

Liste des abréviations

CS	Courrier de sortie
CHHA	Centre Hospitalier du Haut-Anjou
ARS	Agence Régionale de la Santé
RPU	Résumé de Passage aux Urgences
MG	Médecin généraliste
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
SLD	Soins de Longue Durée
SAU	Service d'Accueil des Urgences
IAO	Infirmière d'Accueil et d'Orientation
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
HAS	Haute Autorité de Santé
MM	Maison Médicale
CE	Courrier Electronique
DMP	Dossier Médical Partagé
MSS	Messagerie Sécurisée de Santé

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

METHODES

RESULTATS

1. Population étudiée
2. Evaluation du courrier de sortie
3. Transmission du courrier de sortie
4. L'impact de l'informatisation sur la continuité des soins
5. Questions ouvertes concernant le courrier de sortie et le projet d'automatisation

DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

1. ANNEXE I : Modèle du courrier de sortie actuel des urgences de Château-Gontier
2. ANNEXE II : Questionnaire
3. ANNEXE III : Figures de l'étude
4. ANNEXE IV : Question ouverte n°1
5. ANNEXE V : Question ouverte n°2
6. ANNEXE VI : Résumé de passage aux urgences

RESUME

Introduction : A l'occasion de l'informatisation du courrier de sortie du Service des Urgences de l'Hôpital de Château-Gontier, nous avons recueilli les avis des médecins généralistes de la zone d'attraction du Centre Hospitalier du Haut Anjou sur ce qui leur paraissait nécessaire et/ou utile d'être inclus afin de paramétrer un courrier automatique adapté à leurs besoins.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude prospective portant sur un questionnaire adressé aux 85 médecins de la région. Le recueil des données s'est fait sur une durée de six mois, de mai à octobre 2016. Nous avons évalué dans un premier temps le niveau de satisfaction du courrier actuel. Ensuite, nous nous sommes attardés sur le contenu et le mode de transmission souhaités. L'analyse quantitative des données a été faite via Microsoft Excel®. Résultats : 44 médecins ont répondu au questionnaire soit un taux de réponses de 51,8%. 55,1% des médecins étaient soit très satisfaits soit satisfaits du courrier actuel. Sur ces réponses collectées, 18,2% des médecins recevaient un courrier de sortie pour tous leurs patients et 9% n'en recevaient aucun. Concernant le contenu du courrier de sortie, les items ayant le plus d'importance (taux supérieur à 80%) étaient les suivants : L'identité du patient, le nom du médecin urgentiste, le nom du médecin destinataire, la date de consultation, le motif d'admission, la nature et les résultats des examens complémentaires, les avis spécialisés sollicités, les traitements prescrits aux urgences, le diagnostic et un résumé synthétique. Il était difficile de recueillir les informations manquantes à distance dans 72,7% des cas.

Conclusion : L'étude a permis de recueillir les desiderata des médecins du Haut-Anjou et le Centre Hospitalier a commencé le paramétrage d'un courrier automatisé reprenant ces demandes. Une systématisation du courrier de sortie adapté aux besoins exprimés par les destinataires devrait permettre un meilleur suivi du patient. L'ajustement du contenu et du

mode de transmission améliorera et facilitera le travail du médecin généraliste et l'automatisation devrait permettre une amélioration du taux d'exhaustivité.

INTRODUCTION

Selon le Code de Santé Publique, afin d'assurer des soins adaptés à son patient, le médecin traitant et coordinateur des soins, doit disposer de toutes les informations concernant celui-ci (1). Ainsi, il paraît évident que la communication entre les différents intervenants et la centralisation de l'information par le médecin traitant sont deux piliers de l'exhaustivité du dossier du patient.

Par ailleurs, le Code de Déontologie nous rappelle qu'il est nécessaire que « Tout médecin appelé en urgence auprès d'un malade doit, si celui-ci doit être revu par son médecin traitant ou par un autre médecin, rédiger à l'attention de son confrère un compte rendu de son intervention et de ses prescriptions qu'il remet directement au malade où qu'il adresse à son confrère » (2).

Dans cette étude, nous allons nous intéresser à un réseau de soins spécifiques qui est celui de la médecine d'urgence et de la médecine de ville où la transmission de l'information entre le premier et le deuxième protagoniste se fait au travers du courrier de sortie (CS) des urgences. En effet, c'est un outil de communication nécessaire pour la poursuite des soins initiés aux urgences. La Fédération hospitalière de France nous le rappelle dans son « Guide annuaire d'amélioration des relations entre médecine de ville et médecine hospitalière de mars 2007 » (3).

Actuellement, les urgences du Centre Hospitalier du Haut Anjou (CHHA) ne sont pas informatisées et le CS n'est pas systématique mais subordonné à la notion de « malade qui doit être revu par son médecin ». Cette distinction qui est par ailleurs conforme aux recommandations (4), ne prend pas suffisamment en compte le choix du patient de revoir son médecin généraliste même si cela n'est pas jugé nécessaire par l'urgentiste. De même, cette pratique restrictive nuit forcément à l'exhaustivité du dossier du patient.

Depuis 2013, suite à un arrêté ministériel (5), l'Agence Régionale de la Santé (ARS) exige que tout établissement autorisé à accueillir et traiter des urgences transmette quotidiennement des données anonymisées et informatisées : « Le Résumé de Passage aux Urgences » (RPU), à des fins d'exploitations statistiques. Faute d'informatisation spécifique du Service des Urgences, le CHHA transmettait des informations parcellaires. En 2016, la mise en conformité de l'établissement obligeant le paramétrage des RPU (6) a offert l'opportunité de demander un paramétrage supplémentaire pour le CS des urgences.

L'objectif de cette étude était de paramétrer un CS automatique adapté aux besoins des médecins généralistes (MG) de la région sanitaire du Haut Anjou et le critère de jugement principal sera l'exhaustivité du retour des questionnaires.

Il y aurait alors un triple intérêt à cette thèse, tout d'abord les MG auraient l'ensemble des informations nécessaires au suivi du patient. Deuxièmement, le courrier automatisé ferait gagner du temps aux urgentistes et troisièmement, il améliorerait le taux de retour d'informations et donc la qualité du suivi du patient.

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude quantitative prospective réalisée auprès des MG orientant leurs patients vers le CHHA, dont ils dépendent géographiquement. Un questionnaire leur a été adressé afin de connaître le degré de satisfaction actuel du courrier de sortie, leurs souhaits quant à son contenu et le moyen de transmission attendu.

1/ Le Centre Hospitalier du Haut Anjou

Le CHHA comprend différents établissements, l'Hôpital Saint Julien à Château-Gontier, l'Hôpital Pôle Santé à Segré, le centre des personnes âgées de St Joseph et l'EHPAD « les Marronniers » (tous deux à Château-Gontier).

Le nombre de lits Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) sur l'ensemble du site est de 178 (en septembre 2016). Par ailleurs, il existe 41 lits de Soins de Suite et/ou de Réadaptation, 56 lits de Soins de Longue Durée (SLD) et 25 lits de Santé Mentale (7).

Le service des urgences situé dans l'Hôpital Saint Julien a été le siège de 17 866 passages en 2016 (environ 48,9 passages/jour) avec un médecin urgentiste aidé de celui du SMUR quand il n'est pas en intervention. Par ailleurs, le Service d'Accueil des Urgences (SAU) ne dispose pas d'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO). Actuellement, le SAU dispose d'une convention de télémédecine appliquée à la prise en charge des AVC avec le CHU d'Angers.

Une partie des services d'hospitalisation et de consultation sont informatisés avec le logiciel médical Crossway® (en dehors du secteur d'Obstétrique et de SLD). Cependant, bien qu'installé dans le service des urgences, il n'a encore montré que peu d'intérêt pour l'urgentiste car il permet seulement de consulter les résultats de laboratoire (qui sont par ailleurs également disponible sur l'imprimante du service) et de rédiger manuellement le courrier de sortie sur un document texte où n'est prédéfinie que l'identité du patient (Annexe I).

Les données administratives du patient, l'observation du médecin urgentiste, les soins réalisés aux urgences sont retranscrits de façon manuscrite dans le dossier papier du patient. Au niveau de l'imagerie, les séquences IRM, TDM et les radiographies standards sont informatisées et disponibles sur le PACS (système de partage et d'archivage des images) depuis fin 2016, mais encore délivrées sur film concernant ces dernières.

2/ La population étudiée

Les MG du Haut-Anjou sont répartis sur la partie nord du département du Maine et Loire (49) ainsi que sur le tiers sud de celui de la Mayenne (53). Le recensement initial a été fait sur la base de données de l'Hôpital de Château-Gontier ainsi que sur celle du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Afin de mettre à jour ces données, des appels téléphoniques ont été réalisés dans chaque cabinet médical à partir de l'annuaire téléphonique professionnel des Pages Jaunes.

Les critères d'inclusion étaient donc : d'être inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins et d'être MG dans une des communes de la région du Haut Anjou. Nous avons exclu d'une part les praticiens ayant un mode d'exercice particulier (ostéopathie, acupuncture...) qui ne sont pas amenés à hospitaliser les patients et les MG remplaçants occasionnels n'ayant pas de rapports suivis avec le CHHA.

3/ Le questionnaire

L'élaboration du questionnaire s'est inspirée des thèses préalablement réalisées sur le sujet (8) (9) (10), des recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence (11), du Conseil National de l'Ordre des Médecins (4), du Code de la Santé Publique (12) et des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur le dossier du patient (13).

Un questionnaire en ligne de 18 questions a été conçu via le site Google Forms® (Annexe II) et adressé aux MG ayant donné leur accord téléphonique pour y répondre, en avril 2016. Nous proposons systématiquement un autre mode de transmission par voie postale ou téléphonique si la voie informatique (email) était un frein initial pour répondre au questionnaire. Il y a eu trois relances, en mai, en juin et en août 2016 soit par email, par téléphone ou par courrier postal en fonction du choix primaire du MG. Le questionnaire était divisé en quatre parties. La première partie concernait l'épidémiologie (8 questions), la deuxième partie concernait le nombre de patients par mois adressés aux urgences et le nombre de courriers reçus en fonction (2 questions). La troisième partie concernait le contenu du courrier, le degré de satisfaction actuel du CS, la difficulté à recueillir les informations à distance, le mode de transmission du CS souhaité, l'impact de l'informatisation sur la continuité des soins et également une question ouverte afin d'ajouter d'autres items à ceux proposés dans le questionnaire (6 questions). La quatrième partie portait sur l'intérêt des MG à vouloir rencontrer les médecins urgentistes pour discuter sur le courrier de sortie et un champ libre pour toute remarque sous forme d'une question ouverte (2 questions).

4/ Le critère de jugement principal

Afin de répondre à l'objectif primaire, automatiser un CS adapté aux besoins MG du Haut Anjou, il était nécessaire d'avoir un retour d'informations suffisamment conséquent pour pouvoir être interprété (taux de réponses de plus de 50%). Nous avons ainsi pris comme critère de jugement principal l'exhaustivité des réponses.

5/ L'analyse statistique

Le recueil des données s'est fait via le site Google Forms® pour les réponses par email et retranscrites sur celui-ci pour celles recueillies par courrier postal ou par téléphone. Les données quantitatives ont été analysées secondairement via le Logiciel Microsoft Excel®. Les réponses aux questions ouvertes ont été retranscrites et, après analyse ont été répertoriées par catégorie puis classées par fréquence.

RÉSULTATS

1. Population étudiée

Sur les 85 MG de la région du Haut Anjou inclus dans l'étude, 47 médecins travaillaient en Mayenne et 38 en Maine et Loire. Lors d'un premier contact téléphonique, 4 médecins ont refusé de répondre au questionnaire par faute de temps. Au total, 44 médecins ont répondu au questionnaire soit un taux de réponse de 51,8%. Nous avons recueilli 7 questionnaires par téléphone (15.9%), 7 par courrier postal (15.9%) et 30 par email (68.2%) (Annexe III figure 1).

L'échantillon des 44 MG était composé de façon prédominante d'hommes : 32 hommes (72,7%) et 12 femmes (27.3%) (Annexe III figure 2). 28 MG (63,6%) étaient âgés de plus de 45 ans, dont 18 de plus de 55 ans (40,9%). Leurs modes d'installations étaient les suivants : 13 médecins travaillaient seuls en cabinet (30%), 1 médecin travaillait seul en maison médicale (MM) (2%) et les 30 autres médecins travaillaient à plusieurs soit en cabinet de groupe soit en MM. Nous constatons que la répartition était aléatoire en termes de regroupement (Annexe III figure 3).

Les médecins de la Région du Haut Anjou travaillaient dans 59,1% des cas en zone rurale (<5000 habitants) et dans 40,9% des cas en zone semi rurale (entre 5000 et 24999 habitants) (Annexe III figure 4). Ils étaient 79,5% à être installés dans la région depuis plus de cinq ans (Annexe III figure 5). Sur ces médecins, 11 avaient été internes aux urgences du CHHA soit 25% d'entre eux.

Tous les médecins utilisaient un dossier patient informatisé et nous avons pu constater qu'ils gardaient un dossier manuscrit dans 20,5% des cas. Sur les 37 médecins qui disposaient d'une connexion ADSL, il y en avait 34 qui disposaient d'une messagerie sécurisée (77,3%) (Annexe III Figure 6).

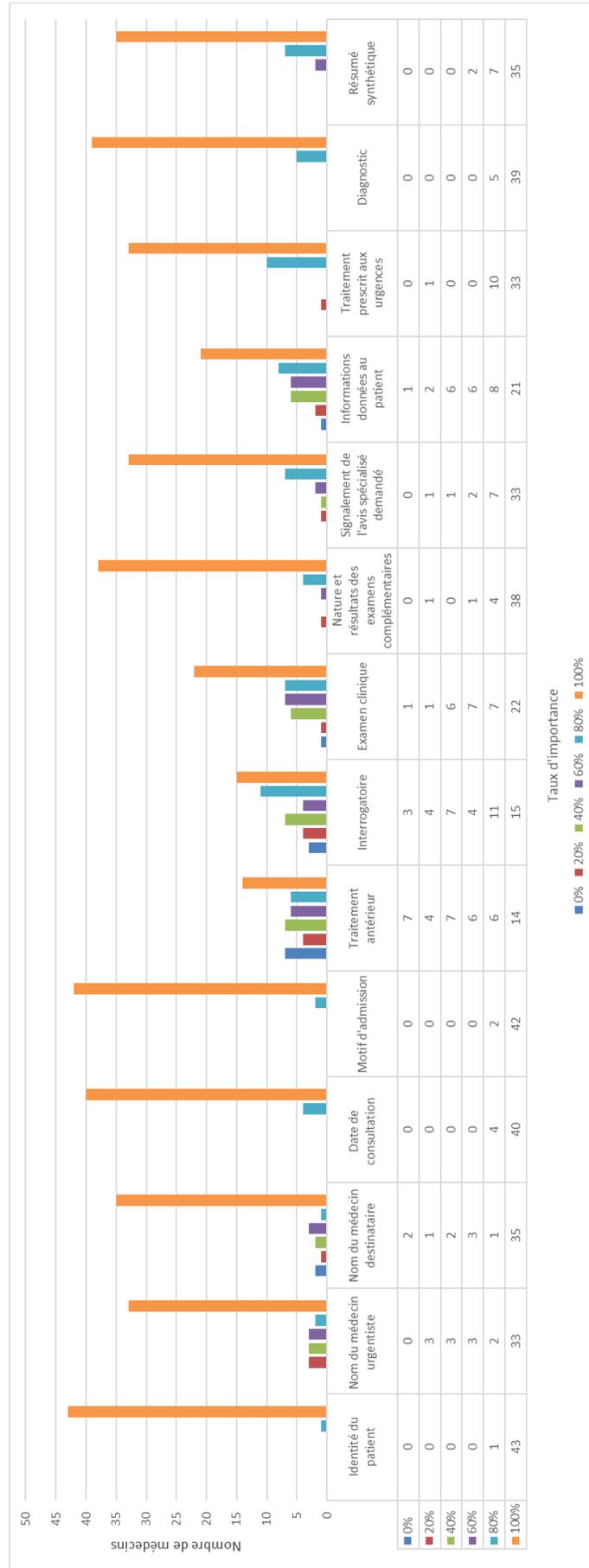
2. Evaluation du courrier de sortie

Tous les MG adressaient au moins un patient par mois aux urgences. Ils sont 27 à en avoir adressés entre 1 et 5 (61,4%), 14 entre 6 et 10 (31,8%) et 3 plus de 11 (6,8%) (Annexe III Figure 7). Cependant, seuls 8 d'entre eux recevaient systématiquement un CS concernant leurs patients (18,2%). Seulement 54% des MG recevaient un CS pour plus de 50% de leurs patients ayant consulté aux urgences et 9% des MG n'en recevaient aucun (Annexe II figure 8).

Concernant les CS, plus de la moitié des MG en étaient soit très satisfaits (11,4%) soit satisfaits (43,2%). Le reste des MG était assez satisfaits dans 36,4% des cas, pas du tout satisfaits dans 2,3% des cas et sans avis dans 6,8% des cas.

Nous avons ensuite questionné les MG sur l'importance qu'ils donnaient à la présence des items proposés dans le CS en termes de pourcentage (Figure 1). Les éléments suivants avaient un taux d'importance de plus de 80 % pour la majorité des médecins (plus de 75% d'entre eux : l'identité du patient (100%), le nom du médecin urgentiste (80%), le nom du médecin destinataire (82%), la date de consultation (100%), le motif d'admission (100%), la nature et les résultats des examens complémentaires (96%), le signalement de l'avis spécialisé demandé (91%), le traitement prescrit aux urgences (100%), le diagnostic (100%) et un résumé synthétique (96%). Concernant la place systématique des autres items : le traitement antérieur, l'interrogatoire, l'examen clinique et les informations données au patient, l'avis des médecins était plus nuancé.

Figure 1 : Importance de la présence de chaque item dans le CS



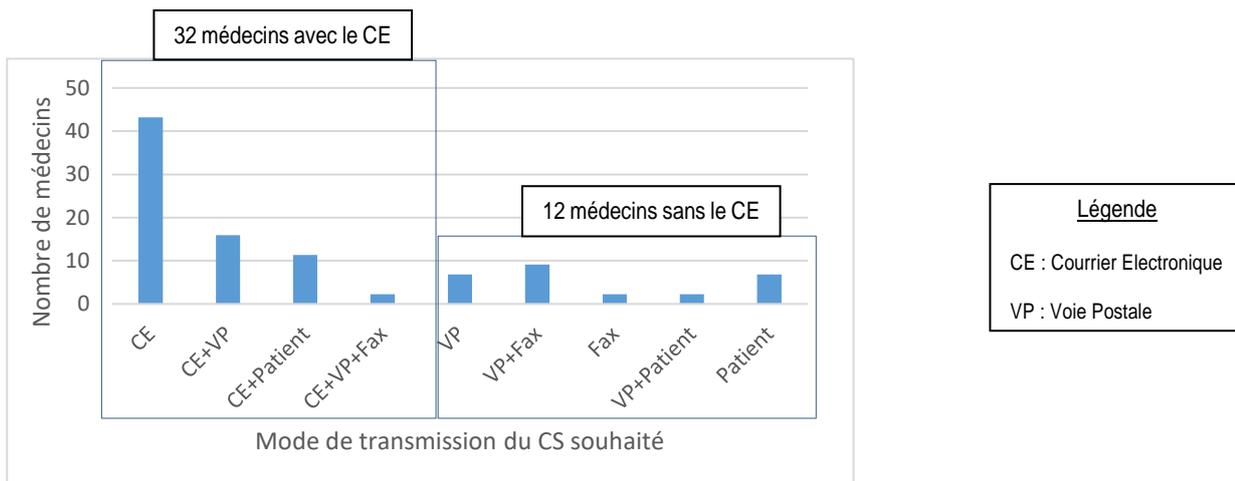
Soixante-treize pour cent des médecins interrogés (n=32) se disaient être en difficulté pour récupérer les informations manquantes du passage de leur patient aux urgences.

3. Transmission du courrier de sortie

Concernant le mode de transmission du CS, nous avons proposé plusieurs choix possibles : le courrier électronique (CE), la voie postale (VP), le fax et par le patient, ces choix pouvant être cumulés. Sur ces réponses, 19 médecins souhaitaient être informés uniquement par le CE, 5 médecins par le CE et par le patient, 7 médecins par le CE et par voie postale et 1 médecin par le CE, la VP et par le patient. Il y avait parmi les 32 médecins désirant recevoir le CS par CE, deux MG qui ne disposaient pas encore de MSS. Deux MG disposant d'une MSS ne souhaitaient pas ce mode de transmission pour le CS.

Les autres moyens de transmission souhaités par les 12 autres médecins sont représentés dans la figure 2.

Figure 2 : Mode de transmission du courrier de sortie souhaité



4. L'impact de l'informatisation sur la continuité des soins

Nous avons ensuite interrogé les médecins sur l'informatisation du service des urgences et 84,1% d'entre eux (n=37) pensaient que cela allait permettre d'améliorer la continuité des soins.

En plus, 61,4% des médecins (n=27) étaient intéressés pour rencontrer les urgentistes afin de discuter du CS et de l'impact de l'informatisation du Service des Urgences sur la qualité de leur travail.

5. Questions ouvertes concernant le CS projet d'automatisation.

Les deux questions ouvertes ont été analysées ensemble car la similarité des réponses recueillies les a révélées équivalentes. La première question était intitulée « Autres besoins concernant le CS » (par rapport aux items déjà proposés) et la seconde était intitulée « Remarques libres » (sous-entendu sur le CS dont le questionnaire parle). Dix-Neuf MG se sont exprimés à la première question ouverte (Annexe IV ; remarques de 1 à 19) et 17 à la deuxième question ouverte (Annexe V ; remarques de 20 à 36). Nous avons retranscrit toutes les réponses et les avons séparées en 3 catégories :

- Première catégorie : Mode de transmission de l'information (14 remarques)
 - Systématisation du CS : remarques 9, 21, 29, 31, 36
 - Rapidité de réception du CS : remarques 25, 27, 34
 - Messagerie sécurisée comme moyen de transmission : remarques 11, 23
 - Dossier Médical Partagé : remarques 18, 35
 - Transmission de l'information par téléphone si décès : remarque 30
 - Améliorer la coordination des soins : remarque 32

- Deuxième catégorie : Contenu de l'information (16 remarques)
 - Adapté : remarques 2, 10, 13, 14, 15, 16
 - Examens complémentaires : remarques 3, 5, 7, 8, 12, 24
 - Synthétique : remarques 1, 4, 6, 17
- Troisième catégorie : autres réponses (7 remarques)
 - Réunion d'échange avec les urgentistes : remarques 19, 22, 24, 33
 - Avis sur notre projet de thèse : remarques 20, 26, 28

DISCUSSION

Le caractère prospectif de ce travail en a fait toute sa particularité car les études faites sur le CS des urgences ces dix dernières années étaient généralement rétrospectives. Il a permis d'obtenir une image des besoins exprimés par les MG et non une critique d'un courrier déjà paramétré sur des besoins supposés.

Du fait du faible échantillonnage de notre étude (85 médecins), restreint par une zone géographique bien délimitée autour du CHHA, il nous fallait un nombre cohérent de retours de questionnaires pour considérer les réponses obtenues comme représentatives. Le temps de recueil des données a été de six mois, avec trois relances afin d'assurer un retour d'informations pertinent et analysable. Nous avons également décidé dans le but de maximiser nos chances de réponses, de contacter par téléphone chaque cabinet médical pour expliquer notre travail de thèse puis de proposer systématiquement au médecin de pouvoir répondre au questionnaire par téléphone ou par voie postale si la voie électronique était un frein. Nous avons pu récupérer quatorze questionnaires supplémentaires par ces deux autres voies (32%).

Néanmoins, nous espérions un meilleur taux de réponses compte tenu des avis favorables des MG pour répondre à notre étude après le contact téléphonique. Seulement quatre médecins avaient refusé de répondre au questionnaire par faute de temps. Le principal problème rencontré était la difficulté à entrer en contact direct avec chaque médecin d'une maison médicale ou d'un cabinet de médecins de groupe. Si le mode d'envoi souhaité du questionnaire était récupéré soit par le médecin ou par la secrétaire médicale (voie postale ou email), nous ne pouvions expliquer notre étude qu'à un ou deux médecins, responsables par la suite de transmettre l'information aux autres médecins du cabinet.

Ainsi, en suivant le même mode de recueil des données mais en rajoutant le mode de réponse par téléphone, nous sommes arrivés à un taux de réponses avoisinant celui de la thèse

réalisée par Julien Trautmann. Celui-ci avait également contacté par téléphone 77 cabinets médicaux pour les informer de son projet de thèse ; il avait ainsi reçu 51% de réponses (10). En ayant eu plus de 50% de réponses, nous allons pouvoir répondre à notre objectif primaire sur la mise en place d'un CS automatisé des urgences du CHHA répondant aux critères de la majorité des médecins interrogés.

Le biais de cette étude portait sur les questions ouvertes. En effet, nous avons rencontré une difficulté à en analyser les données. A la lecture des réponses, nous nous sommes aperçus que la plupart de celles-ci pouvaient être retrouvées dans la première et la deuxième question. Il a donc paru évident que ces questions n'étaient pas correctement formulées. Nous avons donc décidé d'analyser l'ensemble des réponses ensemble puis de les séparer en catégories.

Aux Urgences de Château-Gontier, le dossier médical du patient était manuscrit et archivé. Le CS était rédigé manuellement sur un éditeur de texte inclus dans CrossWay® (Annexe I) qui le conservait informatiquement. Ensuite, celui-ci était imprimé puis remis en main propre au patient. Les médecins généralistes rencontraient ainsi quelques difficultés à récupérer les informations du passage aux urgences de leurs patients si le CS était manquant (non rédigé par l'urgentiste ou non remis par le patient) ou incomplet. Le dossier médical archivé devait déjà être récupéré par l'hôtesse d'accueil avant de pouvoir leur être communiqué (en dehors des examens biologiques et radiologiques disponibles sur l'interface CrossWay®). La rédaction du CS dépendait de l'urgentiste et des conditions propres à son exercice qui peuvent l'influencer, comme l'avait remarqué Amélie Le Barbenchon dans sa thèse (8) (l'affluence aux urgences, l'heure d'admission, le motif de recours). En interrogeant les médecins généralistes, nous avons pu constater une disparité sur la rédaction du CS par le médecin urgentiste. En effet, l'aspect qualitatif du courrier n'était pas tant remis en cause car il satisfaisait à la majorité (54,5% soit 24 médecins). Mais par contre, il en ressortait un défaut de systématisation de rédaction du CS, certains médecins n'en recevaient aucun (9%).

Seulement 18% des MG recevaient un CS pour chaque passage aux urgences de leurs patients alors qu'il devrait être systématique. L'ANAES rappelait en 2003 que « chaque contact avec un établissement hospitalier doit conduire à un compte-rendu de consultation ou d'hospitalisation » (13). Néanmoins, cette disparité de courrier est un problème national, le rapport DREES de 2008 laissait apparaître que 32 à 45% des médecins généralistes avaient été informés par l'établissement du devenir de leur dernier patient adressé aux urgences (14). L'automatisation du CS aura pour but premier de le systématiser. L'intérêt sera d'autant plus présent que le nombre de passages aux urgences se majore quotidiennement, entraînant une explosion de la charge de travail administrative de l'urgentiste.

L'étude faite en 2014 au CHU d'Angers (15), qui dispose au niveau de ses urgences du logiciel Urqual® (logiciel d'enregistrement de l'activité de prise en charge des patients) permettant une automatisation du CS, évaluait la qualité des CS des consultants des urgences. Les résultats étaient prometteurs en rapport à notre projet au CHHA. En effet, sur les 502 questionnaires adressés, 89% des médecins étaient satisfaits du CS actuel et 88% des médecins retrouvaient dans le CS les consignes cliniques, biologiques et thérapeutiques nécessaires.

L'étude de Rennes faite en 2011 (16) a analysé les dossiers médicaux avant et après informatisation du service des urgences. Les bénéfices de la mise en place de « Res-Urgences » étaient l'aide à la saisie et la structuration du dossier médical. Selon eux, cette informatisation n'aura qu'une incidence relative sur la qualité du courrier mais permettra une meilleure traçabilité des éléments.

Les conclusions de ces deux études nous permettent d'avoir un meilleur recul sur l'impact que l'informatisation du SAU aura sur le CS.

En ce qui concerne le contenu du CS des urgences, nous avons tenu à réaliser un diagramme original pour évaluer l'importance de la place de chaque item afin d'avoir une vision

plus nuancée que le seul choix de réponse oui/non. Conformément au Code de Santé Publique (17), chaque médecin souhaitait y trouver : la date de consultation (100%), l'identité du patient (100%) et du médecin urgentiste (82%). Si la rédaction du courrier de sortie était encadrée par différents organismes (4,11,13), l'opinion des MG tendait à vouloir retrouver particulièrement certains items (dans plus de 80% des cas) : le motif d'admission, l'avis spécialisé, les examens complémentaires, le traitement aux urgences et de sortie, le diagnostic, le résumé synthétique. Le souhait d'avoir le reste des informations était plus nuancé (interrogatoire, examen clinique, informations données au patient, traitement antérieur). Ce n'est pas une surprise. Depuis ces dix dernières années, les médecins interrogés dans les thèses souhaitent également retrouver ces items en priorité dans les CS (8,10). Afin que le CS satisfasse la majorité, l'informatisation en cours d'élaboration à Château-Gontier va permettre l'ajout automatique du compte rendu des examens radiographiques et les résultats d'analyses biologiques dans le logiciel CrossWay®.

La HAS a publié en 2014 une recommandation sur le document de sortie d'hospitalisation pour une durée supérieure à 24 heures (18) très synthétique, préconisant d'y intégrer systématiquement 5 éléments et d'adapter celui-ci en fonction de chaque situation (le motif d'admission, la synthèse médicale du séjour, les actes techniques, examens complémentaires et biologiques, le traitement médicamenteux et les suites à donner). Il pourrait être utilisé comme modèle pour le CS des urgences car celui-ci se rapproche au mieux des résultats obtenus dans notre étude (figure 1), les MG le voulant complet et synthétique. Les informations administratives y seraient évidemment incluses pour pouvoir retrouver les items du RPU (Annexe VI). Il paraît nécessaire de laisser des champs libres dans le CS pour permettre d'adapter le CS en fonction de chaque patient, comme pour l'examen clinique ou l'intervention des services sociaux par exemple comme l'a demandé un des MG (Annexe IV remarque 14). Les médecins interrogés dans la thèse de Julien Trautmann allaient également

dans ce sens avec le souhait d'avoir un CS synthétique avec tous les éléments que nous avons répertoriés dans notre thèse et également la possibilité de le personnaliser (10).

L'une des remarques négatives évoquée concernant le CS automatisé dans l'étude d'Angers (15) était sa longueur trop importante du fait de la multiplicité des intervenants : ce qu'ils ont amélioré depuis 2014. Nous tiendrons compte de cette remarque et nous nous essayerons également à le synthétiser, c'est d'ailleurs le souhait de quatre MG explicité dans les questions ouvertes (Annexe IV).

Une des missions de l'hôpital est « d'assurer la continuité du parcours de soins entre l'hôpital et la médecine de ville » nous rappelle le Rapport Larcher lors de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital (19). Afin d'être en adéquation avec cette volonté, transmettre le CS des urgences de manière efficiente semble être une priorité. Mais pour cela, il faut un mode de transmission de l'information adapté. En attendant la généralisation du Dossier Médical Partagé (DMP), attendu vers 2020 (20), le développement de la messagerie sécurisée de santé (MSS) reste une priorité logique (21) et c'est dans ce sens que Guy Richier en 2005 tendait à préconiser de s'attarder sur les lettres de sortie (20).

Nous avons donc fait un état des lieux des outils de travail des médecins généralistes de la région du Haut-Anjou. Il nous a permis de constater que 37 des 44 médecins avaient une connexion ADSL et que 34 d'entre eux avaient une messagerie sécurisée soit 77,3%. Cela reste concordant avec l'étude d'Angers (15) où 67% des médecins disposaient d'une messagerie sécurisée. Sachant que ce chiffre est en constante augmentation car ils n'étaient que 33% à avoir une MSS en 1996 (21).

En attendant l'envoi des CS par messagerie sécurisée, qui semble être attendu par 32 des médecins (soit 72.7%), le mode de transmission devra se faire par voie postale (36,4% des médecins). Légalement (4), le CS doit être délivré également à chaque patient suite à son passage aux Urgences. Ceci implique que « dans ces conditions, une large part de la

coordination des prises en charge repose sur le patient et sa famille, et le risque est grand de ruptures dans la prise en charge » (19). Nous pourrions envisager deux modes d'envoi des CS, une par CE après avoir recueilli les adresses de MSS de chaque MG en disposant et l'autre par VP pour ceux qui n'en disposent pas.

Ce que l'on souhaite d'une MSS est l'ergonomie et l'interopérabilité et, c'est ce que nous a exposé Julien Dufrenne (21). Il nous montre dans son travail qu'Apicrypt®, dont disposent 43 des 85 médecins de la région du Haut-Anjou (22), regroupe ces qualités et elle est d'ailleurs peu coûteuse (environ 70 euros par an). Cette MSS vient récemment d'être mise en place au CHU d'Angers. Par ailleurs le Conseil National de l'Ordre des Médecins propose gratuitement une messagerie sécurisée pour les professionnels de santé et les établissements de santé depuis 2010 (23).

Ces démarches d'amélioration du CS, tant en termes de systématisation mais également en termes d'amélioration du système de délivrance, vont permettre d'améliorer le réseau de soins médecine ambulatoire et médecine de ville. Mr Jegou nous le confirme dans son rapport et il précise que « Le développement des réseaux ville/hôpital et l'échange d'informations entre ces deux entités pour assurer la complémentarité entre les différentes structures de soins et la médecine libérale est aujourd'hui un des enjeux majeurs de l'informatisation du secteur de santé » (20).

Néanmoins, il ne faut pas trouver en l'informatisation une solution unique à la transmission des informations. En effet, comme nous le rappelle l'un des médecins ayant participé à l'étude (Annexe V, réponse 29), « L'informatisation n'est qu'un outil pas une fin en soi, le plus important est d'avoir une synthèse du passage des patients aux urgences par quelques moyens que ce soit ».

En complément à toutes ces améliorations, nous souhaitons proposer une rencontre entre les urgentistes et les médecins libéraux. Car, comme les études antérieures l'ont montré

(24), la mise en place de réunions d'échanges aidera à mieux connaître le métier de chaque corps médical et ainsi mieux comprendre les attentes de chacun. L'article « Médecine Hospitalière Médecine Ambulatoire » (25) nous le rappelle: « Une meilleure relation et une meilleure articulation dans le travail passe par une meilleure connaissance mutuelle, connaissance personnelle, connaissance du cadre de travail, connaissances des attentes réciproques et des liens possibles »

Nous espérons ainsi, suite à notre travail, répondre aux besoins de la majorité des médecins sollicités en améliorant la qualité du contenu du CS et en simplifiant sa rédaction afin d'augmenter le taux d'exhaustivité.

Nous pourrons par la suite, après l'automatisation et le paramétrage du nouveau CS, réaliser une nouvelle étude afin de s'assurer du taux de satisfaction de ce CS et également analyser le délai de réception souhaité ; ce qui n'avait pas été effectué dans cette étude.

CONCLUSION

La mise en conformité du service des urgences du CHHA vis-à-vis du RPU va permettre la mise en place d'un nouveau CS. Il sera adapté aux besoins des MG, tant par rapport au contenu qu'à sa forme. Le moyen de transmission sera lui aussi optimisé, grâce à un retour des questionnaires de 51, 8%, donc de la majorité.

Nous avons pu constater que les CS étaient loin d'être systématiques et nous espérons que l'informatisation du SAU améliorera le taux de retours des CS.

Le CS se devra d'être synthétique et clair, avec, en plus des informations administratives, les éléments spécifiques suivants : la date de consultation, l'identité du patient, l'identité du médecin urgentiste, les examens complémentaires, les avis spécialisés, le diagnostic, les changements de traitements et la conduite à tenir à la sortie, tout en permettant sa personnalisation en fonction de chaque situation.

Le moyen de transmission souhaité pour le CS est le CE. Néanmoins, on ne peut se résoudre seulement à celui-ci compte tenu d'un défaut d'utilisation de ce mode de communication chez quelques médecins. Si initialement, nous utilisons le patient comme moyen de transmission du CS (le rendant acteur de sa santé), il semble indispensable que nous utilisons la voie postale en complément du fait du caractère aléatoire de sa délivrance au MG. Idéalement nous pourrions transmettre le CS sous deux formes, par CE pour les MG disposant d'une MSS (après en avoir fait le recensement) et par VP pour ceux n'en disposant pas.

Nous espérons que l'automatisation et le paramétrage adapté du CS du SAU permettra d'améliorer la continuité des soins et le suivi du patient, tout en faisant gagner du temps aux médecins généralistes (en réduisant le temps passé au téléphone à récupérer les informations manquantes) et aux médecins urgentistes en facilitant sa rédaction.

Une nouvelle étude quelques mois après la mise en production pourrait vérifier si ces objectifs finaux auront été atteints. Entre temps, une réunion d'échange entre les médecins de ville et les médecins du service des urgences pourra être organisée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Code de Santé Publique. Parcours de soins coordonnés_Loi_13_08_2004 [Internet]. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-3.pdf
2. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 59 du Code de Déontologie Médicale [Internet]. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-59-sur-appel-urgent-garde-283>
3. Ducreux JC, Crasse D. Guide annuel d'amélioration des relations entre médecine de ville et médecine hospitalière. Fédération hospitalière de France. Pôle organisation sanitaire et sociale. 2007.
4. Mercat FX. Les courriers entre médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins: 30 janvier 1998 [Internet]. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/courriers.pdf>
5. Journal Officiel de la République Française. Arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement [Internet]. 24 juillet 2013. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027799676>
6. SFMU. Résumé de passage aux urgences [Internet]. 2006. Available from: <http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2016/03/RPU-National-V2006.pdf>
7. HAS. Rapport de certification du Centre Hospitalier du Haut Anjou_V2014-30644 [Internet]. 2016. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2672840
8. Le Barbenchon A. La Communication des Urgences avec les Médecins Généralistes : enquête de satisfaction et étude prospective sur les courriers de sortie des Urgences de Saint-Brieuc et du CHCB [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2011.
9. Gervais E. Courriers de sortie informatisés des patients externes adressés au médecin traitant à la sortie d'un service d'accueil des urgences (étude observationnelle prospective) [Thèse]. Montpellier; 2011.
10. Trautmann J. Evaluation de la communication du service des urgences de l'hôpital de Neufchâteau envers les médecins généralistes: A partir d'un questionnaire soumis aux médecins généralistes du territoire sanitaire de Neufchâteau [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2009.
11. Commission d'Evaluation. Société Française de Médecine d'Urgences. Critères d'évaluation des services d'urgences [Internet]. 2006. Available from: <http://www.sfmou.org/upload/referentielsSFMU/audit.pdf>
12. Article L1110-4 du Code de Santé Publique. [Internet]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr>
13. ANAES. Dossier du patient: amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations [Internet]. 2003. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_amelioration_de_la_qualite_de_la_tenue_et_du_contenu_-_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf

14. DREES. Les médecins généralistes: un réseau professionnel étendu et varié [Internet]. 2008. Available from: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er649.pdf>
15. Carneiro B, Paré F, Roy PM, Fanello S. Qualité des courriers de sortie des consultants des urgences de l'hôpital aux médecins généralistes. Santé Publique. 2014 Mar 15;Vol. 26(2):165-72.
16. Campillo-Gimenez B, Cuggia M, Burgun A, Beux PL. La qualité des données médicales dans les dossiers patients de deux services d'accueil des urgences avant et après informatisation. In: Staccini PPM, Harmel DA, Darmoni PSJ, Gouider PR, editors. Springer Paris; 2011. p. 331-42. (Informatique et Santé). Available from: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-2-8178-0285-5_29
17. Article R1112-3 du Code de Santé Publique [Internet]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr>
18. HAS. Document de sortie d'hospitalisation >24h [Internet]. 2014. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1777678/fr/document-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h
19. Larcher G. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital [Internet]. 2008. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf
20. Jégou JJ. L'informatisation dans le secteur de la santé: prendre enfin la mesure des enjeux [Internet]. 2005. Available from: http://www.senat.fr/rap/r05-062/r05-062_mono.html
21. Dufrenne J. Dématérialisation des échanges d'informations entre médecins: La Messagerie Sécurisée de Santé utilisée par les Médecins Généralistes [Thèse d'exercice]. Université Antilles-Guyane; 2011.
22. APICEM (Association pour la Promotion de l'informatique et de la Communication en Médecine). APICRYPT - Messagerie Médicale Sécurisée - [Internet]. Available from: <http://www.apicrypt.org/>
23. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Messagerie professionnelle sécurisée pour tous les médecins [Internet]. 2009. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-cnom-lance-une-boite-de-messagerie-professionnelle-securisee-pour-tous-les-medecins-901>
24. Fabre L. Communication ville-hôpital: qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014. Available from: <http://thesesante.ups-tlse.fr/683/>
25. Gayrard P, Harzo C. Médecine ambulatoire, Médecine hospitalière, quels liens construire? Fédération Française Hospitalière [Internet]. Septembre 2008. Available from: http://www.observatoire-social.org/ressources/OSL_URML_Medecine_ambulatoire_Medecine_hospitaliere_2008.pdf

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Items à indiquer dans le nouveau CS	11
Figure 2 : Mode de transmission du courrier de sortie souhaité	12

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	3
MÉTHODES	5
RÉSULTATS.....	9
1. Population étudiée.....	9
2. Evaluation du courrier de sortie.....	10
3. Transmission du courrier de sortie	12
4. L'impact de l'informatisation sur la continuité des soins	13
5. Questions ouvertes concernant le CS projet d'automatisation.....	13
DISCUSSION	15
CONCLUSION.....	22
BIBLIOGRAPHIE.....	24
LISTE DES FIGURES.....	26
TABLE DES MATIERES.....	27
ANNEXES.....	I
1. ANNEXE I : Modèle du courrier de sortie actuel des Urgences de Château-Gontier..	I
2. ANNEXE II : Questionnaire	I
3. Annexe III : Figures de l'étude.....	V
3.1. Figure 1 : Mode de recueil du questionnaire	V
3.2. Figure 2 : Le sexe du médecin.....	V
3.3. Figure 3 : Le mode d'exercice des MG	V
3.4. Figure 4 : Les zones géographiques où travaillent les MG	VI
3.5. Figure 5 : L'ancienneté des MG dans la région	VI
3.6. Figure 6 : Les outils de travail des MG	VI
3.7. Figure 7 : Le nombre de patients adressés par mois aux urgences	VII
3.8. Figure 8 : Le pourcentage de CS reçus	VII
4. ANNEXE IV : Q1 : Autres besoins concernant le courrier de sortie ?	VIII
5. ANNEXE V : Q2 : Remarques libres	IX
6. ANNEXE VI : Le Résumé de Passage aux Urgences	XI

ANNEXES

1. ANNEXE I : Modèle du courrier de sortie actuel des Urgences de Château-Gontier



Centre Hospitalier du Haut-Anjou
1, quai Georges Lefèvre - BP 405
53204 CHÂTEAU-GONTIER BAZOUGES
Tél. : 02.43.09.33.33 - Fax : 02.43.09.33.34 - <http://www.ch-hautanjou.fr>
Accueil, Urgences & SMUR
Tél. : 02.43.09.33.40 - Fax : 02.43.09.33.41

Chef de service : Dr P. Poirier
Praticiens : Dr C. Besnard, Dr S. Boisseau, Dr R. Borriello, Dr R. Bouët, Dr C. Boyeau-Desmarres, Dr P. Chauveau,
Dr L.B. fogang, Dr V. Holtof, Dr D. Hugla, Dr P. Poirier, Dr S. Severino-Ricardo, Dr F. Spingler
Internes : B. Destival, C. Doucet, C. Fresnais, L. Labory, A. Maucourt, K. Veron
Cadre de santé : Claire Bourdeau

Dr {\NOMMED\} {\PRENOMMED\
{\ADR1MED\
{\ADR2MED\
{\CPMED\} {\VILLEMED\}

Château-Gontier, le {\DATE\}

Mon cher confrère,

Votre patient{\SD_PATIENT_ACCORD_VALEUR\} {\SD_PATIENT_PATIENT_VALEUR\
né{\SD_PATIENT_ACCORD_VALEUR\} le {\SD_PATIENT_DTNAIS_VALEUR\
dans le service le {\SD_RDV_DTRDV_VALEUR\} pour {\SD_RDV_MOTIF1_VALEUR\}.

Les principaux éléments de sa prise en charge, nos conclusions et la conduite à tenir que nous proposons sont :

●

Restant à votre disposition pour de plus amples explications je vous prie de croire, mon cher confrère, en l'expression de mes sentiments les plus confraternels.

Dr {\SD_UTIL_NOMUTIL_VALEUR\}

2. ANNEXE II : Questionnaire

Evaluation des besoins des médecins généralistes du Haut-Anjou quant au contenu du courrier de sortie des urgences de Château-Gontier.

Actuellement en 5ème semestre de Médecine Générale, je réalise une thèse à propos du courrier médical de sortie des urgences de Château-Gontier.

En effet une informatisation de ce courrier est en cours suite à la mise en place du résumé de passage aux urgences.

Nous savons du fait d'études antérieures en France, que les médecins généralistes ne sont que rarement satisfaits du courrier de sortie qu'ils reçoivent. C'est pourquoi nous allons étudier vos réponses afin de modifier le modèle en place et réaliser un courrier au plus proche de vos attentes.

La thèse sera dirigée par le Dr Patrick POIRIER qui est le responsable des urgences de Château-Gontier.

L'intérêt d'adapter vos attentes au courrier de sortie est d'autant plus important que le nombre de passages aux urgences est en constante augmentation.

En vous remerciant par avance de votre participation

Claire DENIS

I- DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES

Question 1 : Vous Etes

- Une Femme
- Un Homme

Question 2 : Votre Tranche d'âge

- <35ans
- De 35 à 45 ans
- De 45 à 55 ans
- > 55ans

Question 3 : Vous travaillez

- Seul, en cabinet
- En cabinet de groupe de médecins généralistes
- En Maison Médicale avec d'autres médecins généralistes et d'autres spécialistes de santé (dentiste, infirmière, sage-femme, médecins spécialistes autre...)
- En Maison Médicale étant seul médecin généraliste avec d'autres spécialistes de santé.

Question 4 : Si vous travaillez en groupe, combien de médecins généralistes êtes-vous ?

- 2
- 3
- 4
- 5
- >5

Question 5 : Votre lieu de travail se situe en zone :

- Rurale (< 5000 hab)
- Urbaine (>25 000 hab)
- Semi Rurale (entre 5000 et 24999 hab)

Question 6 : Avez-vous été interne aux urgences de Château-Gontier ?

- Oui
- Non

Question 7 : Quelle est votre ancienneté dans la région du Haut Anjou ?

- < 1an
- 1 à 5ans
- >5ans

Question 8 : Votre/Vos outils de travail ?

- Dossier patient manuscrit
- Dossier patient informatisé
- Connexion ADSL
- Messagerie sécurisée (apicrypt, hprim...)
- Fax

II- VOS PATIENTS ET LES URGENCES

Question 9 : En moyenne combien de patients adressez-vous par mois aux urgences de Château-Gontier ?

- Aucun
- 1 à 5 patients
- 6 à 10 patients
- > 11 patients

Question 10 : Pour combien d'entre eux recevez-vous un courrier de sortie des urgences ?

- Aucun
- <50% d'entre eux
- >50% d'entre eux
- Tous

III- LE COURRIER DE SORTIE DES URGENCES

Question 11 : Trouvez-vous que le courrier de sortie des urgences actuel est :

- Très satisfaisant
- Satisfaisant
- Assez satisfaisant
- Pas du tout satisfaisant
- Sans avis, je ne reçois aucun courrier

Question 12 : Est-il important de retrouver les items suivants dans le courrier de sortie ?

	Non	Oui à 20%	Oui à 40%	Oui à 60 %	Oui à 80 %	Oui à 100 %
L'identité du patient	<input type="radio"/>					
Le nom du médecin urgentiste ayant pris en charge votre patient	<input type="radio"/>					
Le nom du médecin destinataire	<input type="radio"/>					
La date de consultation	<input type="radio"/>					
Le motif d'admission	<input type="radio"/>					
Le traitement antérieur	<input type="radio"/>					
L'interrogatoire	<input type="radio"/>					
L'examen clinique	<input type="radio"/>					
La nature et les résultats des examens complémentaires	<input type="radio"/>					
Le signalement de l'avis spécialisé demandé	<input type="radio"/>					
Les informations données au patient	<input type="radio"/>					
Le traitement prescrit aux urgences	<input type="radio"/>					
Le diagnostic du service des urgences	<input type="radio"/>					
Un résumé synthétique	<input type="radio"/>					

Question 13 : Autres besoins concernant le courrier de sortie ?

Question 14 : Si les éléments souhaités ne sont pas dans le courrier est-il difficile de les recueillir à distance ?

- Oui
- Non
- Sans avis

Question 15 : Souhaiteriez-vous que le courrier médical de sortie vous soit transmis par :

Plusieurs choix possibles :

- Courrier électronique
- Voie postale
- Fax
- Le patient (courrier remis à sa sortie des urgences)

Question 16 : Pensez-vous que l'informatisation du courrier de sortie des urgences permettra une meilleure continuité des soins ?

- Oui
- Non
- Sans Avis

IV- RENCONTRE AVEC LES MEDECINS URGENTISTES

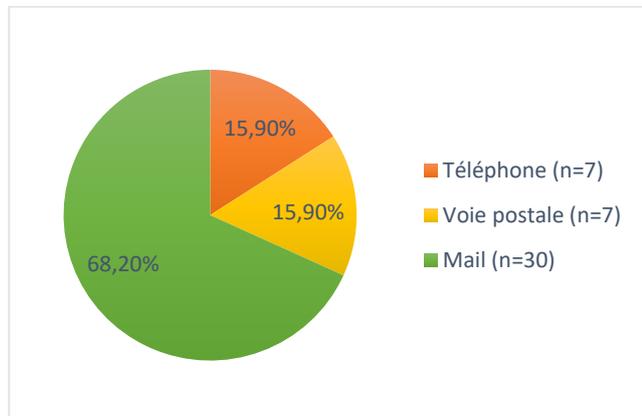
Question 17 : Si une rencontre avec les urgentistes était organisée à ce sujet seriez-vous intéressé(e) ?

- Oui
- Non

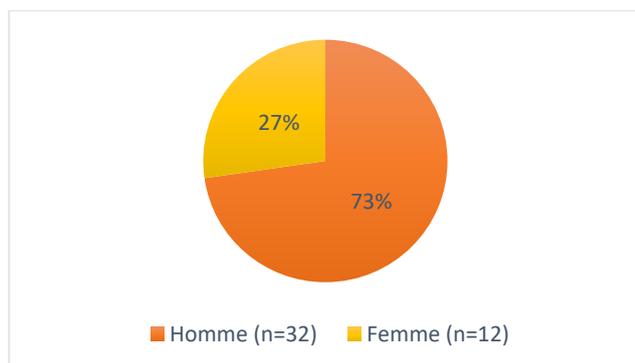
Question 18 : Remarques libres :

3. Annexe III : Figures de l'étude

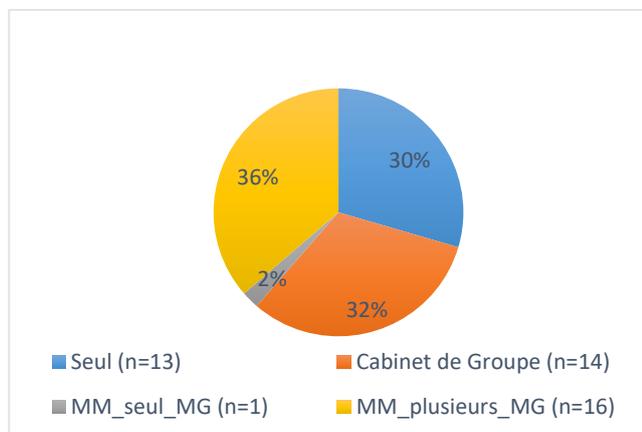
3.1. Figure 1 : Mode de recueil du questionnaire



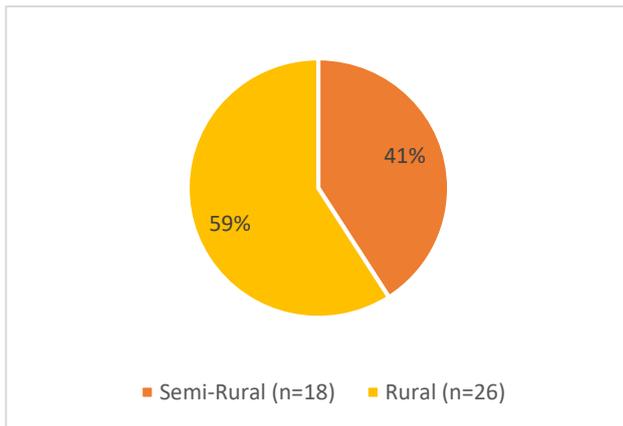
3.2. Figure 2 : Le sexe du médecin



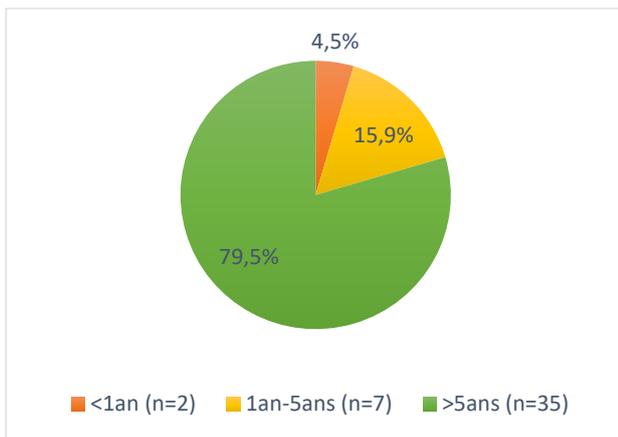
3.3. Figure 3 : Le mode d'exercice des MG



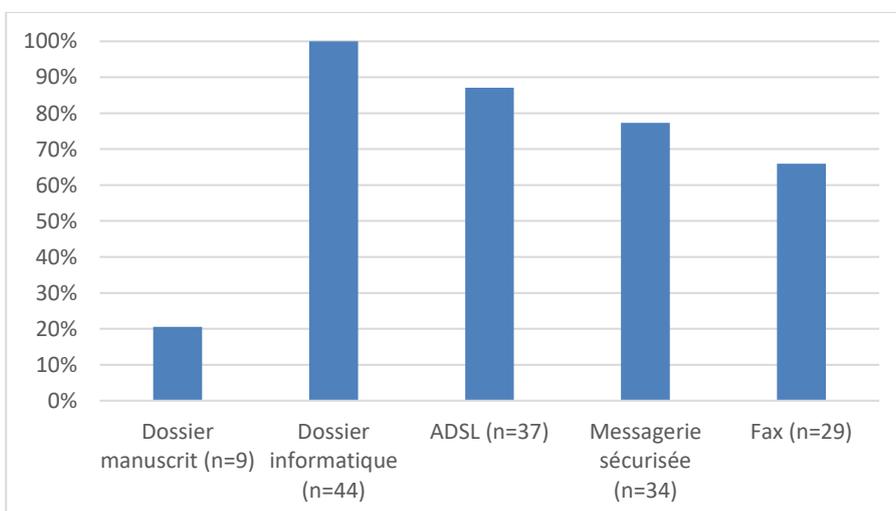
3.4. Figure 4 : Les zones géographiques où travaillent les MG



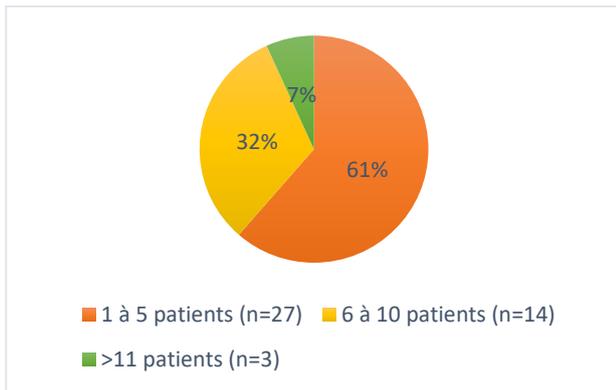
3.5. Figure 5 : L'ancienneté des MG dans la région



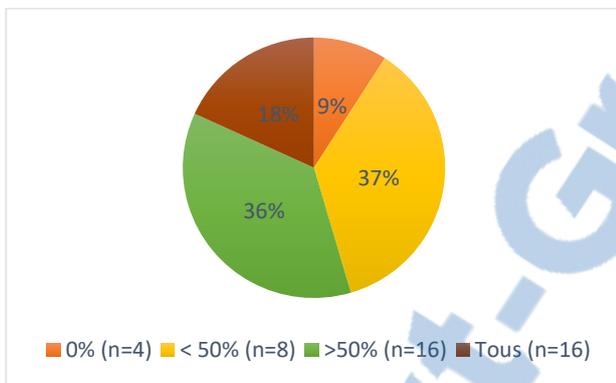
3.6. Figure 6 : Les outils de travail des MG



3.7. Figure 7 : Le nombre de patients adressés par mois aux urgences



3.8. Figure 8 : Le pourcentage de CS reçus



4. ANNEXE IV : Q1 : Autres besoins concernant le courrier de sortie ?

- 1/ Le tout sur une page. Uniformisation des courriers du CH du Haut-Anjou : courts, précis, synthétiques.
- 2/ Vous parlez des traitements reçus aux urgences mais pas du traitement de sortie, dont les modifications du traitement de fond si besoin ?
- 3/ Les éventuels consultations ou examens complémentaires programmés en externe.
- 4/ Il doit être concis et ne pas faire 5 pages.
- 5/ Les radios si besoin.
- 6/ L'interrogatoire est très important. Le courrier est suffisamment concis pour le moment. Un résumé synthétique uniquement si le courrier est long.
- 7/ Compte rendu biologie et imagerie.
- 8/ Les résultats du bilan sanguin.
- 9/ Le recevoir car quasiment pas de courrier des urgences reçu. Pourquoi pas comme au chu = l'intégrale de ce qui a été écrit par les différents intervenant ce qui évite au personnel de perdre du temps à le rédiger
- 10/ Pas d'interrogatoire si le motif d'entrée est indiqué. L'examen clinique uniquement les choses importantes, pas les éléments négatifs.
- 11/ Messagerie sécurisée.
- 12/ Résultat et compte rendu définitif des examens complémentaires réalisés surtout en cas de relais de prise en charge ambulatoire.
- 13/ Orientation du patient s'il relève d'une hospitalisation
- 14/ Intervention des services sociaux (assistante sociale, GIRAGE...)
- 15/ Le nom du médecin urgentiste n'est nécessaire que lorsque l'on a des questions à demander mais la plupart du temps pas nécessaire.
- 16/ Les informations données au patient peuvent être intéressantes dans les annonces de mauvais diagnostique.
- 17/ Courrier concis, l'essentiel.
- 18/ Accéder au dossier informatisé du patient (donc moins de travail pour l'urgentiste) et vice versa si le patient est d'accord.
- 19/ Une concertation sur la suite à donner du passage aux urgences.

5. ANNEXE V : Q2 : Remarques libres

20/ J'ai fait partie de la commission "ville hôpital" au CH de Laval, j'ai demandé ce type de courrier à plusieurs reprises, on m'a rétorqué que cela est trop complexe à mettre en œuvre. Prouvez-nous que cela est possible, notre travail n'en sera qu'amélioré.

21/ Dans ce questionnaire, il n'est fait mention que des patients adressés aux Urgences par le médecin traitant. Mais nombre de patients peuvent consulter les Urgences sans être passés par le médecin traitant. Dans ces cas, un retour courrier nous serait également très précieux.

22/ Même si c'est un sujet intéressant voir primordial dans la suite de certains avis aux Urgences, une réunion sur ce sujet me semble peut-être accessoire (par manque de temps essentiellement).

23/ Privilégier le courrier électronique.

24/ Uniquement les examens complémentaires pertinents. Le courrier électronique est à privilégier. Ne marquer que l'essentiel de l'examen clinique (ex : ne pas citer l'hallux valgus dans le cadre d'une douleur thoracique) et pas les éléments négatifs non plus (pas de " "). Très intéressé pour une rencontre avec les urgentistes

25/ Le questionnaire suffit. Ce qui compte, c'est la RAPIDITÉ de délivrance du CR - même si le patient s'est présenté de lui-même.

26/ Pas de problème, ça marche bien.

27/ Le délai de réception est trop long. Peu importe le mode de transmission si le courrier est transmis dans les temps mais par soucis d'écologie plus le courrier électronique. Difficulté à récupérer la biologie, le CR des radios, les clichés radio.

28/ C'est une très bonne initiative.

29/ L'informatisation n'est qu'un outil pas une fin en soi, le plus important est d'avoir une synthèse du passage des patients aux urgences par quelques moyens que ce soit.

30/ Le courrier est important mais parfois un contact téléphonique est nécessaire notamment pour l'annonce du décès d'un patient.

31/ Prenez exemple sur les Urgences du CHU qui font ce type de courrier depuis des années ce que nous réclamons chez vous depuis longtemps. Même quand nous adressons un patient avec un courrier complet on ne reçoit pas de réponse.... Il m'est arrivé d'appeler 3-4 fois pour recevoir un compte rendu pour des patients qui étaient venus spontanément aux Urgences. Inadmissible!

32/ Importance d'une meilleure coordination des soins autour du patient dès son retour à domicile.



33/ Le délai de réception du courrier ne changera pas après informatisation (chu délai 2mois 1/2 pour le courrier de sortie). Une rencontre serait intéressante pour essayer de mieux orienter les patients et diminuer l'adressage.

34/ Retour courrier rapide. Contact avec les "urgences" lorsqu'on dirige un patient vers Château-Gontier rapide, courtois et efficace. Standardistes efficaces et accueillantes. Bonne impression générale, hôpital à taille humaine.

35/ APICEA

36/ Insupportable de ne pas avoir de CR ! Patient jamais en mesure de dire ce qu'ils ont eu ou non. Jamais de retour alors qu'adressé avec courrier !

6. ANNEXE VI : Le Résumé de Passage aux Urgences

FORMAT RPU NATIONAL

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

Evaluation du courrier de sortie des urgences de Château-Gontier auprès des médecins généralistes du Haut-Anjou en vue de le modifier.

RÉSUMÉ

Introduction : A l'occasion de l'informatisation du courrier de sortie du Service des Urgences de l'Hôpital de Château-Gontier, nous avons recueilli les avis des médecins généralistes de la zone d'attraction du Centre Hospitalier du Haut Anjou sur ce qui leur paraissait nécessaire et/ou utile d'être inclus afin de paramétrer un courrier automatique adapté à leurs besoins. **Matériel et Méthode :** Il s'agit d'une étude prospective portant sur un questionnaire adressé aux 85 médecins de la région. Le recueil des données s'est fait sur une durée de six mois, de mai à octobre 2016. Nous avons évalué dans un premier temps le niveau de satisfaction du courrier actuel. Ensuite, nous nous sommes attardés sur le contenu et le mode de transmission souhaités. L'analyse quantitative des données a été faite via Microsoft Excel®. **Résultats :** 44 médecins ont répondu au questionnaire soit un taux de réponses de 51,8%. 55,1% des médecins étaient soit très satisfaits soit satisfaits du courrier actuel. Sur ces réponses collectées, 18,2% des médecins recevaient un courrier de sortie pour tous leurs patients et 9% n'en recevaient aucun. Concernant le contenu du courrier de sortie, les items ayant le plus d'importance (taux supérieur à 80%) étaient les suivants : L'identité du patient, le nom du médecin urgentiste, le nom du médecin destinataire, la date de consultation, le motif d'admission, la nature et les résultats des examens complémentaires, les avis spécialisés sollicités, les traitements prescrits aux urgences, le diagnostic et un résumé synthétique. Il était difficile de recueillir les informations manquantes à distance dans 72,7% des cas. **Conclusion :** L'étude a permis de recueillir les desiderata des médecins du Haut-Anjou et le Centre Hospitalier a commencé le paramétrage d'un courrier automatisé reprenant ces demandes. Une systématisation du courrier de sortie adapté aux besoins exprimés par les destinataires devrait permettre un meilleur suivi du patient. L'ajustement du contenu et du mode de transmission améliorera et facilitera le travail du médecin généraliste et l'automatisation devrait permettre une amélioration du taux d'exhaustivité.

Mots-clés : informatisation, courrier de sortie, urgences, médecin généraliste, mode de transmission

Evaluation of the Château-Gontier emergency department discharge summary through the eyes of general practitioners from the Upper Anjou region with a view to modifying it.

ABSTRACT

Introduction: On the occasion of the computerisation of discharge summaries at the Emergency Department of Haut-Anjou's Hospital (Château-Gontier, France), general practitioners of the catchment area were asked about what they assess necessary or useful to be included in this document. **Material and Method:** This is a prospective study of a questionnaire sent to 85 doctors from the region. The collection of data was carried out over a six-month period, from May to October 2016. First the level of satisfaction with the current discharge summary was evaluated. Then, the content and the desired means of transmission were discussed. The quantitative analysis of the data was carried out via Microsoft Excel®. **Results:** 44 doctors answered the questionnaire, which is a response rate of 51.8%. 55.1% of doctors were either very satisfied or satisfied with the current discharge summary. Of these collected responses, 18.2% of doctors received a discharge summary for all their patients and 9% did not receive any. Regarding the content of the discharge summary, the items considered to be the most important (rate higher than 80%) were as follows: The identity of the patient, the name of the emergency doctor, the name of the recipient physicians, the consultation date, the reason for admission, the nature and results of additional tests, the description of the requested specialist opinion, the treatments prescribed in the Emergency Department, the diagnosis and a general summary. Collecting the missing information remotely was difficult in 72.7% of cases. **Conclusion:** The study allowed for the collection of doctors requirements from the Haut-Anjou region and the Hospital has begun the configuration of an automated summary incorporating these requests. The systematisation of the discharge summary adapted to the needs expressed by the recipients should allow for better patient follow-up. The modification of content and transmission method will improve and facilitate the work of the general practitioner and automation should allow for an improvement to the level of completeness.

Keywords: computerization, discharge summaries, emergency ward, general practitioners, transmission method