

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2013

THÈSE N°

ÉTUDE DESCRIPTIVE ET PROSPECTIVE DES INFORMATIONS CONTENUES DANS LES COURRIERS DES MÉDECINS ADRESSANT DES PATIENTS AUX URGENCES

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 13 septembre 2013

par

Guillaume CHAUVIÈRE

né le 18 juin 1981, à Bourg en Bresse

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Monsieur le Professeur VALLEIX Denis.....Président

Madame le Professeur FAUCHAIS Anne-Laure.....Juge

Madame le Professeur DUMOITIER Nathalie.....Juge

Madame le Docteur BEAUJEAN-SISTI Françoise.....Directrice de thèse

DOYEN DE LA FACULTÉ :

Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS :

Monsieur le Professeur Marc LASKAR
Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU
Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS :

*C.S. = Chef de Service

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (Sur. 31.08.2015)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (C.S.)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S.)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe (C.S.)	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
BERTIN Philippe (C.S.)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (C.S.)	O.R.L.
BONNAUD François (Sur. 31.08.2015)	PNEUMOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S.)	HEMATOLOGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (C.S.)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S.)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COGNE Michel (C.S.)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre (Sur. 31.08.2014)	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe (C.S.)	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry (C.S.)	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S.)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEUD Aurélien	UROLOGIE
DESPOINT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (C.S.)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe (C.S.)	UROLOGIE
ESSIG Marie (C.S.)	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure (C.S.)	MEDECINE INTERNE

FEISS Pierre
FEUILLARD Jean (C.S.)
FOURCADE Laurent (C.S.)
FUNALOT Benoît
GAINANT Alain
GUIGONIS Vincent
JACCARD Arnaud
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile
LABROUSSE François (C.S.)
LACROIX Philippe
LASKAR Marc (C.S.)
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (C.S.)
LOUSTAUD-RATTI Véronique
MABIT Christian (C.S.)
MAGY Laurent
MARQUET Pierre (C.S.)
MATHONNET Muriel
MELLONI Boris (C.S.)
MERLE Louis (Sur. 31.08.2015)
MONTEIL Jacques (C.S.)
MOREAU Jean-Jacques (C.S.)
MOULIES Dominique
MOUNAYER Charbel
NATHAN-DENIZOT Nathalie (C.S.)
PARAF François (C.S.)
PLOY Marie-Cécile (C.S.)
PREUX Pierre-Marie (C.S.)

ROBERT Pierre-Yves (C.S.)
SALLE Jean-Yves (C.S.)
SAUTEREAU Denis (C.S.)
STURTZ Franck (C.S.)
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre

TREVES Richard
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S.)
VALLAT Jean-Michel (Sur. 31.08.2014)
VALLEIX Denis (C.S.)
VERGNENEGRE Alain

VERGNE-SALLE Pascale
VIDAL Élisabeth
VIGNON Philippe (C.S.)
VINCENT François
VIROT Patrice (C.S.)
WEINBRECK Pierre (C.S.)
YARDIN Catherine (C.S.)

ANESTHESIOLOGIE- REANIMATION
 HEMATOLOGIE
 CHIRURGIE INFANTILE
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 CHIRURGIE DIGESTIVE
 PEDIATRIE
 HEMATOLOGIE
 IMMUNOLOGIE
 ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
 MEDECINE VASCULAIRE
 CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
 PEDIATRIE
 HEPATOLOGIE
 ANATOMIE
 NEUROLOGIE
 PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
 CHIRURGIE DIGESTIVE
 PNEUMOLOGIE
 PHARMACOLOGIE CLINIQUE
 BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
 NEUROCHIRURGIE
 CHIRURGIE INFANTILE
 RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
 ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
 MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
 BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
 EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET
 PREVENTION
 OPHTALMOLOGIE
 MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
 GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES
 METABOLIQUES
 RHUMATOLOGIE
 CANCEROLOGIE
 NEUROLOGIE
 ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
 EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET
 PREVENTION
 THERAPEUTIQUE
 MEDECINE INTERNE
 REANIMATION
 PHYSIOLOGIE
 CARDIOLOGIE
 MALADIES INFECTIEUSES
 CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS ÉMÉRITES :

BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
DENIS François	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre	O.R.L.
VANDROUX Jean-Claude	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS :

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ANTONINI Marie-Thérèse (C.S.)	PHYSIOLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MOUNIER Marcelle	BACTERIOLOGIE – VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
PICARD Nicolas	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE :

BUCHON Daniel	MEDECINE GENERALE
----------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS À MI-TEMPS :

BUISSON Jean-Gabriel	MEDECINE GENERALE
DUMOITIER Nathalie	MEDECINE GENERALE
PREVOST Martine	MEDECINE GENERALE

MAÎTRE DE CONFÉRENCES ASSOCIÉ À MI-TEMPS :

MENARD Dominique	MEDECINE GENERALE
-------------------------	-------------------

REMERCIEMENTS

Au président de jury,

Monsieur le Professeur VALLEIX Denis,

Vous me faites l'honneur d'assurer la présidence de mon jury de thèse. Soyez assuré de ma grande estime et de ma profonde reconnaissance.

Aux membres du jury,

Madame le Professeur FAUCHAIS Anne-Laure,

J'apprécie l'honneur que vous me faites en acceptant de faire partie de ce jury. Veuillez recevoir mes remerciements respectueux.

Madame le Professeur DUMOITIER Nathalie,

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez manifesté pour ce travail en acceptant de le juger. Soyez assurée de ma sincère gratitude.

À ma directrice de thèse,

Madame le Docteur BEAUJEAN-SISTI Françoise,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Tes conseils dans l'élaboration de ce travail ont été précieux.

Je tiens également à te remercier pour ton encadrement lors de mes gardes et de mon stage aux urgences de Tulle. Tu as su me laisser de l'autonomie, tout en étant disponible et à l'écoute lors des difficultés que j'ai pu rencontrées. Travailler avec toi a été un grand plaisir.

À mes parents,

Je vous remercie pour toutes ces valeurs que vous m'avez transmises, pour votre soutien tout au long de mes études, pour votre confiance et votre amour.

À mon frère,

Même si la vie nous a éloignés géographiquement, on se retrouve très souvent sur le secteur de Koprulu. Merci pour tous ces bons moments et délires passés entre frangins.

À mes grands-parents,

Merci pour votre affection et votre soutien durant toutes ces années. J'aurais tellement aimé que vous soyez tous là pour partager ce moment ensemble.

À toute ma famille,

Nos (trop rares) fêtes de famille sont toujours de bons moments et je garde de supers souvenirs de tous ces instants passés avec chacun d'entre vous.

À Jésus, Don, Ben, Michel, Max, Marie et les autres internes de Tulle,

Notre belle amitié a débuté lors de notre rencontre à Tulle en tant qu'internes. Merci à vous tous pour tous ces instants passés au sein de l'internat, tant à l'intérieur qu'en dehors de l'hôpital, et également pour tous ceux à venir...

Aux autres amis limougeauds dont certains sont devenus parigots,

Jo, Boots, Pepe, Mel B, Aurélie, Cécile, Lud, Roule, Coralie, RAlex... Je vous apprécie pour votre sympathie, votre humour et votre bonne humeur.

À mes amis de lycée et de médecine de Saint-Étienne,

Taz, Coco, Juju, Angie, Marion, Céline et leurs moitiés : Richard, Julien, Romain, Émile et Stéphane : merci pour tous ces bons moments passés ensemble. J'espère qu'il y en aura encore beaucoup d'autres.

Duc & Cie : je garde de bons souvenirs de nos années studieuses passées ensemble sur les bancs de la fac et de nos « révisions » rue Gabriel Péri.

À tout le personnel médical et paramédical des services de médecine interne, gastro-entérologie, cardiologie et urgences de l'hôpital de Tulle ainsi que celui de pédiatrie de Limoges,

J'ai reçu durant chacun de ces stages un accueil chaleureux. Tous ces horizons et ces expériences variées m'ont énormément appris. J'ai beaucoup apprécié de travailler avec vous.

Aux docteurs Chausson, Goudeaux et Rondeau,

Merci pour vos enseignements qui m'ont permis d'acquérir un bagage relativement solide pour exercer au mieux le métier de médecin généraliste. Je vous en suis très reconnaissant.

À toutes les personnes qui ont participé à la réalisation de cette thèse,

Merci aux infirmières et secrétaires des urgences de Tulle pour avoir photocopié l'ensemble des courriers d'admission nécessaires à mon recueil de données, ainsi que tous les médecins, urgentistes et généralistes, qui ont pris le temps de remplir leur questionnaire. Merci à tous pour votre participation et vos encouragements.

Et enfin à Elsa,

Merci pour ton aide et ton soutien durant ces nombreux mois d'écriture. Nous partageons ensemble tellement de choses... y compris ce jour de thèse.

Merci également de m'avoir transmis le goût du voyage et pour l'amour que tu me portes, un peu plus, chaque jour.

Et à tous ceux que je n'ai pas cités mais qui comptent...

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS

INTRODUCTION

GÉNÉRALITÉS

1. LE COURRIER MÉDICAL

- 1.1. Définition, étymologie et histoire du mot « courrier »
- 1.2. Les courriers et la législation dans le domaine médical
- 1.3. Les recommandations sur la rédaction d'un courrier
 - 1.3.1. La forme du courrier
 - 1.3.2. Le contenu du courrier
 - 1.3.3. Les conditions d'information du patient
 - 1.3.4. Les modalités de transmission
 - 1.3.5. Les autres situations

2. OBJECTIF DE L'ÉTUDE

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. POPULATION ÉTUDIÉE

2. RECUEIL DE DONNÉES

- 2.1. Identification du patient
- 2.2. Structure du courrier
- 2.3. Identification des médecins
- 2.4. Observation du généraliste
- 2.5. Antécédents
- 2.6. Traitement
- 2.7. Autres informations
- 2.8. Orientation diagnostique
- 2.9. Cas particuliers
- 2.10. Motifs de recours au service des urgences
- 2.11. Score de qualité
- 2.12. Questionnaires envoyés aux médecins

3. ANALYSE

RÉSULTATS

1. POPULATION ÉTUDIÉE

- 1.1. Répartition selon l'âge
- 1.2. Répartition selon l'origine des courriers
- 1.3. Répartition selon l'heure et le jour d'admission

2. ANALYSE DES COURRIERS

- 2.1. Analyse des items
 - 2.1.1. Identification du patient
 - 2.1.2. Structure du courrier
 - 2.1.3. Identification des médecins
 - 2.1.4. Observation du généraliste
 - 2.1.5. Antécédents
 - 2.1.6. Traitement
 - 2.1.7. Informations sociales
 - 2.1.8. Origine du patient
 - 2.1.9. Moyen d'arrivée
 - 2.1.10. Devenir du patient

- 2.1.11. Orientation diagnostique
- 2.1.12. Cas particuliers
- 2.1.13. Motifs de recours au service des urgences
- 2.2. Analyse des scores de qualité
- 3. RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES
 - 3.1. Questionnaire des médecins urgentistes
 - 3.2. Questionnaire des médecins généralistes

DISCUSSION

- 1. POINTS FORTS DE L'ÉTUDE
- 2. LIMITES DE L'ÉTUDE
- 3. ÉTUDE DES COURRIERS
 - 3.1. Nombre de courriers
 - 3.2. Population étudiée
 - 3.3. Contenu des courriers
 - 3.4. Essai d'interprétation du manque d'information
- 4. AMÉLIORATION DES ÉCHANGES D'INFORMATIONS

CONCLUSION

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

ABRÉVIATIONS

AEG : Altération de l'État Général

ALD : Affection Longue Durée

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

ATCD : Antécédents

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIMU : Classification Infirmière des Malades des Urgences

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DMP : Dossier Médical Personnel

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HDM : Histoire De la Maladie

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

IDE : Infirmière Diplômée d'État

MAD : Maintien À Domicile

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PEC : Prise En Charge

RAD : Retour À Domicile

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

T°C : Température (en degré Celsius)

TA : Tension Artérielle

TAP : Transport Assis Professionnalisé

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

INTRODUCTION

Les services d'urgences, ouverts tout au long de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, accueillent un flux croissant de patients d'année en année. Ces derniers peuvent, sur un problème aigu et sans avis médical préalable, venir d'eux-mêmes consulter aux urgences. Ils viennent alors le plus souvent par leurs propres moyens. Mais ils peuvent également être adressés par un médecin généraliste depuis leur domicile ou depuis le cabinet médical. En fonction de la gravité de leur pathologie et des ressources disponibles, ils viennent à l'hôpital en voiture personnelle ou sont amenés par les pompiers, des ambulances privées ou par le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR). Dans tous les cas, le praticien urgentiste accueillant le malade a pour tâche d'identifier clairement le motif d'hospitalisation, l'histoire de la maladie et les antécédents du patient afin de proposer une hypothèse diagnostique la plus cohérente possible et initier sa prise en charge thérapeutique. La connaissance de l'ensemble des informations relatives au malade est donc primordiale pour le médecin urgentiste. Cependant, la plupart des patients méconnaissent leurs antécédents médicaux et chirurgicaux, ainsi que leur traitement. Dans la précipitation, ils oublient souvent leur ordonnance et ont du mal à retrouver les noms, souvent complexes, de leurs médicaments ou ne se rappellent pas des posologies. Tout ceci est accentué chez les personnes polypathologiques qui ont beaucoup d'antécédents médicaux et chirurgicaux, parfois anciens. Elles ont souvent un traitement comprenant beaucoup de médicaments. La prise d'information par l'urgentiste peut également être difficile chez les patients, comme certaines personnes âgées, présentant une désorientation ou des troubles cognitifs. De plus, la douleur, l'inquiétude et le stress engendrés par leur pathologie aiguë et cette hospitalisation subite et imprévue les perturbent, rendant l'interrogatoire de l'urgentiste encore plus difficile.

Le courrier médical, qui constitue le lien essentiel entre le médecin de ville et le médecin hospitalier, doit, en théorie, pallier à ces difficultés. En effet le médecin généraliste, véritable médecin de famille, connaît ses patients depuis de nombreuses années et les revoit régulièrement pour leurs suivis. De plus, depuis le 1^{er} janvier 2006, chaque patient doit avoir déclaré un médecin traitant, dit « référent ». Son dossier, papier ou informatique, contient l'ensemble des informations relatives au malade. Il est obligatoire selon l'article 45 du code de déontologie (décret du 6 septembre 1995). Le généraliste est donc censé connaître les particularités de son patient et l'adresser, si besoin, aux urgences avec une lettre regroupant l'essentiel de ses informations personnelles afin d'aider l'urgentiste dans sa prise en charge hospitalière. On admettra qu'une information précise et correctement transmise par le

courrier puisse contribuer à écourter la phase initiale de tâtonnement et de recherche d'informations sur le patient et ainsi, certainement, assurer un meilleur pronostic à l'issue de son séjour.

Du fait de la particularité de chacun des patients et de la multitude de situations, il ne peut pas y avoir de modèle simple et unique de courrier médical concernant un patient adressé aux urgences. Cependant, chaque lettre doit respecter d'une manière générale les règles du code de déontologie et les recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins. Elle doit contenir l'ensemble des informations médicales, sociales et administratives nécessaires au médecin urgentiste pour sa prise en charge globale du patient. Le courrier permet ainsi d'assurer une bonne continuité des soins.

GÉNÉRALITÉS

1. LE COURRIER MÉDICAL

La collaboration et l'échange d'informations entre médecins sont incontournables pour la bonne prise en charge des patients puisque, de nos jours, l'avis et l'intervention de plusieurs partenaires médicaux sont souvent nécessaires pour soigner un patient.

Il existe différents moyens de communication entre médecins. Ils ont évolué au fil du temps : téléphone, fax et internet qui a connu un essor depuis le milieu des années 2000. Cependant, le courrier reste très utilisé. Bien que ses conditions matérielles de réalisation aient évolué avec l'informatisation, le courrier reste souvent manuscrit. Quelle que soit sa forme, le courrier joue un rôle primordial dans la qualité des soins. Il établit un climat de professionnalisme et de confraternité entre médecins et permet une transmission fiable des informations médicales du patient nécessaires à sa prise en charge.

1.1. Définition, étymologie et histoire du mot « courrier »

« Courrier » est un nom masculin. Il désigne une correspondance : lettres, imprimés, et paquets qui sont acheminés et distribués par les services de la poste(1).

Son synonyme le plus proche est : « lettre ». Il s'agit d'un écrit sur une feuille de papier, qui est adressé personnellement à quelqu'un et destiné à être mis sous enveloppe pour être envoyé par la poste.

L'origine du mot « courrier » vient de *corrier*, apparu au XIV^{ème} siècle et qui signifiait « porteur de messages ». Ce terme fut emprunté de l'italien « corriere » (« porteur »), lui-même dérivé de *correre* (« courir »). Notons enfin qu'en latin *currere* signifie « courir »(1).

Mais ce nom peut avoir d'autres significations, et en particulier au XIX^{ème} et XX^{ème} siècle comme on peut le retrouver dans la 9^{ème} édition du dictionnaire de l'Académie française(2) et dans certains écrits de la littérature française.

Il peut désigner une personne.

En effet, un courrier est un employé des P.T.T. (Postes, Télégraphes et Téléphones) convoyant ou triant les lettres et les dépêches.

Autrefois il représentait un homme à cheval qui précédait les voitures de poste pour préparer les relais (exemple : « *Le courrier avertissait secrètement les postillons de l'approche d'une seconde calèche pour le service de laquelle il commandait deux chevaux* » ; LAMARTINE, Raphaël, 1849, p. 229.).

Il nommait également un homme qui portait rapidement les dépêches sur de grandes distances. Le plus courant étant le « messenger » qui est un homme de confiance chargé de transmettre les ordres d'une personnalité (exemple : « *Un courrier qui arrive de Paris demande à parler à M. le duc d'Aumont... de la part de Sa Majesté* » ; A. DUMAS, Mlle de Belle-Isle, 1839, IV, 2, p. 74.).

Au sens figuré, un courrier désigne une personne (ou parfois une chose) porteuse d'une nouvelle. Dans cet emploi, on peut retrouver de nombreux exemples dans la littérature française où le mot prend une fonction d'adjectif qui peut alors être féminin (exemple : « *La barque courrière* » ; J.-J. AMPÈRE, Correspondance, 1824, p. 291).

Le mot courrier peut également désigner une chose.

Il peut représenter un moyen de transport. Il s'agit du véhicule, navire ou avion effectuant un service postal ou commercial et transportant des lettres, journaux... (exemple : « *La vie de la compagnie s'était arrêtée, puisque ce courrier, prévu pour deux heures, serait décommandé, et ne partirait plus qu'au jour* » ; SAINT-EXUPÉRY, Vol de nuit, 1931, p. 132). On notera que dans l'aviation, on parle de « moyen-courrier » ou « long-courrier » en fonction de la distance parcourue par l'avion.

Avant que ces moyens modernes de locomotion n'existent, il désignait la malle-poste ; véhicule à quatre roues, tiré par des chevaux, qui transportait les dépêches (exemple : « *Je suis parti à midi dans le courrier, arrivé le 4 à six heures du matin à Valence* » ; STENDHAL, Journal, t. 2, 1801-18, p. 160).

Enfin, dans les journaux, il peut désigner une rubrique régulière spéciale du journal qui est alimentée par les lettres des lecteurs. On parle alors de « courrier des lecteurs ».

1.2. Les courriers et la législation dans le domaine médical

Une transmission d'informations concernant le malade qui est pris en charge aux urgences, ou par un autre spécialiste, est nécessaire entre les différents médecins pour assurer la continuité des soins. Cette affirmation qui s'impose comme une évidence est rappelée par plusieurs articles du code de déontologie médicale⁽³⁾ (cf. annexe 1).

Tout d'abord, comme le précisent les articles 59 et 60, un médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent tout en respectant le choix du patient. Il doit alors informer son confrère par écrit de l'ensemble de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions, mais aussi en avisant le patient. Ce courrier doit être remis au patient ou adressé directement à son confrère en informant le patient. Le médecin doit conserver le double de son écrit.

Ce courrier doit respecter le secret professionnel (cf. article 4). Ainsi, un médecin traitant adressant un patient à un confrère spécialiste ne doit échanger avec ce dernier que les informations médicales nécessaires pour son intervention diagnostique ou thérapeutique, sans transmettre l'ensemble du dossier médical. Notons que les renseignements médicaux strictement indispensables peuvent également être fournis au médecin-conseil nommé désigné de l'organisme de la sécurité sociale dont il dépend, ou à d'autres médecins relevant d'un organisme public dans le cadre d'une attribution d'avantages sociaux (cf. article 50).

Le secret médical n'étant pas opposable au malade en dehors de certaines réserves (cf. article 35), la lettre est accessible au patient qui doit être informé de son contenu. Pour cette raison, il convient d'user de tact et mesure en évitant d'utiliser des mots qui pourraient être mal compris ou mal interprétés par le patient. De plus, un pronostic fatal, ou un diagnostic dont le patient souhaite ne pas être informé, ne doit pas être révélé dans la lettre (cf. article 35). Il faut également garder à l'esprit que cette correspondance pourra devenir une pièce d'un dossier médical pouvant être consulté par d'autres personnes autorisées comme dans le cas d'une plainte où le dossier est saisi par la justice.

La lettre rédigée est confiée au malade et celui-ci conserve la liberté d'en faire l'usage qu'il souhaite. La jurisprudence est claire à ce sujet : le patient garde la possibilité de ne pas remettre la lettre au médecin destinataire, sans pour autant que cela soit un délit de suppression de correspondance.

Rappelons que la rédaction d'un courrier en vue d'une admission d'un malade dans un service hospitalier repose sur un support légal. En effet l'article R. 1112-11 du code de la santé publique (cf. annexe 2) stipule que « l'admission à l'hôpital [...] est décidée, hors les cas d'urgence [...] sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant [...] attestant la nécessité du traitement hospitalier. Ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé, sans mentionner le diagnostic de l'affection qui motive l'admission. Il est accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant [...] adressée au médecin du service hospitalier donnant tous renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement ».

Le courrier doit être rédigé lisiblement en langue française, daté et signé (cf. article 76). L'identification du praticien ayant rédigé cette lettre doit être possible. Des formules de

politesse sont préférables car les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité (cf. article 56).

Dans un souci de suivi du patient, l'ensemble des informations relatives à ce dernier et nécessaires pour sa prise en charge, doit être communiqué aux médecins participant à l'examen ou au traitement du patient. Ces praticiens doivent se tenir mutuellement informés de la prise en charge de leur patient (cf. article 45, 62, 63 et 64).

Enfin, rappelons que toutes ces règles s'appliquent à l'ensemble du corps médical, que l'on soit médecin inscrit au tableau de l'Ordre ou étudiant en médecine. Toute infraction relève de la juridiction disciplinaire de l'Ordre (cf. article 1^{er}).

1.3. Les recommandations sur la rédaction d'un courrier

Compte tenu de la multitude de situations dictant la rédaction d'un courrier, il est difficile d'établir une lettre type. Un modèle unique ne peut répondre aux besoins de tous les médecins, pour tous les patients et dans toutes les situations. Cependant, certaines règles peuvent s'appliquer à l'ensemble des situations. Le Conseil national de l'Ordre des médecins, lors de la session du 30 janvier 1998, a rédigé un rapport sur les courriers entre médecins(4). Il analyse la forme et le contenu des courriers, les conditions d'information du patient et les modalités de transmission afin d'en tirer des recommandations sur la rédaction d'un courrier médical.

1.3.1. La forme du courrier

Elle est variable mais certains éléments méritent d'être précisés. L'auteur du courrier doit être parfaitement identifiable. Les règles de convenance, en particulier les formules de politesse, doivent être respectées. Le courrier doit être daté car c'est un élément essentiel pour le suivi du malade et l'évolution de sa maladie. Il est d'ailleurs nécessaire d'en garder un double dans le dossier médical.

Il ne faut pas donner un tour trop personnel au courrier car il pourrait devenir une pièce d'un dossier pouvant être consulté par d'autres personnes autorisées ou accréditées. La lettre est, comme le rappelle la jurisprudence, considérée comme une attestation qui, décrivant une maladie par exemple, appartient d'abord au malade. Dans ces conditions, le vouvoiement est préférable au tutoiement. Il ne faut pas y adjoindre des considérations personnelles ou intimes. L'humour et les plaisanteries au détriment du malade sont à proscrire, même s'ils sont dissimulés.

La mention « confidentiel » ou « secret médical » peut être portée sur l'enveloppe. Elle n'est justifiée que si le pli comporte des informations confidentielles sur une personne

nominativement désignée. Elle semble indispensable pour les courriers confiés à la poste ou adressés à certains organismes car des membres du personnel, non médecins, pourraient être susceptibles de l'ouvrir. Mais une utilisation abusive, notamment dans des établissements de santé, peut être à l'origine de difficultés et de conflits.

1.3.2. Le contenu du courrier

Ce document consacre une situation nouvelle entre deux médecins vis-à-vis du patient : le généraliste du malade et un spécialiste. Ce dernier, souvent proposé par le médecin traitant pour des raisons de compétences particulières (tant intellectuelles que matérielles), ne connaît pas encore le patient. Le généraliste va partager avec son confrère l'élément essentiel de la confiance que lui a prodigué son malade, à savoir le secret médical : « tout ce qu'il a vu, entendu ou compris ». Cette notion de secret partagé n'a aucune base juridique, mais elle est ancienne, indispensable et parfaitement admise entre médecins. Dans ces conditions, comme le rappelle le code de déontologie, le généraliste ne doit échanger avec le spécialiste que les informations nécessaires pour son intervention diagnostique ou thérapeutique. Il ne faut donc pas, sauf cas particulier, transmettre la totalité du dossier médical.

Il paraît important de se limiter à l'information « nécessaire, pertinente et non excessive » dans l'intérêt du patient. En effet, le malade devra être informé du contenu de la lettre. De plus, certains mots peuvent avoir un sens différent selon leur terminologie médicale connue du médecin et le langage courant du malade. C'est le cas d'obèse, cachectique, tumeur..., de certains termes psychiatriques : débile, pervers, hystérique, dément, caractériel..., mais aussi de certaines formulations ayant une connotation morale. L'ensemble de ces termes à connotation péjorative sont donc à éviter. Les habitudes de vie, si elles sont indispensables à connaître, devront être décrites avec tact et mesure. Il faut ainsi éviter les mots de style : buveur invétéré, homosexuel notoire, multi-partenariat avéré, drogué connu et parfois même boulimique, tabagique, alcoolique... Le médecin n'ayant pas une mission policière, le patient n'a pas à « avouer » ou à « nier ».

Les pronostics sont souvent inutiles. Ils apportent peu au médecin correspondant mais ont comme conséquence d'inquiéter le patient et d'aggraver son angoisse naturelle. N'oublions pas que le patient peut, et doit dans la plupart des cas, prendre connaissance du contenu de la lettre.

Enfin, la possibilité que le patient a de prendre connaissance de ce courrier, et le fait que la lettre deviendra une pièce d'un dossier médical, interdisent la mise en cause d'un tiers dans ce document.

1.3.3. Les conditions d'information du patient

C'est l'article 35 du code de déontologie qui détermine les conditions de cette information.

Le secret médical n'est pas opposable au malade. La jurisprudence est constante sur ce point. Depuis les lois du 6 janvier et du 17 juillet 1978, tous les textes législatifs et réglementaires sur le recueil et la transmission d'informations nominatives imposent la possibilité, pour l'individu concerné, d'avoir accès à ces informations. En ce qui concerne les informations médicales, il est laissé au médecin l'appréciation de juger ce qui peut et ne peut pas être dit au patient. Ainsi, en fonction de la personnalité et de l'état psychique du malade, ce dernier peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave (sauf si l'affection expose une tierce personne à un risque de contamination).

Ces obligations déontologiques s'appliquent au courrier médical. Il est donc préférable de ne pas évoquer clairement les éléments pronostiques si l'on ne veut pas détruire l'espoir du malade.

L'écriture d'un courrier peut donc être délicate voire périlleuse. Il faut savoir écrire avec précision et subtilité les éléments indispensables à son confrère, tout en évitant de heurter la sensibilité et de détruire l'espérance de son patient.

Il peut ainsi être judicieux pour certaines informations sensibles :

- soit de proposer au malade de les indiquer lui-même à l'autre médecin ;
- soit de les transmettre oralement à l'autre médecin par téléphone, si l'on considère que la connaissance de cette information pourrait être préjudiciable au patient.

1.3.4. Les modalités de transmission

Afin que l'obligation d'information du patient soit respectée, le médecin doit :

- soit formuler de vive voix ou dicter devant le malade les termes de sa lettre ;
- soit la remettre décachetée au patient afin qu'il puisse en prendre connaissance.

Dans ce cas, il faut indiquer au malade qu'il peut la lire avant de la cacheter lui-même.

Il est préférable de noter sur l'enveloppe le nom du destinataire, qu'il s'agisse d'un médecin ou d'une spécialité. Il faut cependant être vigilant à respecter le secret médical et les connaissances du patient sur sa maladie. Ainsi dans certains cas, il peut être préférable de ne pas noter « cancérologie » sur l'enveloppe.

La lettre est confiée en main propre au patient qui, contrairement aux règles générales de la protection et du secret des correspondances, garde la liberté d'en faire l'usage qu'il désire. C'est ainsi que la cour de cassation, depuis la réunion du 16 mai 1963, estime que « le client recevant une lettre destinée à lui servir d'introduction auprès d'un autre praticien,

n'est tenu ni de consulter ce dernier, ni de lui remettre ladite lettre d'introduction ». Il n'y a pas délit de suppression de correspondance au sens de l'article 226-15 du code pénal. Les juristes considèrent que cette lettre n'est pas une véritable correspondance. Il s'agit plutôt de renseignements concernant le malade qui pourraient lui être donnés oralement, mais qu'il est préférable d'écrire en termes précis, techniques et définitifs.

1.3.5. Les autres situations

Nous avons formulé les principales recommandations sur la rédaction d'un courrier lorsqu'un médecin généraliste écrit à un confrère, qui dans le cas de notre thèse est un médecin urgentiste. Cependant, l'ensemble de ces règles s'applique pour n'importe quel médecin, qu'il soit généraliste, spécialiste, médecin-conseil, médecin du travail..., en cabinet ou en milieu hospitalier. Ces règles sont également valables quelle que soit la forme du document : courrier dactylographié, fax, mail...

Ce type de courrier ne concerne pas les demandes d'examens complémentaires (biologiques ou d'imagerie médicale). Cependant, il serait utile que ces demandes soient accompagnées systématiquement de ces informations pour expliquer la nature et les raisons de la demande et pour une meilleure interprétation des résultats par le spécialiste.

2. OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Dans la pratique médicale quotidienne, la lecture de la lettre accompagnant un patient adressé aux urgences est une étape indispensable pour le médecin urgentiste. Elle lui permet de recueillir des informations capitales concernant le malade.

L'objectif de cette étude prospective et descriptive est d'évaluer, de manière la plus objective possible, la valeur informative des courriers d'admission accompagnant les patients adressés par les médecins généralistes aux urgences de l'hôpital de Tulle. L'analyse du contenu de l'ensemble des courriers a été faite à partir d'une grille de lecture précise (cf. annexe 3). Les résultats nous permettront de réfléchir aux moyens pouvant faciliter la transmission d'informations nécessaires à la prise en charge globale du patient.

Nous espérons que cette thèse apportera des connaissances claires pour les généralistes sur la législation et les recommandations sur la rédaction d'un courrier. Nous souhaitons leur apporter une aide et des conseils utiles sur l'élaboration de leurs courriers. Tous ces éléments sont également valables pour les urgentistes et l'ensemble des médecins, quelle que soit leur spécialité.

Enfin, la thèse sera envoyée par mail aux médecins généralistes qui en ont fait la demande sur leur questionnaire.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. POPULATION ÉTUDIÉE

Nous avons étudié les informations contenues dans les courriers accompagnant les patients adressés par un médecin aux urgences du centre hospitalier de Tulle (Corrèze). L'étude a été réalisée du lundi 25 février à 8h00 au lundi 11 mars 2013 à 8h00. Le recueil des lettres était prospectif et non sélectif. Toutes les personnes se présentant aux urgences avec un courrier d'admission écrit par un médecin ont été retenues, quel que soit leur âge, leur sexe ou leur heure d'admission. Au total, 116 documents ont été recueillis sur cette période de deux semaines.

2. RECUEIL DE DONNÉES

Chaque courrier a été lu et analysé selon les critères décrits ci-dessous. Ces derniers ont été choisis en fonction des recommandations faites par l'ANAES(5) et le Conseil de l'Ordre des médecins(4), ainsi que les règles dictées par le code de déontologie médicale(3). Ces items représentent des informations très utiles pour aider l'urgentiste dans la prise en charge du malade. Certains sont même obligatoires d'un point de vue médico-légal et devraient tous figurer sur un courrier d'admission aux urgences.

Certains critères, comme le devenir du patient, ont été récupérés à posteriori sur les dossiers informatiques de ResUrgences : logiciel utilisé par les urgences de Tulle. Nous avons également noté le jour et l'heure d'admission de chacun des patients se présentant aux urgences. Enfin, dans un souci d'éthique, chaque courrier a été identifié par un numéro allant de 1 à 116 et par le numéro du dossier informatique auquel il correspondait. Ainsi ni le nom du patient, ni celui du médecin rédacteur n'apparaissaient dans ce travail.

La fiche de recueil de données est présentée en annexe 3.

2.1. Identification du patient

Nous avons vérifié si l'identification du patient était complète et correcte, c'est-à-dire si le courrier contenait bien le nom et le prénom du patient. Nous avons également contrôlé que leurs orthographes étaient exactes.

Nous avons recherché si le sexe du patient était précisé. Il était identifié par « monsieur », « madame » ou « mademoiselle ». Nous avons accepté les abréviations « M. », « M^{me} » et « M^{lle} » ainsi que « Mr ». L'identification du sexe du patient était considérée comme valide lorsque le prénom était sans équivoque (exemple : Juliette, Julien...) ou lorsque l'on retrouvait dans le courrier les pronoms personnels « il » ou « elle ».

Enfin nous avons vérifié si l'âge du patient, ou sa date de naissance, était bien noté dans la lettre et s'il était exact.

2.2. Structure du courrier

Nous avons noté si les courriers d'admission aux urgences étaient manuscrits ou dactylographiés et s'ils étaient mis dans une enveloppe.

Nous avons recherché si une formule de politesse était présente. Toutes les expressions en fin de courrier, y compris un simple « merci », ont été acceptées. Cependant, nous n'avons pas pris en compte les formules de type « Cher confrère » en début de lettre qui sont plus à considérer comme une formule d'introduction qu'une formule de politesse.

La lisibilité de chacun des courriers a été étudiée. Nous avons considéré qu'une lettre était « non lisible » lorsque trois mots ou plus n'étaient pas déchiffrables lors de leur lecture. Les courriers ont pu être lus plusieurs fois pour déchiffrer certains mots mais aucune aide extérieure n'a été demandée. À noter que la lisibilité du traitement n'a pas été prise en compte dans la lisibilité du courrier. Elle a été évaluée à part avec l'item sur le traitement.

Nous avons vérifié si une date de rédaction du courrier apparaissait bien sur chacun de ces documents. Nous avons comparé cette date à celle correspondant au jour d'admission du patient aux urgences. Dans notre recueil de données, « 0 jour » signifiait que le patient avait été admis aux urgences le même jour que celui de la rédaction du courrier. S'il se présentait le lendemain ou surlendemain aux urgences, il était noté : « 1 jour », « 2 jours »...

2.3. Identification des médecins

Nous avons regardé si le médecin ayant écrit le courrier s'était clairement identifié, soit en utilisant un papier à en-tête, soit son tampon professionnel, soit en écrivant son nom de façon manuscrite sur la lettre.

Nous avons vérifié si chaque lettre était bien signée par le médecin auteur du document.

Nous avons cherché à identifier les différents types de médecins qui avaient rédigé la lettre. Nous les avons répartis en trois groupes : les médecins traitants dits référents, les

médecins remplaçants et les autres médecins (médecins de garde, médecins généralistes non référents...).

Enfin, nous avons regardé si le courrier était adressé à un médecin ou à un service de l'hôpital, que cela soit écrit sur l'enveloppe ou sur la lettre. Nous avons différencié les courriers adressés aux urgences ou à un médecin urgentiste, des courriers adressés à un autre service hospitalier ou un autre spécialiste qu'urgentiste.

2.4. Observation du généraliste

Nous avons recherché si le médecin décrivait bien l'histoire de la maladie, soit en donnant une date de début au problème rencontré, soit en retraçant les circonstances de découverte de la maladie ou en donnant une notion d'évolutivité du problème dans le temps.

Nous avons vérifié si le médecin décrivait les éléments cliniques retrouvés lors de son examen clinique réalisé avant d'adresser le patient aux urgences.

Nous avons noté la présence ou l'absence des constantes vitales que sont la tension artérielle, le pouls, la température et la fréquence respiratoire.

2.5. Antécédents

Cette rubrique vérifiait si le médecin avait bien rapporté les antécédents médicaux, chirurgicaux et familiaux du patient, ainsi que ses éventuelles allergies ou intolérances médicamenteuses. Les antécédents ou allergies qui n'étaient pas notés dans un courrier, même chez une personne sans antécédent particulier, étaient considérés comme non rapportés. Il fallait dans ce cas que le généraliste ait clairement écrit « sans » ou « pas d'antécédents (ou d'allergies) » pour que l'item soit estimé comme rapporté. Les facteurs de risque ont été considérés comme des antécédents.

Nous avons distingué les antécédents en rapport avec l'épisode aigu motivant la consultation aux urgences, de ceux sans lien direct avec le problème actuel mais qui constituent l'histoire médicale du patient et doivent être pris en compte pour la prise en charge globale du patient.

Nous avons recherché si le courrier indiquait une hospitalisation récente du patient ou une notion de suivi par un service ou un spécialiste.

2.6. Traitement

Nous avons tout d'abord recherché si le traitement du patient était noté (sur le courrier ou sur une ordonnance jointe) et s'il était complètement lisible. Nous avons distingué les traitements ou seuls les noms commerciaux, les dénominations communes internationales ou les classes thérapeutiques étaient écrites (exemple : Lasilix®), de ceux où le dosage et la posologie étaient stipulés (exemple : Lasilix® 40 : 1 par jour). Enfin, nous avons noté les traitements dits « complets » pour lesquels la dénomination, le dosage, la posologie, mais également les horaires de prise étaient rédigés (exemple : Lasilix® 40 : 1 matin). Les horaires étaient considérés comme notés lorsque l'on retrouvait les notions de matin, midi, soir, coucher, nuit ou heures de prise. Nous avons bien évidemment accepté les formes : « 1-1-1-0 » pour « matin-midi-soir-coucher ». Pour les médicaments à prise unique, nous avons considéré les horaires notés même s'ils n'étaient pas stipulés dans la lettre. Ceci est le cas, par exemple, du Lévothyrox® dont la prise est toujours le matin.

Nous avons ensuite regardé si une ordonnance était jointe au courrier. Si tel était le cas, nous avons vérifié si sa date de validité était bonne en notant « 0 » lorsque cela était le cas. Lorsque l'ordonnance n'était plus valable, nous avons calculé depuis combien de mois sa date limite de validité était dépassée.

Nous avons également vérifié si l'ordonnance était parfaitement lisible et si les horaires de prise de chacun des médicaments étaient bien spécifiés.

2.7. Autres informations

Nous avons regroupé ici les informations non médicales relatives au patient. Elles ont malgré tout un intérêt dans la prise en charge globale du malade.

Nous avons ainsi noté l'origine du patient : domicile, cabinet médical, lieu de travail, maison de retraite, structure spécialisée ou établissement hospitalier.

Nous avons relevé le moyen de transport par lequel était arrivé le patient : moyen personnel, SMUR, ambulance privée, transport assis professionnalisé (TAP) ou pompiers.

Nous avons également regardé si le médecin avait donné des informations sur l'environnement social du malade, que ce soit les aides à domicile (infirmière, aide-ménagère, portage des repas...) ou le mode de vie du patient, c'est-à-dire son lieu de vie ou la description de ce dernier (exemple : escaliers, chambre à l'étage...) ou son entourage éventuel (exemple : vie seul ou accompagné, parents proches, coordonnées d'un membre de sa famille...).

Enfin, le devenir du patient a été relevé et réparti en plusieurs groupes : retour à domicile (RAD), hospitalisation dans un service, hospitalisation en UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée), transfert vers un autre hôpital, décès ou autre (fugue, sortie contre avis médical...).

2.8. Orientation diagnostique

Nous avons relevé le degré de priorité de soins retenu par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) lors de l'admission du patient aux urgences selon la CIMU (Classification Infirmière des Malades des Urgences).

Cette classification est composée de 100 items cliniques qui permettent de déterminer une des cinq classes de priorité de prise en charge (et non de gravité) du patient. Ce degré d'urgence (ayant également un code couleur allant du bleu au rouge) apparaît dans ResUrgences. Son but n'est pas de faire un diagnostic médical, mais de porter un jugement clinique sur le degré de priorité de soins pour orienter le patient vers le secteur de soins approprié et pour avertir les urgentistes des patients à voir en priorité.

Classification infirmière des malades des urgences :

- **CIMU 1** : Pas de justification de consultation en urgence (attente illimitée) ;
- **CIMU 2** : État stable mais bilan nécessaire (attente de moins de 60 minutes) ;
- **CIMU 3** : Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle pouvant s'aggraver dans les vingt-quatre heures ou mobilisant plusieurs soignants (attente de moins de 15 minutes) ;
- **CIMU 4** : Atteinte évidente d'un organe vital ou lésion traumatique engageant le pronostic vital ou fonctionnel dans les heures suivantes (évaluation et traitement immédiat par un médecin) ;
- **CIMU 5** : Détresse vitale majeure et pronostic vital engagé (admission immédiate en salle de déchocage).

Nous avons regardé pour chaque courrier si le médecin généraliste demandait, de façon claire, une hospitalisation du patient.

Nous avons noté s'il donnait un diagnostic précis et nous avons vérifié si ce diagnostic était le même que celui retenu par le médecin urgentiste.

Nous avons ensuite recherché l'orientation diagnostique évoquée explicitement ou implicitement par le médecin généraliste que nous avons classé en dix-sept grandes catégories.

Les catégories d'orientation diagnostique étaient :

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- cardiologie et pathologies vasculaires ;- pneumologie ;- gastro-entérologie (incluant la chirurgie viscérale) ;- urologie ;- neurologie ;- bilan de malaise / chute ;- infectiologie ;- endocrinologie ;- rhumatologie ;- ophtalmologie ;- ORL ;- état d'ivresse ; | <ul style="list-style-type: none">- traumatologie et orthopédie (incluant les suspicions de fractures, entorses, luxations et plaies) ;- placement (incluant les pertes d'autonomie et les fins de vie) ;- iatrogénie médicamenteuse (notamment les surdosages médicamenteux) ;- psychiatrie (incluant les troubles du comportement des démences) ;- autres (avec principalement la pédiatrie adressée la nuit puisque la journée les urgences médicales pédiatriques sont vues directement dans le service de pédiatrie). |
|---|--|

En gardant cette même classification, nous avons noté l'orientation diagnostique retenue par l'urgentiste. Nous avons également comparé celle-ci avec celle retenue par le médecin généraliste pour savoir si elles concordaient. Nous avons considéré comme « concordant » les maladies de catégories identiques ou très proches.

2.9. Cas particuliers

Deux cas particuliers ont été pris en compte :

- Pour les patients présentant une plaie, nous avons recherché si la date de leur dernière vaccination antitétanique était précisée ;
- Pour les patients présentant un saignement, quelle que soit son origine, nous avons vérifié si le traitement, et en particulier les anticoagulants et antiagrégants plaquettaires, était noté.

2.10. Motifs de recours au service des urgences

Nous avons essayé de déterminer, pour chacun des courriers, le motif qui a poussé le généraliste à adresser son patient aux urgences plutôt que de le prendre en charge à son domicile ou de le faire directement hospitaliser dans un service de spécialité. En pratique, cela s'est avéré difficile car il n'y a que très rarement une raison unique. C'est bien souvent plusieurs éléments qui, tous réunis, orientent le médecin à adresser son patient aux urgences plutôt que de le laisser à domicile.

Malgré ces difficultés, nous avons retrouvé plusieurs grands motifs expliquant le choix du médecin d'adresser son patient aux urgences :

- L'urgence. Nous y avons inclus les urgences vitales comme les chocs cardiogéniques ou les suspicions d'infarctus du myocarde, les urgences psychiatriques comme les tentatives d'autolyse, les dépressions sévères avec risque suicidaire et les prises en charge dites urgentes comme la torsion testiculaire par exemple.
- La demande d'examens complémentaires. Cette rubrique regroupe principalement la demande de radiographies lorsque le médecin suspecte ou veut éliminer une fracture ou une luxation. Nous retrouvons également les demandes de scanners, d'échographies...
- L'aggravation. Ici sont réunies toutes les pathologies aiguës ou chroniques diagnostiquées par le médecin généraliste et traitées initialement au domicile qui, cependant, évoluent défavorablement. Cette aggravation rend la prise en charge impossible à domicile. C'est le cas, par exemple, de certaines exacerbations de BPCO qui malgré un traitement bien conduit s'aggravent, nécessitant de l'oxygène en continu, des aérosols, des gaz du sang, un avis spécialisé...
- Le diagnostic. Nous avons regroupé ici tous les patients dont l'examen clinique ou l'état général inquiète le médecin qui n'arrive cependant pas à faire le diagnostic et ne sait pas comment traiter son patient. Il peut s'agir par exemple d'un ictère ou d'une fièvre inexplicable persistante.
- La prise en charge hospitalière. On retrouve dans cette catégorie toutes les pathologies suspectées ou diagnostiquées par le médecin qui nécessitent une prise en charge en milieu hospitalier avec souvent un avis spécialisé, comme une exacerbation de BPCO grave d'emblée, une découverte de fibrillation auriculaire mal tolérée...
- Le bilan rapide. Nous y avons inclus les patients dont l'état de santé nécessitait un « bilan », c'est-à-dire plusieurs examens complémentaires (biologiques, radiologiques...) associés souvent à un avis spécialisé. C'est le cas des bilans de malaises. Bien que l'ensemble des examens nécessaires puissent être fait en ambulatoire, il est plus rapide et plus pratique des les réaliser à l'hôpital.
- Les maintiens à domicile impossibles. On retrouve principalement les altérations de l'état général chez les personnes âgées qui rendent le maintien à domicile impossible. Il ne s'agit pas obligatoirement d'une demande de placement.

- Le manque de matériel. Il s'agit des pathologies nécessitant du matériel médical spécial que le médecin généraliste n'a pas toujours à sa disposition au cabinet. Il peut s'agir par exemple des corps étrangers intraoculaires qui nécessitent une exploration de la cornée sous anesthésie locale et un examen à la lampe à fente afin de rechercher une éventuelle ulcération de cornée.

2.11. Score de qualité

Chaque courrier a été évalué et noté sur sa structure et les informations médicales qu'il contenait. Une note globale a été attribuée à chacun de ces courriers pour refléter et évaluer de façon plus concrète le caractère informatif de ces documents.

La structure du courrier est notée sur neuf points selon les items suivant :

- nom complet correctement orthographié (1 point) ;
- sexe (1 point) ;
- âge correct (ou date de naissance correcte) (1 point) ;
- date de rédaction du courrier (1 point) ;
- formule de politesse (1 point) ;
- lisibilité (1 point) ;
- présence d'une enveloppe (1 point) ;
- identification du médecin complète (nom et signature) (1 point) ;
- courrier adressé à un médecin ou un service (1 point).

Les informations médicales sont également notées sur neuf points :

- histoire de la maladie (1 point) ;
- examen clinique (1 point) ;
- présence d'un des signes vitaux (1 point) ;
- allergies ou intolérances médicamenteuses (1 point) ;
- antécédents médicaux ou chirurgicaux en rapport avec la pathologie (1 point) ;
- antécédents médicaux ou chirurgicaux chroniques (1 point) ;
- information d'ordre social (1 point) ;
- traitement (2 points).

(1 point lorsqu'il était cité et 2 points si tous les médicaments étaient déchiffrables et si le dosage, la posologie et les horaires de prise de chacun des médicaments étaient précisés).

La note globale associe ces deux groupes. Elle est donc notée sur 18 points.

Pour une représentation plus simple, chaque score a été converti en pourcentage. Ainsi une note maximale de 18/18 (où tous les items sont présents dans la lettre) correspond à 100 %.

2.12. Questionnaires envoyés aux médecins

Afin de connaître les pratiques des médecins généralistes et des médecins urgentistes, ainsi que leur avis sur le sujet, nous avons élaboré deux questionnaires.

- Le premier questionnaire, destiné aux urgentistes (cf. annexe 4), a été distribué à l'ensemble des médecins des urgences de l'hôpital de Tulle.
- Le second, destiné aux généralistes (cf. annexe 5), a été envoyé à tous les médecins qui ont adressé un ou plusieurs patient(s) avec un courrier aux urgences durant notre période d'étude.

Ces questionnaires comportaient des questions à choix multiple (certaines avec une seule réponse possible, d'autres avec plusieurs choix possibles) et des questions ouvertes.

Les questions portaient principalement sur la rédaction ou la lecture des courriers.

Nous leur avons par exemple demandé le niveau d'importance qu'ils accordaient à certains critères. Chaque critère marquait 1, 2, 3 ou 4 point(s) selon que le médecin l'estimait comme « peu utile », « utile », « très utile » ou « indispensable ».

Nous leur avons également demandé les moyens ou les méthodes qui, selon eux, permettraient d'améliorer et de faciliter les échanges d'informations entre médecins généralistes et urgentistes.

3. ANALYSE

Il s'agit d'une analyse descriptive et prospective dont les données ont été recueillies sur le logiciel Excel® version 2007 (Microsoft, Redmond, WA, USA).

Leur analyse a été réalisée à l'aide du logiciel Prism® version 6.0 (GraphPad Software, La Jolla, CA, USA).

Les données quantitatives étaient exprimées en moyenne \pm écart type et les données qualitatives en nombre et pourcentage.

Le test statistique utilisé était le Chi-2 et le seuil de significativité statistique était fixé à $p=0,05$.

RÉSULTATS

Sept cent vingt-trois patients ont été admis aux urgences de Tulle entre le lundi 25 février 8h00 et le lundi 11 mars 2013 8h00, dont 16 % (n=117) étaient adressés avec un courrier.

Une lettre, qui a été rédigée par une infirmière, n'a pas été prise en compte pour ce travail. En effet, contrairement aux médecins, les infirmières n'ont pas accès à toutes les données médicales étudiées dans notre travail.

Au total 116 patients ont été admis aux urgences de Tulle avec un courrier de médecin durant la période de l'étude.

1. POPULATION ÉTUDIÉE

Sur l'ensemble des courriers recueillis, on retrouvait 47 % (n=54) de femmes et 53 % (n=62) d'hommes. La moyenne d'âge de l'ensemble de cette population était de 68,5 ans.

Le tableau 1 ci-dessous résume les caractéristiques de la population étudiée.

	Femmes	Hommes	TOTAL
Effectifs	54	62	116
Proportion	47 %	53 %	100 %
Âge			
Moyenne d'âge (ans)	69	68	68,5
Écart type (ans)	26	23	24
Variance	666	531	590
Médiane (ans)	80	75,5	77
Valeur minimale (ans)	2	10	2
Valeur maximale (ans)	104	98	104

Tableau 1 : Description de la population.

1.1. Répartition selon l'âge

Parmi les patients qui se sont présentés aux urgences avec une lettre, environ deux tiers (64 %, n=74) étaient des malades de plus de 70 ans avec un pic dans la tranche d'âge 80 – 89 ans (29 %, n=34). Ceci était vrai pour les deux sexes.

Les figures 1 et 2 illustrent la répartition des patients admis avec un courrier en fonction de leur tranche d'âge.

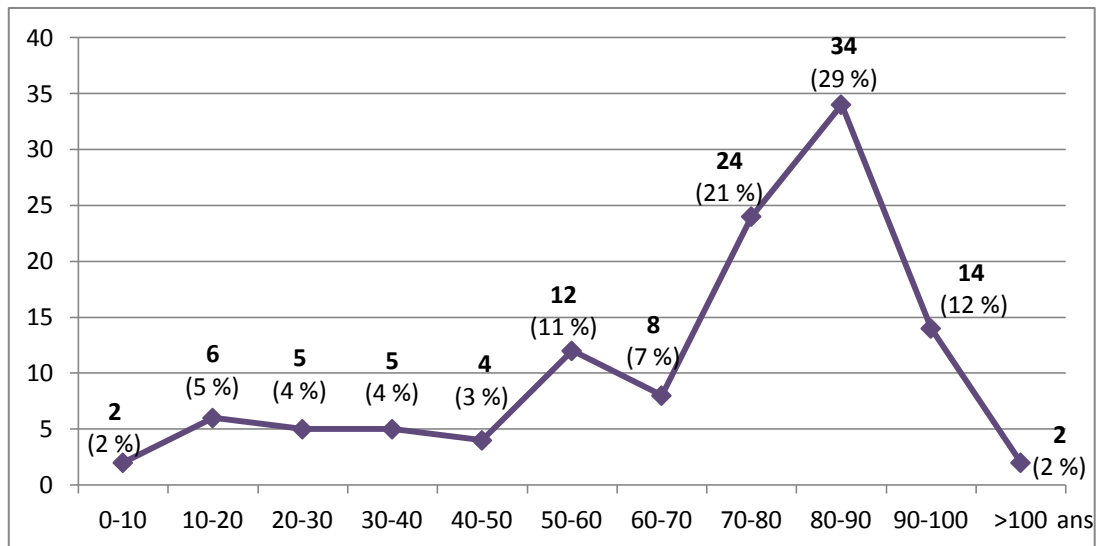


Figure 1 : Répartition des patients en fonction de leur tranche d'âge.

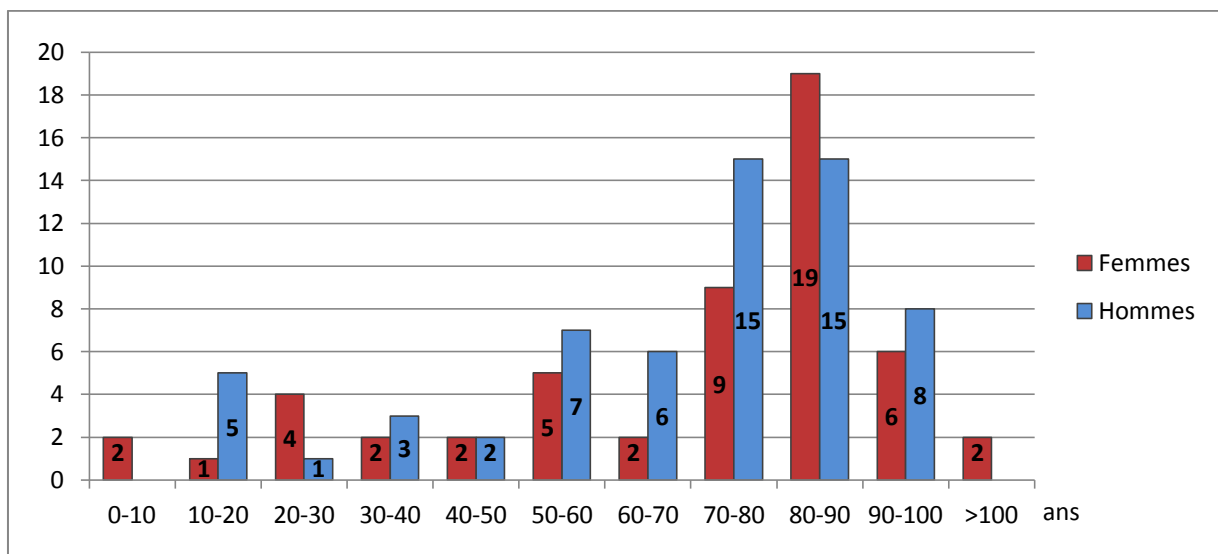


Figure 2 : Répartition des hommes et des femmes en fonction de leur tranche d'âge.

Durant la période de l'étude, les urgences ont accueilli des patients âgés de moins de 60 ans dans plus de deux tiers des cas (68 %, n=489).

La figure 3 reprend le nombre total d'admissions aux urgences et le pourcentage de patients accompagnés d'une lettre, en fonction de leur âge.

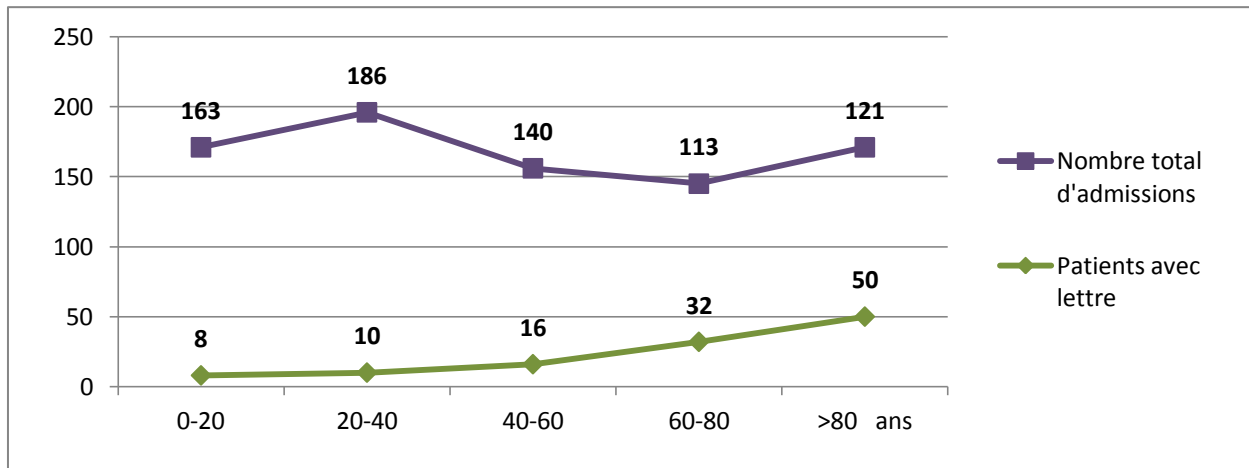


Figure 3 : Nombre total d'admissions et de patients accompagnés d'un courrier en fonction de leur âge.

On peut donc remarquer sur cette figure que les patients âgés de moins de 60 ans étaient certes plus nombreux, mais étaient moins souvent accompagnés d'une lettre.

En effet, seulement 7 % ($n=34/489$) des malades de moins de 60 ans admis aux urgences étaient accompagnés d'un courrier, alors que 35 % ($n=82/234$) des patients de plus de 60 ans avaient une lettre.

Le pourcentage de patient admis avec une lettre augmentait avec l'âge.

Ainsi, 5 % ($n=8/163$) des patients de moins de 20 ans avaient un courrier de leur médecin. Ce pourcentage augmentait progressivement pour atteindre 41 % ($n=50/121$) pour les patients de plus de 80 ans, comme résumé dans la figure ci-dessous.

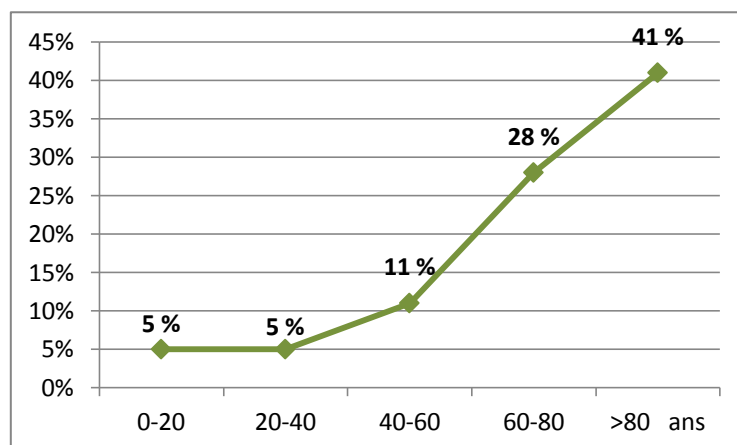


Figure 4 : Pourcentage de patients accompagnés d'un courrier par rapport au nombre total d'admissions.

1.2. Répartition selon l'origine des courriers

Parmi ces 116 lettres analysées, 77 % (n=89) ont été rédigées par le médecin traitant du patient, 9 % (n=11) par un remplaçant et 14 % (n=16) par un autre médecin. Dans ce dernier groupe, on retrouvait 11 médecins de garde, 3 médecins généralistes non référents, c'est-à-dire que le patient avait consulté hors de sa résidence habituelle, 1 médecin hospitalier et 1 médecin qui ne s'était pas identifié sur son courrier.

Sur les 11 médecins de garde, 64 % (n=7/11) étaient des médecins généralistes installés et 36 % (n=4) des médecins remplaçants.

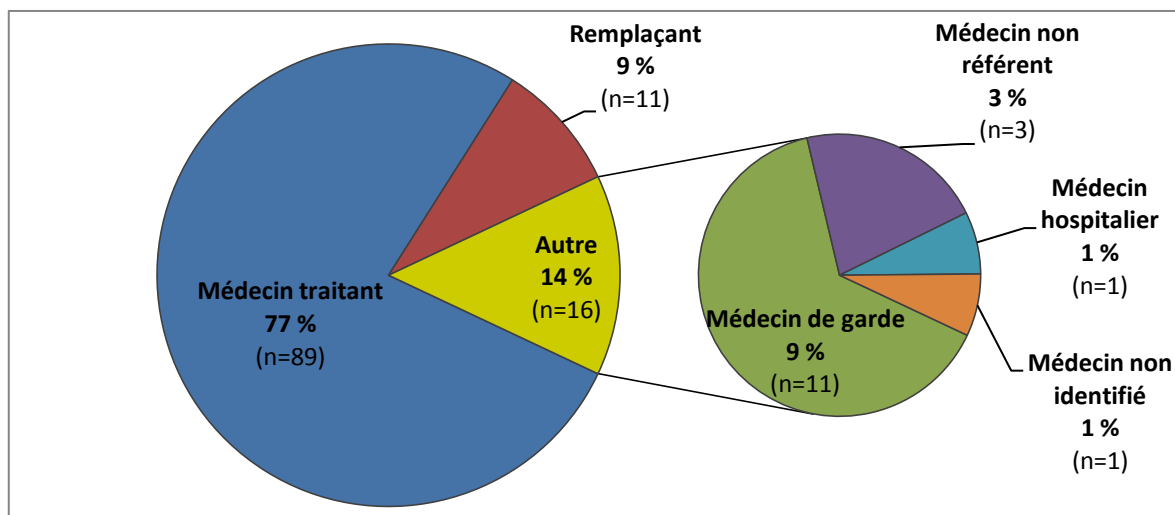


Figure 5 : Répartition des courriers selon le médecin rédacteur.

Au total, sur les deux semaines de recueil de données, 58 médecins différents ont adressé un patient aux urgences avec un courrier.

Soixante-dix-neuf pour cent (n=46) d'entre eux étaient des médecins généralistes. Ils exerçaient tous en Corrèze. Ils ont adressé chacun entre 1 et 10 patient(s) avec une moyenne de 2,2 courriers par médecin.

On retrouvait 17 % (n=10) de médecins remplaçants qui avaient envoyé chacun entre 1 et 3 patient(s) avec une moyenne de 1,5 courrier.

Deux pour cent (n=1) des médecins étaient des médecins hospitaliers. Il s'agissait d'un médecin de l'hôpital de Brive-la-Gaillarde qui avait fait transférer un patient vers l'hôpital de Tulle.

Enfin, 2 % (n=1) des médecins ne se sont pas identifiés sur leur courrier. Selon les informations recueillies sur le dossier ResUrgences, il s'agirait d'un médecin généraliste qui avait au préalable appelé le service des urgences.

1.3. Répartition selon l'heure et le jour d'admission

Quatre-vingt-treize pour cent (n=108) des courriers ont été écrit pour des patients admis durant la journée, c'est-à-dire entre 8h et 20h, heures où les médecins généralistes sont présents pour assurer la continuité des soins.

Sept pour cent (n=8) des courriers accompagnaient des patients admis la nuit sur la période de garde. La totalité de ces courriers a été reçue entre 20h et minuit. Aucune lettre n'a été écrite sur la période de nuit profonde, de minuit à 8h du matin.

Sur nos deux semaines d'étude, 80 % (n=93) des courriers analysés étaient reçus sur des jours de semaine, du lundi au vendredi. Vingt pour cent (n=23) des lettres accompagnaient des patients admis le week-end, samedi et dimanche.

Si l'on comparait ces chiffres avec le nombre total d'admissions sur la même période, 20 % (n=108 patients avec un courrier sur les 551 admissions) des patients admis la journée apportaient une lettre contre 5 % (n=8/172) la nuit.

Dix-sept pour cent (n=93/532) des admissions en semaine (du lundi au vendredi) étaient accompagnées d'un courrier contre 12 % (n=23/191) le week-end.

Figure 6 : Pourcentage de patients admis avec une lettre à différents moments.

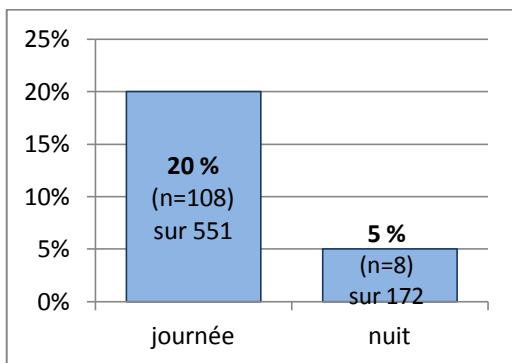


Figure 6.a : La journée et la nuit.

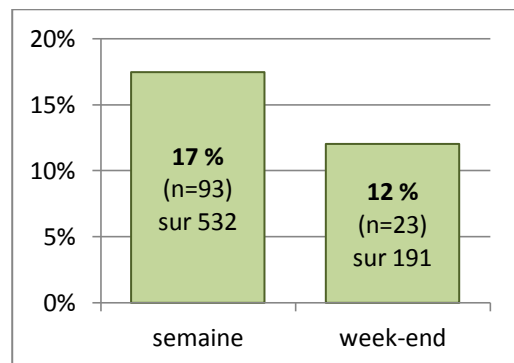


Figure 6.b : La semaine et le week-end.

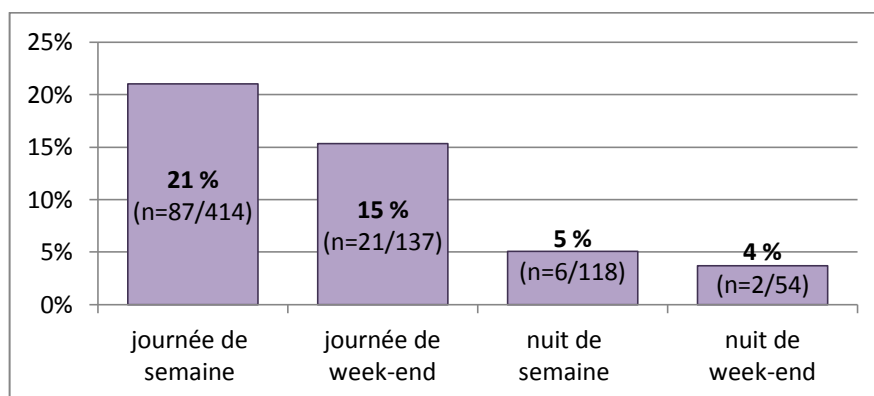


Figure 6.c : La journée et la nuit, en semaine et en week-end.

Le nombre de patients admis avec et sans lettre pouvait varier en fonction des jours de la semaine. Par exemple, sur les deux lundis de notre étude, 125 patients ont été admis dans le service dont 22 % (n=28) étaient accompagnés d'une lettre. Sur les deux mercredis, il y a eu moins d'admissions (n=85) mais le pourcentage de patients accompagnés d'un courrier était également de 22 % (n=19).

L'ensemble des résultats sur le nombre et le pourcentage de patients admis avec un courrier en fonction des jours de la semaine sont résumés dans les figures 7 et 8.

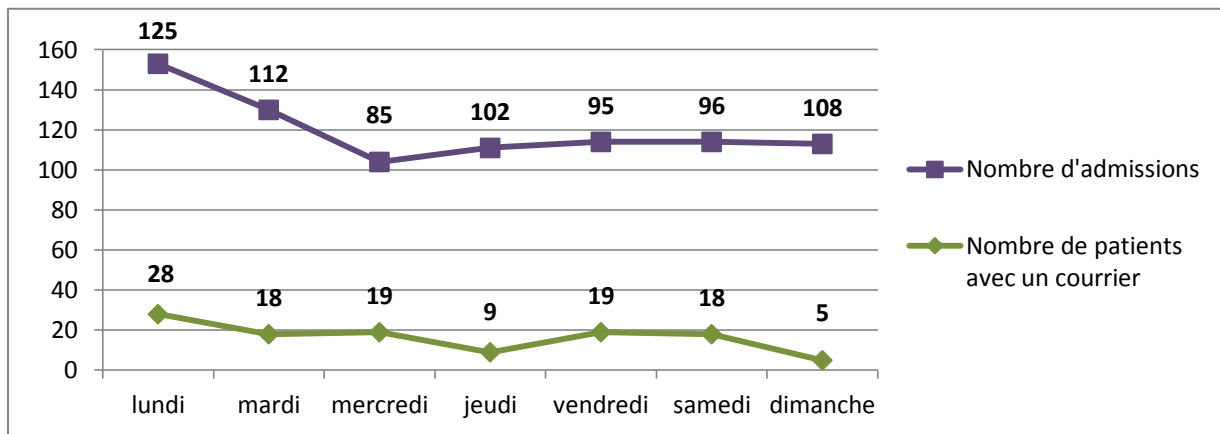


Figure 7 : Répartition des patients accompagnés d'une lettre selon les jours de la semaine.

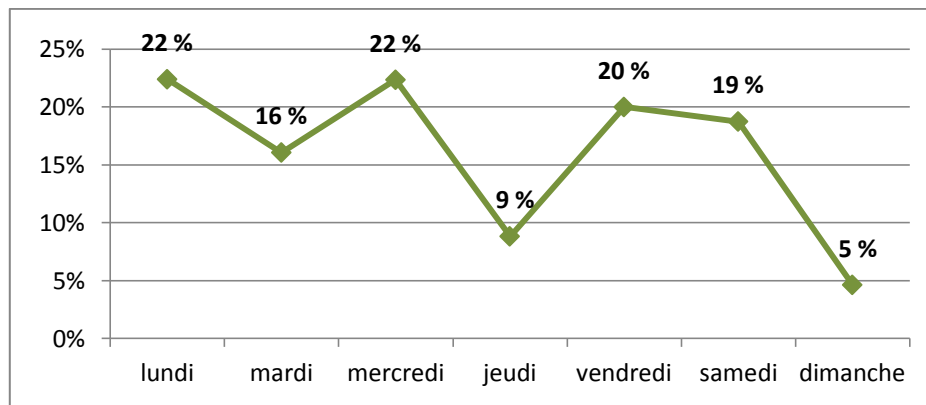


Figure 8 : Pourcentage de patients avec un courrier en fonction des jours de la semaine.

2. ANALYSE DES COURRIERS

Les 116 courriers recueillis ont été analysés suivant une grille de lecture précise (cf. annexe 3) afin de décrire leur contenu et d'évaluer leur caractère informatif.

2.1. Analyse des items

2.1.1. Identification du patient

Le nom du patient était présent dans 100 % des courriers. Cependant, il était incomplet (sans le prénom) dans 12 % (n=14) des courriers. Il était incorrect ou mal orthographié dans 7 % (n=8) des cas.

Ainsi, le nom était complet et correctement orthographié dans 82 % (n=95) des lettres.

Le sexe du patient était spécifié, ou pouvait être retrouvé, dans 100 % des lettres.

L'âge ou la date de naissance était indiqué dans 65 % (n=75) des courriers. Cependant, lorsqu'il était noté, il était incorrect dans 23 % (n=17/75) des cas. Quand il y avait une erreur d'âge, cette dernière ne dépassait jamais plus d'un an.

Ainsi, 50 % (n=58) des courriers contenaient l'âge, ou la date de naissance, de façon correcte.

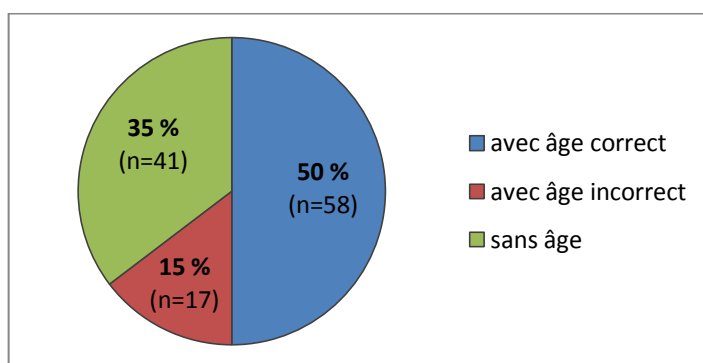


Figure 9 : Répartition des courriers sur l'item concernant l'âge des patients.

2.1.2. Structure du courrier

Neuf pour cent (n=10) des courriers ont été tapés à l'ordinateur. Ils étaient tous lisibles.

Quatre-vingt-onze pour cent (n=106) des lettres ont été écrites de façon manuscrite. Dix-huit pour cent (n=19) de ces lettres comportaient 3 mots ou plus qui n'étaient pas déchiffrables.

Au total, sur les 116 courriers reçus, 84 % (n=97) étaient considérés comme lisibles.

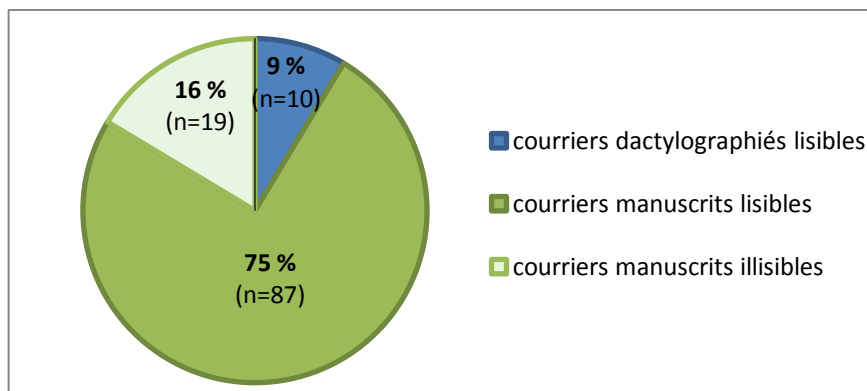


Figure 10 : Lisibilité des courriers.

Le courrier était daté dans 91 % (n=105) des cas et cette date correspondait au jour d'admission aux urgences dans 90 % (n=95) des cas. Huit pour cent (n=8) des courriers ont été rédigés la veille de l'admission du patient et 2 % (n=2) des lettres ont été écrites 48 heures plus tôt.

Le courrier comportait dans 90 % (n=104) des cas une formule de politesse.

Il était mis dans une enveloppe dans 57 % (n=66) des cas. Sur 97 % (n=64) d'entre elles, était noté à qui était adressé le courrier. Trois pour cent (n=2) des enveloppes étaient vierges.

À noter qu'une seule enveloppe mentionnait le nom du patient.

2.1.3. Identification des médecins

Le médecin à l'origine du courrier était identifiable dans 99 % (n=115) des cas. Seulement 1 % (n=1) des courriers ne présentaient ni en-tête, ni tampon, ni nom manuscrit permettant de connaître le médecin ayant rédigé la lettre.

Le courrier était signé dans 95 % (n=110) des cas.

L'identification du rédacteur était donc complète (nom et signature) pour 94 % (n=109) des lettres.

Les lettres étaient adressées à un service ou à un médecin dans 69 % (n=80) des cas. Ceci était noté dans 80 % (n=64) des cas sur l'enveloppe et 20 % (n=16) des cas sur le courrier.

Quarante-six pour cent (n=54) des courriers ont été adressés aux urgences, 15 % (n=17) à un médecin hospitalier nominativement et 8 % (n=9) à un service de l'hôpital de Tulle. Trente-et-un pour cent (n=36) des lettres n'ont pas été adressées.

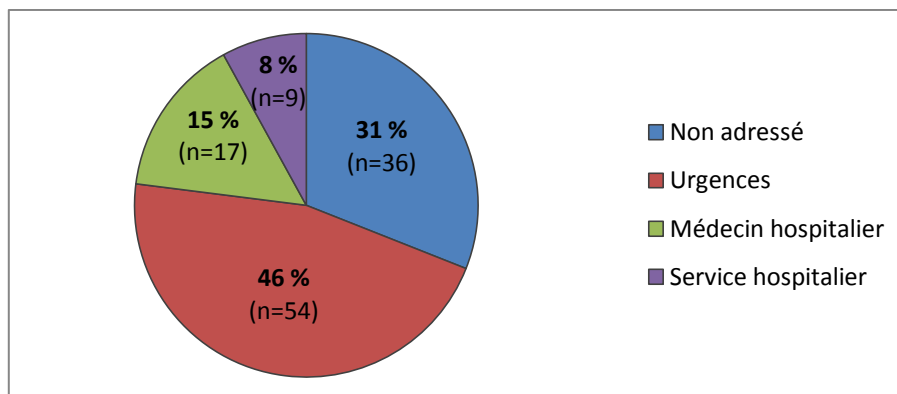


Figure 11 : Courriers adressés ou non à un médecin ou un service.

2.1.4. Observation du généraliste

L'histoire de la maladie était présente dans 72 % (n=83) des courriers.

L'examen clinique du médecin était détaillé dans 78 % (n=91) des lettres.

Les signes vitaux étaient notés dans 40 % (n=46) des courriers. Lorsqu'ils étaient précisés, la tension artérielle était présente dans 76 % (n=35) des cas, le pouls dans 52 % (n=24) des cas et la température dans 43 % (n=20) des cas. La fréquence respiratoire n'était jamais précisée.

À noter que sur les 116 courriers reçus, la tension artérielle et le pouls du patient étaient mentionnés tous les deux dans un même courrier dans 17 % (n=20) des cas.

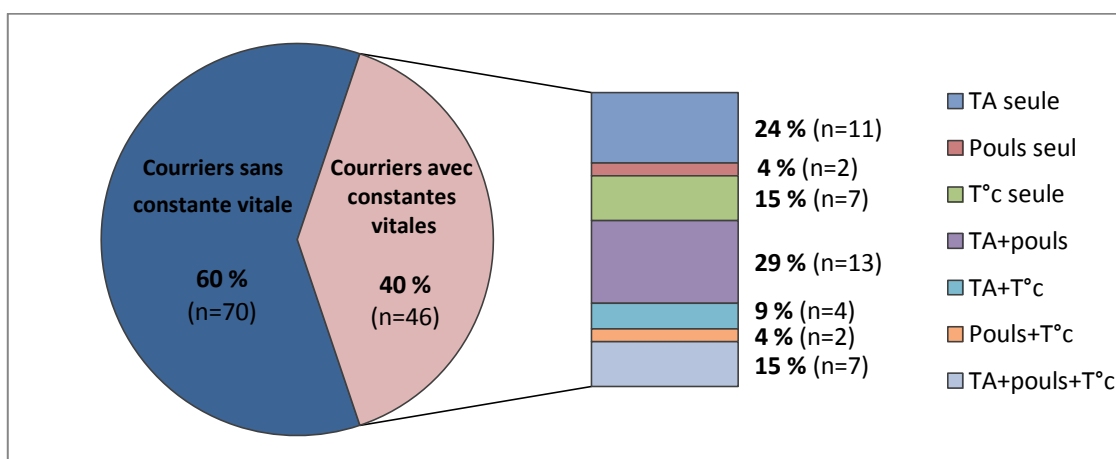


Figure 12 : Courriers et constantes vitales.

2.1.5. Antécédents

L'indication des antécédents médicaux ou chirurgicaux du patient, en rapport avec son motif d'admission, était retrouvée dans 63 % (n=73) des courriers. Les antécédents chroniques sans rapport avec le problème aigu étaient rapportés dans 48 % (n=56) des cas. La totalité des antécédents du patient étaient présents dans 48 % (n=56) des cas.

Les allergies ou les intolérances médicamenteuses étaient précisées dans 7 % (n=8) des courriers.

La notion d'hospitalisation récente ou de suivi du patient, en rapport avec la pathologie aiguë, était retrouvée dans 17 % (n=20) des lettres.

2.1.6. Traitement

Le traitement pris par le patient était indiqué dans 59 % (n=68) des courriers. Cependant, il était parfaitement lisible et comportait le dosage, la posologie et la prise horaire de chacun des médicaments dans 22 % (n=25) des cas.

Une ordonnance était jointe au courrier dans 30 % (n=35) des cas et lorsqu'elle était présente, elle était toujours en cours de validité dans 89 % (n=31) des cas. Lorsque l'ordonnance n'était plus valable, sa date limite de validité était dépassée en moyenne de 5 mois (une de 2 mois, une de 4 mois et deux de 7 mois).

Sur la totalité des courriers comportant un traitement (n=68), environ la moitié (51 %, n=35) était accompagnée d'une ordonnance. Sur l'autre moitié (49 %, n=33/68), le traitement était retranscrit directement sur la lettre sans ordonnance jointe.

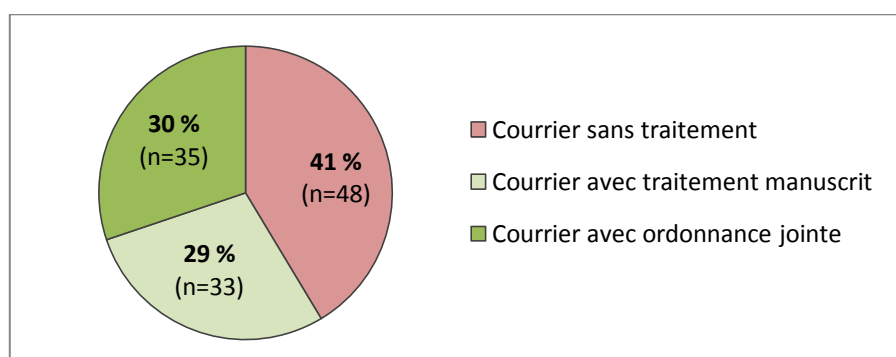


Figure 13 : Courriers avec ou sans le traitement indiqué.

➤ En ce qui concerne les ordonnances jointes aux courriers (n=35) :

- Trente-quatre pour cent (n=12) étaient dactylographiées. Ces dernières étaient toutes (100%, n=12) lisibles et contenaient le dosage, la posologie et la prise horaire pour chacun des médicaments.

- Soixante-six pour cent (n=23) des ordonnances étaient manuscrites. Pour celles-ci, 74 % (n=17/23) étaient lisibles et 26 % (n=6/23) comportaient au moins un médicament qui n'était pas déchiffrable. Environ la moitié (48 %, n=11/23) contenait la posologie de chacun des médicaments mais ne précisait pas les horaires de prise d'un ou plusieurs médicaments. L'autre moitié (52 %, n=12/23) précisait l'horaire de prise des médicaments.
- En ce qui concerne les traitements écrits directement et seulement sur la lettre (n=33) :
- Vingt-quatre pour cent (n=8/33) étaient dactylographiés. Ils étaient tous parfaitement lisibles. 12 % (n=1/8) ne comportaient que les noms des traitements. Quatre-vingt-huit pour cent (n=7/8) étaient complets avec le dosage, la posologie et les horaires de prise de chacun des médicaments.
 - Soixante-seize pour cent (n=25/33) étaient écrits de façon manuscrite. Quarante-vingts pour cent (n=20/25) étaient parfaitement lisibles et 20 % (n=5/25) comportaient un ou plusieurs médicaments qu'il n'était pas possible de déchiffrer. Seize pour cent (n=4/25) ne comportaient que la dénomination. Cinquante-six pour cent (n=14/25) étaient complétés par le dosage et la posologie. Vingt-huit pour cent (n=7/25) comportaient l'heure de prise de chacun des médicaments.

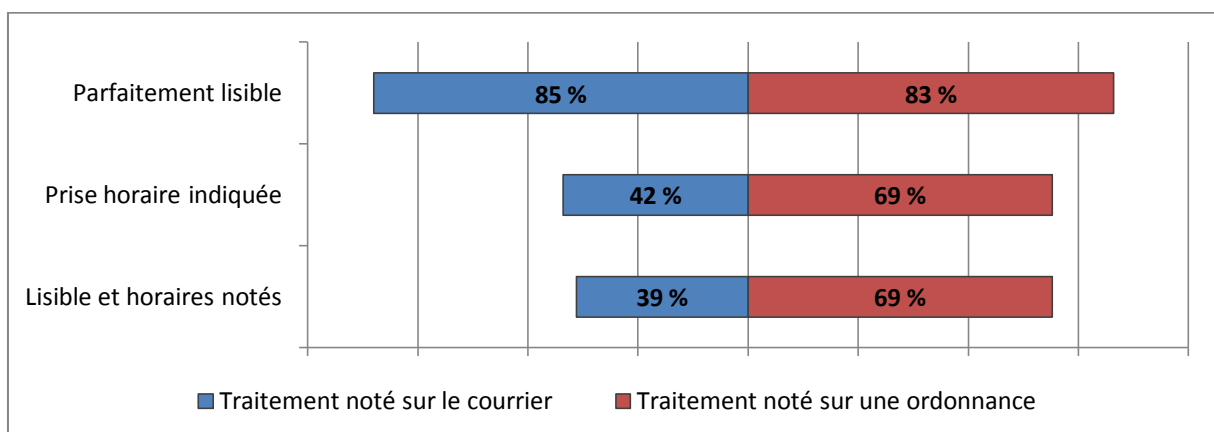


Figure 14 : Comparaison des traitements notés sur les ordonnances avec ceux notés sur les courriers.

2.1.7. Informations sociales

Un renseignement d'ordre social était présent dans 18 % (n=21) des courriers.

Lorsque cette information sociale était notée, il s'agissait du mode de vie, présent seul, dans 62 % (n=13/21) des cas et des aides à domicile, présentes seules, dans 5 % (n=1/21) des cas. Ces deux informations étaient conjointement renseignées dans 33 % (n=7/21) des cas.

A noter que les informations sociales étaient plus souvent présentes lorsque le médecin demandait une hospitalisation (47 % des lettres contre 14 % pour les courriers sans demande d'hospitalisation).

Ces informations étaient également plus souvent renseignées dans les courriers des personnes âgées. Ainsi, on les retrouvait dans :

- 9 % des courriers des patients ayant moins de 50 ans ;
- 10 % des courriers des patients ayant entre 50 et 70 ans ;
- 16 % des courriers des patients ayant entre 70 et 90 ans ;
- 50 % des courriers des patients ayant plus de 90 ans.

Une hospitalisation était clairement demandée dans 13 % (n=15) des courriers.

2.1.8. Origine du patient

Les patients provenaient d'une institution dans 14 % (n=16) des cas. Douze pour cent (n=14) venaient d'une maison de retraite et 2 % (n=2) d'une structure spécialisée.

Un pour cent (n=1) des patients ont été transférés d'un centre hospitalier.

Quatre-vingt-cinq pour cent (n=99) des personnes adressées aux urgences arrivaient de leur domicile, du cabinet du médecin ou de leur lieu de travail sans que l'on puisse déterminer avec précision les proportions. En effet, bien qu'une grande majorité des malades proviennent de leur domicile, nous avons retrouvé des incohérences entre le lieu d'origine noté sur le logiciel ResUrgences et le courrier du médecin.

Les figures 15, 16 et 17 schématisent l'origine des patients et illustrent ces incohérences.

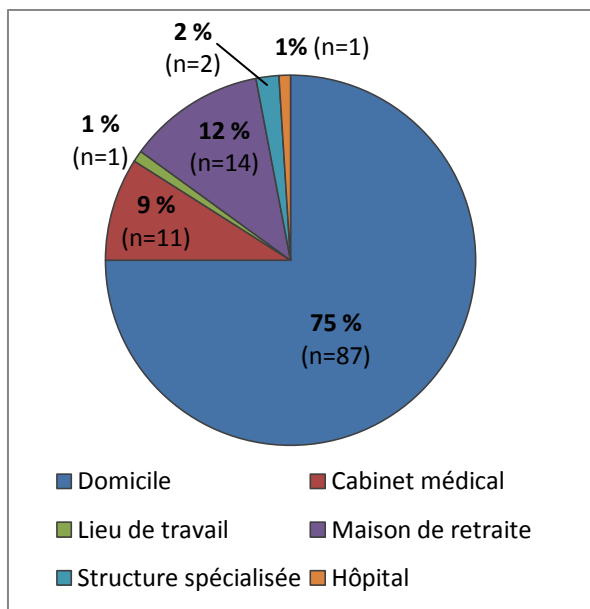


Figure 15 : Origine des patients (sans la correction des erreurs).

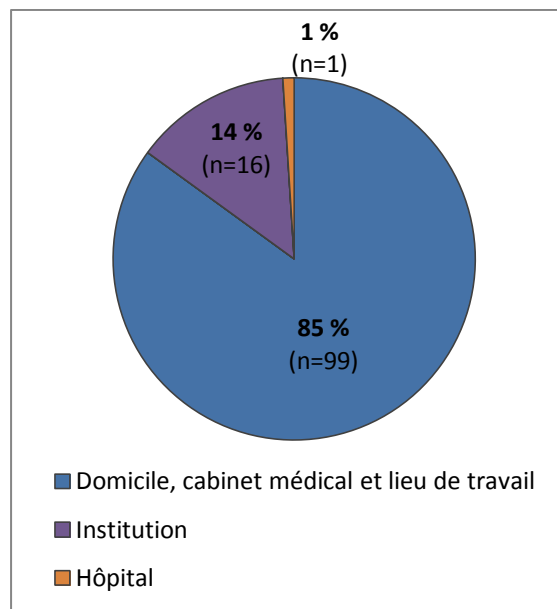


Figure 16 : Origine des patients (avec la correction des erreurs).

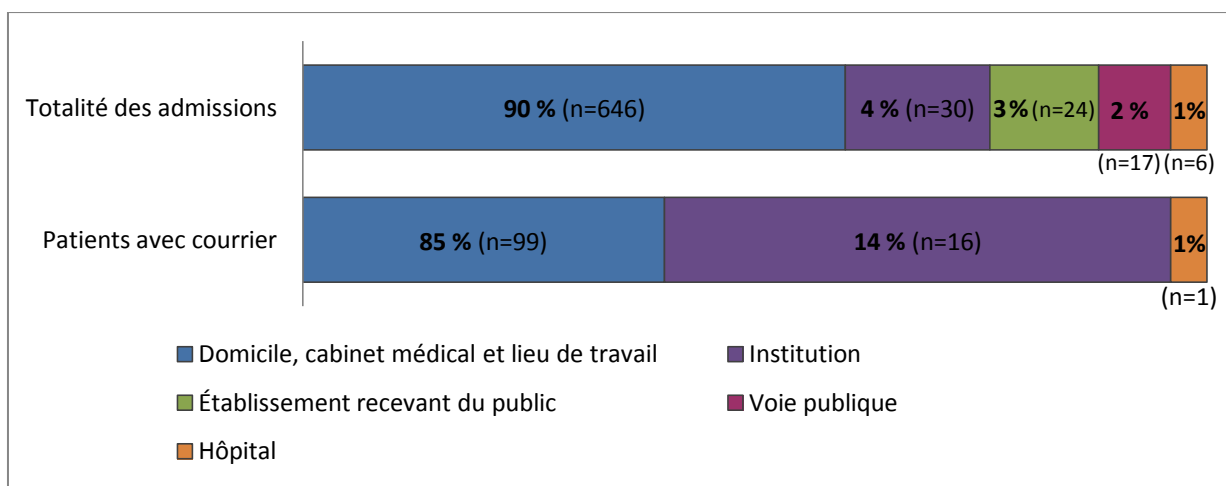


Figure 17 : Comparaison de l'origine de l'ensemble des patients avec celle des patients admis avec un courrier.

2.1.9. Moyen d'arrivée

Une ambulance privée a amené les patients aux urgences dans 53 % (n=61) des cas.

Trente-huit pour cent (n=44) des patients ont utilisé un moyen personnel pour venir.

Les pompiers ont été sollicités dans 5 % (n=6) des cas.

Un transport assis professionnalisé (TAP) a été utilisé pour 4 % (n=5) des malades.

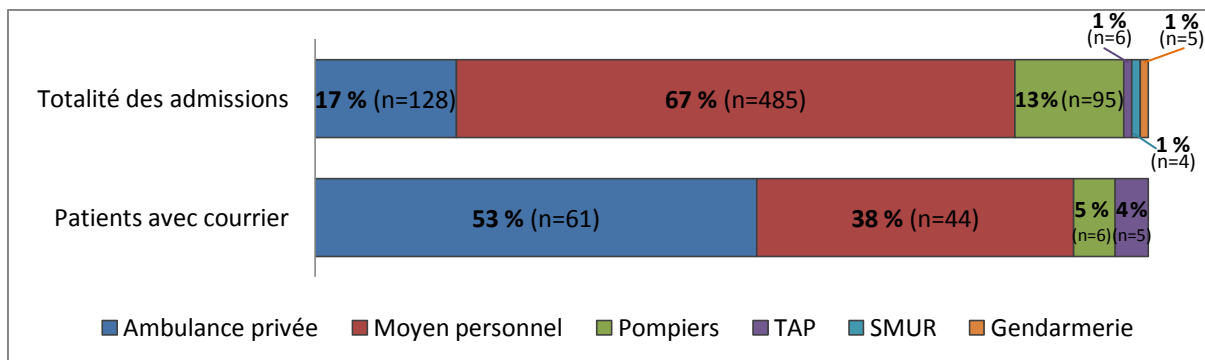


Figure 18 : Comparaison des modes de transport de l'ensemble des patients avec ceux des patients admis avec un courrier.

2.1.10. Devenir du patient

Les patients ont été hospitalisés dans un service de l'hôpital dans 55 % (n=64) des cas.

Trente-six pour cent (n=42) des malades ont pu regagner leur domicile après leur consultation aux urgences.

Huit pour cent (n=9) des patients ont été gardés en observation à l'UHCD : 7 % (n=8) pour surveillance et réévaluation de l'état clinique ultérieurement et 1 % (n=1) pour surveillance en attente d'un transfert au CHU de Limoges.

Un pour cent (n=1) des patients sont décédés aux urgences.

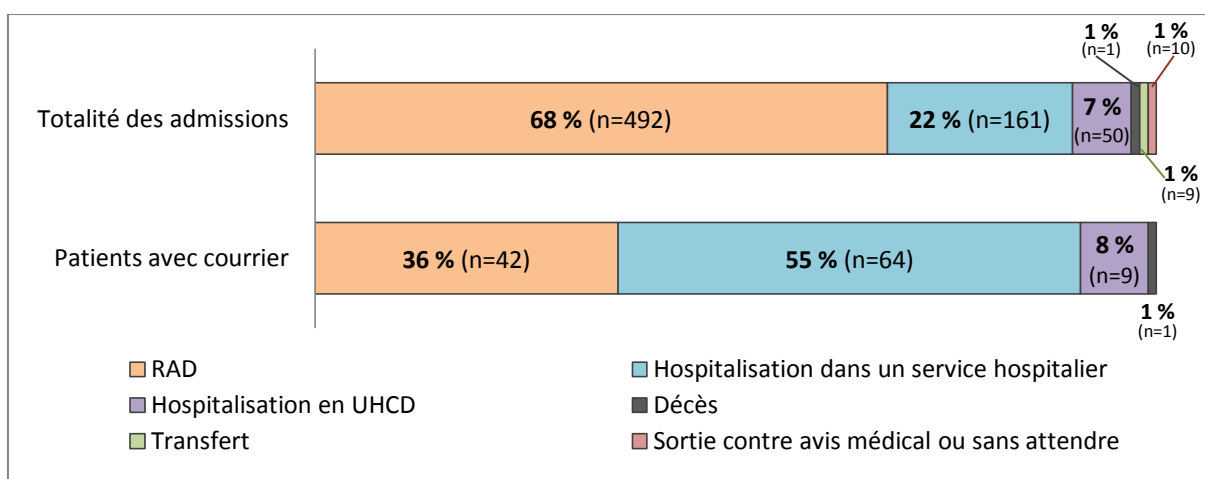


Figure 19 : Comparaison du devenir de l'ensemble des patients avec celui des patients admis avec un courrier.

2.1.11. Orientation diagnostique

Le degré d'urgence retenu par ResUrgences variait entre 2 et 4 selon la CIMU. Trente-deux pour cent des patients ont été classés niveau 2, 46 % niveau 3 et 22 % niveau 4.

La moyenne du degré d'urgence pour l'ensemble des malades était de 3.

Sur l'ensemble des courriers, l'orientation médicale était correcte dans 88 % (n=102) des cas.

Le médecin a émis clairement un diagnostic précis dans 61 % (n=71) des courriers. Ces hypothèses diagnostiques ont été confirmées par les urgences pour 62 % (n=44) d'entre elles. Pour celles qui ne concordaient pas exactement avec celles des urgentistes, l'orientation médicale restait juste dans 78 % (n=21) des cas.

	GÉNÉRALISTE		URGENTISTE		Orientation du généraliste concordante avec celle de l'urgentiste	
	n	%	n	%	n	%
Cardio-vasculaire	20	17 %	17	15 %	16	80 %
Pneumologie	14	12 %	15	13 %	13	93 %
Neurologie	8	7 %	7	6 %	6	75 %
Gastro-entérologie	18	16 %	21	18 %	17	94 %
Traumatologie	22	19 %	20	17 %	19	86 %
Rhumatologie	1	1 %	1	1 %	1	100 %
Infectiologie	7	6 %	5	4 %	5	71 %
Urologie	5	4 %	3	3 %	2	40 %
Endocrinologie	1	1 %	2	2 %	1	100 %
Ophtalmologie	1	1 %	1	1 %	1	100 %
ORL	1	1 %	2	2 %	1	100 %
Psychiatrie	5	4 %	6	5 %	5	100 %
Bilan de malaise	4	3 %	5	4 %	4	100 %
Placement et AEG	9	8 %	10	9 %	8	89 %
Autres	0	0 %	1*	1 %	0	—
					Moyenne	88 %

* : il s'agit d'un patient, qui selon l'urgentiste, ne se plaignait de rien et avait un examen clinique strictement normal ne nécessitant aucun examen complémentaire.

Tableau 2 : Orientations diagnostiques des médecins généralistes et urgentistes.

2.1.12. Cas particuliers

Trois patients présentaient une plaie. Pour 33 % (n=1) d'entre eux, il était précisé si les vaccinations antitétaniques étaient à jour. Pour 67 % (n=2) des patients, le courrier n'indiquait pas cette précision.

Huit patients présentaient un saignement (avec ou sans plaie). Dans ce cas, 63 % (n=5) des courriers rapportaient la présence d'un traitement anticoagulant ou antiagrégant. Dans 37 % (n=3) des cas, ces données n'apparaissaient pas dans la lettre.

2.1.13. Motifs de recours au service des urgences

Bien qu'il soit difficile de résumer à une seule raison le choix du médecin d'adresser son patient aux urgences, nous avons retrouvé huit grands groupes de motifs qui ont motivé cette décision.

Voici, ci-dessous, l'ensemble des motifs retrouvés :

- Nécessité d'une prise en charge hospitalière : 26 % des cas (n=30) ;
- Demande d'un examen complémentaire : 16 % (n=19) ;
- Aggravation de l'état du patient : 15 % (n=17) ;
- But d'établir un diagnostic précis : 12 % (n=14) ;
- Bilan rapide nécessaire : 11 % (n=13) ;
- Urgence vitale : 10 % (n=12) ;
- Maintien à domicile jugé impossible : 8 % (n=9) ;
- Manque de matériel : 2 % (n=2).

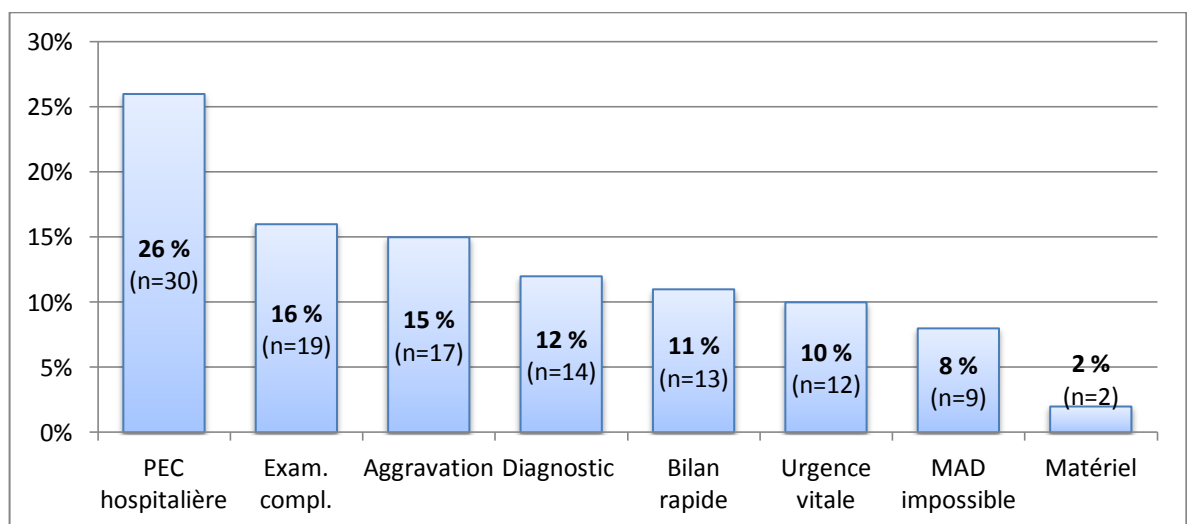


Figure 20 : Motifs de recours aux urgences.

2.2. Analyse des scores de qualité

- Scores de qualité des items :

Un score de qualité a été établi pour chacun des courriers à partir de la présence ou non de certains critères dans la lettre.

La figure ci-dessous reprend ces 16 critères classés du moins au plus souvent présent dans les lettres.

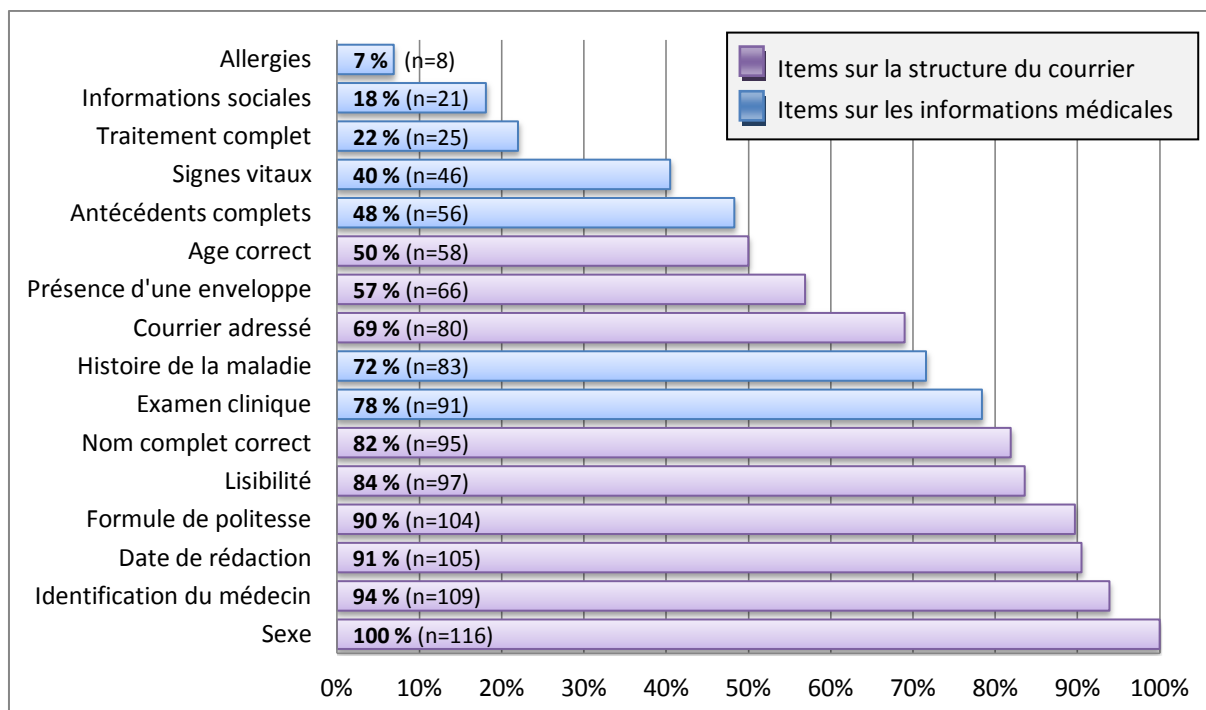


Figure 21 : Fréquence de la présence des principaux critères.

Notons qu'aux deux extrémités se trouvent le sexe qui était systématiquement renseigné (100 %, n=116) et les allergies et intolérances médicamenteuses qui n'étaient présentes que dans 7 % (n=8) des courriers.

Tous les critères sur la structure du courrier étaient présents dans plus d'un courrier sur deux. La plupart (nom complet correct, sexe du patient, identification du médecin, présence d'une formule de politesse, date de rédaction et lisibilité du courrier) étaient renseignés dans plus de 80 % des lettres.

En ce qui concerne les critères sur les informations médicales, seul l'examen clinique était retrouvé dans plus de 75 % des courriers. Cinq critères étaient retrouvés moins d'une fois sur deux. Il s'agissait des antécédents complets du patient (48 %, n=56), des signes vitaux (40 %, n=46), du traitement (lisible, avec dosage, posologie et horaires) (22 %, n=25), d'une information d'ordre social (18 %, n=21) et des allergies et intolérances médicamenteuses (7 %, n=8).

- Scores de qualité des courriers :

En ce qui concerne les courriers, les scores de qualité reprenaient les critères listés ci-dessus. Une note globale a été attribuée à chacune des lettres allant de 0 point (0 % : note minimale) à 18 points (100 % : note maximale). Nous avons également différencié les critères correspondant à la structure du courrier de ceux relatifs aux informations médicales, comme décrit dans le paragraphe sur le « score de qualité ».

- Sur la structure du courrier, la note moyenne des 116 lettres était de 7,2/9. Ces dernières comportaient donc en moyenne 80 % des items relatifs à la structure du courrier. Le courrier le moins complet en contenait 44 % et le meilleur contenait tous les critères (100 %).
- La moyenne des informations médicales était de 4,2/9 soit 46 %. La valeur minimale était de 0 %, soit aucune information médicale. La valeur maximale était de 89 %.
- La note globale, comprenant tous les critères, était de 11,4/18 soit 63 %. Les notes variaient de 39 à 94 %.

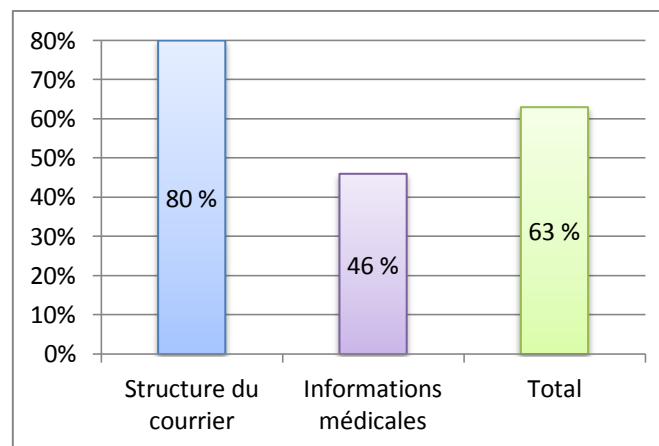


Figure 22 : Moyenne des scores de qualité des courriers.

- Liens entre les scores de qualité et les différentes variables :

La recherche systématique de liens entre les scores de qualité et les différentes variables donnait les résultats suivant :

- Lien entre les scores de qualité et le type de médecin.

Les courriers des médecins traitants obtenaient une meilleure note que ceux des remplaçants. La différence était significative pour la structure du courrier ($p=0,028$) et pour le score global ($p=0,029$), mais était non significative pour les informations médicales ($p=0,8$).

La figure 23 ci-dessous résume l'ensemble de ces données.

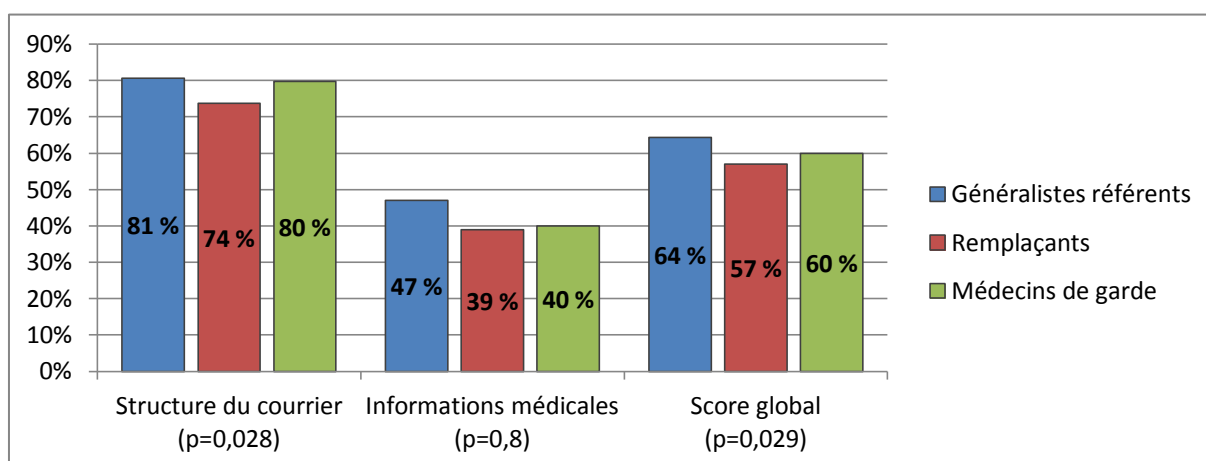


Figure 23 : Scores de qualité des courriers pour les différents types de médecins.

- Effet de causalité entre le type de courrier (manuscrit ou dactylographié) et sa qualité en ce qui concernait les informations médicales (p=0,03).

Les courriers dactylographiés contenaient plus d'informations médicales que les courriers manuscrits. Ils obtenaient également de meilleurs scores de qualité en ce qui concerne la structure du courrier et le score global. Cependant, la différence n'était pas significative.

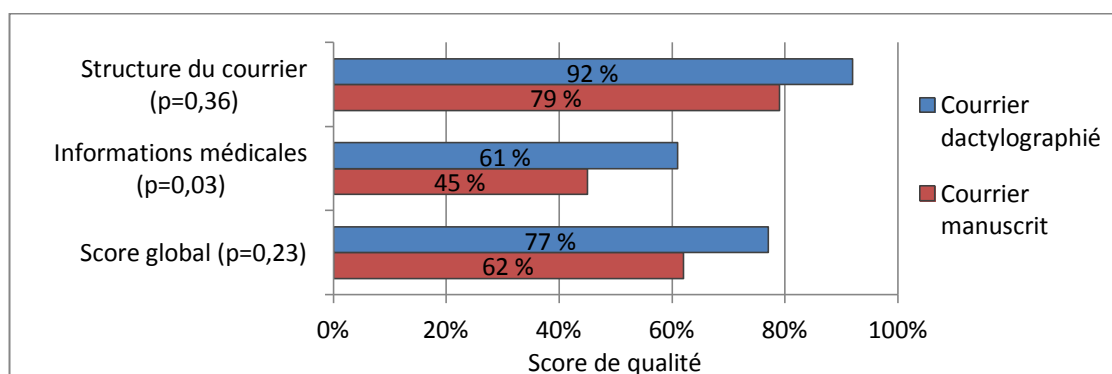


Figure 24 : Relation entre les différents types de courriers et les scores de qualité.

- Corrélation entre la structure du courrier et le lieu d'origine du patient (p=0,046).

Les items sur la structure du courrier étaient mieux renseignés lorsque le patient provenait de son domicile ou du cabinet du médecin que d'une institution. Cependant, les lettres écrites dans les maisons de retraite et les structures spécialisées contenaient plus d'informations médicales sans que la différence soit significative (p=0,8).

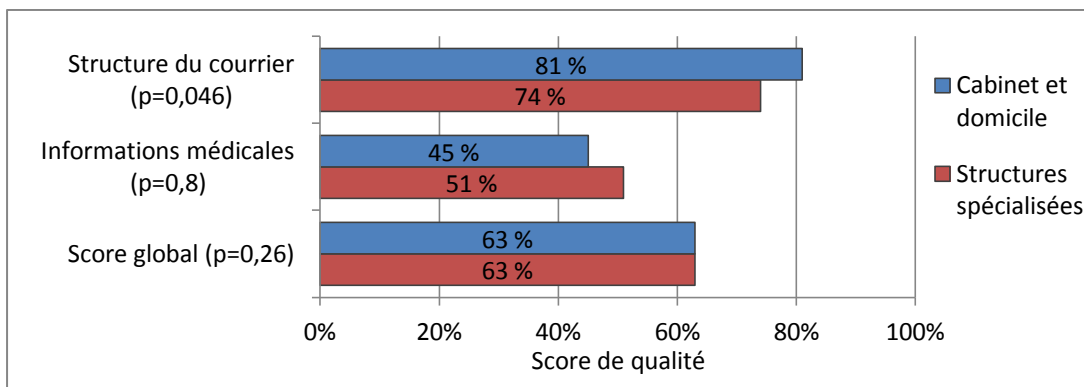


Figure 25 : Relation entre les différentes origines du patient et les scores de qualité.

- Tendance à de meilleurs scores globaux pour les courriers où un diagnostic était évoqué (p=0,058).
- Tendance à une corrélation entre qualité du courrier et demande d'hospitalisation (p=0,069).
Les courriers des patients adressés pour une hospitalisation étaient plus complets que les autres lettres.
- Pas d'effet lié au mode de transport sur la qualité des données médicales d'une lettre (p=0,41).
Néanmoins, le score global était supérieur pour les patients arrivés en ambulance (50%) par rapport à ceux arrivés par leurs moyens personnels (39%).
- Pas de corrélation entre qualité d'un courrier et degré d'urgence.
Toutefois les lettres contenaient plus d'informations pour les CIMU élevées en ce qui concerne la structure du courrier, les informations médicales et le score global.

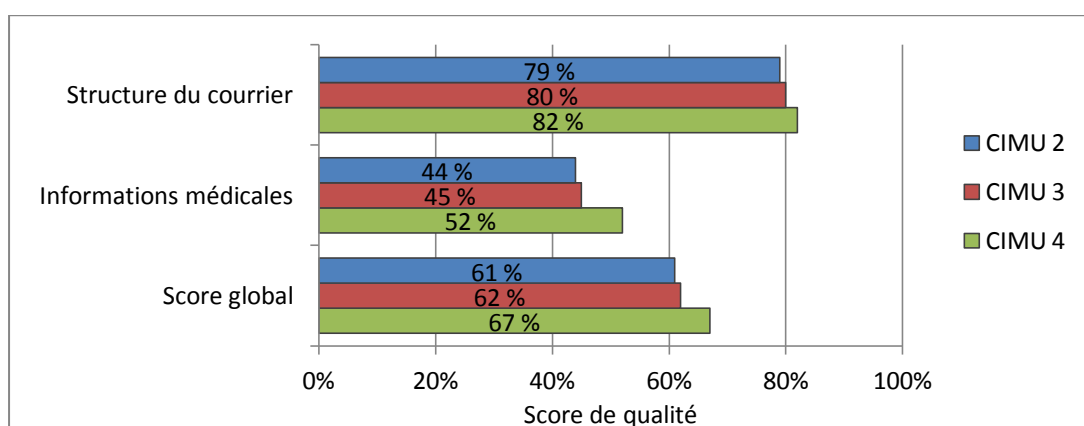


Figure 26 : Relation entre les différents degrés d'urgence et les scores de qualité.

- Pas de rapport entre le devenir du patient et les scores de qualité.

Cependant, le taux de remplissage des courriers était plus important pour les patients hospitalisés.

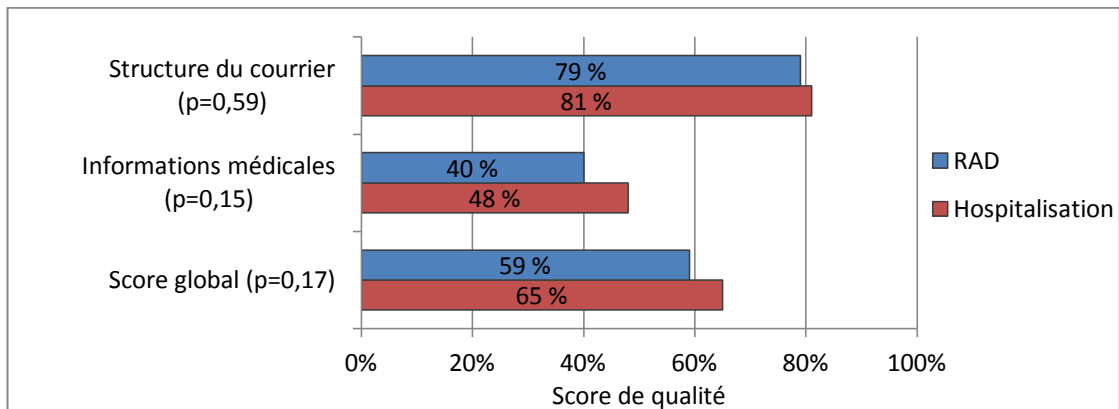


Figure 27 : Relation entre les différents devenirs du patient et les scores de qualité.

- Pas de relation entre le moment de la journée et les informations médicales contenues dans le courrier.

Néanmoins, on pouvait mettre en évidence une tendance à ce que les courriers reçus sur la période de garde (de 20h à 8h) soient plus complets que ceux reçus dans la journée (de 8h à 20h) ($p=0,08$).

- Pas de lien entre les scores de qualité et les jours de la semaine.

Il n'y avait pas non plus de différence significative entre la semaine et le week-end en ce qui concerne les scores de qualité des courriers.

- Pas de différence significative retrouvée sur la qualité du courrier et les diverses tranches d'âge des patients.

Pourtant la tranche d'âge de plus de 80 ans obtenait un meilleur score (53 %) que la tranche d'âge 60 – 80 ans (43 %).

- Pas de relation entre les motifs de recours aux urgences et les scores de qualité.

Néanmoins, la quantité des informations médicales variait en fonction du motif, mais de façon non significative.

La figure 28 illustre la présence des informations médicales en fonction des motifs de recours aux urgences.

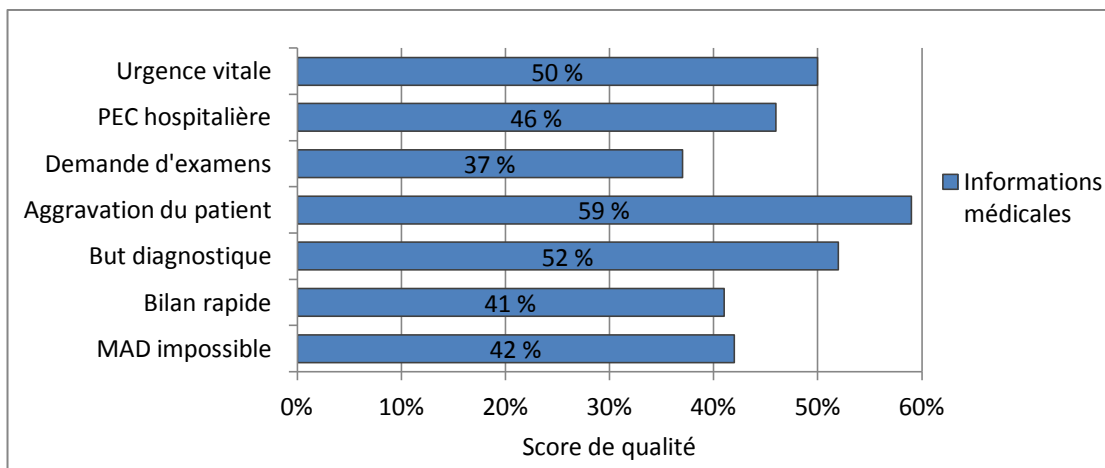


Figure 28 : Relation entre les différents motifs de recours aux urgences et les informations médicales contenues dans les courriers.

- Enfin, pas d'effet lié à l'orientation diagnostique du médecin généraliste sur la qualité des courriers.

Cependant, on retrouvait des scores sur les informations médicales différents en fonction de la pathologie.

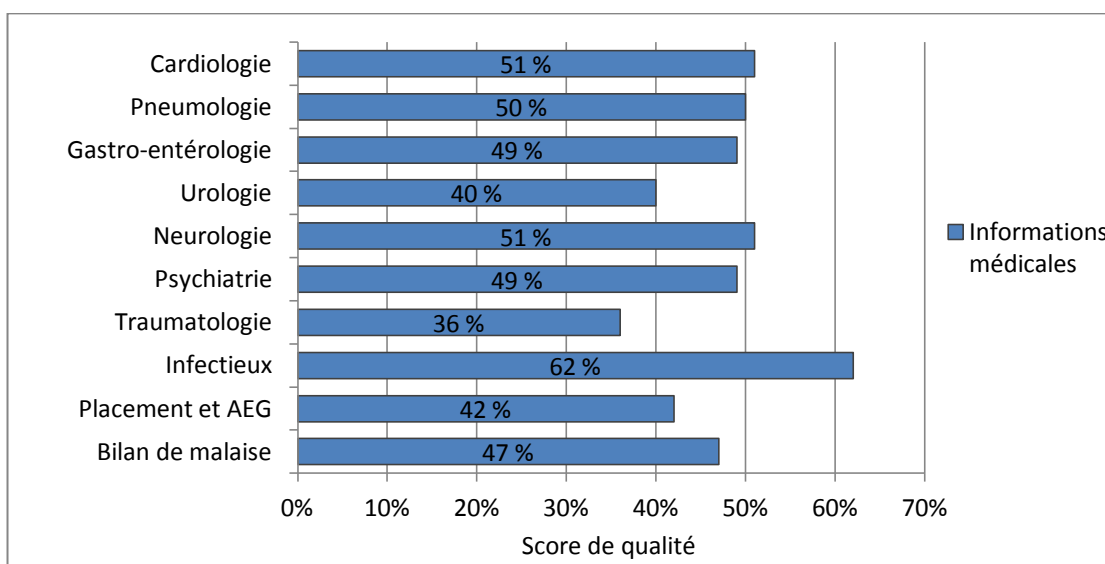


Figure 29 : Relation entre les différentes orientations diagnostiques et les informations médicales contenues dans les courriers.

3. RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES

3.1. Questionnaire des médecins urgentistes

Sur les 11 questionnaires distribués aux urgentistes de Tulle, 7 exemplaires ont été remplis et retournés, soit un taux de réponse de 64 %.

Tous les urgentistes ayant répondu au questionnaire ont déclaré lire les courriers de façon systématique (100 %, n=7).

Les moments où étaient lus les courriers étaient :

- avant d'aller examiner le patient pour 86 % (n=6) des urgentistes ;
- dès l'admission du patient (43 %, n=3) ;
- lors de leur prescription médicamenteuse (29 %, n=2) ;
- après avoir examiné le patient (14 %, n=1) ;
- en cas de difficulté de diagnostic (14 %, n=1).

Rappelons que plusieurs réponses étaient possibles pour cette question.

La fréquence des courriers des médecins généralistes adressant des patients était considérée comme satisfaisante pour 43 % (n=3) des urgentistes et insuffisante pour 57 % (n=4).

Les informations contenues dans un courrier et jugées les plus utiles par les médecins urgentistes pour la prise en charge du malade étaient :

- les antécédents pour 100 % (n=7) d'entre eux ;
- le traitement (100 %, n=7) ;
- l'histoire de la maladie (57 %, n=4) ;
- l'examen clinique du généraliste (43 %, n=3) ;
- le mode de vie du patient (29 %, n=2) ;
- le motif de consultation (29 %, n=2) ;
- l'hypothèse diagnostique du généraliste (29 %, n=2) ;
- les constantes vitales (14 %, n=1) ;
- l'âge du patient (14 %, n=1) ;
- l'autonomie du patient (14 %, n=1) ;
- les allergies (14 %, n=1).

Selon les médecins urgentistes, les informations le plus souvent manquantes ou insuffisantes étaient :

- les antécédents (71 %, n=5) ;
- le traitement (71 %, n=5) ;
- le mode de vie (29 %, n=2) ;
- l'examen clinique (14 %, n=1) ;
- les constantes vitales (14 %, n=1) ;
- l'hypothèse diagnostique (14 %, n=1) ;
- l'histoire de la maladie (14 %, n=1) ;
- l'autonomie du patient (14 %, n=1) ;
- l'état clinique antérieur (14 %, n=1).

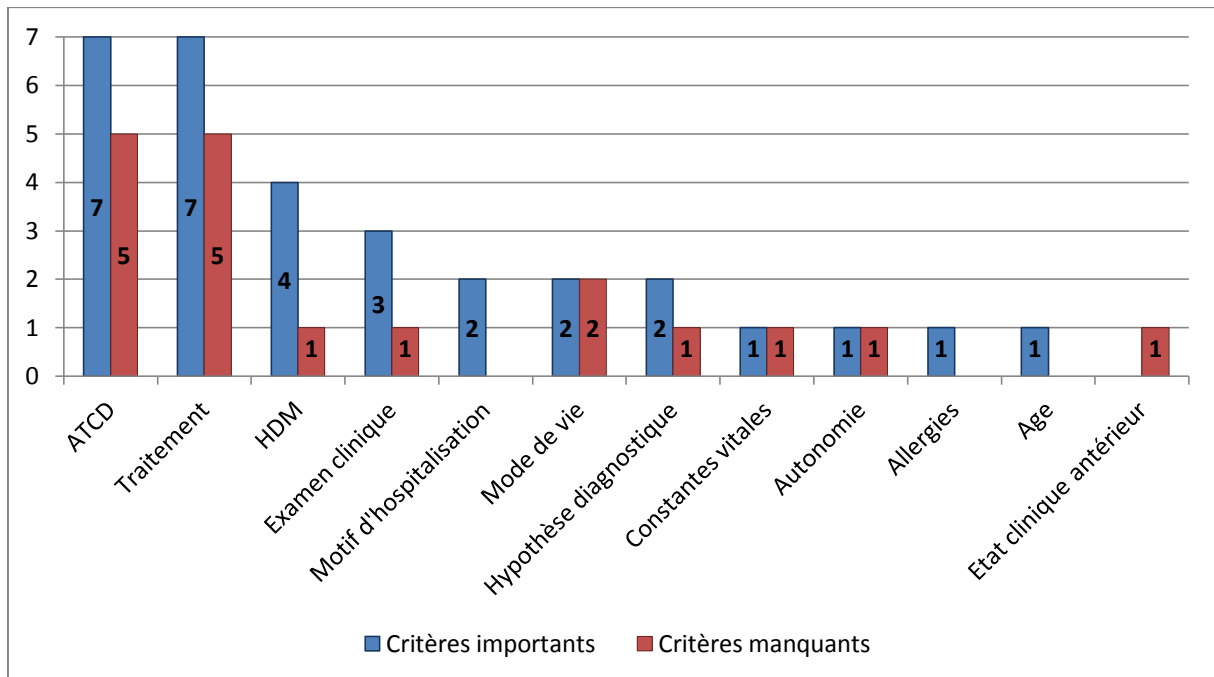


Figure 30 : Critères jugés importants et ceux jugés manquants par les urgentistes.

L'aide apportée par l'ensemble des courriers accompagnant les patients adressés aux urgences était jugée comme très importante pour 14 % (n=1) des urgentistes, importante pour 43 % (n=3) et faible pour 43 % (n=3) d'entre eux.

Les urgentistes de Tulle déclaraient devoir rappeler les généralistes pour avoir des informations supplémentaires de façon fréquente pour 29 % (n=2) d'entre eux, de temps en temps pour 42 % (n=3), et rarement pour 29 % (n=2) d'entre eux.

Voici les résultats du niveau d'importance accordé à certains critères par les urgentistes. Les moyennes ont été regroupées de cette manière :

- inférieure à 1,5 = « peu utile » ;
 - entre 1,5 et 2,5 = « utile » ;
 - entre 2,5 et 3,5 = « très utile » ;
 - supérieure à 3,5 = « indispensable ».
- les critères jugés indispensables étaient :
 - la lisibilité du courrier (27 points, moyenne de 3,9) ;
 - les allergies et intolérances médicamenteuses (27 points, moyenne de 3,9) ;
 - les antécédents médicaux et chirurgicaux (26 points, moyenne de 3,7) ;
 - le traitement du patient (26 points, moyenne de 3,7) ;
 - l'histoire de la maladie (25 points, moyenne de 3,6).
 - les critères très utiles étaient :
 - la date de rédaction du courrier (24 points, moyenne de 3,4) ;
 - le nom du patient (23 points, moyenne de 3,3) ;
 - les informations d'ordre social (23 points, moyenne de 3,3) ;
 - l'identification du généraliste (22 points, moyenne de 3,1) ;
 - l'âge du patient (21 points, moyenne de 3) ;
 - l'examen clinique du généraliste (21 points, moyenne de 3) ;
 - les constantes vitales du patient (18 points, moyenne de 2,6).
 - les critères utiles étaient :
 - la dernière hospitalisation (16 points, moyenne de 2,3) ;
 - l'hypothèse diagnostique du généraliste (15 points, moyenne de 2,1) ;
 - le sexe du patient (13 points, moyenne de 1,9) ;
 - la demande du généraliste (13 points, moyenne de 1,9).
 - les critères jugés comme peu utiles étaient :
 - la formule de politesse (8 points, moyenne de 1,1).

Selon les médecins urgentistes, les appels téléphoniques des généralistes permettent :

- d'obtenir des informations et des explications complémentaires sur le patient et sa situation (57 %, n=4) ;
- d'anticiper l'arrivée du patient aux urgences et de s'organiser en conséquence (43 %, n=3). Ainsi, devant une douleur thoracique par exemple, l'urgentiste peut s'assurer d'avoir un lit disponible en salle de déchocage ;

- de garder un climat de confiance et de confraternité entre médecins (43 %, n=3) ;
- de discuter des patients au cas par cas et de prendre des conseils pour sa prise en charge (29 %, n=2) ;
- de faire une synthèse rapide de l'état du patient et de sa situation (14 %, n=1) ;
- de connaître avec précision la demande du généraliste et ses raisons d'hospitalisation du patient (14 %, n=1).

Les moyens, qui selon les urgentistes, pouvaient améliorer la communication et l'échange d'informations entre eux et les médecins généralistes étaient :

- un courrier systématique, tant du généraliste, lorsqu'il adressait un patient aux urgences, que des urgentistes aux généralistes, après avoir examiné un patient pour donner les principales informations de cette consultation (43 %, n=3) ;
- un courrier dactylographié (29 %, n=2). Ce dernier améliorerait l'échange d'informations car ce dernier est toujours plus complet et lisible ;
- un appel téléphonique systématique du généraliste (14 %, n=1). Ceci améliorerait l'échange d'informations ;
- l'utilisation d'un « courrier type » (14 %, n=1) ;
- l'ajout du dernier électrocardiogramme et de la dernière biologie du patient en fonction de sa pathologie (14 %, n=1).

Les urgentistes déclaraient envoyer des courriers aux généralistes pour leurs patients vus aux urgences de façon régulière pour 14 % (n=1) d'entre eux. Une majorité, 57 % (n=4), avouait n'écrire que rarement aux généralistes. Enfin 29 % (n=2) déclaraient ne jamais faire de courrier. Cependant, dans les remarques libres ils précisaient appeler de temps en temps le généraliste pour le tenir informé de la situation.

3.2. Questionnaire des médecins généralistes

Sur les 46 questionnaires envoyés aux médecins généralistes qui ont adressé un ou plusieurs patient(s) aux urgences de Tulle avec un courrier durant la période de l'étude, 27 exemplaires ont été remplis et renvoyés, soit un taux de participation de 59 %.

Il s'agissait d'une grande majorité d'hommes. En effet, 85 % (n=23) des médecins ayant répondu étaient des hommes et 15 % (n=4) étaient des femmes. Cette différence de pourcentage est due au fait que sur les 46 médecins ayant adressé un patient avec un courrier, 36 étaient des hommes et 10 des femmes.

Vingt-six pour cent (n=7) avaient entre 40 et 50 ans, 52 % (n=14) entre 50 et 60 ans et 22 % (n=6) plus de 60 ans. Aucun n'avait moins de 40 ans.

Sur la totalité des médecins ayant renvoyé le questionnaire, 59 % (n=16) exerçaient seuls et 41 % (n=11) en cabinet de groupe.

Ils exerçaient en milieu rural pour 70 % (n=19) d'entre eux, en semi-rural pour 19 % (n=5) et en urbain pour 11 % (n=3) d'entre eux.

La figure ci-dessous reprend les caractéristiques des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire.

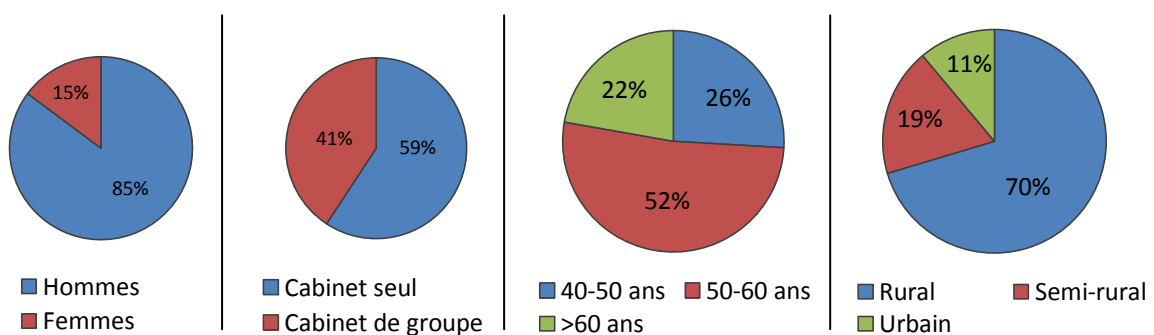


Figure 31 : Caractéristiques des médecins généralistes.

Selon les généralistes, plusieurs raisons ou situations les poussaient à adresser un patient aux urgences plutôt que de le prendre en charge en ambulatoire. Voici l'ensemble des motifs cités :

- Situation d'urgence vitale ou d'extrême gravité (56 %, n=15) ;
- Prise en charge de certaines pathologies impossible à domicile (37 %, n=10). Ceci était souvent dû, selon les généralistes, au plateau technique nécessaire indisponible hors des centres hospitaliers ;
- Nécessité d'un bilan ou d'exams complémentaires rapides (30 %, n=8). C'était le cas notamment des traumatismes avec suspicion de fracture ;
- Maintien à domicile impossible (26 %, n=7). Cela pouvait être dû à la pathologie, à l'environnement inadapté du patient ou à son état cognitif (démence, handicap cérébral...) ;
- Surveillance nécessaire mais impossible au domicile (19 %, n=5). C'était le cas des patients à domicile mais également de ceux dans les EHPAD où il n'y a pas d'infirmière la nuit ;
- But diagnostique (19 %, n=5) ;

- Prise en charge rapide et globale d'un patient (11 %, n=3). Ceci incluait les bilans de malaise où il fallait planifier plusieurs examens complémentaires rapidement. Cela était plus simple à programmer aux urgences plutôt qu'en ambulatoire ;
- Besoin d'un avis spécialisé rapidement (11 %, n=3). Dans ce cas, les généralistes déclaraient avoir appelé un ou plusieurs spécialiste(s) en ville sans avoir pu obtenir de rendez-vous rapide ;
- Échec du traitement à domicile avec aggravation de l'état du patient (11 %, n=3). On retrouvait souvent le manque de moyen, la nécessité de faire des examens plus poussés et d'avoir un avis spécialisé ;
- Lorsque le service appelé par le généraliste demande de « passer par les urgences » (7 %, n=2) ;
- Urgences psychiatriques (7 %, n=2).

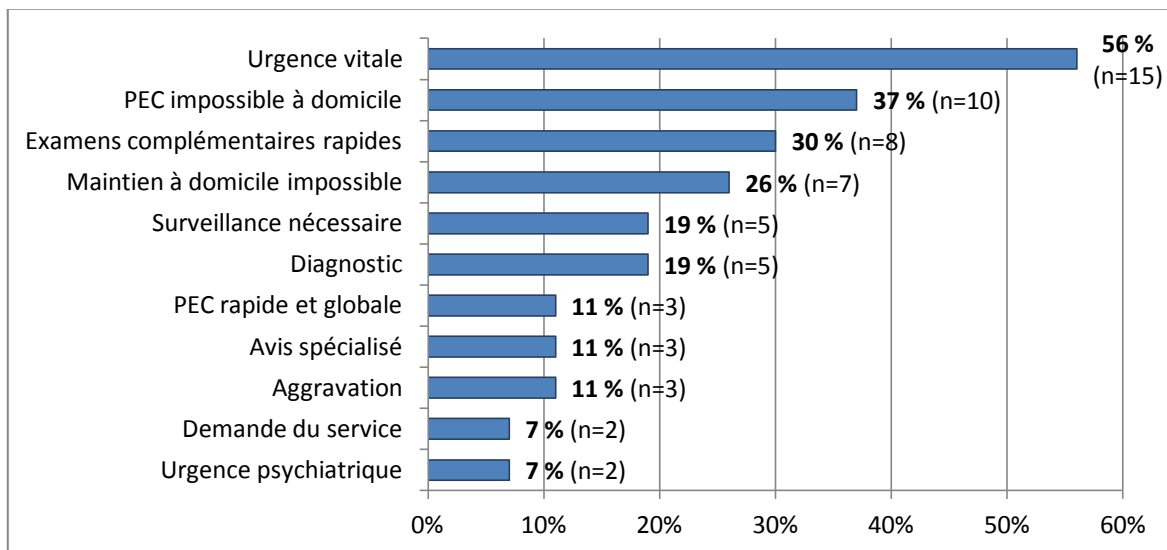


Figure 32 : Situations où un patient est adressé aux urgences selon les généralistes.

Les généralistes déclaraient, pour la grande majorité d'entre eux (89 %, n=24), faire systématiquement un courrier lorsqu'ils adressaient un patient aux urgences. Sept pour cent (n=2) le faisaient la plupart du temps et 4 % (n=1) quelques fois seulement en précisant qu'ils appelaient les urgences lorsqu'ils ne faisaient pas de courrier.

Lorsqu'ils étaient à leur cabinet, les médecins déclaraient faire un courrier dactylographié systématiquement dans 19 % (n=5) des cas et de temps en temps pour 15 % (n=4) d'entre eux. La plupart (66 %, n=18) ne faisaient jamais de courriers dactylographiés. Pour ces derniers, leurs courriers étaient donc toujours manuscrits.

Voici les résultats du niveau d'importance accordé à certains critères par les médecins généralistes.

- les critères jugés indispensables étaient :
 - le nom du patient (105 points, moyenne de 3,9) ;
 - le traitement du patient (104 points, moyenne de 3,9) ;
 - les allergies et intolérances médicamenteuses (100 points, moyenne de 3,7) ;
 - l'âge du patient (99 points, moyenne de 3,7) ;
 - l'identification du généraliste (98 points, moyenne de 3,6) ;
 - les antécédents médicaux et chirurgicaux (97 points, moyenne de 3,6) ;
 - la date de rédaction du courrier (97 points, moyenne de 3,6) ;
 - l'histoire de la maladie (95 points, moyenne de 3,5).
- les critères très utiles étaient :
 - la lisibilité du courrier (94 points, moyenne de 3,5) ;
 - les constantes vitales du patient (91 points, moyenne de 3,4) ;
 - l'examen clinique du généraliste (89 points, moyenne de 3,3) ;
 - le sexe du patient (82 points, moyenne de 3) ;
 - la formule de politesse (79 points, moyenne de 2,9) ;
 - l'hypothèse diagnostique du généraliste (78 points, moyenne de 2,9) ;
 - la demande du généraliste (74 points, moyenne de 2,7).
- les critères utiles étaient :
 - les informations d'ordre social (67 points, moyenne de 2,5) ;
 - la dernière hospitalisation (63 points, moyenne de 2,3).
- aucun critère n'a été jugé comme peu utile.

Notons que pour les généralistes, aucun critère n'était « peu utile » contrairement à l'avis des urgentistes. Ces derniers ont jugé une majorité (41 %, n=7) de critères comme « très utiles » alors que les généralistes ont classé une majorité de critères (47 %, n=8) comme « indispensables ».

La figure ci-dessous compare les moyennes données par les généralistes et les urgentistes pour chacun des dix-sept critères cités précédemment.

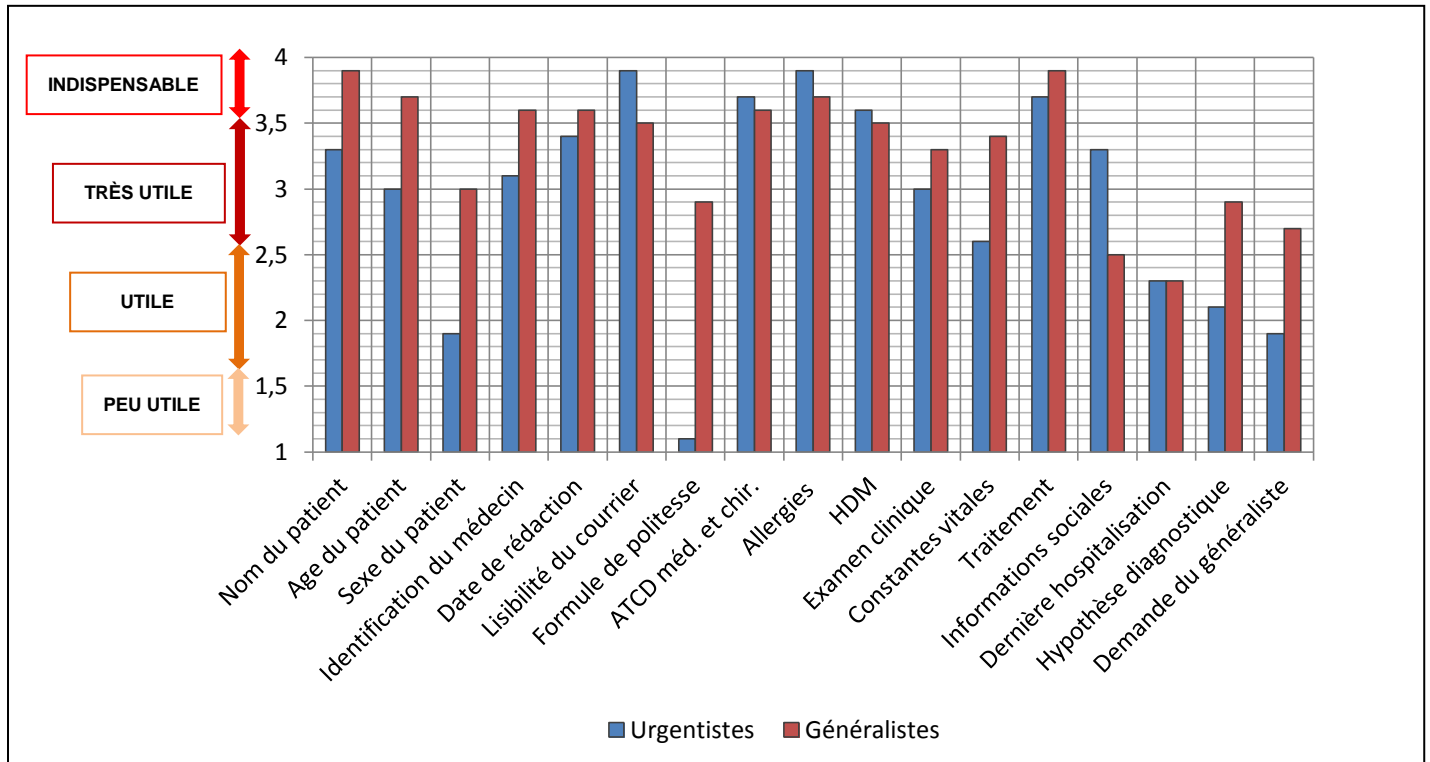


Figure 33 : Importance de la présence dans un courrier de 17 critères selon les urgentistes et les généralistes.

Les allergies, antécédents, signes vitaux, informations sociales et traitements étaient retrouvés dans moins d'un courrier sur deux. Les médecins expliquaient cela par :

- Le manque de temps (48 %, n=13). Ceci d'autant plus qu'une grande partie des visites d'urgence se déroulent pendant les heures de consultations ;
- L'ensemble des informations étaient dans le dossier médical au cabinet et donc n'étaient pas consultables pendant les visites (30 %, n=8). Le médecin n'a pas tout en tête ;
- En ce qui concerne l'item « informations sociales », il n'était pas jugé utile pour la prise en charge immédiate (30 %, n=8). Les médecins généralistes rappelaient qu'ils pouvaient les donner par la suite par téléphone si un médecin hospitalier leur demandait ;
- Le médecin n'avait pas forcément toutes ces informations sur le patient (26 %, n=7). Certaines sont difficiles à obtenir même en interrogeant le malade. Il peut s'agir également d'un patient peu ou pas connu (par exemple lors d'une garde) ;

- Oubli et manque de rigueur (19 %, n=5) ;
- Incertitude que le courrier soit lu et les généralistes estimaient être « mal reçus » au téléphone (7 %, n=2) ;
- Informations données par téléphone (7 %, n=2) ;
- Incompréhension, ces items leur semblaient indispensables (7 %, n=2) ;
- Dossier médical incomplet (4 %, n=1).

Lorsqu'ils adressaient un patient aux urgences, tous les médecins appelaient le service. Mais, 67 % (n=18) d'entre eux le faisaient de façon systématique et 33 % (n=9) de temps en temps.

Les différents moyens évoqués pour améliorer la communication et l'échange d'informations entre généralistes et urgentistes étaient :

- Un courrier systématique (41 %, n=11). Cinquante-cinq pour cent (n=6) des médecins ayant répondu ceci précisait que cela devrait se faire dans les deux sens et qu'ils ne recevaient que très rarement un courrier de la part des urgences. Un courrier des urgentistes devrait se faire, selon eux, au moins pour les médecins ayant pris la peine de leur écrire ou de les appeler et pour les cas complexes où les patients nécessitent d'être revus rapidement. Neuf pour cent (n=1) des médecins estimaient qu'un appel téléphonique suffirait ;
- Une meilleure confraternité entre médecins (37 %, n=10). Vingt pour cent (n=2) des médecins estimaient que leurs hypothèses diagnostiques n'étaient pas prises en compte. Trente pour cent (n=3) trouvaient que les urgentistes ne prenaient pas assez de temps pour les écouter au téléphone. Cinquante pour cent (n=5) considéraient un manque de confraternité entre médecins, sans préciser plus ;
- Un échange électronique (26 %, n=7). Ceci par mail principalement ou fax éventuellement. Soixante-et-onze pour cent (n=5) d'entre eux précisait que cela devrait se faire dans les deux sens ;
- La possibilité de joindre plus rapidement le médecin urgentiste (19 %, n=5) dont 80 % (n=4) précisait qu'un numéro d'appel direct pour joindre l'urgentiste serait l'idéal ;
- L'appel téléphonique systématique (15 %, n=4). Ils précisait que cela devrait au moins être fait pour les cas difficiles ;
- Un courrier dactylographié (11 %, n=3). Cela n'est possible actuellement qu'au cabinet ;

- Des réunions entre généralistes et urgentistes pour se connaître, échanger et développer les attentes de chacun (11 %, n=3) ;
- L'utilisation d'un courrier type (7 %, n=2) ;
- Insister sur des stages chez le généraliste pour l'urgentiste en formation (7 %, n=2).

Les médecins généralistes déclaraient recevoir un courrier de leurs patients admis aux urgences de manière régulière pour 30 % (n=8) d'entre eux, de temps en temps pour 44 % (n=12) et jamais ou très exceptionnellement pour 26 % (n=7). À noter que 11 % (n=3) d'entre eux estimaient ne pas les recevoir assez rapidement.

Si l'on prend en compte le questionnaire et les remarques libres, on pouvait noter que 41 % (n=11) des médecins souhaiteraient recevoir des informations en retour plus fréquemment, que ce soit par courrier papier, mail ou appel téléphonique.

DISCUSSION

1. POINTS FORTS DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude prospective. Les critères étudiés ont donc été choisis, après réflexion, sans connaître les résultats, évitant ainsi un biais de sélection. Le risque d'erreur était également plus faible du fait d'un meilleur contrôle des informations recueillies.

La collecte des courriers a été facile à mettre en place, évitant ainsi des biais de recrutement. Leur photocopie permettait de récupérer l'ensemble des informations écrites sur le document sans aucune perte de données.

L'utilisation du dossier informatique des urgences nous a permis de compléter nos informations. Le logiciel ResUrgences précise automatiquement certaines données comme l'heure et le jour d'admission et cote le degré d'urgence en fonction des informations rentrées par l'IAO, selon la CIMU. Ceci évite les erreurs d'interprétation. De plus certaines informations, indispensables pour notre étude, sont systématiquement présentes puisque l'ouverture d'un dossier d'admission nécessite impérativement que ces informations soient renseignées (nom, date de naissance, mode d'arrivée...).

Il est très intéressant d'avoir pu travailler sur plusieurs axes. Nous avons recueilli l'avis des médecins généralistes et des médecins urgentistes par l'intermédiaire de questionnaires. Cela nous a permis de mieux connaître les pratiques quotidiennes de chacun et d'avoir des points de vue différents sur le sujet. Ces informations complémentaires nous semblaient indispensables pour pouvoir comprendre et interpréter les résultats de cette étude.

2. LIMITES DE L'ÉTUDE

Notre étude se déroule sur deux semaines. Cette période, assez courte, n'est pas suffisamment représentative de l'ensemble de l'activité du service des urgences, ni de celle des médecins généralistes. De plus, nos 116 courriers recueillis ne constituent pas un échantillon de taille suffisante pour obtenir une puissance statistique totalement satisfaisante.

L'évaluation des critères n'est probablement pas parfaitement objective. En effet, l'item « lisibilité » est un critère dépendant du lecteur et l'exactitude de certains items, comme le traitement, les allergies, les antécédents... ne peut être vérifiée et confirmée avec une certitude absolue.

Les lettres recueillies sur notre période d'étude ne sont pas forcément le reflet de la pratique de l'ensemble des généralistes de la Corrèze. En effet, chaque généraliste n'a pas adressé le même nombre de patients avec un courrier et, surtout, ces courriers ne sont issus que d'une partie des médecins de la région.

3. ÉTUDE DES COURRIERS

3.1. Nombre de courriers

Dans notre étude, on constate que peu de patients admis aux urgences de l'hôpital de Tulle sont accompagnés d'un courrier. En effet, sur les 723 patients qui se sont présentés au service d'accueil des urgences (SAU) pendant notre période d'étude, 117 étaient accompagnés d'une lettre (116 écrites par un médecin et 1 par une IDE). Ainsi, seulement 16 % des patients admis aux urgences étaient accompagnés d'une lettre.

Les résultats de la littérature sont très variés. Le pourcentage de patients admis dans un service d'urgences avec une lettre varie entre 12,7 % et 52,7 % (6–8).

Le taux bas de notre étude peut être en partie expliqué par le fait que nous n'avons pas pris en compte une partie des admissions pédiatriques puisque, la journée, sur les jours ouvrables, les enfants relevant d'une pathologie médicale sont pris en charge par le service de pédiatrie et non par celui des urgences. Il s'agit d'une particularité dans l'organisation des urgences de l'hôpital de Tulle.

Notre étude met en évidence que plus un patient est âgé, plus la probabilité qu'il soit admis avec un courrier est importante.

Une des explications serait que les patients plus jeunes viennent souvent d'eux même aux urgences, sans passer par leur médecin généraliste. Ce mauvais réflexe est d'ailleurs une des principales causes responsables de la surcharge des services d'urgences. On comprend qu'une personne âgée dont la mobilité est réduite préférera appeler son médecin traitant pour une visite à domicile plutôt que d'aller spontanément, d'elle-même, aux urgences.

Une autre explication serait que les courriers seraient plus utiles pour les patients âgés dont les antécédents sont plus nombreux. De plus, leurs « histoires » sont souvent plus complexes que celles des patients jeunes, ce qui inciterait le médecin généraliste à faire un courrier.

La fréquence des courriers pour les patients provenant d'une institution ou d'un hôpital peut paraître surprenante. En effet, environ un tiers (31 %) des patients venant d'une institution et seulement 17 % provenant d'un hôpital sont adressés aux urgences de Tulle avec un courrier.

Hors les maisons de retraite sont toutes informatisées. Il est donc aisé de retrouver l'ensemble des antécédents et des traitements d'un patient, voire d'imprimer une fiche récapitulative du patient et d'y joindre un courrier succinct pour donner le motif de recours aux urgences.

En ce qui concerne les transferts entre hôpitaux, il s'agit souvent d'une urgence dont le transfert doit se faire rapidement. Les médecins qui adressent le patient préfèrent donc contacter par téléphone leurs confrères pour transmettre les informations relatives au malade. Cependant, toute admission devrait être justifiée par une lettre. Les médecins devraient donc faire un bref courrier pour donner le motif d'hospitalisation même s'ils ont au préalable appelé le service.

La majeure partie des courriers (93 %) ont été reçus la journée. Les autres (7 %) ont été reçus la nuit avant minuit. Aucune lettre n'a été écrite sur la période de nuit profonde. Ceci s'explique par la permanence des soins ambulatoires (PDSA) qui est mise en place tous les jours de 20 heures à 8 heures, les week-ends et les jours fériés en Corrèze. Ainsi, après 20h, la garde est régulée par le SAMU centre 15. Un médecin généraliste et un médecin urgentiste gèrent les appels téléphoniques. En fonction de la situation, ils donnent des conseils médicaux aux patients, leur demandent d'aller consulter le médecin de garde du secteur à son cabinet (entre 20 heures et minuit) ou envoient au domicile du patient une équipe SMUR, les pompiers, une ambulance privée ou le médecin de garde mobile (disponible pour les visites dites « incompressibles »). Cette régulation téléphonique diminue donc le nombre de consultations avec un médecin généraliste sur la période de garde et en particulier après minuit. Elle permet également d'adresser directement aux urgences, sans passer par un médecin généraliste, la plupart des patients dont l'état de santé nécessite une hospitalisation. Ceci diminue ainsi considérablement le nombre de patients adressés avec un courrier aux urgences sur la période de garde.

3.2. Population étudiée

L'âge des patients étudiés dans notre étude varie de 2 à 104 ans avec une moyenne d'âge de 68,5 ans. Ceci montre bien l'hétérogénéité des âges des patients admis dans un service d'urgences, confirmée par une variance élevée à 590, et la prédominance de personnes âgées accompagnées d'une lettre, démontrée par une médiane à 77 ans.

Cependant, on peut être surpris par la répartition des sexes avec une petite majorité d'hommes (53 %) par rapport aux femmes (47 %). Ceci n'est pas représentatif des données démographiques actuelles (52 % de femmes et 48 % d'hommes en France au 1^{er} janvier 2013 selon l'Insee : Institut national de la statistique et des études économiques). Toutefois, la répartition des âges en fonction du sexe est respectée avec des femmes en moyenne plus âgées que les hommes (moyenne d'âge de 69 ans avec une médiane à 80 ans pour les femmes et moyenne d'âge de 68 ans avec une médiane à 75,5 ans pour les hommes) du fait d'une meilleure espérance de vie des femmes.

3.3. Contenu des courriers

Les recommandations de l'Ordre des médecins sur la rédaction des courriers(4), les règles du code de déontologie(3) et les recommandations de l'ANAES sur la tenue d'un dossier médical(5) nous ont permis de déterminer les critères devant être transmis dans un courrier d'admission.

Quel que soit le contenu d'un courrier, il faut d'abord qu'il soit **lisible** pour que ce contenu soit accessible au lecteur. Dans notre étude, on constate que 16 % des courriers posent un problème de lecture. Bien que la plupart ne soient pas complètement illisibles, ce manque de lisibilité fait perdre du temps au lecteur qui essaie de « déchiffrer » la lettre, et surtout fait perdre des informations qui peuvent être importantes dans la prise en charge du patient.

Les courriers dactylographiés devraient donc être faits plus systématiquement par les médecins étant informatisés. Bien que l'on y retrouve quelques fautes de frappe, ils restent, selon notre étude, tous lisibles. De plus ils contiennent plus d'informations médicales que les courriers manuscrits ($p=0,03$).

Rappelons que ce problème de lisibilité n'est pas propre aux médecins généralistes. Une étude portant sur la lisibilité des dossiers médicaux à l'hôpital retrouvait que 15 % des dossiers étaient illisibles(9). Une autre étude, prospective, sur l'analyse de l'écriture des médecins avait montré qu'il n'existait pas de différence significative entre leur écriture et celle des non-médecins(10).

Le **nom du patient** est présent dans tous les courriers de notre étude. Cependant, il est mal orthographié ou n'est pas accompagné du prénom dans 18 % des cas. Ceci pose bien évidemment le problème de l'identification correcte du patient, surtout quand ce dernier est dans l'incapacité de s'exprimer. La précision du prénom est nécessaire pour une identification complète du malade et pour lever le doute lorsqu'il existe deux patients homonymes dans le service. Nous pensons qu'il serait souhaitable, pour les femmes mariées, que le nom marital et le nom de jeune fille soient indiqués car le nom donné par la patiente lors de son admission peut différer de celui inscrit sur sa carte Vitale. Ainsi la lettre du médecin permettrait de lever toute erreur ou confusion sur l'identité de la patiente.

La **date de naissance** (ou l'âge) des patients était précisée dans 65 % des courriers, mais était incorrecte dans 23 % des cas. Au total, seulement 50 % des courriers contenaient une date de naissance (ou un âge) correcte. Pourtant, la date de naissance fait partie intégrante des moyens d'identification du sujet. Nous pensons donc qu'elle devrait figurer autant que possible dans une lettre d'admission, l'âge pouvant aisément être déduit ensuite.

La grande majorité (91 %) des courriers comportaient la **date de rédaction**. Rappelons toutefois que cette précision devrait être faite pour tous les courriers. Ces derniers sont par la suite classés dans le dossier médical du patient. Ils permettent de connaître l'état clinique du patient à un instant précis et ainsi de retracer l'histoire de sa maladie. De plus certains patients ne se rendent pas aux urgences le jour de la consultation avec leur médecin. Un courrier daté permet alors à l'urgentiste de retracer une histoire de la maladie correcte.

Un autre point médico-légal qui est bien rempli par les médecins généralistes est leur **identification** (nom et signature). Elle est présente dans 94 % des lettres. Ce bon résultat peut s'expliquer par l'utilisation quasi systématique des ordonnanciers avec en-tête.

Il est recommandé d'**adresser les courriers** à un médecin ou à un service. Dans notre étude, 69 % des courriers étaient adressés. Ceci permet, comme pour toute correspondance, d'identifier le destinataire afin que le courrier lui soit remis. Cela permet également à l'urgentiste de savoir vers quel spécialiste ou quelle spécialité le généraliste souhaite adresser son patient. Il pourra ainsi, après avoir pris en charge le malade, l'orienter vers le service en question, si cela reste justifié, ou avertir le médecin nommé de la présence du patient aux urgences.

L'observation du généraliste semble satisfaisante car 72 % des courriers contiennent **l'histoire de la maladie**. Ce chiffre est comparable aux pourcentages retrouvés dans la littérature(11–14) : entre 52 et 91 %.

De plus, l'**examen clinique** du médecin est présent dans 78 % des lettres. On retrouve des valeurs similaires dans d'autres études(11–14) : 48 à 84 %.

Cependant, les **signes vitaux** ne sont notés que dans 40 % des cas. Bien que certains motifs d'admission, tels que les entorses de cheville par exemple, ne nécessitent pas obligatoirement de tels renseignements, il reste très important de vérifier les constantes vitales dans la plupart des cas. D'ailleurs, selon les réponses recueillies dans nos questionnaires, les urgentistes et les généralistes estiment que ce critère est « très utile » dans la prise en charge d'un malade. Hors la tension artérielle et le pouls du patient ne sont présents ensemble que dans 17 % des lettres d'admission. Les généralistes expliquent cela principalement par un manque de temps lors de la rédaction de la lettre et parfois par un oubli ou un manque de rigueur. On peut également supposer que seuls les signes vitaux anormaux sont précisés (température si le patient a de la fièvre, TA si poussée hypertensive...). Cependant, le pouls et la tension artérielle nous semblent être des constantes vitales qu'il est important de noter dans la plupart des situations. Elles permettent, entre autres, d'avoir des chiffres de référence qui sont utiles à l'urgentiste pour suivre l'évolution clinique du patient.

Les **informations d'ordre social** sont également souvent trop peu renseignées dans les courriers. Elles étaient notées dans 18 % des courriers que nous avons recueillis. Les généralistes expliquent ce pourcentage bas par le fait que ces informations ne sont pas nécessaires dans la prise en charge initiale du patient. Elles peuvent donc être données ultérieurement lors de l'hospitalisation du patient. Cependant, ces informations sont parfois utiles dès la prise en charge initiale aux urgences pour décider de l'orientation du patient. Elles peuvent, par exemple, permettre de choisir entre un retour à domicile ou une hospitalisation du patient. On comprend que l'absence de famille dans la région, l'absence d'aides à domicile déjà mises en place chez une personne âgée vivant seule peut rendre son retour à domicile difficile voire impossible. Il sera alors nécessaire de l'hospitaliser.

On peut noter, tout de même, que les médecins généralistes adaptent leurs courriers. Ainsi, selon notre étude, les informations sociales étaient plus souvent renseignées chez les personnes âgées (50 % chez les plus de 90 ans) et lorsqu'une demande d'hospitalisation était faite (47 %).

Les **antécédents médicaux et chirurgicaux** du patient en rapport avec sa pathologie motivant l'hospitalisation sont assez fréquemment renseignés (63 %). Les antécédents chroniques sont eux un peu moins souvent notés avec un taux de 48 %. Nous avons différencié les antécédents en deux groupes car il nous semblait important de privilégier les antécédents en rapport avec la pathologie actuelle pour la prise en charge de la maladie. Bien entendu, les antécédents chroniques restent indispensables pour la prise en charge globale du patient et en particulier pour les malades polypathologiques, les patients âgés ou ceux nécessitant une hospitalisation. Les études observées ne font pas cette distinction. Elles retrouvent la présence des antécédents dans 27 à 67 % des courriers(11–14).

Les **allergies et intolérances médicamenteuses** étaient très peu renseignées (7 % des cas) alors qu'elles sont jugées comme indispensables par les médecins généralistes et les urgentistes d'après nos questionnaires. Il s'agit certainement d'un manque de rigueur des généralistes qui ne pensent pas à préciser l'absence d'allergies quand cela est le cas. Ceci devrait pourtant être systématique car les réactions allergiques du patient peuvent être graves et ses intolérances médicamenteuses peuvent compliquer et retarder l'obtention d'un traitement adapté. Rappelons qu'il est indispensable pour l'urgentiste comme pour tout autre médecin qui prescrit un traitement, et en particulier une antibiothérapie, de questionner le patient pour s'assurer de l'absence d'allergies.

La notion d'**hospitalisation récente** ou de suivi par un spécialiste ou un service est utile pour l'urgentiste. Cela lui permet de retrouver le dernier compte rendu d'hospitalisation du patient et de connaître son histoire, ses antécédents... De plus il sera possible d'orienter le patient dans ce même service où l'on peut supposer que la prise en charge sera facilitée et plus adaptée car les médecins connaissent le patient et sa maladie. Pour les personnes âgées, cela peut permettre de retrouver quelques repères (locaux, équipe soignante...). Elles seront ainsi certainement moins perturbées et désorientées.

Dans notre étude, l'hospitalisation récente en rapport avec la pathologie était présente dans 17 % des courriers. Ce taux nous semble plutôt correct. Cependant, certains médecins n'ayant pas de dossiers médicaux lors de leurs visites, n'ont certainement pas précisé cette notion car ils n'ont pas tout en mémoire.

Le **traitement** du patient est indiqué dans 59 % des lettres. Cependant, il est parfaitement lisible et comporte le dosage, la posologie et les horaires de prise de chacun des médicaments dans seulement 22 % des cas. Pourtant, le traitement est indispensable pour la prise en charge d'un patient, quelle que soit sa pathologie. Ceci est d'ailleurs confirmé par les généralistes et les urgentistes dans nos questionnaires. Le traitement

permet de deviner la plupart des antécédents du patient et d'expliquer certains problèmes (comme, par exemple, une hypokaliémie iatrogène chez un patient prenant des diurétiques hypokaliémisants). Il facilite également les prescriptions des urgentistes, tant pour la reprise du traitement habituel du patient lors d'une hospitalisation, que pour la mise en place d'une nouvelle thérapeutique (par exemple, ne pas prescrire d'injection intramusculaire chez un patient agité sous Préviscan®).

Du fait de leur âge, de leurs antécédents (démence par exemple) ou de leur état général (inconscient, hyperalgique, anxieux, désorienté...) lors de l'interrogatoire de l'urgentiste, les patients ne sont pas toujours capables de retrouver le traitement qu'ils prennent. Et ceci d'autant plus que les prescriptions des traitements sont, le plus souvent, en dénomination commune internationale (DCI) comme le recommande la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

C'est pourquoi, le traitement et les modifications récentes de médicaments devraient toujours être présents dans un courrier d'admission. Le plus simple semblerait d'y joindre systématiquement la dernière ordonnance du patient et d'éduquer ce dernier à toujours l'emporter avec lui lorsqu'il consulte un médecin. Il est préférable que les médicaments soient écrits en lettres majuscules afin d'être parfaitement lisibles et que les dosages, posologies et prises horaire soient précisés. La connaissance de l'heure de prise permet aux urgences de donner le traitement des patients qui doivent rester plusieurs heures dans le service sans rien oublier et sans faire d'erreur.

3.4. Essai d'interprétation du manque d'information

Dans l'ensemble, les courriers sont bien remplis en ce qui concerne leur structure (nom, sexe et âge du patient, date, identification du médecin...). Cependant, les informations médicales (histoire de la maladie, antécédents, traitement, observation du généraliste...) sont moins bien renseignées.

Ceci est confirmé par les scores de qualité de l'ensemble des 116 lettres recueillies. Le taux de remplissage des items sur la structure du courrier était de 80 %, alors que celui des informations médicales était de 46 %.

Cette différence de pourcentage entre ces deux taux de remplissage peut s'expliquer par le fait que les items sur la structure du courrier doivent logiquement être présents sur toutes les lettres, quel que soit le motif, alors que ceux sur les informations médicales peuvent s'adapter à la situation clinique. Un patient jeune aura besoin de moins d'éléments sur sa lettre qu'une personne âgée car il est capable de les retrouver lui-même. Certaines

données comme les informations sociales peuvent paraître plus utiles pour les personnes âgées ou celles relevant d'une hospitalisation ou d'un placement.

C'est ainsi que l'on peut remarquer que les médecins généralistes s'adaptent aux situations cliniques. Comme décrit dans l'analyse des scores de qualité, les courriers, et en particulier les informations médicales, étaient plus complets pour :

- les degrés d'urgence élevés ;
- les patients hospitalisés ;
- les patients âgés ;
- les patients que les généralistes souhaitaient hospitaliser ;
- certains motifs d'hospitalisation (comme l'aggravation de l'état du patient ou les patients adressés dans un but diagnostic).

Le manque d'informations médicales dans les courriers peut également être dû à plusieurs facteurs comme cités par les généralistes dans leur questionnaire.

Le principal, et c'est compréhensible, est le manque de temps. Les généralistes, comme la plupart des médecins, ont des emplois du temps chargés. Les visites doivent donc être faites assez rapidement et ce d'autant plus que les urgences se rajoutent au fil de la journée, et parfois au milieu de leurs plages de consultation. Lorsque le médecin décide d'adresser un patient aux urgences, il doit appeler le service pour l'avertir de l'arrivée du malade et souvent préparer un bon de transport. De plus, il est important qu'il essaie de canaliser l'angoisse du patient et qu'il réponde à ses questions. On comprend ainsi que le temps imparti à la rédaction de la lettre soit restreint et que le médecin préfère prendre le temps d'expliquer au patient et à son entourage, souvent inquiets, les raisons de sa décision et le déroulement du transport et de la consultation aux urgences.

Le second est l'absence de dossier informatique lors des visites à domicile. Le médecin ne peut pas tout avoir en tête. Les informations relatives à ses patients sont notées sur leurs dossiers médicaux, accessibles sur leur logiciel au cabinet. Hors la plupart des patients adressés aux urgences le sont depuis leur domicile. Il n'est donc pas possible de récupérer ces informations lors de la rédaction de la lettre d'admission. De plus, l'interrogatoire des patients n'est pas toujours facile à un moment où le patient est bien souvent souffrant et inquiet par l'annonce de la nécessité d'une hospitalisation. À noter que pour les visites d'urgence des patients disposant d'un dossier papier, les médecins n'ont pas toujours le temps de prendre ce dossier.

L'absence de dossier et donc d'information sur le patient peut entraîner une mauvaise prise de décision. Une étude anglaise s'est intéressée aux visites aux cours des gardes où le médecin n'emportait pas le dossier du patient. Lorsque, a posteriori, le dossier leur a été soumis, ils ont considéré que s'ils avaient disposé du dossier pendant la visite, leur décision

aurait été modifiée dans 10 % des cas(15). Il est donc souhaitable lors des visites à domicile, d'apporter le dossier papier du patient si cela est possible ou de tenir à jour, par exemple, le carnet de santé du patient. Cependant, aucune étude n'a permis d'établir un rapport de cause à effet entre la qualité des dossiers médicaux et la qualité des soins.

Les généralistes expliquent également le manque d'information par le fait que certaines précisions sont données par téléphone.

Ils reconnaissent également des oublis et un manque de rigueur. Une lettre type pourrait pallier à ce défaut.

Certains pensent que leurs courriers ne sont pas lus par les urgentistes et que leurs observations et leurs hypothèses diagnostiques ne sont pas prises en compte. Une étude anglo-saxonne expliquait le manque d'information des courriers adressés aux spécialistes par un certain degré de démotivation des généralistes. Ces derniers pensaient que leurs lettres n'étaient pas lues(16). Ceci contraste avec les déclarations des urgentistes qui semblent être demandeurs de courriers et déclarent, dans leur questionnaire, lire tous les courriers.

Notons qu'un petit nombre de médecins estiment être mal reçus au téléphone et ont l'impression que leur démarche diagnostique et leur prise en charge sont systématiquement interprétées et critiquées. Ils se contentent alors volontairement d'un courrier succinct.

Enfin, on pourrait se demander si le faible nombre de courriers retours envoyés par les urgentistes aux généralistes ne découragerait pas ces derniers à faire des efforts dans la rédaction de leurs courriers. Une étude a démontré que la qualité des courriers d'admission n'influçait pas le nombre de courriers retours, ni leur qualité(17). Une étude australienne(8) avait pour ambition d'évaluer l'éventuel impact du courrier médical sur la qualité de la prise en charge du patient adressé aux urgences. Il est apparu que seul le contact téléphonique préalable du médecin généraliste avec le médecin du service avait un effet significatif sur le délai de prise en charge du patient à son arrivée aux urgences, alors que le courrier d'admission n'en avait pas particulièrement, et ce quelle que soit sa qualité.

4. AMÉLIORATION DES ÉCHANGES D'INFORMATIONS

Les items sur la structure du courrier sont dans l'ensemble bien renseignés. Cependant, ceux sur les informations médicales sont moins présents sur les courriers. Au final, malgré un échange d'informations plutôt correct, des efforts restent à faire en ce qui concerne la rédaction des courriers d'admission.

Bien qu'aucune méthode ne soit parfaite et ne permette d'avoir des informations complètes dans toutes les situations, il existe des moyens pour aider le médecin dans sa recherche d'informations sur le patient et dans la rédaction de son courrier médical.

Voici, listées ci-dessous, quelques propositions qui permettraient certainement d'obtenir une meilleure qualité d'échange d'informations entre médecins. Elles ne sont pas assez souvent utilisées car elles demandent une certaine rigueur qui peut prendre du temps. Ceci peut être parfois difficilement compatible avec l'activité de certains médecins. Cependant, elles sont très utiles pour la prise en charge quotidienne du patient et peuvent être un gain de temps dans la rédaction d'un courrier.

- La consultation de synthèse annuelle ALD :

Cette consultation est cotée par la CPAM. Elle peut être réalisée une fois par an pour tous les patients en affection longue durée (ALD). Elle n'a pas d'objectif thérapeutique, mais consiste à faire le point des pathologies suivies en ALD et de mettre en œuvre, en concertation avec le patient, un protocole de soins et de dépistage pour l'année à venir. Le médecin rédige un compte rendu de synthèse qui est remis au patient. Cela lui permet de pouvoir prouver à d'autres médecins qu'il est en ALD, en précisant pour quelle(s) pathologie(s). Le document peut également regrouper l'ensemble de ses antécédents, examens récents, traitements... Toutes ces informations sont ainsi actualisées chaque année.

Si cette pratique était plus répandue, elle permettrait aux médecins (remplaçants, médecins de garde, urgentistes, spécialistes,...) qui ne connaissent pas le patient, de retrouver rapidement la plupart des informations le concernant. Cependant, le patient doit être sensibilisé à apporter ce document avec lui quand cela est nécessaire. Certains événements récents, de moins d'un an, peuvent ne pas y figurer. Toutefois, le patient devrait pouvoir se les remémorer et les expliquer assez facilement au médecin.

- Le carnet de santé pour adulte :

Le carnet de santé est principalement utilisé chez les enfants. Celui de l'adulte est très peu exploité par les patients et les médecins. Il permet pourtant de garder une trace écrite de toutes les consultations faites, y compris au domicile du patient. Il regroupe tous les antécédents, allergies... du patient. C'est donc un outil très utile pour les médecins. Il pourrait constituer une aide précieuse pour les échanges d'informations médicales concernant le malade s'il était plus souvent, et mieux, exploité. Le patient doit cependant penser à l'emporter avec lui avant de consulter un médecin et ce dernier doit le mettre à jour après chacune de ses interventions.

- L'utilisation de l'informatique :

Un courrier dactylographié est, d'après notre étude, plus lisible et plus complet qu'une lettre manuscrite. Ceci est également le cas pour les ordonnances. La plupart des cabinets médicaux sont aujourd'hui informatisés. Un dossier médical informatisé bien rempli permettrait de retrouver l'ensemble des informations utiles pour la prise en charge du patient et de les reporter dans le courrier. Certains logiciels reprennent d'ailleurs automatiquement l'ensemble des antécédents, allergies et traitements du patient dans le courrier. Cependant, dans notre travail, 66 % des médecins ne font jamais de lettres dactylographiées au cabinet. Ils devraient donc essayer d'utiliser plus souvent l'informatique, que ce soit pour la rédaction d'une lettre ou la prescription d'un traitement.

À noter que la CPAM incite les médecins généralistes à s'équiper en matériel informatique. Il existe une prime annuelle pour encourager les médecins récalcitrants. Son montant varie en fonction de plusieurs points dont l'informatisation des dossiers médicaux.

L'utilisation des données informatiques est également fortement conseillée pour les patients séjournant en maisons de retraite. Ces dernières sont toutes informatisées.

- Les messageries électroniques sécurisées :

Les messages électroniques vont certainement progressivement remplacer les lettres manuscrites, comme le dossier informatique a pris la place du dossier papier du médecin généraliste. La télémédecine permet d'échanger rapidement et de façon sécurisée des données personnelles de santé au bénéfice des patients. Elle permet également une meilleure coordination des parcours et des coopérations interprofessionnelles.

Pour les médecins exerçant dans la région Limousin, il existe la messagerie Santé-Limousin. Elle est sécurisée et gratuite. Financée par l'ARS (Agence Régionale de Santé) du Limousin, elle est réservée aux professionnels de santé. Cela concerne les établissements de santé, les laboratoires d'analyses médicales, les réseaux de santé et les professionnels libéraux. Elle est accessible sur le site : <http://www.sante-limousin.fr> dans la rubrique « projets ».

Cette méthode semble cependant encore trop peu utilisée pour les courriers médicaux entre médecins. Les urgentistes pourraient pourtant envoyer rapidement aux généralistes un compte rendu de la consultation du patient. Notons cependant que le logiciel ResUrgences, utilisé actuellement à Tulle, n'est pas compatible avec ce type de messagerie. Un changement de logiciel est prévu pour le début de l'année 2014.

Depuis juin 2013, il existe une nouvelle messagerie sécurisée nommée : MSSanté. Cette dernière est proposée par le ministère de la santé, en association avec l'Ordre national des médecins, des chirurgiens-dentistes, des pédicures-podologues, des masseurs-

kinésithérapeutes, des infirmiers, des sages-femmes et des pharmaciens ainsi que l'ASIP Santé (Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé) et plusieurs centaines d'établissements de santé. Elle est destinée à tous les professionnels de santé partout en France et dispose d'un annuaire national. Actuellement encore en « bêta-test », elle devrait être déployée dans sa forme définitive courant 2014.

Notons tout de même que malgré les efforts et les progrès réalisés sur la protection des données personnelles, la messagerie électronique, comme la plupart des nouvelles technologies informatiques, pose le problème de la sécurité et de la confidentialité des données personnelles.

- Le dossier médical personnel (DMP) :

Démarré en 2011 dans 4 régions pilotes (Alsace, Aquitaine, Franche-Comté et Picardie), le DMP se déploie progressivement en France. Tous les assurés sociaux peuvent en bénéficier gratuitement. Il n'est pas obligatoire. Il suffit d'en faire la demande et d'être détenteur de la nouvelle carte Vitale compatible DMP. Ce dossier rassemble les informations médicales strictement nécessaires à la coordination des soins : prescriptions, synthèses médicales, comptes rendus d'hospitalisation, résultats d'analyses biologiques et d'imagerie médicale, antécédents médicaux et chirurgicaux, allergies, traitements et soins, prévention (rappels des vaccinations), certificats et déclarations. Tous les professionnels de santé (généralistes, spécialistes, infirmières, radiologues, chirurgiens-dentistes, pharmaciens...), détenteurs d'une carte professionnelle et dont le patient a autorisé l'accès en amont, peuvent consulter le DMP. En cas d'urgence vitale, les professionnels de santé ont toutefois la possibilité d'accéder au DMP sans l'accord préalable du patient.

Il faudrait cependant, pour pouvoir créer et consulter le DMP, que les professionnels de santé soient tous équipés d'un logiciel compatible. Sur les 250 logiciels utilisés par les médecins généralistes, seulement 12 d'entre eux sont compatibles avec le système du dossier médical personnalisé. Néanmoins ces 12 logiciels sont utilisés par 60 % des médecins généralistes.

Au 1^{er} août 2013,

- en France :
 - 178 établissements de santé sont équipés pour utiliser le DMP.
 - 366331 patients (soit 0,6 % de la population totale) possèdent un DMP.
- dans le Limousin :
 - 10 établissements de santé (mais aucun en Corrèze) peuvent utiliser le DMP.
 - 6895 patients (soit 0,9 % de la population de la région) sont détenteurs de ce dossier.

Ce système, bien que peu répandu actuellement, semble très prometteur, et ce d'autant plus que l'utilisation systématique de la carte Vitale par les patients chez les professionnels de santé est bien rentrée dans les mœurs.

- Le courrier type :

Bien qu'il n'y ait pas de modèle parfait, il permet de noter les principales informations nécessaires pour la prise en charge du patient aux urgences. Il évite les oublis et les manques de rigueur. Sa facilité de remplissage grâce aux cases à cocher permet un gain de temps. Des études ont prouvé l'efficacité des courriers types sur le nombre et la qualité des informations qu'ils contiennent(13,17,18).

Ainsi, en annexe 6, nous proposons un modèle de lettre type. Ce dernier pourrait être intégré aux logiciels informatiques des médecins généralistes et être utilisé sous forme d'imprimés lors de leurs visites.

De plus, rappelons que, dans notre étude, 41 % des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire souhaiteraient recevoir plus souvent un courrier de la part des urgences. Nous proposons donc, en annexe 7, un modèle de courrier type destiné aux urgentistes. Ce dernier pourrait, par exemple, être intégré au logiciel des urgences.

Rappelons que de toutes les méthodes citées ci-dessus, aucune n'est parfaite. Il convient aux médecins de s'adapter en fonction des patients et des situations rencontrées.

Rappelons également que l'éducation et la responsabilisation du patient par leur médecin généraliste est primordiale. Les patients doivent être sensibilisés et connaître leurs pathologies et leurs traitements pour mieux se prendre en charge et avoir les bons réflexes. Ainsi, un diabétique doit savoir ajuster son traitement et son régime en fonction de ses activités physiques pour éviter les hypoglycémies. Les patients doivent connaître leurs allergies et penser à les rappeler à chaque médecin qu'ils rencontrent. Ils doivent apporter leur carte Vitale et tous les documents utiles à leur prise en charge lors de chacune de leurs consultations avec un médecin.

Le médecin doit aussi leur apprendre les bonnes conduites à avoir en cas de problème aigu pour ne pas aller inutilement aux urgences. Par exemple, un patient sous anticoagulants doit savoir comment arrêter une épistaxis pour ne pas aller systématiquement aux urgences. Sur les périodes de garde, il doit penser à appeler le centre régulateur plutôt que de se rendre de lui-même aux urgences, sans l'avis d'un médecin.

Tout ceci doit permettre d'éviter une surcharge des services d'urgences et une meilleure prise en charge du patient par les médecins qui pourront s'appuyer sur les informations données par le malade.

CONCLUSION

Dans notre étude, les informations contenues dans les courriers des médecins adressant des patients aux urgences sont assez bien renseignées. Cependant, il existe une différence entre les informations relatives à la structure du courrier, qui sont correctement renseignées, et celles d'ordre médical, qui sont fréquemment incomplètes.

Bien que les médecins adaptent le contenu de leurs courriers à la situation rencontrée, ils devraient transmettre la totalité des informations relatives au patient dans leurs lettres d'admission car ces renseignements sont importants pour l'urgentiste dans la prise en charge globale du patient.

Le développement des nouvelles technologies devrait faciliter et améliorer la qualité des échanges d'informations entre médecins. Toutefois un courrier bien rédigé et un appel téléphonique systématique pour chaque patient adressé aux urgences permettraient au médecin généraliste de transmettre l'ensemble de ces informations au médecin urgentiste.

La lettre type proposée à l'issue de ce travail devrait aider le généraliste dans la rédaction de son courrier d'admission en améliorant la valeur informative de sa lettre.

Quant aux urgentistes, ils devraient également faire un effort et rédiger de façon plus systématique un courrier aux médecins généralistes pour les patients admis dans leur service afin d'assurer la continuité des soins.

ANNEXES

Annexe 1 : Extraits du code de déontologie médicale

ARTICLE 1^{ER}

Les dispositions du présent code s'imposent aux médecins inscrits au tableau de l'Ordre, à tout médecin exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L. 4112-7 du code de la santé publique ou par une convention internationale, ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement ou assistant un médecin dans le cas prévu à l'article 88 du présent code.

Conformément à l'article L.4122-1 du code de la santé publique, l'Ordre des médecins est chargé de veiller au respect de ces dispositions.

Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'Ordre.

ARTICLE 4

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

ARTICLE 35

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

ARTICLE 45

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

A la demande du patient ou avec son consentement, le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins.

Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant.

ARTICLE 50

Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.

A cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil nommément désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables.

ARTICLE 56

Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité.

Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'Ordre. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité.

ARTICLE 58

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

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

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

ARTICLE 59

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

ARTICLE 60

Le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent ou accepter celle qui est demandée par le malade ou son entourage.

Il doit respecter le choix du malade et, sauf objection sérieuse, l'adresser ou faire appel à tout consultant en situation régulière d'exercice.

S'il ne croit pas devoir donner son agrément au choix du malade, il peut se récuser. Il peut aussi conseiller de recourir à un autre consultant, comme il doit le faire à défaut de choix exprimé par le malade.

A l'issue de la consultation, le consultant informe par écrit le médecin traitant de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions en avisant le patient.

ARTICLE 62

Le consultant ne doit pas de sa propre initiative, au cours de la maladie ayant motivé la consultation, convoquer ou réexaminer, sauf urgence, le malade sans en informer le médecin traitant. Il ne doit pas, sauf volonté contraire du malade, poursuivre les soins exigés par l'état de celui-ci lorsque ces soins sont de la compétence du médecin traitant et il doit donner à ce dernier toutes informations nécessaires pour le suivi du patient.

ARTICLE 63

Sans préjudice des dispositions applicables aux établissements publics de santé et aux établissements privés participant au service public hospitalier, le médecin qui prend en charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le praticien désigné par le malade ou son entourage. Il doit le tenir informé des décisions essentielles auxquelles ce praticien sera associé dans toute la mesure du possible.

ARTICLE 64

Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade.

Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères.

ARTICLE 68

Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient. Avec l'accord du patient, le médecin échange avec eux les informations utiles à leur intervention.

ARTICLE 76

L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.

Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci.

Annexe 2 : Extrait du code de la santé publique

Chapitre II : Personnes accueillies dans les établissements de santé

Section 2 : Dispositions particulières aux établissements publics de santé

Sous-section 2 : Modalités d'admission dans l'établissement

Paragraphe 1 : Dispositions générales

ARTICLE R1112-11

L'admission à l'hôpital est prononcée par le directeur sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement. Elle est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'interne de garde de l'établissement, sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant la nécessité du traitement hospitalier. Ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé sans mentionner le diagnostic de l'affection qui motive l'admission. Il est accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation adressée au médecin du service hospitalier donnant tous renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement.

Annexe 3 : Grille de lecture

Cette annexe propose une reproduction de la grille de lecture utilisée pour évaluer la valeur informative des lettres accompagnant les patients adressés par un médecin au service des urgences.

BASE DE DONNÉES			
- Numéro:	_ _ _	▪ Numéro de dossier:	_ _ _ _ _
- Jour:	_ _ / _ _ / 2013	▪ Heure:	_ _ h _ _
- Sexe:	M / F	▪ Âge:	_ _ _ ans
IDENTIFICATION DU PATIENT			
- Nom:	Le nom du patient est indiqué sur la lettre de façon complète (C) c'est-à-dire avec le prénom, de façon incomplète (I) ou n'est pas noté (P)	C / I / P	
	L'orthographe est correcte	Oui	Non
- Sexe:	Le sexe du patient est spécifié de façon claire ou implicite	Oui	Non
- Âge:	L'âge ou la date de naissance est noté	Oui	Non
	L'âge ou la date de naissance est correct	Oui	Non
STRUCTURE DU COURRIER			
- Type:	Courrier manuscrit (M) ou dactylographié (D)	M	D
- Lisibilité:	Non si 3 mots ou plus ne sont pas déchiffrables	Oui	Non
- Lettre datée:	Présence de la date de rédaction du courrier	Oui	Non
- Intervalle de temps:	Nombre de jour entre la date de rédaction du courrier et l'admission du patient (0 = même jour, 1 = 1 jour...)	—	
- Formule de politesse:	Présence d'une formule de politesse en fin de courrier	Oui	Non
- Enveloppe:	Courrier apporté dans une enveloppe	Oui	Non
IDENTIFICATION DES MÉDECINS			
- Nom médecin:	Identification du médecin rédacteur	Oui	Non
- Type de médecin:	Médecin traitant (T), médecin remplaçant (R), autre médecin (A) (médecin de garde, hors résidence...)	T / R / A	
- Courrier adressé:	Courrier adressé aux urgences (U), à un médecin nominativement (M), à un service (S), pas adressé (P)	U / M / S / P	
OBSERVATION DU GÉNÉRALISTE			
- Histoire de la maladie:	Date de début ou notion d'évolution	Oui	Non
- Examen clinique:	Présence d'un élément de l'examen clinique hors signes vitaux	Oui	Non
- Signes vitaux:	Présence d'un des signes vitaux: Tension artérielle (TA), pouls (P), Température (T), fréquence respiratoire (FR)	Oui	Non
	Lesquels:	TA / P / T / FR	

ANTÉCEDENTS (ATCD)			
- Allergie:	Précision d'une éventuelle allergie ou intolérance médicamenteuse	Oui	Non
- ATCD aigu:	ATCD en rapport avec le problème aigu	Oui	Non
- ATCD chronique:	Présence de tous les ATCD chroniques du patient	Oui	Non
- Hospitalisation:	Mention d'une hospitalisation récente	Oui	Non
TRAITEMENT			
- Dénomination:	Traitement nommé	Oui	Non
- Posologie:	Dosage et posologie précisés	Oui	Non
- Horaire:	Horaire de la prise du traitement indiquée	Oui	Non
- Ordonnance:	Ordonnance jointe au courrier	Oui	Non
	Date de validité de l'ordonnance (0 = valide, 1 périmée d'1 mois...)	—	
COMPLÉMENT D'INFORMATION			
- Transport:	Mode de transport: moyen personnel (MP), ambulance privée (A), pompiers (P), T.A.P. (TAP), S.M.U.R. (SMUR)	MP / A / P / TAP / SMUR	
- Lieu d'origine:	Lieu de provenance du patient: domicile (D), lieu de travail (T), cabinet médical (C), Hôpital (H), maison de retraite (R), structure spécialisée (S)	D / T / C / H / R / S	
- Informations sociales:	Présence d'un élément concernant le « mode de vie »	Oui	Non
	Présence d'un élément concernant les « aides »	Oui	Non
	Présence d'un des 2 items sociaux ci-dessus	Oui	Non
- Demande hospitalisation:	Demande claire d'une hospitalisation	Oui	Non
ORIENTATION DIAGNOSTIQUE			
- CIMU:	Degré d'urgence selon la CIMU	—	
- Diagnostic:	Diagnostic clairement évoqué dans le courrier	Oui	Non
	Diagnostic identique à celui des urgences	Oui	Non
- Devenir:	Devenir du patient: retour à domicile (R), hospitalisation dans un service (H), hospitalisation en UHCD (U), transfert (T), décès (D)	R / H / U / T / D	
- Orientation:	Orientation diagnostique du généraliste	
	Orientation diagnostique de l'urgentiste	
	Orientations diagnostiques considérées comme identiques	Oui	Non
CAS PARTICULIERS			
- VAT:	Si plaie uniquement, VAT précisée	Oui	Non
- AVK:	Si saignement uniquement, traitement anticoagulant et antiagrégant précisé	Oui	Non
NOTES PERSONNELLES			
- Motif de recours aux urgences:			
- Remarque:			

Annexe 4 : Questionnaire des urgentistes

Questionnaire distribué aux urgentistes de l'hôpital de Tulle (recto ci-dessous et verso page suivante).

QUESTIONNAIRE

Je réalise une étude sur les courriers de médecins adressant leurs patients aux urgences de l'hôpital de Tulle. L'objectif est d'évaluer le caractère informatif de ces lettres et d'améliorer la communication entre généralistes et urgentistes.

Ce questionnaire s'adresse aux médecins urgentistes, afin de connaître leur avis et leur ressenti sur la question.

Je vous remercie par avance pour vos réponses.

Guillaume CHAUVIÈRE

-
- Lisez-vous les courriers d'admission ? *(cochez une seule réponse)*
 - Oui, tous de façon systématique
 - Oui, la plupart
 - Quelques-uns seulement
 - Non jamais

 - Si « oui » : à quel moment les lisez-vous ? *(plusieurs choix possibles)*
 - Dès l'admission du patient aux urgences
 - Avant d'aller examiner le patient
 - Après avoir examiné le patient
 - En cas de difficulté de diagnostic
 - Lors des prescriptions médicamenteuses (à la recherche d'un traitement)

 - La fréquence de ces courriers vous semble-t-elle : *(cochez une seule réponse)*
 - Suffisante
 - Insuffisante
 - Très insuffisante

 - Quelles sont les informations contenues dans les courriers qui vous sont le plus utiles pour la prise en charge du patient ? *(maximum 5 réponses)*

 - Quelles informations sont le plus souvent manquantes ou insuffisantes dans les courriers? *(maximum 5 réponses)*

 - En l'état actuel des choses, pour la prise en charge des patients, les courriers d'admission vous apportent une aide : *(cochez une seule réponse)*
 - Très importante
 - Importante
 - Faible
 - Aucune aide

(Tournez la page)

- Vous arrive t-il de devoir rappeler le médecin généraliste pour avoir des informations supplémentaires ?
 - Souvent
 - De temps en temps
 - Rarement
 - Jamais

- Quel est le niveau d'importance que vous accordez à ces critères ? (cochez une case par ligne)

	Peu utile	Utile	Très utile	Indispensable
Nom du patient				
Âge du patient				
Sexe du patient				
Identification du généraliste				
Date de rédaction du courrier				
Lisibilité du courrier				
Formule de politesse				
ATCD médicaux, chirurgicaux				
Allergies et intolérances médicamenteuses				
Histoire de la maladie				
Examen clinique du généraliste				
Constantes vitales du patient				
Traitement du patient				
Informations sociales (mode de vie, aides à domicile...)				
Dernière hospitalisation				
Hypothèse diagnostique du généraliste				
Demande du généraliste (radiographie, hospitalisation...)				

- Que vous apportent les appels téléphoniques des médecins? (*maximum 5 réponses*)

- Par quels moyens pourrait-on améliorer la communication et l'échange d'informations entre généralistes et urgentistes ? (pour un patient adressé aux urgences) (*maximum 5 réponses*)

- Envoyez-vous des courriers aux médecins généralistes pour leurs patients vus aux urgences ?
 - Systématiquement
 - Souvent
 - Rarement
 - Jamais
- Remarques libres :

Annexe 5 : Questionnaire des généralistes

Questionnaire envoyé aux généralistes ayant adressés un patient aux urgences de Tulle avec un courrier durant la période d'étude (recto ci-dessous et verso page suivante).

QUESTIONNAIRE

Vous concernant :

- Vous êtes : Un homme Une femme
 -Vous êtes âgé(e) de : Moins de 40 ans Entre 40 et 50 ans
 Entre 50 et 60 ans Plus de 60 ans
 -Vous exercé(e) en milieu : Rural Semi-rural Urbain
 -Vous exercé(e) : Seul(e) En groupe

- 1- Pour quelles raisons, ou dans quelles situations, décidez-vous d'envoyer un patient aux urgences plutôt que de réaliser sa prise en charge en ambulatoire ? *(plusieurs réponses possibles)*
- 2- Faites-vous des courriers lorsque vous adressez un patient aux urgences ?
- Oui, de façon systématique
 - Oui, la plupart du temps
 - Quelques fois seulement
 - Non, jamais
- 3- Lorsque vous décidez d'adresser un patient lors d'une consultation au cabinet, faites-vous un courrier dactylographié avec votre ordinateur ?
- Oui, systématiquement
 - Oui, de temps en temps
 - Non, jamais. Mes courriers sont tous manuscrits
- 4- Selon vous, quelle est l'importance de ces critères pour la prise en charge du patient?

	Peu utile	Utile	Très utile	Indispensable
Nom du patient				
Âge du patient				
Sexe du patient				
Identification du généraliste				
Date de rédaction du courrier				
Lisibilité du courrier				
Formule de politesse				
Antécédents médicaux et chirurgicaux				
Allergies et intolérances médicamenteuses				
Histoire de la maladie				
Examen clinique du généraliste				
Constantes vitales du patient				
Traitement du patient				
Informations sociales (mode de vie, aides à domicile...)				
Dernière hospitalisation				
Hypothèse diagnostique du généraliste				
Demande du généraliste (radiographie, hospitalisation...)				

5- Selon les premiers résultats de l'étude, plus de la moitié des critères sont correctement remplis dans plus de 75 % des cas. Cependant, 5 items sont renseignés dans moins de 50 % des cas. Il s'agit des allergies et intolérances médicamenteuses, des éléments d'ordre social (aides à domicile, mode de vie), des signes vitaux (TA, pouls,...), du traitement complet et des antécédents médicaux. Comment expliquez-vous ceci (concernant ces 5 items)?

6- Appelez-vous les urgences lorsque vous leur adressez un patient ?

- Oui, systématiquement
- Oui, de temps en temps
- Non, jamais

7- Par quel(s) moyen(s) pourrait-on améliorer la communication et l'échange d'informations entre généralistes et urgentistes ? (maximum 5 réponses)

8- Recevez-vous des courriers de la part des urgences lorsque l'un de vos patients y a été admis ?

- Oui, très régulièrement
- Oui, de temps en temps
- Non, jamais ou très exceptionnellement

9- Remarques libres :

Si vous êtes intéressé(e) par le sujet et souhaitez connaître les résultats de cette thèse, je peux vous envoyer la thèse par mail (au format .pdf) après sa validation en septembre. Pour cela, vous pouvez :

- *Soit m'en faire la demande en m'écrivant à l'adresse suivante : chauviereg@gmail.com*

- *Soit me laisser votre adresse email :*

Annexe 6 : Lettre type pour les généralistes

NOM:
 PRÉNOM:
 Date de naissance: |_| |_| / |_| |_| / |_| |_| |_|
 Sexe: F M
 Adresse:

Médecin adressant:

NOM:
 Adresse:
 ☎ : 📠 :
 @ :@.....

ADRESSÉ(E) POUR:

Histoire de la maladie :

Examen clinique:

TA:/..... FC:
 T°c: FR:

Examen déjà pratiqué (date + résultat):

<u>Antécédents:</u>		<u>Traitement en cours (en MAJUSCULE) :</u>								
.....	<input type="checkbox"/> ordonnance jointe	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 25%;">matin</th> <th style="width: 25%;">midi</th> <th style="width: 25%;">soir</th> <th style="width: 25%;">coucher</th> </tr> <tr> <td style="height: 100px;"> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	matin	midi	soir	coucher				
matin	midi	soir	coucher							
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										

Allergies et intolérances médicamenteuses :

Pas d'allergie connue

Suivi par les spécialistes suivant: Changement récent de traitement (moins d'un mois)

Dernière hospitalisation: Service : Date: Motif:

Mode de vie: vit seul(e) vit avec

Aides à domicile: IDE aide-soignante aide-ménagère kiné portage des repas autre:

Autonomie: autonome non autonome car

Marche: seul(e) avec aide ne marche pas

État antérieur:

Entourage/personne à contacter: ☎ :

Remarque: Date:
 Bien confraternellement.
 Signature:

BIBLIOGRAPHIE

1. Définitions : courrier - Dictionnaire de français Larousse.
2. Définitions : courrier - Dictionnaire de l'Académie française 9^{ème} édition. In : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales.
3. Conseil National de l'Ordre des médecins. Code de déontologie médicale. 2012 mai.
4. Mercatt F-X, Conseil National de l'Ordre des médecins. Les courriers entre médecins. rapport. 1998 Jan 30.
5. ANAES. La tenue du dossier médical en médecine générale: état des lieux et recommandations. rapport. 1996 Sep.
6. Nakar S, Vinker S, Or Y, Schadel M, Niego Y, Plotkin G. Referrals to an emergency department--are there differences between self-referrals and referrals from general practitioners?. Harefuah. 1999 Dec 15;137(12):603–6, 680.
7. Montalto M. Letters to go: general practitioners' referral letters to an accident and emergency department. Med J Aust. 1991 Sep 16;155(6):374–7.
8. Montalto M, Harris P, Rosengarten P. Impact of general practitioners' referral letters to an emergency department. Aust Fam Physician. 1994 Jul;23(7):1320–1, 1324–5, 1328.
9. Rodríguez-Vera FJ, Marín Y, Sánchez A, Borrachero C, Pujol E. Illegible handwriting in medical records. J R Soc Med. 2002 Nov;95(11):545–6.
10. Berwick DM, Winickoff DE. The truth about doctors' handwriting: a prospective study. BMJ. 1996 Dec 21;313(7072):1657–8.
11. Lachman PI, Stander IA. The referral letter--a problem of communication. South Afr Med J Suid-Afr Tydskr Vir Geneeskde. 1991 Jan 19;79(2):98–100.
12. Morrison WG, Pennycook AG. A study of the content of general practitioners' referral letters to an accident and emergency department. Br J Clin Pract. 1991;45(2):95–6.
13. Navarro CM, Miranda IAN, Onofre MA, Sposto MR. Referral letters in oral medicine: standard versus non-standard letters. Int J Oral Maxillofac Surg. 2002 Oct;31(5):537–43.
14. Pringle M. Referral letters--ensuring quality. Practitioner. 1991 Jun;235(1503):507–10.

15. Perry JR, Caine N. General practitioners' knowledge about patients and use of medical records in out of hours calls. *Br J Gen Pr J R Coll Gen Pr.* 1990 May;40(334):190–3.
16. Jiwa M, Burr J. GP letter writing in colorectal cancer: a qualitative study. *Curr Med Res Opin.* 2002;18(6):342–6.
17. Couper ID, Henbest RJ. The quality and relationship of referral and reply letters. The effect of introducing a pro forma letter. *South Afr Med J Suid-Afr Tydskr Vir Geneesk.* 1996 Dec;86(12):1540–2.
18. Jolobe OMP. Quality of referral letters. *Lancet.* 2002 Oct 26;360(9342):1336.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patients en fonction de leur tranche d'âge.....	30
Figure 2 : Répartition des hommes et des femmes en fonction de leur tranche d'âge.	30
Figure 3 : Nombre total d'admissions et de patients accompagnés d'un courrier en fonction de leur âge.	31
Figure 4 : Pourcentage de patients accompagnés d'un courrier par rapport au nombre total d'admissions.	31
Figure 5 : Répartition des courriers selon le médecin rédacteur.....	32
Figure 6 : Pourcentage de patients admis avec une lettre à différents moments.....	33
Figure 7 : Répartition des patients accompagnés d'une lettre selon les jours de la semaine.	34
Figure 8 : Pourcentage de patients avec un courrier en fonction des jours de la semaine...	34
Figure 9 : Répartition des courriers sur l'item concernant l'âge des patients.	35
Figure 10 : Lisibilité des courriers.	36
Figure 11 : Courriers adressés ou non à un médecin ou un service.	37
Figure 12 : Courriers et constantes vitales.	37
Figure 13 : Courriers avec ou sans le traitement indiqué.	38
Figure 14 : Comparaison des traitements notés sur les ordonnances avec ceux notés sur les courriers.	39
Figure 15 : Origine des patients (sans la correction des erreurs).	41
Figure 16 : Origine des patients (avec la correction des erreurs).	41
Figure 17 : Comparaison de l'origine de l'ensemble des patients avec celle des patients admis avec un courrier.	41
Figure 18 : Comparaison des modes de transport de l'ensemble des patients avec ceux des patients admis avec un courrier.....	42
Figure 19 : Comparaison du devenir de l'ensemble des patients avec celui des patients admis avec un courrier.	42
Figure 20 : Motifs de recours aux urgences.	44
Figure 21 : Fréquence de la présence des principaux critères.	45
Figure 22 : Moyenne des scores de qualité des courriers.....	46
Figure 23 : Scores de qualité des courriers pour les différents types de médecins.	47
Figure 24 : Relation entre les différents types de courriers et les scores de qualité.	47
Figure 25 : Relation entre les différentes origines du patient et les scores de qualité.	48
Figure 26 : Relation entre les différents degrés d'urgence et les scores de qualité.....	48
Figure 27 : Relation entre les différents devenirs du patient et les scores de qualité.	49
Figure 28 : Relation entre les différents motifs de recours aux urgences et les informations médicales contenues dans les courriers.	50
Figure 29 : Relation entre les différentes orientations diagnostiques et les informations médicales contenues dans les courriers.	50
Figure 30 : Critères jugés importants et ceux jugés manquants par les urgentistes.	52
Figure 31 : Caractéristiques des médecins généralistes.....	55
Figure 32 : Situations où un patient est adressé aux urgences selon les généralistes.....	56
Figure 33 : Importance de la présence dans un courrier de 17 critères selon les urgentistes et les généralistes.	58

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Description de la population.....	29
Tableau 2 : Orientations diagnostiques des médecins généralistes et urgentistes.	43

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Extraits du code de déontologie médicale.....	76
Annexe 2 : Extrait du code de la santé publique	79
Annexe 3 : Grille de lecture	80
Annexe 4 : Questionnaire des urgentistes	82
Annexe 5 : Questionnaire des généralistes	84
Annexe 6 : Lettre type pour les généralistes	86
Annexe 7 : Lettre type pour les urgentistes	87

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	5
SOMMAIRE.....	8
ABRÉVIATIONS.....	10
INTRODUCTION.....	11
GÉNÉRALITÉS.....	13
1. LE COURRIER MÉDICAL.....	13
1.1. Définition, étymologie et histoire du mot « courrier ».....	13
1.2. Les courriers et la législation dans le domaine médical.....	14
1.3. Les recommandations sur la rédaction d'un courrier.....	16
1.3.1. La forme du courrier.....	16
1.3.2. Le contenu du courrier.....	17
1.3.3. Les conditions d'information du patient.....	18
1.3.4. Les modalités de transmission.....	18
1.3.5. Les autres situations.....	19
2. OBJECTIF DE L'ÉTUDE.....	19
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	20
1. POPULATION ÉTUDIÉE.....	20
2. RECUEIL DE DONNÉES.....	20
2.1. Identification du patient.....	20
2.2. Structure du courrier.....	21
2.3. Identification des médecins.....	21
2.4. Observation du généraliste.....	22
2.5. Antécédents.....	22
2.6. Traitement.....	23
2.7. Autres informations.....	23
2.8. Orientation diagnostique.....	24
2.9. Cas particuliers.....	25
2.10. Motifs de recours au service des urgences.....	25
2.11. Score de qualité.....	27
2.12. Questionnaires envoyés aux médecins.....	28
3. ANALYSE.....	28
RÉSULTATS.....	29
1. POPULATION ÉTUDIÉE.....	29
1.1. Répartition selon l'âge.....	30
1.2. Répartition selon l'origine des courriers.....	32
1.3. Répartition selon l'heure et le jour d'admission.....	33
2. ANALYSE DES COURRIERS.....	35
2.1. Analyse des items.....	35
2.1.1. Identification du patient.....	35
2.1.2. Structure du courrier.....	35
2.1.3. Identification des médecins.....	36
2.1.4. Observation du généraliste.....	37
2.1.5. Antécédents.....	38
2.1.6. Traitement.....	38
2.1.7. Informations sociales.....	40
2.1.8. Origine du patient.....	40
2.1.9. Moyen d'arrivée.....	41
2.1.10. Devenir du patient.....	42
2.1.11. Orientation diagnostique.....	43
2.1.12. Cas particuliers.....	44

2.1.13. Motifs de recours au service des urgences	44
2.2. Analyse des scores de qualité	45
3. RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES	51
3.1. Questionnaire des médecins urgentistes	51
3.2. Questionnaire des médecins généralistes.....	54
DISCUSSION	61
1. POINTS FORTS DE L'ÉTUDE	61
2. LIMITES DE L'ÉTUDE	61
3. ÉTUDE DES COURRIERS	62
3.1. Nombre de courriers	62
3.2. Population étudiée	64
3.3. Contenu des courriers.....	64
3.4. Essai d'interprétation du manque d'information	68
4. AMÉLIORATION DES ÉCHANGES D'INFORMATIONS	70
CONCLUSION	75
ANNEXES	76
BIBLIOGRAPHIE.....	88
LISTE DES FIGURES.....	90
LISTE DES TABLEAUX	91
LISTE DES ANNEXES.....	91
TABLE DES MATIÈRES	92
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	94
RÉSUMÉ	95

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

RÉSUMÉ

Titre : ÉTUDE DESCRIPTIVE ET PROSPECTIVE DES INFORMATIONS CONTENUES DANS LES COURRIERS DES MÉDECINS ADRESSANT DES PATIENTS AUX URGENCES.

Introduction : Lorsqu'un médecin généraliste adresse un patient aux urgences, il a l'obligation d'écrire un courrier attestant de la nécessité d'une prise en charge hospitalière. Ce courrier lui permet de donner tous les renseignements nécessaires au médecin urgentiste pour la prise en charge du patient. Le but de cette étude était d'évaluer le contenu et la qualité de ces courriers.

Méthode : Tous les courriers reçus aux urgences de l'hôpital de Tulle sur une période de deux semaines ont été analysés. La qualité de ces courriers a été évaluée par la présence de certains critères.

Résultats : 116 courriers ont été inclus. Ils ont été écrits par des médecins traitants dans 77 % des cas. 80 % des items sur la structure du courrier et 46 % des items sur les informations médicales étaient renseignés. Les informations qui étaient mal renseignées étaient les antécédents médicaux (48 %), les signes vitaux (40 %), les traitements (22 %), les éléments d'ordre social (18 %) et les allergies (7 %). Les courriers écrits par les médecins généralistes étaient de meilleure qualité que ceux écrits par les médecins remplaçants ($p=0,029$) et les courriers dactylographiés contenaient plus d'informations médicales que les courriers manuscrits ($p=0,03$).

Conclusion : Les courriers des médecins généralistes adressant des patients aux urgences pourraient être de meilleure qualité s'ils contenaient plus d'informations médicales.

Mots-clés : Courrier – Service des urgences – Médecin généraliste.

Title : DESCRIPTIVE AND PROSPECTIVE STUDY OF INFORMATION CONTAINED IN LETTERS OF DOCTORS SENDING PATIENTS TO AN EMERGENCY DEPARTMENT.

Introduction : When a general practitioner refers a patient to an emergency department, he has to write a letter attesting to the necessity of a hospital care. This letter allows him to give all the information necessary for the emergency physician to the care of the patient. The aim of this study was to assess the content and the quality of these letters.

Method : All letters received to the emergency department of the hospital of Tulle over a period of two weeks were analysed. The quality of these letters was assessed by the presence of different key items.

Results : 116 letters were included. They were written by regular doctors in 77 % of cases. 80 % of items on the structure of the letter and 46 % of items on medical information were indicated. Information that was relatively poorly represented were medical histories (48 %), vital signs (40 %), treatments (22 %), social details (18 %) and allergies (7 %). Letters written by general practitioners were of higher quality than letters written by substitute doctors ($p=0,029$) and typed letters contained more medical information than handwritten ones ($p=0,03$).

Conclusion : Letters of general practitioner sending patients to an emergency department could be of better quality if they contained more medical information.

Keywords : Letter - Emergency department - General practitioner.