge était de 52 ans \pm 21. La moyenne d'âge chez les femmes était de 51 ans \pm 24, chez les hommes elle était de 52 ans \pm 18.

Les effectifs selon le mode d'admission étaient présentés dans le tableau 3 :

Mode d'admission	Effectif
Moyens personnels	57 (32,6%)
SP	48 (27,4%)
Ambulances privées	33 (18,9%)
SMUR	13 (7,4%)

Tableau 3. Répartition des effectifs selon le mode d'admission au SAU

Le mode d'admission n'était pas mentionné dans 24 CRU.

Tous modes d'admission confondus, les patients avaient consulté aux urgences après avis d'un MG dans 34 cas, soit 19,4%. Sur ces 34 patients, 24 étaient des hommes (70,6%) et 10 des femmes (29,4%). Parmi ces patients, 27 sont arrivés au SAU par les moyens personnels, 6 sont arrivés avec une ambulance privée et 1 avec un SMUR.

Les effectifs selon le mode de consultation étaient présentés dans le tableau 4 :

Motif de consultation	Effectif
Cardio-vasculaire	37 (21,1%)
Gastro-entérologie	44 (25,1%)
Neurologie	19 (10,9%)
Pneumologie	16 (9,1%)
Psychiatrie	16 (9,1%)
Traumatologie	12 (6,9%)
Rhumatologie	5 (2,9%)
Autres	5 (2,9%)
Anomalie du bilan biologique	4 (2,3%)
Chirurgie (autre)	2 (1,1%)
Médico-social	2 (1,1%)
AEG	1 (0,1%)
Urologie	1 (0,1%)

Tableau 4. Répartition des effectifs selon le motif de consultation

Le motif de consultation n'était pas mentionné dans 11 CRU.

La répartition des motifs de consultation parmi les 34 patients adressés par un MG est résumée dans le tableau 5 :

Motif de consultation	Effectif
Cardio-vasculaire	21 (61,8%)
Gastro-entérologie	5 (14,7%)
Pneumologie	3 (8,8%)
Neurologie	2 (5,9%)
Chirurgie	2 (5,9%)
Autres	2 (5,9%)

Tableau 5. Répartition des effectifs selon le motif de consultation. Résultats exprimés en pourcentage de la population adressée par un MG.

Pour l'un des patients adressés par un MG, le motif de recours n'était pas retranscrit.

b) Analyse descriptive des critères d'évaluation des CRU

Les effectifs des différents critères d'évaluation recensés pour les CRU sont présentés dans le tableau 6 :

Administratif	
Identité du patient	175 (100%)
Médecin destinataire	0 (0%)
Référent médical (sénior)	151 (86,3%)
Date de consultation	175 (100%)
Date de sortie	175 (100%)
Médical	
Motif d'admission	164 (93,7%)
Traitement antérieur	151 (86,3%)
Antécédents médico-chirurgicaux	171 (97,7%)
Allergie	154 (88%)
Résumé clinique	174 (99,4%)
Nature des examens complémentaires	159 (90,9%)
Résultats des examens complémentaires	158 (90,3%)
Avis spécialisé	56 (32%)
Traitement reçu au SAU	44 (25,1%)
Diagnostic posé au SAU	145 (82,9%)
Conclusion	174 (99,4%)
Traitement de sortie	98 (56%)
Consignes de suivi	143 (81,7%)
Médico-légal	
Information donnée au patient	19 (10,9%)
Social	
Destination du patient à la sortie	42 (24%)

Tableau 6. Analyse descriptive des critères d'évaluation du CRU

3. Discussion

Cette pré-étude visait à évaluer le contenu des CRU afin d'établir des axes d'amélioration en permettant une transmission plus exhaustive des informations aux MG.

Les relations et la communication entre les MG et les MU semblent parfois insuffisantes (3),(4).

Selon une étude menée en 2006, sur 50 MG de la région parisienne, 44 ne se sentaient pas associés au projet thérapeutique de leurs patients lorsque ceux-ci étaient hospitalisés. Pour 23 d'entre eux, l'hôpital prenait rarement l'initiative de la communication avec le MG. Parmi les obstacles à ces échanges, les MG pointent le manque de correspondants médicaux hospitaliers privilégiés et le délai trop important de la transmission des comptes-rendu à la sortie d'hospitalisation (4).

Dans cette pré-étude, l'identification du patient, la date de consultation, les antécédents, le résumé clinique et la conclusion médicale étaient retranscrits dans la quasi-totalité des CRU. Les données manquantes de ces CRU étaient l'identité du médecin destinataire, le traitement reçu aux urgences, le traitement de sortie et la mention d'un avis spécialisé.

Pour mémoire, l'avis spécialisé n'est pas toujours sollicité lors de la prise en charge, ce qui peut nuancer la faible remontée de cet item.

Ces résultats sont comparables avec une étude publiée en 2014 qui analysait la qualité des courriers de sortie des urgences dans une autre région. Les MG estimaient qu'une conclusion située en début de courrier serait plus adaptée à leurs pratiques et que l'avis

spécialisé et les résultats des examens complémentaires étaient insuffisamment retranscrits (14).

Dans ce recueil, les CRU sont transmis en mains propres à sa sortie du SAU, comme le recommandent le CNOM (11) et la SFMU. La SFMU recommande un délai de transmission des courriers à la sortie d'hospitalisation inférieur à 48h (12).

La transmission de ces CRU par messagerie sécurisée pourrait être un axe d'amélioration. Le moyen de transmission des compte-rendu d'hospitalisation en France reste le courrier postal dans 86% des cas, suivi d'une transmission directe via le patient dans près d'un cas sur deux (16). Près de 50% des MG semblent privilégier un envoi par messagerie sécurisée (14). L'identité du MG destinataire ne figure sur aucun CRU, ce qui pourrait être un frein à cette transmission par mail.

Au regard des données de la littérature et de l'analyse descriptive des CRU, nous avons mis en évidence un certain nombre d'axes d'amélioration, la plupart restent liés à l'outil informatique.

Les renseignements les plus retranscrits dans le CRU sont ceux qui figurent de manière automatique à partir du dossier médical informatique. Certaines données manquantes, comme le traitement de sortie, sont celles que le médecin remplit de manière manuelle au moment de l'édition du CRU.

Un remplissage automatique complet du CRU, qui resterait modifiable au besoin, pourrait permettre d'améliorer sa qualité. La production d'une ordonnance informatisée via

le logiciel de prescription pourrait être une solution au manque de renseignement du traitement de sortie sur le CRU.

Une transmission complète des résultats des examens complémentaires, comme les bilans biologiques ou une copie des électrocardiogrammes, permettrait également un retour plus exhaustif sur la prise en charge.

Ce travail nous a permis d'élaborer un CRU formalisé qui sera proposé aux informaticiens du CHA. (*Annexe 1*)

Un questionnaire sera envoyé aux médecins de ville pour évaluer leur satisfaction par rapport au CRU actuel, afin de comparer les résultats après la mise en place du CRU formalisé.

IV. ÉTUDE : ÉVALUATION DES LETTRES D'ADRESSAGE

1. Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, monocentrique.

L'objectif principal de notre étude était :

- D'évaluer la qualité des lettres d'admission rédigées par les MG adressant un patient aux urgences,
- De mettre en place une LAS,
- De mesurer l'influence de cette LAS sur l'exhaustivité du contenu des lettres d'admission.

Les objectifs secondaires de notre étude étaient :

- D'évaluer le taux d'utilisation de la LAS,
- D'identifier les motifs qui ont poussé les MG à l'utiliser ou non.

a) Recueil des données

La période de recueil s'étalait du 1^{er} au 31 juillet 2017 puis du 15 mars au 15 avril 2019 avec diffusion de la LAS entre les deux périodes.

Le recueil concernait les lettres d'adressage accompagnant les patients adressés par un MG aux urgences du CHA, admis entre 10h et 22h, et orientés en filière longue.

Les critères d'exclusion comprenaient :

- Les patients admis aux urgences entre 22h et 10h,
- Les patients admis en filière courte,
- Les courriers jugés illisibles,
- Les courriers incomplets (page manquante),
- Les courriers rédigés par les médecins spécialistes.

b) Lettre d'adressage standardisée

La LAS se présentait sous la forme d'un courrier informatisé au format A4. (*Annexe 2*)

Les items figurant sur cette LAS étaient issus des données de la littérature ^{(10),(19)}. Elle a été soumise à un comité de lecture composé de médecins membres du CVH.

Elle était diffusée par voie postale auprès de MG susceptibles d'adresser un patient aux urgences du CHA (*Territoire Flandres-Lys, voir Annexe 3*). Un total de 360 lettres étaient transmises par voie postale à 72 MG exerçant dans 45 cabinets médicaux, soit 5 copies par praticien. Un rappel téléphonique a été effectué à 1 mois de la diffusion de la LAS.

c) Critères d'évaluation

La grille d'évaluation des lettres d'adressage comprenait 17 critères, présentés dans le tableau 7, basés sur les mêmes éléments qui ont servi à l'élaboration de la LAS ^{(10),(19)}.

Administratif

- Identité du patient
- Identité du médecin adressant
- Identité du médecin traitant
- Accord préalable d'un médecin spécialiste ou urgentiste
- Personne à prévenir

Médical

- Antécédents médico-chirurgicaux
- Allergie
- Traitement habituel
- Degré d'autonomie
- Motif de consultation
- Examens complémentaires déjà réalisés
- Attentes spécifiques du médecin adressant
- Hypothèse diagnostique

Médico-social

- Lieu de vie
- Retour possible dans le lieu de vie
- Isolement

Cas particulier

- Directives anticipées

Tableau 7. Critères d'évaluation des lettres d'adressage rédigées par les MG

d) Analyse statistique

Les populations ont été comparées sur l'âge à l'aide d'un test de Student, sur le sexe et le type de courrier (manuscrit ou informatisé) à l'aide d'un test de Fisher et sur les motifs de consultation à l'aide d'un test de Khi-2, au seuil de significativité de 0,05.

Les critères d'évaluation des lettres d'adressage ont été comparés dans les deux échantillons « avant » et « après » diffusion de la LAS à l'aide d'un test de Fisher, au seuil de significativité de 0,05.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel XLSTAT-Biomed®. Les conditions d'application des différents tests ont été contrôlés auprès d'un organisme privé.

e) Éthique

Ce travail était signalé auprès du Délégué à la Protection des Données de l'Université de Lille.

2. Résultats

a) Analyse des lettres d'adressage avant diffusion de la LAS

Notre étude a recueilli un total de 148 lettres d'adressage soit 7% du nombre de consultations totales au SAU sur la période observée. Cet échantillon était composé de 81 femmes soit 55%, et de 65 hommes soit 45%.

L'âge moyen était de 63 ans \pm 23. Un quart des patients de l'échantillon était âgé de plus de 85 ans, la médiane d'âge était de 66 ans.

Parmi ces lettres d'adressage, on retrouvait 94 lettres manuscrites soit 64% et 54 lettres informatisées soit 36%.

La répartition des motifs de consultation était représentée dans le tableau 8 :

Motif de consultation	Effectif
Cardio-vasculaire	30 (20%)
Gastro-entérologie	26 (18%)
Traumatologie	15 (10%)
Pneumologie	13 (9%)
Neurologie	9 (6%)
Traumatologie	12 (6,9%)
Chirurgie (autre)	11 (7%)
AEG	16 (11%)
Autre	8 (5%)
Urologie	7 (5%)
Anomalie du bilan biologique	7 (5%)
Médico-social	2 (1%)
Rhumatologie	2 (1%)
Psychiatrie	2 (1%)

Tableau 8. Répartition des effectifs selon le motif de consultation

La présence des critères d'évaluation dans ces lettres d'adressage était présentée dans

le tableau 9 :

Administratif		n = 148	IC 95%
Identité du patient		146 (99%)	[95% ;100%]
Identité du médecin adressant		143 (97%)	[92% ;99%]
Identité du médecin traitant <u>si différent</u>		22 (71%)	[52% ;86%]
Accord préalable d'un médecin	Spécialiste	4 (3%)	[1% ;7%]
	Urgentiste	1 (1%)	[0% ;4%]
Personne à prévenir		4 (3%)	[1% ;7%]
Médical			
Antécédents médico-chirurgicaux		90 (61%)	[52% ;69%]
Allergie		12 (8%)	[4% ;14%]
Traitement habituel		61 (41%)	[33% ;50%]
Degré d'autonomie		4 (3%)	[1% ;7%]
Motif de consultation		147 (99%)	[96% ;100%]
Examens complémentaires déjà réalisés		32 (22%)	[15% ;29%]
Attentes spécifiques du médecin adressant		45 (30%)	[23% ;38%]
Hypothèse diagnostique		68 (46%)	[38% ;54%]
Médico-social			
Lieu de vie		29 (20%)	[14% ;27%]
Retour possible dans le lieu de vie		4 (3%)	[1% ;7%]
Isolement		13 (9%)	[5% ;15%]
Cas particulier			
Directives anticipées		3 (2%)	[0% ;6%]

Tableau 9. Analyse descriptive des lettres d'admissions avant diffusion de la LAS.

Le résultat « identité du médecin traitant si différent » était exprimé en pourcentage de la population dont le médecin adressant n'était pas le médecin traitant.

b) Diffusion de la lettre d'adressage standardisée

Sur les 72 MG contactés lors du rappel téléphonique à un mois, 11 MG ont pu être contactés directement, les autres via leur secrétariat.

Trois d'entre eux avaient eu l'occasion d'utiliser notre LAS et l'avaient trouvée utile pour des situations sociales complexes. Les 8 autres MG n'avaient pas utilisé la LAS, 2 MG trouvaient le format papier peu pratique, 5 MG avaient oublié ou perdu la LAS, 1 MG invoquait un manque de temps.

Parmi les 61 MG contactés via leur secrétariat, 8 ont exprimé le désir de recevoir une copie de la LAS par mail.

c) Évaluation de l'efficacité de la LAS sur le contenu des lettres d'adressage

Sur la seconde période de recueil, aucun patient ne s'est présenté au SAU avec notre LAS. La comparaison des deux périodes « avant » et « après » la diffusion de la LAS a pourtant mis en évidence des différences significatives sur certains items.

Nous avons recueilli un total de 159 lettres d'adressage soit 7,7% du nombre de consultations au SAU sur la période étudiée.

Les populations étaient comparables sur le sexe ($p = 0,908$; $OR = 0,95$; $IC95\%[0.6 ;1.5]$), sur le motif de consultation ($p = 0,231$), et sur le type de courrier ($p = 0,294$; $OR = 1,3$; $IC95\%[0.82 ;2.06]$), mais pas sur l'âge ($p = 0,048$).

Les résultats des comparaisons entre les deux populations selon les critères d'évaluation établis sont présentés dans le tableau 10 :

Critère		Avant (n = 148)	Après (n = 159)	p (seuil 0,05)	OR [IC95%]
Administratif					
Identité du patient		146 (99%)	157 (99%)	p = 1	0,93 [0.07;12.98]
Identité du médecin adressant		143 (97%)	159 (100%)	p = 0,025	
Identité du médecin traitant si différent		22 (17%)	18 (58%)	p = 0,426	1,77 [0.62;5.06]
Accord préalable	Spécialiste	4 (3%)	4 (3%)	p = 1	1,08 [0.2;5.89]
	Urgentiste	1 (1%)	2 (1%)	p = 1	0,53 [0.01;10.38]
Personne à prévenir		4 (3%)	2 (1%)	p = 0,434	2,18 [0.39;12.08]
Médical					
Antécédents médico-chirurgicaux		90 (61%)	98 (62%)	p = 0,907	0,97 [0.61;1.53]
Allergie		12 (8%)	18 (11%)	p = 0,442	0,69 [0.32;1.49]
Traitement habituel		61 (41%)	74 (47%)	p = 0,357	0,81 [0.51;1.27]
Degré d'autonomie		4 (3%)	14 (9%)	p = 0,028	0,29 [0.09;0.89]
Motif de consultation		147 (99%)	159 (100%)	p = 0,482	
Examens complémentaires déjà réalisés		32 (22%)	35 (22%)	p = 1	0,98 [0.57;1.68]
Attentes spécifiques du médecin adressant		45 (30%)	86 (54%)	p = 0,00003	0,37 [0.23;0.59]
Hypothèse diagnostique		68 (46%)	84 (53%)	p = 0,254	0,76 [0.48;1.19]
Médico-social					
Lieu de vie		29 (20%)	27 (17%)	p = 0,558	1,19 [0.64;2.22]
Retour possible dans le lieu de vie		4 (3%)	7 (4%)	p = 0,544	0,6 [0.17;2.1]
Isolement		13 (9%)	7 (4%)	p = 0,165	2,09 [0.81;5.39]
Cas particulier					
Directives anticipées		3 (2%)	0 (0%)	p = 0,111	

Tableau 10. Résultats de l'analyse descriptive des lettres d'adressage avant et après diffusion d'une LAS

On retrouvait donc une différence significative entre les deux groupes sur :

- L'identité du médecin adressant,
- Le degré d'autonomie du patient,
- Les attentes spécifiques du médecin adressant.

Il n'y avait pas de différence significative avant et après diffusion de notre LAS pour les autres critères d'évaluation.

3. Discussion

a) Analyse des lettres d'adressage

Selon le rapport de la DREES ⁽²⁾, plus d'un quart des patients consultant aux urgences sont adressés par un médecin de ville ce qui correspond aux chiffres retrouvés dans notre étude (environ 19%).

Des travaux précédents ont cherché à évaluer la qualité de la lettre d'admission d'un patient aux urgences ; elles ont souvent démontré que ce type de courrier était incomplet et ont suggéré la mise en place d'une lettre type afin d'en améliorer la qualité ^{(9),(14)}. Cependant, elles ont aussi démontré que la qualité de ce courrier n'influçait pas le temps de prise en charge du patient aux urgences ni la qualité de la prise en charge globale ⁽¹⁶⁾.

En revanche, une étude publiée en 2006 a montré qu'elle influçait la qualité du triage à l'entrée des urgences ⁽⁷⁾. D'autres études ont montré qu'elle permettait de réduire le risque d'erreur médicale ⁽¹⁸⁾, et de réduire le coût d'une hospitalisation en évitant la redondance des examens ⁽¹⁹⁾.

Dans un travail de thèse, une revue de la littérature internationale a cherché à étudier la qualité des lettres des médecins traitants sur 40 ans, entre 1969 et 2009, à destination des spécialistes. Il a ainsi dégagé deux critères les plus étudiés au fil de ces articles : la présence

d'une hypothèse diagnostique et la mention des examens complémentaires réalisés. Cette étude a montré que la qualité des lettres d'adressage a peu évolué ces quarante dernières années (20).

Disposer dès le début de la prise en charge de certaines informations relatives à l'orientation possible du patient pourrait permettre d'anticiper les problématiques d'aval. L'exemple classique du sujet âgé chuteur à risque de maintien à domicile impossible illustre cette problématique. Il s'agit d'une situation où le patient transitera le plus souvent par les urgences, faute de place immédiate dans les services requis ou d'une présence médicale dans le service au moment de l'admission, dans les services type SSR.

Dans le contexte actuel de tensions pour l'hôpital public et plus particulièrement pour les services d'urgence, travailler en collaboration avec la médecine de ville afin de coordonner l'offre de soins apparaît régulièrement dans les mesures proposées par les instances dirigeantes (21).

b) Taux d'utilisation de notre LAS

L'étude de Nîmes de 2012 concluait à un faible taux d'utilisation de la fiche standardisée (7%). Nous avons rencontré le même écueil lors de ce travail puisque notre LAS n'a pas été utilisée sur la période étudiée (10).

À la lumière des informations recueillies lors du rappel téléphonique des MG suite à la diffusion de notre LAS, nous avons proposé des axes d'amélioration. L'informatisation de cette lettre, par exemple, pourrait permettre un gain de temps aux MG, avec un pré-

remplissage des antécédents médicaux et du traitement, ou bien des coordonnées des personnes de confiance.

Comme le soulignaient les MG contactés au cours de ce travail, certains items de notre lettre standardisée s'adressent particulièrement aux personnes âgées ou susceptibles d'être dépendantes. Nous avons constaté lors de cette étude qu'un quart des patients était âgé de plus de 80 ans. Dans un contexte de vieillissement de la population et de chronicisation des maladies, il paraît opportun d'être exhaustif sur les données de prises en charge médico-sociales et éthiques.

c) Comparaison des lettres d'adressage avant et après diffusion

Notre travail a permis de montrer une différence significative entre les deux périodes sur certains critères d'évaluation, comme le degré d'autonomie et les attentes spécifiques du médecin adressant, et ce malgré l'absence d'utilisation de notre LAS. La diffusion de cette LAS a été la seule action menée durant la période de travail. On peut donc supposer que cette diffusion a eu un effet de sensibilisation des MG à la rédaction des lettres d'adressage.

Ce constat nous permet d'envisager une amélioration significative du contenu des lettres d'adressage après une période plus longue de mise en place de la LAS. L'utilisation de cette LAS au-delà de la période de recueil en est un exemple.

d) Limites de notre étude

Le principal biais de notre étude réside dans le manque d'utilisation de la lettre de liaison standardisée.

De plus, lors du rappel téléphonique fait aux MG, tous n'ont pas pu être joints directement et les informations étaient transmises via leur secrétariat. Tous n'ont pas souhaité recevoir de mail de rappel avec un exemplaire de notre lettre.

L'étude peut manquer de puissance de part un faible effectif, ce qui n'a pas permis de retrouver une différence significative sur certains items. La durée d'observation de 1 mois peut expliquer ces faibles effectifs puisque quelques patients se sont présentés avec une LAS après la période de recueil.

Les lettres d'adressage dont une page était manquante n'étaient pas inclus car il était impossible de savoir si la page manquante était effectivement absente ou égarée ; et les deux échantillons n'ont pas été constitués à la même période de l'année ce qui pourrait constituer un biais de sélection.

V. CONCLUSION

Le courrier médical est un élément essentiel à la communication entre médecin de ville et médecin hospitalier, indispensable à la continuité des soins des patients qui consultent au SAU.

Si les CRU sont globalement satisfaisant du fait de l'informatisation du dossier médical au SAU du CHA, certains éléments comme les traitements reçus et les compte-rendu des examens complémentaires doivent y figurer plus systématiquement. Ces améliorations sont en cours. L'envoi de ces courriers par mail est une piste intéressante pour assurer une transmission plus exhaustive.

Bien que nous ayons constaté un faible taux d'utilisation de notre LAS, nous avons mis en évidence une différence significative concernant l'identification du médecin adressant, ses attentes spécifiques concernant la prise en charge et le degré d'autonomie des patients. Ces éléments sont fondamentaux pour la prise en charge des patients dans une population vieillissante. La poursuite de ce travail de communication auprès des MG permettra de continuer ces améliorations.

Depuis deux ans, le CVH se tient au CHA, il permet de travailler sur le lien entre les professionnels de santé hospitaliers et de ville.

Ce travail s'inscrit dans cette démarche globale, largement encouragée par les instances dirigeantes.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Toutlemonde F. Le panorama des établissements de santé – Édition 2018. DREES ; 2018. p. 200
- (2) Carrasco V. L'activité des services d'urgences en 2004. DREES; 2006 sept p. 8. Report No.: 524.
- (3) Feintrenie C, B. Maier, JP. Kern, C. Goutet Leonard, T. Schmutz, V. Colin, et al. La sortie à domicile d'un patient : les médecins libéraux donnent leur avis. Poster présenté à : Urgences 2011.
- (4) Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? La Presse Médicale. oct 2009;38(10):1404-9.
- (5) Fédération Hospitalière de France. Renforcer le lien Ville-Hôpital. Fédération Hospitalière de France; 2018 p. 34.
- (6) Debecque G, Chaperon A, Porte A, Lassié P, Ribéreau-Gayon R, Brouste Y, et al. Évaluation de la lettre du médecin accompagnant le patient admis aux urgences. Journal Européen des Urgences. mars 2004;17:52.
- (7) Chauveau P, Mazet-Guillaume B, Baron C, Roy PM, Tanguy M, Fanello S. Impact du contenu du courrier médical sur la qualité du triage initial des patients adultes admis aux urgences. Santé Publique. 4 oct 2013;Vol. 25(4):441-51.
- (8) Viallon A, Akarzouz D, Leveques Y, Garcia F, Robert F, Gonthier R, et al. Qualité de la lettre d'admission des patients âgés admis aux urgences. Journal Européen des Urgences. mai 2007;20(1):21.

- (9) Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. JAMA. 28 févr 2007;297(8):831-41.
- (10) Millet J, Bayard RP, Bobbia X, Bodin Y, Claret P, Lefrant J, et al. Utilisation d'une fiche standardisée de transfert d'informations par les médecins généralistes adressant leurs patients dans un Service d'Accueil des Urgences : étude prospective observationnelle. Poster présenté à : Urgences 2012.
- (11) Bleichner G. Critères d'évaluation des services d'urgences. SFMU; 2001 mars. p. 95.
- (12) Mercat X. Les courriers entre médecins. Conseil National de l'Ordre des médecins; 1998 janv. p. 6.
- (13) Haute Autorité de Santé. Document de sortie d'hospitalisation >24h, Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation. HAS; 2014 oct.
- (14) Carneiro B, Paré F, Roy PM, Fanello S. Qualité des courriers de sortie des consultants des urgences de l'hôpital aux médecins généralistes. Santé Publique. 27 mai 2014;Vol. 26(2):165-72.
- (15) Clanet R, Bansard M, Humbert X, Marie V, Raginel T. Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes. Santé Publique. 2015;27(5):701-11.
- (16) François P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. Santé Publique. 2014;26(2):189-97.

- (17) Paquier C, Cadat D, Trolong-Bailly C, Carpentier F. Évaluation de la qualité d'une lettre d'admission dans le service d'accueil et d'urgence du CHU de Grenoble. *Journal Européen des Urgences*. mai 2007;20(1):146.
- (18) Taylor S. Accuracy of general practitioner medication histories for patients presenting to the emergency department. *Aust Fam Physician* 2014 ; 10(43) : 728-732.
- (19) Montalto M, Harris P, Rosengarten P. Impact of general practitioners' referral letters to an emergency department. *Aust Fam Physician* 1994 ; 23(7) : 1320-1328.
- (20) Cartier T. Les lettres d'adressage des généralistes vers les spécialistes : analyse de la littérature internationale [Doctorat de médecine]. [Paris]: Université Paris Diderot; 2010.
- (21) Buzyn A. Discours d'Agnès Buzyn - Pacte de refondation des urgences. Ministère des Solidarités et de la Santé. sept 2019. p. 9.

VII. ANNEXES



LETTRE DE SORTIE DES URGENCES

N° FINESS :

Dr [nom du médecin traitant]

Chef de service

Cher Confrère,

Responsables UF
URGENCE JB
UHCD
SMUR

Nous avons reçu dans le service des urgences votre patient(e) Melle, Mme,
M. [identité patient] le [date / heure d'arrivée].

Praticiens Hospitaliers

Dr
Dr
Dr
Dr
Dr
Dr
Dr

Il a présenté [motif d'hospitalisation].

Ses antécédents sont marqués par :
[antécédents]

Assistants spécialistes

Dr
Dr

Allergie : [allergie]

Cadre Supérieur de Santé

M.

Le traitement à domicile comporte :
[traitements]

Cadres infirmiers

M.
Mme

Histoire de la maladie :
[histoire de la maladie]

CH Armentières
112 rue Sadi Carnot
BP 189
59241 Armentières
Tel :
Fax :

Examen clinique à l'entrée :

[constantes]

[examen clinique]

Il a été pratiqué :

Le patient a bénéficié de l'avis de :

Les traitements reçus aux urgences :

L'évolution dans le service :

Au total, votre patient(e) a présenté :
[conclusion médicale]

Conduite à tenir :
[conduite à tenir]

Confraternellement.

[nom du sénior] / [nom de l'interne]

LETTRÉ DE LIAISON VILLE-URGÉNCES

- Identification du patient

Nom : Prénom :
Date de naissance : Sexe : M / F
Lieu de vie :
Tél. :

- Référents médicaux

Nom du médecin traitant : Tél. :

- Modalités de sortie

Retour possible dans le lieu de vie ? Oui Non
Retour possible dans le lieu de vie même la nuit si bilan normal ? Oui Non
Transfert à prévoir dans un établissement de santé médico/psycho-social ? Oui Non
Si besoin : directives anticipées ? Oui Non

- Entourage familial

Personne à prévenir : Tél. :
Patient isolé : Oui Non
Mesures de protection : Oui Non

- Le patient est-il autonome ?

Oui Non / Si non, préciser :

- Antécédents médico-chirurgicaux

- Allergie : Non Oui

- Traitements

- Motif d'hospitalisation et examens complémentaires déjà réalisés

- Attente(s) spécifique(s) du médecin adressant

- Remarque(s)

Date :

Signature :

AUTEUR : Nom : COMMONT

Prénom : Aurore

Date de soutenance : 19 décembre 2019

Titre de la Thèse : Lien Ville-Hôpital : étude des échanges interprofessionnels et proposition d'une lettre de liaison pour les médecins adressant un patient aux urgences.

Thèse – Médecine – Lille 2019

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : courrier, service hospitalier des urgences, médecin traitant, parcours de soins coordonné.

Résumé :

Contexte : Plus d'un quart des patients consultant aux urgences sont adressés par un médecin généraliste (MG), qui rédige une lettre d'adressage pour transmettre les informations médicales relatives au patient. Les critères de rédaction de cette lettre ne font l'objet d'aucune recommandation. L'objectif principal de notre étude était de comparer l'exhaustivité du contenu de ces courriers avant et après la diffusion d'une lettre d'adressage standardisée (LAS) aux MG de la région, selon des critères issus de la littérature.

Méthode : Étude descriptive, prospective, monocentrique, sur le site des urgences du Centre Hospitalier d'Armentières, du 1^{er} au 31 juillet 2017 et du 15 mars au 15 avril 2019 avec diffusion de la LAS entre ces deux périodes. 72 MG ont été contactés et ont reçu plusieurs exemplaires de la LAS. Ce travail a recensé les patients adressés aux urgences par un médecin généraliste avec une lettre d'adressage, et orientés en filière longue. Un rappel téléphonique a été effectué à 1 mois.

Résultats : 148 lettres de liaison ont été colligées dans le groupe avant diffusion de la LAS, 159 lettres de liaison ont été colligées après cette diffusion. La LAS n'a pas été utilisée sur la période d'observation. Cependant, une différence significative entre les deux périodes a été retrouvée pour les items identification du médecin adressant ($p = 0,025$), attentes spécifiques du médecin adressant ($p = 0,00003$), mention du degré d'autonomie du patient ($p = 0,003$).

Conclusion : Ce type de LAS s'inscrit dans une démarche d'amélioration globale des rapports entre l'hôpital et les praticiens de ville. Sa faible utilisation suggère qu'un travail de communication reste nécessaire.

Composition du jury :

Président : Pr E. Wiel

Assesseurs : Pr D. Deleplanque, Dr J-M. Renard, Dr J-B. Lezy

