

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III - PAUL SABATIER**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**

Mai 2017

2017 TOU3 1041

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ**  
**MÉDECINE GÉNÉRALE**

présentée et soutenue publiquement

par

**François MASQUÈRE**

le 18 mai 2017

**ANALYSE DES INFORMATIONS MÉDICALES DES COURRIERS DES**  
**ENFANTS ADRESSÉS AUX URGENCES PÉDIATRIQUES DU CHU DE**  
**TOULOUSE**

Directrice de Thèse : Docteur Isabelle CLAUDET

**JURY :**

Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Professeur Dominique LAUQUE	Assesseur
Docteur Isabelle CLAUDET	Assesseur
Docteur Michel BISMUTH	Assesseur
Docteur Jean PREVOST	Assesseur

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2016**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		
		<b>P.U. Médecine générale</b>	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

### P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

### P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

**M.C.U. - P.H.**

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLJERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry

**M.C.U. - P.H**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biochimie
Mme MAUPAS Françoise	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MIEUSSET Roger	Neurologie
Mme NASR Nathalie	Nutrition
Mme PERIQUET Brigitte	Physiologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. RONGIERES Michel	Pharmacologie
Mme SOMMET Agnès	Physiologie
Mme VALLET Marion	Hématologie
M. VERGEZ François	Endocrinologie
Mme VEZZOSI Delphine	

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves  
Dr CHICOULAA Bruno  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre  
Dr ANE Serge  
Dr BIREBENT Jordan

## **Remerciements :**

A Monsieur le Professeur Stéphane Oustric,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de présider cette thèse.

A Monsieur le Professeur Dominique Lauque,

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez manifesté pour ce travail en acceptant de le juger.

A Monsieur le Docteur Michel Bismuth,

Je vous remercie d'avoir si promptement accepté de juger mon travail.

A Madame le Docteur Isabelle Claudet,

Je te remercie de m'avoir proposé ce sujet de thèse et de m'avoir accompagné tout au long de sa réalisation. Je tiens également à te remercier pour ta gentillesse et ton encadrement aux Urgences Pédiatriques, travailler avec toi fut un plaisir.

A Monsieur le Docteur Jean Prevost,

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Merci aussi pour avoir participé, par la verve de tes histoires et anecdotes, à me donner envie de faire des études de médecine.

A toutes celles et ceux qui m'ont accompagné, soutenu, avec qui j'ai partagé tellement de bons moments, qui m'ont appris tant de choses. Je vous remercie profondément.

Mes parents, mes frères Paul et Pierre, et ma sœur Louise.

Mes grand-mères, mes oncles et tantes, cousins et cousines.

Ma Clémence

Mes amis, Jérémy, Stéphanie, Félix & Louise, Élise, Benoît, Arthur, Marine, Jessica, Maxime, Loïc, Claire, Alexiane, Marion, Clémentine, Margaux, Romain, Simon, Hugo, Rémi.

Le Dr Marie Vidal-Meler.

Mes co-internes de Tarbes, Millau, Toulouse, St Girons, et maîtres de stage.

Et ceux que je n'ai pas cités mais dont la rencontre fut enrichissante.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Introduction .....</b>	<b>2</b>
<b>Matériel et Méthodes .....</b>	<b>6</b>
<b>Résultats .....</b>	<b>11</b>
<b>Discussion .....</b>	<b>26</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>35</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>36</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>38</b>

## 1. INTRODUCTION

En cas de problème de santé pour leur enfant, les parents auront souvent recours à un avis médical. La plupart du temps celui-ci peut être obtenu auprès d'un médecin libéral (généraliste ou pédiatre) mais parfois l'état de santé de l'enfant nécessite de l'adresser à un service d'Accueil des Urgences.

Du fait de l'affluence croissante aux Urgences, le pédiatre urgentiste doit rapidement pouvoir connaître l'état du patient et son contexte médico-social afin d'assurer une prise en charge optimale voire prioritaire.

La plupart du temps en pédiatrie, les enfants n'ont pas autant d'antécédents médicaux ou de traitements en cours que les patients adultes, mais il est important de s'en assurer ; le contexte clinique juste avant la venue aux Urgences est également utile pour pouvoir juger de l'évolution de la pathologie. S'agissant d'enfant, parfois très jeune, le patient ne sera bien souvent pas à même de donner ces informations. Il sera en général accompagné d'un adulte, mais il peut arriver que ce ne soit pas la personne s'occupant généralement de l'enfant et il ne connaîtra alors pas non plus la totalité des informations, et même lorsqu'il s'agit des parents, le stress et l'inquiétude liés à la situation d'urgence peuvent rendre le recueil d'information difficile et imprécis.

Il est donc important que lorsqu'un médecin voit en premier recours le patient, a fortiori s'il s'agit du médecin suivant l'enfant régulièrement, qu'il transmette les informations médicales qui pourront participer à la suite de la prise en charge.

Le courrier médical est le moyen de communication fréquemment utilisé pour cet échange.

Nous avons donc cherché à évaluer la qualité et la pertinence des informations contenues dans ces courriers.

### ***1.1. La transmission de l'information médicale***

Bien que les enfants âgés de moins de 16 ans n'aient pas à déclarer un médecin traitant (loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie), ils bénéficient généralement d'un suivi régulier par un médecin de ville. En Midi-Pyrénées, ce suivi est assuré en majorité (52%) par le pédiatre jusqu'à l'âge de

2 ans, puis par le médecin généraliste dans 66% des cas de 2 à 6 ans. Ces chiffres sont supérieurs à la moyenne nationale pour la tranche d'âge '2 - 6 ans', probablement du fait de la démographie médicale des pédiatres de la région (une fois et demi plus nombreux en Midi-Pyrénées)(1).

Lorsqu'une prise en charge par un médecin ne connaissant pas l'enfant est nécessaire, d'autant plus lors d'une situation d'urgence, il est important que ce médecin ait facilement accès aux informations médicales dont il a besoin afin d'assurer la continuité des soins.

Plusieurs moyens de communication sont à la disposition des médecins pour transmettre ces informations. Dans la plupart des cas, c'est sous forme d'un courrier remis au patient et adressé au médecin correspondant que cela se fait. Les autres modes de communication utilisés sont le téléphone, le fax, ou le courriel, mais ils posent le problème de l'absence de trace écrite pour le premier et de contraintes pour préserver le secret médical pour les deux autres.

Concernant les patients adressés aux services des Urgences Pédiatriques, une étude réalisée au Havre en 2013 montrait que l'adressage se faisait dans 49,4 % des cas uniquement par courrier, dans 49,4 % par appel téléphonique doublé d'un courrier, et dans 1,1 % des cas uniquement par appel téléphonique(2).

## **1.2. Le courrier médical**

Dans le Code de la Santé Publique il n'existe pas de cadre strict encadrant le contenu d'un courrier médical.

Comme tout élément du dossier d'un patient, il doit être rédigé dans le respect du secret médical (Article R4127-4 (3)).

Les règles de confraternité s'appliquent comme pour tout échange entre médecins (Article R4127-56 (4)).

Concernant la transmission de l'information, l'article R 4127-45 II. (5) stipule qu' « *à 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* ».

Ceci est repris dans l'article R4127-64 (6), « *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* ».

Dans le cadre d'une prise en charge en urgence, l'article R4127-59 (7) précise la notion de transmission de l'information entre confrères, « *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 en informant le malade. Il en conserve le double* ».

Ainsi ces trois articles formalisent l'obligation de communication entre les médecins participant aux soins du patient, tout en gardant informé ce dernier de leurs échanges.

On peut déduire que lorsqu'un médecin adresse un patient à un de ses confrères d'un service d'Accueil des Urgences, il doit lui transmettre de manière écrite les informations qui seront utiles à la continuité des soins (et pas nécessairement la totalité du dossier médical), ceci incluant le compte-rendu de la prise en charge réalisée jusqu'alors.

De manière générale, en vue d'une hospitalisation, le médecin souhaitant faire admettre un patient doit rédiger un certificat médical allant dans ce sens, comme l'exige l'article R1112-11 (8): « *L'admission à l'hôpital [...] 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. [...] 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 ».*

Comme le stipule cet article, ceci s'applique hors les cas d'urgence. Il n'est donc pas nécessaire de rédiger un certificat d'hospitalisation pour un patient adressé aux Urgences. Si celui-ci doit être admis en urgence, cela se fera sur avis du médecin urgentiste ou du pédiatre des Urgences sans nécessité d'un certificat du médecin adressant le patient.

Quant à la forme du courrier, une brève mention est faite dans l'article R4127-76 (9), qui rappelle que « *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 Conseil National de l'Ordre des Médecins résume dans une recommandation sur la rédaction d'un courrier médical datant de 1998 (10), les éléments obligatoirement présents, comme précisé dans le Code de la Santé Publique, à savoir :

- secret médical partagé (ne sont transmises que les informations nécessaires) et secret non opposable au patient (il doit pouvoir lire et comprendre le contenu de la lettre)
- l'auteur doit être parfaitement identifiable
- le courrier doit être daté, ceci permettra de le situer dans l'évolution de la maladie
- en tant que pièce du dossier médical, il pourra être consulté par un tiers autorisé. Il ne doit donc pas avoir un ton trop personnel, le contenu ne doit concerner que le patient et l'humour au détriment de celui-ci est à proscrire.

De plus, le courrier étant accessible au patient, il recommande de ne pas utiliser de termes qui dans le langage courant aurait une connotation morale ou péjorative. De même, il déconseille de mentionner un pronostic qui souvent n'apporterait rien au médecin recevant le courrier et pourrait augmenter l'inquiétude du patient.

A noter que si la lettre est remise au patient, il peut décider de la remettre ou non au médecin à qui elle est adressée sans que cela soit considéré comme un délit de suppression de correspondance, selon la Jurisprudence établie par la Cour de Cassation du 16 mai 1963.

En terme de valeur juridique, le courrier médical fait office d'attestation de l'état de la maladie au moment de sa rédaction et intégrera le dossier médical du patient. Il peut donc être saisi par un Officier de police judiciaire dans le cadre d'une affaire plaidée en Justice.

Une étude réalisée en 2013 demandait aux médecins généralistes et urgentistes quels étaient les éléments qui devaient figurer dans les lettres.

Tous estimaient que les antécédents, les allergies, les traitements et l'histoire de la maladie sont indispensables. Les avis divergent sur les informations sociales que les urgentistes jugent « très utiles » alors que les généralistes les trouvent seulement « utiles ». A l'inverse, les généralistes considèrent comme « très utiles » leurs demandes et hypothèses diagnostiques ainsi que les paramètres vitaux, alors qu'elles ne sont jugées qu'« utiles » par les urgentistes(11).

## **2. MATÉRIEL ET MÉTHODES**

### ***2.1. Population et schéma d'étude***

Ce travail a consisté en une étude observationnelle rétrospective réalisée dans le Service d'Accueil des Urgences Pédiatriques de l'Hôpital des Enfants du CHU de Toulouse sur la période du 1 octobre au 31 décembre 2012.

Cette unité accueille les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans, familiarisée en Urgences Médicales et Chirurgicales. Durant la période étudiée, 10974 patients ont été admis.

L'étude a analysé tous les courriers rédigés par un médecin de ville (médecin généraliste ou pédiatre), exerçant en libéral ou en Protection Maternelle

Infantile, adressant un enfant aux Urgences. Le courrier était fourni par les accompagnants de l'enfant.

Les éventuels courriers issus d'autres structures hospitalières n'ont pas été inclus.

Les médecins adresseurs exerçaient principalement dans le bassin de santé de la Haute Garonne en périphérie toulousaine mais certains étaient installés plus loin dans la région Midi-Pyrénées : Ariège, Tarn ou Tarn-et-Garonne. Peu de patients étaient adressés en provenance du Gers, du Lot, des Hautes-Pyrénées ou de l'Aveyron, ceux-ci ayant certainement d'abord recours à leur hôpital de secteur.

## **2.2. Recueil de données**

Les courriers ont été photocopiés par les agents administratifs de l'accueil durant la période puis analysés secondairement. La plupart des courriers comportaient l'étiquette du service avec l'identité du patient, sa date de naissance et la date de consultation aux Urgences.

Les courriers ont été classés en « médicaux » ou « chirurgicaux » selon le motif de venue ; les courriers dont le motif n'était pas identifiable (illisible ou motif d'adressage non mentionné) ont été classés comme « indéterminés ».

Ces courriers étaient soit manuscrits, soit typographiés. Parmi les courriers manuscrits, l'écriture a été analysée selon trois catégories :

- lisible, le courrier présentait moins de trois mots indéchiffrables, ne nécessitait pas plus de deux lectures.
- peu lisible, le courrier présentait trois mots ou plus indéchiffrables, nécessitait plus de deux lectures mais le sens du courrier restait compréhensible.
- illisible, le sens de la moitié ou plus du courrier était indéchiffrable.

Le contenu a ensuite été analysé selon des critères généraux et des critères spécifiques selon le motif d'adressage.

Les critères étaient « présents » s'il en était fait mention dans le courrier (s'il s'agissait d'un signe clinique, il pouvait être positif ou négatif), sinon ils étaient « absents » ; ou « non applicables » pour certains critères en fonction du contexte. Par exemple, si le temps de recoloration cutanée était mentionné dans le courrier (qu'il soit normal ou allongé), il était considéré « présent », sinon il était « absent ». Chez un enfant de plus de deux ans ce critère n'étant plus représentatif, il était considéré « non applicable ».

Les signes cliniques mesurables (température, pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire), si « présents », ont été classés en « chiffrés » quand la valeur exacte était donnée, ou « non chiffrés » quand il en était fait mention (normal, élevé, ou abaissé) mais sans valeur exacte.

Les critères généraux identifiés par courrier étaient les suivants :

\*Date de rédaction

\*Nom du patient

\*Âge du patient ou date de naissance

\*Antécédents médicaux et/ou traitement habituel

\*Histoire de la maladie : une notion de temporalité, du contexte de survenue ou d'évolution devait être présente

\*Poids du patient

\*Température

\*Pouls

\*Tension artérielle pour les plus de 3 ans (sinon non applicable)

\*Temps de recoloration cutanée pour les moins de 2 ans (sinon non applicable)

\*Examens complémentaires réalisés et résultats détaillés fournis ou non.

\*Raison de l'adressage :

- Avis spécialisé
- Traitement
- Examens complémentaires
- Hospitalisation
- Raison non explicitement donnée

\*Diagnostic évoqué

\*Délai entre la rédaction du courrier et la venue aux Urgences :

- Le jour même (J0)
- Le lendemain (J+1)
- Le surlendemain ou plus tard (J>1)

\*Notion d'inquiétude parentale

Les critères spécifiques médicaux isolés dans chaque courrier sont détaillés ci-après :

#### *Critères respiratoires*

\*Fréquence respiratoire ou présence d'apnées.

\*Signes de lutte respiratoire : tirage, balancement thoraco-abdominal, battement des ailes du nez, ou entonnoir sous xiphoïdien.

\*Retentissement sur l'alimentation/hydratation.

#### *Critères digestifs*

\*Perte de poids chiffrée en valeur absolue et/ou pourcentage.

\*Signes de déshydratation : tachycardie, oligurie, sécheresse des muqueuses, cernes, pli cutané.

\*Quantification des vomissements et/ou de la diarrhée.

\*Retentissement sur l'alimentation/hydratation.

Ces critères étaient analysés en fonction du contexte décrit dans les courriers, sinon non applicables.

#### *Critères neurologiques*

\*Score de Glasgow

\*Comportement (somnolent, agité, calme...)

\*Syndrome méningé

\*État pupillaire

\*Signes de focalisation ou convulsion

### *Critères « fièvre »*

- \*Signe de mauvaise tolérance : trouble de la vigilance, geignement, cyanose, teint grisâtre ou marbrures
- \*Syndrome méningé
- \*Purpura

### *Critères « autres »*

- \*Présence de signes cliniques pertinents selon le motif d'adressage si celui-ci ne rentrait pas dans une autre catégorie.

Les critères spécifiques chirurgicaux isolés dans chaque courrier sont détaillés ci-après :

### *Critères Digestif-Viscéraux*

- \*Signe d'irritation péritonéale
- \*Trouble du transit et/ou vomissement
- \*Retentissement sur l'alimentation/hydratation

### *Critères « traumatisme crânien »*

- \*Perte de connaissance initiale
- \*Score de Glasgow
- \*Comportement (somnolent, agité, calme...)
- \*État pupillaire
- \*Signes de focalisation ou convulsion
- \*Vomissement à distance
- \*Cinétique du traumatisme
- \*Heure du traumatisme
- \*Plaie associée

### *Critères « autres »*

- \*Présence de signes cliniques pertinents selon le motif d'adressage si celui-ci ne rentrait pas dans une autre catégorie.

Nous avons ensuite comparé la correspondance entre l'attente du médecin adresseur formulée dans sa lettre et la prise en charge effective aux Urgences. Il était ainsi analysé, en consultant le dossier informatique, dont le compte rendu médical, si la demande d'examens complémentaires débouchait sur sa réalisation. Les bandelettes urinaires ou les tests de diagnostic rapide pour les angines n'ont pas été considérés comme des examens complémentaires car réalisables dans un cabinet de ville.

Nous avons étudié si une prise en charge thérapeutique avait été réalisée dans le service ou si une hospitalisation avait fait suite au passage aux Urgences. Tout traitement (sauf antalgique de palier I per os, exemple : paracétamol, ibuprofène), ou soins (sauf désobstruction rhinopharyngé) administrés aux Urgences étaient pris en compte et comparés à la demande dans le courrier.

### **3. RÉSULTATS**

Sur la période étudiée, il y a eu 10974 passages dont 6910 passages pour motif médical (63%) et 4064 passages pour motif chirurgical (37%), 8570 patients (78%) n'étaient pas adressés par un médecin (5244 en médecine, 3326 en chirurgie) et 1930 (18%) étaient adressés par un confrère (1250 en médecine, 680 en chirurgie), l'adressage n'était pas renseigné dans 481 cas (4%).

Parmi les patients adressés, 1395 l'étaient par un médecin généraliste (72%) et 535 par un pédiatre (28%).

Sur cette période, 473 courriers consécutifs ont été analysés : 314 courriers se rapportaient à un motif médical, 150 lettres avaient un motif chirurgical, et neuf courriers ne contenaient pas de motifs déterminés (ces neuf courriers étaient soit illisibles ou bien, pour deux d'entre eux, ne comportaient qu'un texte disant que le patient était adressé aux Urgences).

### **3.1. Lisibilité du courrier**

Concernant la lisibilité, 354 courriers (75%) étaient manuscrits et 119 courriers (25%) étaient typographiés.

Parmi les courriers manuscrits, 244 d'entre eux (69%) étaient lisibles, 103 lettres (29%) étaient peu lisibles et sept courriers (2%) étaient illisibles.

### **3.2. Critères généraux**

Les résultats obtenus concernant les critères généraux sont présentés dans le tableau suivant :

	Présent n (%)
Date	441 (93,2)
Identification du praticien	473 (100)
Nom du Patient	472 (99,8)
Âge du patient	381 (80,5)
Antécédents	130 (27,5)
Histoire de la maladie	302 (63,8)

**Tableau 1.**  
**Critères généraux présents dans les courriers**

Les patients adressés étaient âgés de 0 à 2 ans dans 170 courriers (36%), 2 à 5 ans dans 109 courriers (23%), 5 à 10 ans dans 98 courriers (21%) et 10 à 15 ans dans 96 courriers (20%).

Les informations générales concernant l'identification du praticien, le nom et l'âge du patient, la date de rédaction étaient très fréquemment renseignées ; en revanche, la notion d'antécédents était régulièrement absente.

Une histoire de la maladie, même succincte, était seulement présente dans un peu plus de la moitié des courriers.

La prévalence des éléments d'ordre clinique est présentée dans le tableau suivant :

	Présent n (%)	Absent n (%)	N/A n (%)
Poids	37 (7,8)	436 (92,2)	0 (0)
Pression artérielle	13 (2,7)	230 (48,6)	230 (48,6)
Pouls	21 (4,5)	452 (95,5)	0 (0)
Temps de recoloration cutané	8 (1,7)	162 (34,2)	303 (64,1)
Température	210 (44,4)	263 (55,6)	0 (0)

N/A : non applicable

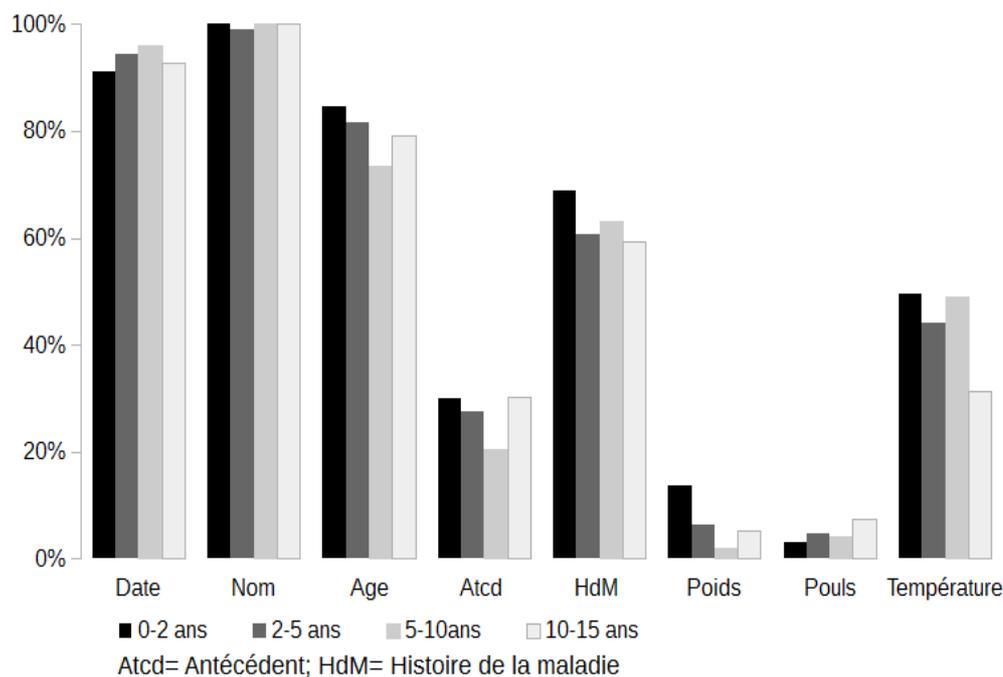
**Tableau 2.**  
**Critères cliniques présents dans les courriers**

On remarque que les informations d'ordre clinique étaient très majoritairement absentes.

Concernant les valeurs quantifiables, lorsqu'une notion de pression artérielle était donnée, elle était chiffrée dans 11 des 13 courriers (85%) ; la valeur exacte du pouls était précisée dans 14 courriers sur 21 (67%); la température avait été mesurée dans la moitié des cas (105 des 210 lettres).

Comme défini dans les critères de l'étude, la recherche de la pression artérielle et du temps de recoloration cutané n'était pas applicable si le patient n'était pas dans la catégorie d'âge concernée.

La présence des différentes informations en fonction de l'âge du patient est présentée dans le tableau suivant :



**Graphique 1.**

**Présence des critères généraux en fonction de l'âge du patient**

Hormis le poids qui était plus souvent mentionné quand le patient avait moins de deux ans, il y avait peu de différence selon l'âge pour les autres critères.

### **3.3. Critères spécifiques médicaux liés au motif d'adressage**

Le tableau suivant montre la prévalence des différents motifs d'adressage :

	prévalence n (%)
Respiratoire	112 (24)
Digestif	50 (11)
Neurologique	34 (7)
Fièvre	54 (11)
Autre	73(15)

**Tableau 3.**

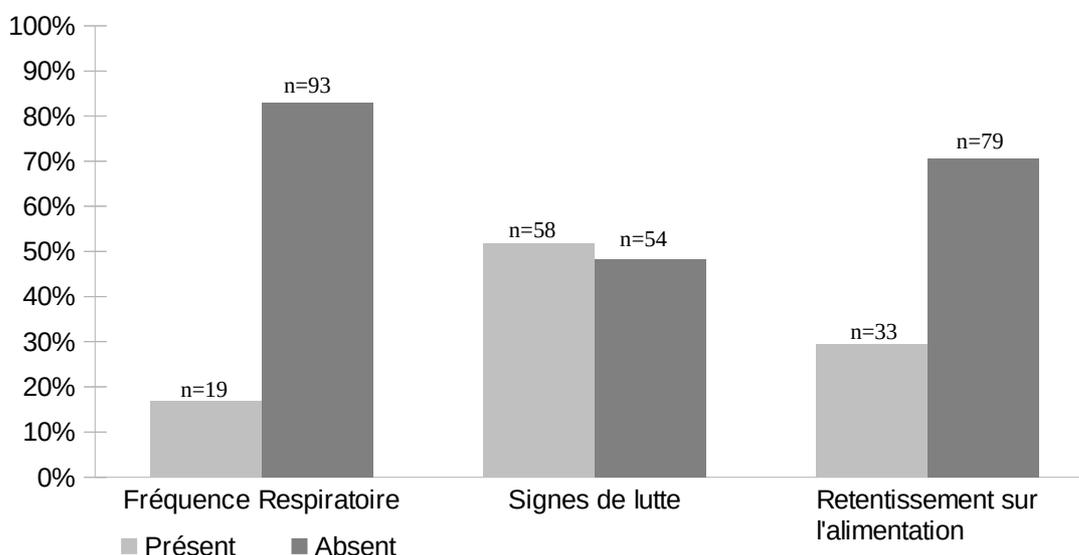
**Prévalence des motifs d'adressage médicaux**

### 3.3.1. Critères respiratoires

Il y avait 112 courriers (24%) qui avaient pour motif de recours un problème respiratoire.

Les patients étaient principalement adressés pour bronchiolite (n=36), crise d'asthme (n=29) ou pneumopathie (n=16), les autres motifs étaient dyspnée sans précision (n=20), toux/encombrement (n=8), laryngite (n=2) et syndrome de pénétration (n=1).

Le graphique suivant montre les résultats obtenus :



**Graphique 2.**

#### **Prévalence des critères respiratoires dans les courriers**

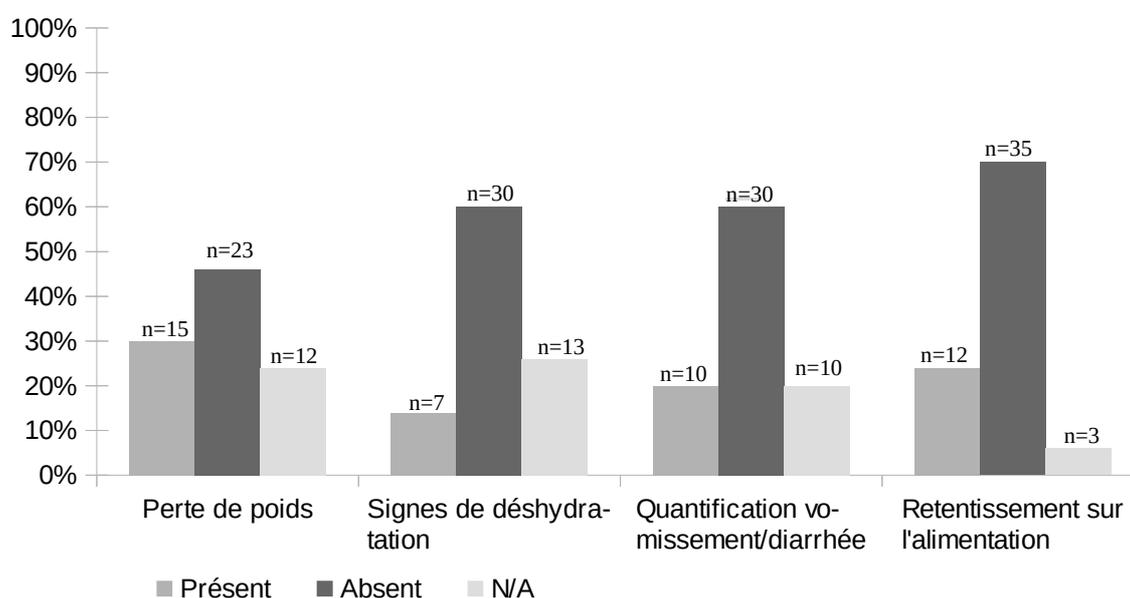
Les signes cliniques attendus pour un problème respiratoire étaient fréquemment absents ; seuls les signes de lutte étaient plus souvent précisés avec une prévalence à 52 %.

### 3.3.2. Critères digestifs

Il y a eu 50 patients (11%) qui ont été adressés pour un motif digestif.

Le recours aux Urgences était pour un problème de douleurs abdominales sans précision (n=16), de vomissements (n=11), de gastro-entérite aiguë (n=10), de constipation (n=6), de diarrhée isolée (n=4), de rectorragie (n=2), ou de reflux gastro-œsophagien (n=1).

Le graphique suivant montre les résultats obtenus :



**Graphique 3.**

#### **Prévalence des critères digestifs dans les courriers**

Tous les critères étudiés étaient majoritairement manquant dans les courriers. Dans les cas de gastro-entérite aiguë suspectée, de vomissements ou de diarrhée, les signes objectifs de déshydratation n'étaient complets que dans un cas, dans sept autres cas seul le poids était précisé.

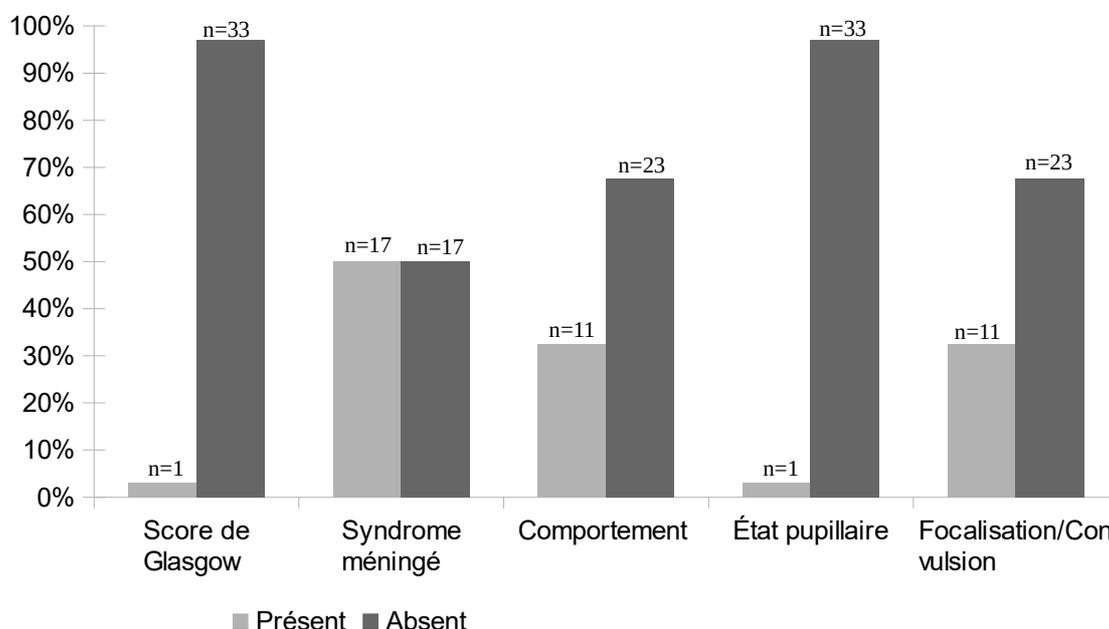
En fonction du motif d'adressage, la recherche d'un critère pouvait ne pas être pertinente (par exemple, quantification d'une perte de poids si le motif est une rectorragie sans retentissement sur l'alimentation). Dans ces cas là, le critère était évalué comme « non-applicable ».

### 3.3.3. Critères neurologiques

Un problème neurologique était le motif d'adressage de 34 patients (7%).

Les patients étaient principalement adressés pour céphalée (n=16), suspicion de crise d'épilepsie (n=6), ou suspicion de méningite (n=5), les autres motifs étaient déficit moteur (n=2), hallucinations (n=1), hypotonie (n=1), bombement de la fontanelle (n=1), instabilité à la marche(n=1), ou paralysie faciale (n=1).

Les résultats sont présentés dans le graphique suivant :



**Graphique 4.**

#### **Prévalence des critères neurologiques dans les courriers**

A l'exception de la recherche d'un syndrome méningé qui était renseignée dans 50 % des courriers, tous les critères étaient majoritairement absents. En particulier le calcul du score de Glasgow et l'état pupillaire qui n'ont été mentionnés que dans un seul courrier (3%).

### 3.3.4. Critères « fièvre »

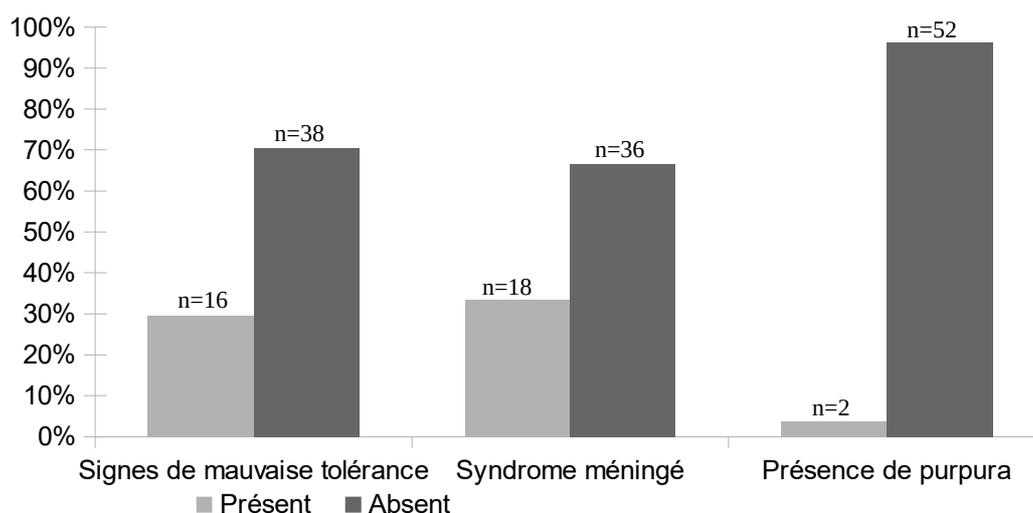
Il y a eu 54 patients (11%) adressés pour une fièvre.

À noter que lorsqu'il y avait une fièvre avec un point d'appel spécifique (méningite, gastro-entérite...) le courrier était classé dans la rubrique concernée.

Ainsi, s'il y avait un syndrome méningé, le courrier était considéré comme « Neurologique ». Seuls les courriers faisant état de l'absence d'un syndrome méningé sont restés classés dans la catégorie « fièvre ».

Les signes de mauvaise tolérance sont détaillés dans le chapitre 2, Matériel et Méthodes, page 10.

Le graphique suivant présente les résultats :



**Graphique 5.**

**Prévalence des critères fièvre dans les courriers**

Tous les critères attendus étaient rarement mentionnés, notamment la recherche d'un purpura qui n'était renseignée que dans deux lettres (4%).

### 3.3.5. Critères « autres »

Il y a eu 73 courriers (15%) qui contenaient un motif d'adressage médical ne rentrant pas dans les catégories établies.

Étaient également classés dans cette catégorie les courriers sans motif d'adressage ou ceux dont le motif d'adressage n'avait pas pu être déterminé.

Les différents motifs sont représentés dans le tableau suivant :

motif	prévalence n	informations cliniques n (%)
Inconnu	9	0 (0)
Purpura	8	8 (100)
Malaise	7	5 (71)
Éruption	6	4 (67)
Tuméfaction	4	4 (100)
Anémie	3	2 (67)
Adénopathie	3	3 (100)
Signes fonctionnels urinaires	3	3 (100)
Douleur thoracique	2	1 (50)
Psychiatrie	2	2 (100)
Pyélonéphrite	2	2 (100)
Ophthalmologie	2	1 (50)
Diabète	2	1 (50)
Balanite	2	2 (100)
Ictère	2	1 (50)
Érysipèle	2	2 (100)
Verrue Plantaire	1	1 (100)
Douleur Dorsale	1	1 (100)
Douleur Anale	1	1 (100)
Intoxication	1	0 (0)
Stomatite	1	1 (100)
Altération de l'état général et Hypoglycémie	1	1 (100)
Insuffisance cardiaque	1	1 (100)
Crise d'acétone	1	1 (100)
Glossite	1	1 (100)
Hématémèse	1	1 (100)
Ascite	1	1 (100)
Allergie	1	1 (100)
Dysphagie	1	0 (0)
Otorragie	1	1 (100)

**Tableau 4.**

**Prévalence des motifs médicaux autres**

Parmi ces courriers, il y en avait 53 (73%) qui avaient des signes cliniques pertinents en fonction du motif de recours. Les 20 autres courriers (27%) ne donnaient pas de renseignement sur le contexte clinique.

### **3.4. Critères spécifiques chirurgicaux liés au motif d'adressage**

La prévalence des différents motifs chirurgicaux est présentée dans le tableau suivant :

	prévalence n ( %)
Digestif-Viscéral	58 (12)
Traumatisme crânien	13 (3)
Autre	79 (17)

**Tableau 5.**

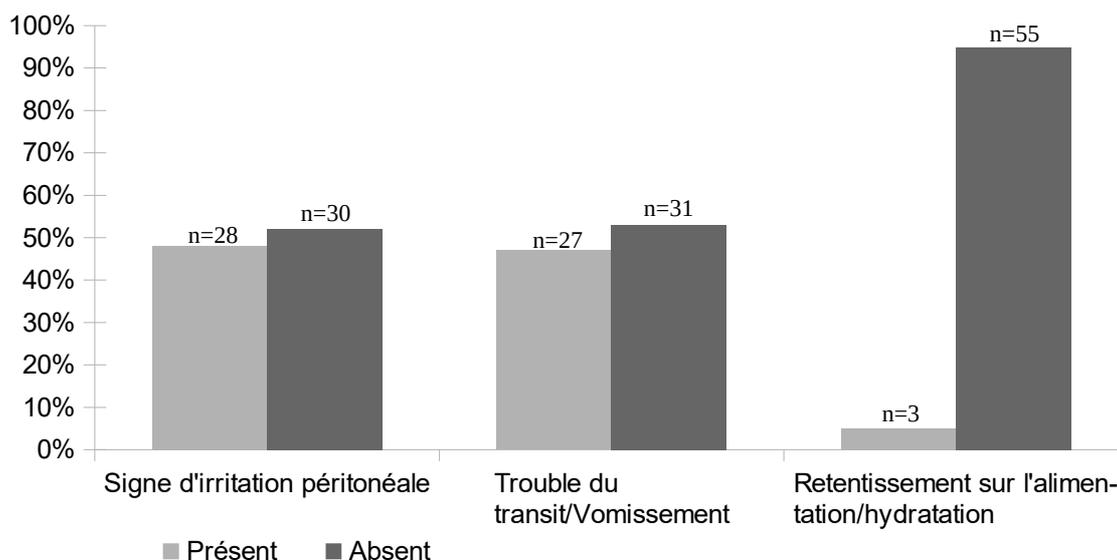
**Prévalence des motifs d'adressage chirurgicaux**

#### **3.4.1. Critères digestif-viscéraux**

Il y a eu 58 courriers (12%) concernant des patients venant pour un motif chirurgical viscéral.

Le motif principal était la suspicion d'appendicite (n=48), les autres motifs étaient des douleurs abdominales d'allure chirurgicale (n=4), des hernies (n=3), des sténoses du pylore (n=2) et une invagination intestinale (n=1).

Le tableau suivant montre les résultats obtenus :



**Graphique 6.**

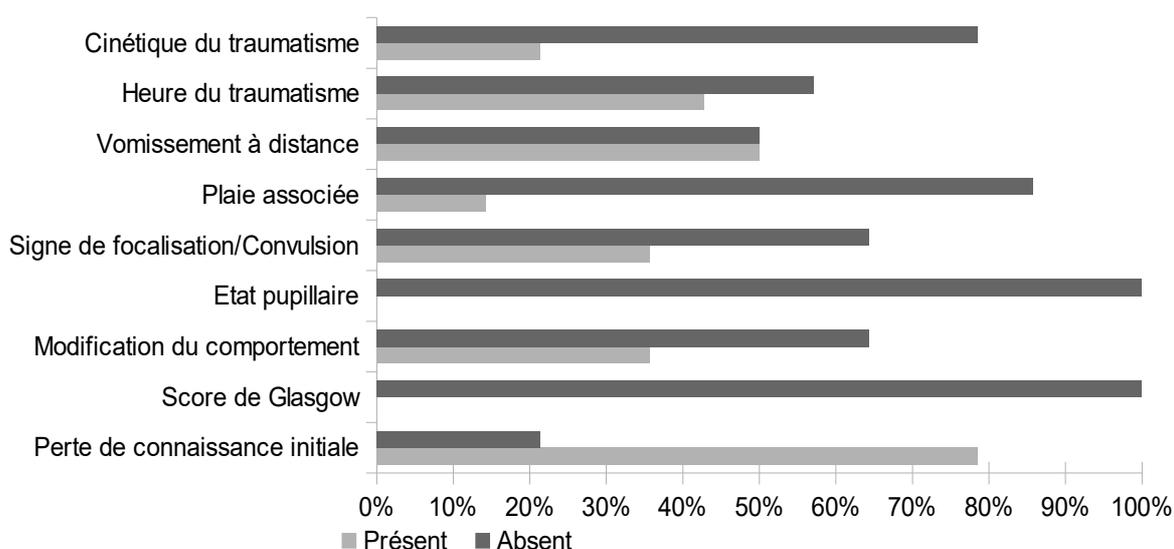
**Prévalence des critères digestif-viscéraux dans les courriers**

Les signes d'irritation péritonéale et les troubles du transit étaient présents dans près de la moitié des courriers (respectivement 47 % et 46%), en revanche le retentissement sur l'alimentation était majoritairement absent.

**3.4.2. Critères « traumatisme crânien »**

Il y a eu 14 patients (3%) adressés pour traumatisme crânien.

Le tableau suivant présente les résultats obtenus :



**Graphique 7.**

**Prévalence des critères traumatisme crânien dans les courriers**

Seule la perte de connaissance initiale était fréquemment renseignée (79%). A l'inverse, l'état pupillaire et le score de Glasgow n'ont été mentionnés dans aucun courrier. Les autres critères étaient présents dans 14 % à 50 % des lettres.

### 3.4.3. Critères « autres »

Il y a eu 79 courriers (16%) avec des motifs chirurgicaux divers. Ceux-ci étaient principalement des traumatismes légers, des impotences fonctionnelles, des phimosis ou boiteries, des pronations douloureuses ou des torsions testiculaires.

motif	prévalence n	informations cliniques n (%)
Traumatisme	38	23 (61)
Boiterie	8	1 (13)
Phimosis	6	5 (83)
Pronation	5	2 (40)
Pathologie testiculaire	5	1 (20)
Plaie	4	2 (50)
Abcès	4	2 (50)
Arthralgie	3	1 (33)
Panaris	2	0 (0)
Soins gastrostomie	1	0 (0)
Épanchement articulaire	1	1 (100)
Corps étranger	1	1 (100)
Complications de circonsion	1	1 (100)

**Tableau 6.**

#### **Prévalence des motifs chirurgicaux autres**

Parmi ces courriers il y en avait 40 (51%) qui donnaient des informations cliniques pertinentes en fonction du contexte. Les 39 autres (49%) ne fournissaient pas de précision clinique.

### 3.5. Critères complémentaires

#### 3.5.1. Examens complémentaires

Un examen complémentaire avait été réalisé dans 57 cas (12%).

Dans les cas où un examen avait été fait, le résultat était détaillé ou transmis dans 47 courriers (82%) et n'était pas donné dans les 10 autres (18%).

#### 3.5.2. Raison d'adressage

Les raisons d'adressage sont données dans le tableau suivant :

	Avis spécialisé	Traitement	Hospitalisation	Examen complémentaire	Indéterminé
courriers n (%)	115 (24)	36 (8)	26 (5)	67 (14)	247 (52)

**Tableau 7.**

#### **Prévalence des raisons d'adressage**

La raison d'adressage n'était pas clairement identifiable dans la majorité des courriers, le courrier se terminant seulement par une formule de politesse ou un phrase du type « Merci de ce que vous ferez pour elle/lui ».

Lorsqu'une raison était écrite, les patients étaient principalement adressés pour avoir un avis spécialisé (24%). Il y avait 18 courriers qui comportaient deux raisons.

Une notion d'inquiétude parentale était clairement mentionnée dans cinq lettres (1%).

#### 3.5.3. Délai de consultation

Dans la grande majorité des cas le patient arrivait le jour de rédaction du courrier (n= 425 ; 90%).

Il y a eu 33 patients (7%) qui venaient le lendemain, et 15 courriers (3%) qui étaient rédigés au moins deux jours avant le passage aux Urgences.

### 3.6. Comparaison entre le contenu du courrier et la prise en charge aux Urgences

Une ou plusieurs hypothèses diagnostiques étaient faites par le médecin adresseur dans 237 lettres (50%). Celle-ci correspondait au diagnostic retenu aux Urgences dans 162 cas (68%).

Il y a eu 266 patients (56%) adressés qui ont eu au moins un examen complémentaire.

Les différents examens réalisés sont présentés dans le tableau suivant :

Radiographie	157
Biologie	84
μCRP	67
ECBU	25
Echographie	19
Gazométrie	14
ECG	13
Hémoculture	12
TDM	9
Ponction lombaire	6
EEG	5
Coproculture	4
Prélèvement local	4
PCR coqueluche	2

*μCRP = Test rapide de la CRP ; ECBU = Examen cyto-bactériologique des urines ; ECG = Electro-cardiogramme ; EEG = Electro-encéphalogramme ; TDM = Tomodensitométrie*

**Tableau 8.**

#### **Examens complémentaires réalisés aux Urgences**

Lorsqu'un examen avait été demandé (67 lettres), il a été réalisé dans 51 cas (76%).

Dans 36 lettres, cette demande d'examen n'était pas spécifique, un examen était alors réalisé dans 27 cas (75%).

Le tableau suivant présente la concordance entre la demande du médecin adresseur et la réalisation d'examens complémentaires aux Urgences :

examen	demandé	réalisé	concordance en %
Radiographie	20	15	75
Biologie/ $\mu$ CRP	9	8	44
Echographie	5	0	0
TDM	4	2	50
ECBU	4	1	25
ECG	1	1	100
Prélèvement local	1	1	100
FOGD	1	0	0

*TDM = Tomodensitométrie ; ECBU= examen cyto-bactériologique des urines ; ECG = Electro-cardiogramme ; FOGD = fibroscopie gastro-oesophagienne*

**Tableau 9.**

**Concordance entre la demande d'examens complémentaires et leur réalisation aux Urgences**

Dans sept courriers, il y avait une demande pour plusieurs examens, ils n'ont été tous réalisés que dans deux cas.

Dans quatre cas, un bilan biologique ou un dosage de la C-Reactive Protein (CRP) ont été réalisés alors que c'était un autre examen qui avait été demandé.

Un traitement ou un soin a été administré à 190 des patients adressés (40%). Dans les 36 cas où le médecin adressait le patient pour prise en charge thérapeutique, elle a été nécessaire dans le service dans 26 cas (72% des demandes). Dans les autres cas, le patient pouvait ressortir avec un traitement prescrit mais celui-ci n'avait pas eu besoin d'être réalisé aux Urgences.

Il s'agissait d'une première venue aux Urgences pour 248 patients (52%).

Une hospitalisation a été nécessaire pour 93 patients (20%).

Les patients hospitalisés étaient en majorité âgés de moins de 2 ans (n=43 ; 46%), ensuite étaient hospitalisés les enfants âgés de 10 à 15 ans (n=22 ; 24%), puis ceux âgés de 2 à 5 ans et 5 à 10 ans (n=14 ; 15% pour les deux groupes).

Les enfants du groupe '0-2 ans' étaient principalement hospitalisés pour

bronchiolite, ceux des groupes '2-5 ans' et '5-10 ans' pour asthme, et ceux du groupe '10-15 ans' l'étaient pour syndrome abdominal aigu.

Les motifs d'hospitalisation en fonction de l'âge sont détaillés dans le tableau en annexe 1.

Il y a eu 26 patients (6%) adressés en vue d'être hospitalisés, neuf (35%) l'ont été (quatre pour bronchiolite, un pour fièvre, un pour pneumopathie, un pour cyanose, un pour appendicite, et un pour pyélonéphrite).

Sur cette période, 1577 enfants ont été hospitalisés : 985 n'étaient pas adressés par un médecin (62%), 565 l'étaient, soit par un médecin généraliste (n=325 ; 58%) soit par un pédiatre (n=240 ; 42%)

Le taux d'hospitalisation selon le type d'adresseur était : pédiatre 45%, médecin généraliste 23%, et famille 11%.

## **4. DISCUSSION**

### ***4.1. Lisibilité du courrier***

Les résultats montrent que malgré une informatisation importante des cabinets de médecine générale, environ 90 % le sont (12,13), une grande majorité des courriers sont encore manuscrits (75%).

Cette prévalence de la forme manuscrite peut être due à une sous-utilisation des logiciels informatiques (13). Également, les courriers rédigés en visite sont forcément manuscrits.

Bien qu'il n'ait pas été montré de différence entre la lisibilité de l'écriture des médecins par rapport à la population générale (14), parmi les lettres manuscrites, une part conséquente était peu lisible (29%) voire illisible (2%).

Comme toute correspondance, si le destinataire ne peut pas déchiffrer l'information transmise, l'intérêt de celle-ci diminue. Avec près d'un tiers des courriers difficilement ou pas déchiffrables, c'est une part de l'information qui se perd. Il est donc important d'améliorer la lisibilité des courriers, d'autant plus

que ceci peut facilement être fait grâce à l'informatisation des cabinets médicaux.

La limite principale de cette analyse est qu'elle n'a été réalisée que par un relecteur unique et de manière rétrospective, en dehors du contexte de la consultation. Le caractère lisible ou pas restant assez subjectif, et n'ayant pas le patient devant soi pour aider à guider le sens général de la lettre, le temps passé à déchiffrer certains courriers était plus long que celui que l'on y passerait réellement pendant une consultation.

#### **4.2. Critères généraux**

Une faible part des courriers n'était pas datée (6,8%). Ceci peut poser problème pour retracer l'histoire de la maladie mais cette information est généralement facilement récupérable après interrogatoire du patient ou de l'accompagnant. La date permet aussi d'apprécier le délai de consultation « en urgence » après avoir vu le médecin libéral.

A l'exception d'un cas, le nom du patient était toujours présent. En revanche l'âge était absent dans 19,5 % des cas. Encore une fois, sauf quelques rares cas, le patient ou l'accompagnant pourront fournir ces informations, mais il ne faudrait pas que leur absence puisse être source d'ambiguïté sur l'identité du patient.

Les antécédents ne sont fournis que dans 27,5 % des courriers. Ceci est nettement inférieur à ce que l'on peut trouver dans des courriers concernant des patients adultes où les antécédents sont précisés dans 34 à 66 % des cas(15).

Ceci peut s'expliquer par le fait qu'en l'absence d'antécédent, chose fréquente en pédiatrie, le praticien ne mentionne peut être pas cette information.

L'anamnèse est détaillée dans 63,8 % des courriers. Ce taux est similaire à des courriers concernant des patients adultes où il varie entre 61 et 85 % des cas (15).

Le poids, élément important en pédiatrie, en particulier dans des situations de déshydratation où l'antériorité est essentielle, est très souvent absent (92,2%). La pression artérielle était attendue de façon systématique chez les patients de plus de 3 ans, ce qui était le cas de 243 patients. Cependant elle était mentionnée dans seulement 13 lettres (5,3% des cas attendus). Ceci peut s'expliquer par le fait que les cabinets de médecins généralistes n'ont souvent pas de brassard à tension adapté à la population pédiatrique (16). De même, le pouls est rarement mentionné (4,5%) ainsi que le temps de recoloration cutané (6,7% des cas attendus). Ces informations n'étaient présentes que dans des courriers concernant un motif médical, bien qu'ils ne requièrent pas de matériel spécifique. La température était mentionnée dans 44,4 % des courriers. Probablement qu'en l'absence d'un contexte infectieux, la prise de température n'était pas jugée pertinente.

A l'exception de la température, les paramètres cliniques sont très largement absents des courriers pédiatriques. Comparés à des courriers destinés aux Urgences Adultes où les paramètres vitaux sont précisés dans 40 à 50 % des cas (11,17), ces résultats sont nettement inférieurs. Certains critères requièrent du matériel adapté pour les nourrissons et jeunes enfants, mais d'autres ne nécessitant pas de matériel particulier ne sont pas plus présents pour autant.

### **4.3. Critères spécifiques**

Quel que soit le motif d'adressage, les données d'examen clinique sont très majoritairement absentes des courriers. Seuls quelques critères de gravité comme les signes de lutte, les signes d'irritation péritonéale, le syndrome méningé sont présents dans la moitié des cas environ.

Dans des courriers concernant des adultes, des informations sur l'examen clinique sont présentes de manière très variable selon les études, de 14 à 78 % (15). Il est difficile d'établir une comparaison dans la mesure où, dans notre étude, nous attendions des critères bien précis.

Une des limites de l'étude est qu'il est difficile de créer une grille de lecture unique qui conviendra à la grande variabilité des motifs d'adressage. C'est pourquoi nous les avons regroupés en famille d'organes avec pour chaque groupe des critères cliniques de gravité et/ou d'hospitalisation. Même si notre grille ne s'adaptait pas forcément à chaque motif d'adressage, on remarque tout de même que les courriers manquent beaucoup de renseignements cliniques précis. L'examen clinique étant pourtant très souvent le seul outil immédiatement à la disposition d'un médecin dans son cabinet de ville, et indispensable à l'évaluation de l'urgence.

Il était donc souvent difficile en lisant le courrier de connaître l'état antérieur du patient afin de voir l'évolution clinique, ou de comprendre ce qui avait motivé le praticien pour adresser ce patient aux Urgences.

L'absence de toutes ces informations dans les courriers peut avoir différentes interprétations.

Le médecin adresseur les connaissait mais ne les a pas rapportées dans le courrier car n'a pas jugé cela important, par manque de temps ou oubli. Il est également possible qu'il ait appelé préalablement le service (50% des cas (2)), et ait pu donner ces informations à ce moment là, cependant ceci est rarement le cas dans ce service d'Urgences. Le problème est qu'il n'y a pas de trace écrite, et la personne prenant l'appel n'étant pas forcément la personne qui s'occupera de l'enfant, l'information peut se perdre.

L'autre possibilité est que le médecin adresseur n'avait pas recherchées ces données. C'est cette possibilité qui peut mener à une certaine frustration chez le médecin urgentiste, qui, s'il ne retrouve pas de critère de gravité à l'examen clinique, ne comprend pas ce qui a amené le praticien à adresser le patient aux Urgences. Il est alors important de communiquer les autres raisons, liées à l'environnement du patient, au moment de la journée/semaine, qui ont conduit à ce recours aux Urgences et qui sont des facteurs importants dans la prise de décision de l'adressage (18).

#### **4.4. Critères complémentaires**

Dans notre étude, la raison de l'adressage n'est la plupart du temps pas identifiable. On peut se douter que si un médecin adresse un patient à un confrère, il souhaite au minimum avoir un avis, mais il semble important de préciser cette demande afin que le médecin recevant le patient identifie simplement la demande de son confrère.

Lorsqu'elle était précisée, les patients étaient principalement adressés pour avis spécialisé (24%), puis pour réalisation d'examens complémentaires (14%). Une étude réalisée en 2010 avait demandé à 120 médecins généralistes leurs raisons de recours aux Urgences Pédiatriques (18). Il en ressortait principalement une nécessité de réaliser une perfusion ou un aérosol (42%), la demande d'avis spécialisé (23%) ou d'examens complémentaires (22%), la nécessité d'une surveillance (9%), et enfin un contexte familial défaillant (5%). Le manque de moyen pour la prise en charge, la nécessité d'un plateau technique et l'avis spécialisé ressortent comme les principales raisons du recours aux Urgences Pédiatriques.

En cas d'inquiétude parentale, le médecin peut ne pas arriver à rassurer par ses propositions de prise en charge, les parents estimant les Urgences plus adaptées du fait de la possibilité d'y réaliser des examens complémentaires et de la présence de spécialistes (19) ; ou alors il peut se laisser influencer dans sa prise de décision par cette inquiétude. Cette notion d'inquiétude n'était mentionnée que dans 1 % des lettres reçues, elle est pourtant un facteur déterminant important dans l'adressage aux Urgences, puisqu'elle est retrouvée comme influant la décision chez 63 % des praticiens interrogés dans l'étude de Bouchoucha (18). Peut-être qu'elle apparaît si peu dans notre étude car les médecins n'osaient pas l'écrire dans un courrier qu'ils remettaient ensuite aux parents.

Concernant le délai de consultation, il est de la responsabilité de la famille. La très grande majorité des patients venaient le jour même, comme on peut s'y attendre lorsqu'il s'agit de consulter aux Urgences.

Pour ceux dont la date de passage correspondait au lendemain de la rédaction du courrier, il peut y avoir dans quelques cas un biais, avec un patient vu tard le soir et qui arrive aux Urgences après minuit.

Pour les patients arrivant plus de 24h après avoir vu le médecin libéral, on peut supposer que certains avaient un courrier probablement adressé à un spécialiste mais qui, n'ayant pas de rendez-vous rapidement, sont venus consulter aux Urgences. Dans tous les cas, étant donné le délai, la prise en charge aurait pu être organisée autrement avec des examens complémentaires réalisés en ville et si besoin avec une consultation spécialisée programmée, et n'était sans doute pas adaptée à un service d'Urgences.

#### ***4.5. Comparaison entre le contenu du courrier et la prise en charge aux Urgences***

L'incertitude diagnostique est un facteur déterminant important dans l'adressage aux Urgences (18). Du fait de l'absence de plateau technique sur place, il est compliqué pour un médecin libéral de déterminer la gravité d'une situation avec autant de précision que peut le faire un service d'Urgences.

Le médecin adresseur formulait une ou plusieurs hypothèses diagnostiques dans la moitié des cas.

Lorsque c'était le cas, le praticien libéral avait, au final, une bonne idée de la pathologie en cause puisque l'hypothèse était correcte dans deux tiers des cas. Les cas où le diagnostic était erroné étaient principalement des cas où le praticien souhaitait avant tout éliminer l'hypothèse la plus grave, et le diagnostic allait être établi après à un examen complémentaire, comme par exemple dans les cas de traumatologie où la radiologie élimine une fracture, ou encore lors de suspicions d'appendicite.

Concernant les examens complémentaires, on retrouve des résultats similaires à une autre étude qui retrouve un taux identique (76%) de réalisation d'examen après demande du médecin (20), bien que leur étude comptabilisait tous les examens y compris ceux réalisables en cabinet de médecine générale comme

une bandelette urinaire ou une glycémie capillaire, alors que nous n'avons pris en compte que ceux nécessitant un plateau technique.

Au total, dans notre étude, c'est un peu plus de la moitié des patients (56%) qui ont eu un examen complémentaire. Nous n'avons pas étudié si cet examen aurait pu être organisé en ville au moment de la consultation.

Les patients venant adressés par un médecin recevaient un traitement aux Urgences dans 40 % des cas. N'ayant pas comptabilisé la prescription de traitement pour le retour à domicile, il s'agit là uniquement de traitement ne pouvant être différé ou administré en ville, le passage aux Urgences étant alors indispensable. Paradoxalement un traitement aux Urgences n'était nécessaire que pour 25 % des patients pour lequel le médecin adresseur demandait spécifiquement une prise en charge thérapeutique.

Il y a eu 20 % des patients adressés qui ont été hospitalisés. Contrairement à d'autres services d'Urgences il n'existe pas de secteur d'hospitalisation de courte durée, les patients étant soit surveillés aux Urgences soit transférés dans une unité d'hospitalisation.

D'autres études ont évalué l'impact du courrier dans la prise en charge du patient. Deux études australiennes réalisées en 1994 (21) et en 1998 (22) mettent en évidence que quel que soit la qualité du courrier, il n'y avait pas de différence significative sur le temps passé aux Urgences par le patient, seul l'appel téléphonique diminuerait ce temps d'attente.

En revanche, certaines études montraient que la qualité de rédaction pouvait influencer la prise en charge. L'une, réalisée en 2011 dans le service des Urgences Adultes du CHU d'Angers (23), montrait que les lettres où apparaissaient les signes de gravité, les antécédents et les hypothèses diagnostiques ont influencé la qualité du triage, dans le sens d'un caractère plus urgent et ont guidé le motif de recours aux Urgences. L'autre, réalisée en 2013 dans le Nord (24), montrait que le manque d'information entraînait la nécessité de recours à un tiers et donc une perte de temps voire une perte de chance pour le patient.

#### **4.6. Amélioration de la communication entre confrères**

Nous avons donc constaté un important manque d'information dans les courriers rédigés par les médecins adressant un enfant aux Urgences Pédiatriques, source d'une frustration bilatérale.

Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés dans différentes études concernant les Urgences Adultes (15,25) ou Pédiatriques (26).

Plusieurs raisons peuvent être évoquées pour expliquer cela (17) :

- Le manque de temps ressort comme la cause principale, cela est largement compréhensible étant donné que les emplois du temps sont déjà chargés et bien souvent les urgences se rajoutent en plus sur les plages de consultations. Le médecin doit alors organiser le transport du patient, lui expliquer la prise en charge et le rassurer, la rédaction du courrier venant se rajouter à ceci.
- Le médecin n'a pas accès à toutes les informations au moment de la rédaction. Soit parce qu'il est en visite à domicile et n'a pas accès à son dossier médical, soit parce qu'il n'est pas le médecin assurant le suivi régulier de l'enfant (remplaçant, médecin de garde).
- Oubli ou manque de rigueur, ceci étant aggravé par le manque de temps.
- L'incertitude que le courrier soit lu par l'urgentiste. Hypothèse retrouvée également dans une étude anglaise (27), alors que les médecins urgentistes déclarent pourtant qu'ils estiment à 90 % que ces lettres sont importantes et les lisent dans 99 % des cas (28).

De plus, certains médecins généralistes estiment que leurs observations et hypothèses diagnostiques ne sont pas prises en compte ou critiquées, et se contenteront alors de rédiger un courrier succinct en forme de justificatif.

- Informations données par téléphone.
- Le manque de retour de la part des médecins urgentistes pourrait décourager les médecins généralistes à faire des efforts dans la rédaction de leurs courriers, d'autant plus que quelle que soit la qualité de celui-ci, il n'y a pas d'impact qualitatif ou quantitatif sur les lettres de

sortie (29). Ceci n'est pas entièrement applicable au service des Urgences Pédiatriques de Purpan, dans la mesure où un courrier édité à partir du dossier médical informatisé est remis à la sortie du patient.

Afin d'améliorer la qualité des courriers plusieurs moyens sont à proposer :

- Lorsque la question a été posée à des médecins généralistes afin de savoir comment améliorer la communication entre les cabinets de ville et les Urgences (17), il en ressort un besoin de confraternité et d'échanges dans les deux sens. Ils pensent que si les urgentistes prenaient le temps de rédiger un courrier de sortie, et avaient plus de considération pour leurs confrères libéraux, cela pourrait améliorer la qualité des échanges que ce soit par courrier ou téléphone. Il y a là probablement plus un problème de ne pas bien connaître les conditions de travail de chacun, plutôt qu'un réel manque de considération du travail des autres.
- L'informatisation des dossiers médicaux peut pallier la difficulté de déchiffrer l'écriture manuscrite, et par l'insertion automatique de nombreux éléments du dossier médical (comme les antécédents, les traitements, l'examen clinique réalisé) cela permet de simplement et rapidement transmettre les informations concernant le patient. Cela suppose tout de même une tenue à jour du dossier médical et une configuration adéquate du logiciel afin de gagner du temps. De plus cela ne peut être fait qu'en consultation au cabinet.
- Le carnet de santé peut être utilisé comme moyen de transmission de l'information mais il doit être à jour, ne pas être oublié par les parents, et doit être lisible.
- L'utilisation d'un courrier type est une piste évoquée dans de nombreux travaux. Des études ont évalués la qualité des lettres « libres » comparée à celle de lettres standardisées, les résultats sont divergents. Certaines montrent une amélioration de la transmission d'information (29–31), d'autres ne mettent pas en évidence de différences (22,32). Nous proposons en annexe 2 un exemple de courrier type.

## 5. CONCLUSION

Le but de l'étude n'était pas d'évaluer la pertinence de l'adressage mais d'évaluer la qualité de la transmission d'information entre les médecins de ville et le service des Urgences.

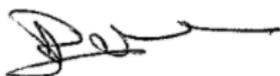
L'étude a montré qu'une majorité des courriers, par la forme mais aussi par le contenu, ne transmettaient que de manière partielle les informations médicales qui serviraient à la prise en charge du patient ; seules les informations d'ordre administratif étaient plus fréquemment renseignées.

Ce problème de communication est sans doute à la fois cause et conséquence d'un manque de lien entre les médecins libéraux et les Urgences. Il en résulte alors une frustration bilatérale, les médecins libéraux estimant ne pas être pris en compte dans leurs demandes, et les urgentistes ne comprenant pas toujours la demande de leurs confrères et ne disposant pas d'informations suffisantes pour un tri pertinent dans un flux de patients conséquent.

Afin de pallier ce problème, il serait intéressant d'étudier les moyens à mettre en œuvre pour améliorer cette communication, ceci pouvant passer par l'utilisation des logiciels médicaux et la rédaction de courrier récupérant automatiquement les informations dans le dossier du patient, et la mise en place d'un courrier-type. Les médecins libéraux pourraient ainsi simplement et rapidement renseigner les informations utiles et spécifier leur demande, et les urgentistes retrouveraient les données qui leur seront utiles à la prise en charge.

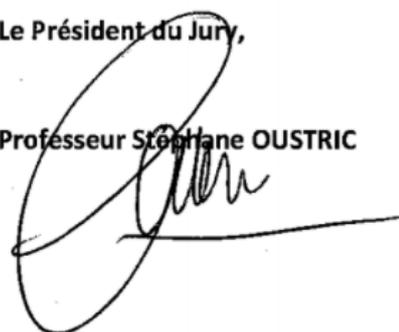
Toulouse, le 19/06/2017

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
D.CARRIE



Le Président du Jury,

Professeur Stéphanie OUSTRIC



## ANNEXE 1.

Identification du médecin
---------------------------

A l'attention du pédiatre des Urgences du CHU Purpan

À  
le [ ]/[ ]/[ ] à [ ]h[ ]

Chère consœur, cher confrère,

Merci de recevoir ..... , né(e) le [ ]/[ ]/[ ]  
pour .....

Ses **antécédents** et **traitement** habituels sont :

- 
- 
- 
- 

**ANAMNÈSE :**

**EXAMEN CLINIQUE :**

Poids : [ ]/[ ]/[ ] kg ;      Puls : [ ]/[ ] bpm ;      Température : [ ]/[ ] °C

PA : [ ]/[ ]/[ ] mmHg ;      Temps de recoloration cutanée : [ ]/[ ] sec

Examen physique :

**HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES & RAISONS D'ADRESSAGE :**

- 
- 
- 

Confraternellement

## ANNEXE 2.

Motif	0-2 ans	2-5 ans	5-10 ans	10-15 ans
Bronchiolite	15	0	0	0
Syndrome abdominal	0	0	1	9
Asthme	1	5	3	0
Pyélonéphrite	7	1	0	0
Fièvre	7	1	0	0
Appendicite	0	0	1	4
Gastro-entérite aiguë	3	2	1	0
Comitialité	2	0	0	1
Pneumopathie	0	2	0	1
Méningite	0	0	2	0
Diabète	0	0	1	1
Psychiatrie	0	0	0	2
Aplasie	0	1	1	0
Fracture	0	1	0	0
Invagination intestinale	1	0	0	0
Myocardite	0	0	1	0
Crise d'acétone	0	0	0	1
Insuffisance cardiaque	1	0	0	0
Trouble visuel	1	0	0	0
Stagnation pondérale	1	0	0	0
Syndrome inflammatoire	0	0	0	1
Protéinurie	1	0	0	0
Thrombopénie	1	0	0	0
Traumatisme abdominal	0	0	1	0
Ataxie	0	1	0	0
Agitation	0	0	1	0
Anémie	1	0	0	0
Érysipèle	0	0	0	1
Cholécystite	0	0	0	1
Cyanose	1	0	0	0
Hallucination	0	0	1	0

**Tableau 10.**

**Prévalence des motifs d'hospitalisation en fonction de l'âge**

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Michel M. Suivi régulier de l'enfant de 0 à 6 ans en Midi-Pyrénées: généraliste, pédiatre ou PMI ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2013.
2. Bréant K. Analyse du recours au service des urgences pédiatriques du Havre par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2013.
3. Code la Santé Publique, Article R4127-4 [Internet]. [consulté 1 févr 2015]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912862&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
4. Code la Santé Publique, Article R4127-56 [Internet]. [consulté 1 févr 2015]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912924>
5. Code la Santé Publique, Article R4127-45 II. [Internet]. [consulté 1 févr 2015]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912860&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
6. Code la Santé Publique, Article R4127-64 [Internet]. [consulté 1 févr 2015]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912933&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
7. Code la Santé Publique, Article R4127-59 [Internet]. [consulté 1 févr 2015]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912927&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
8. Code la Santé Publique, Article R1112-11 [Internet]. [consulté 1 févr 2015]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006908173>
9. Code la Santé Publique, Article R4127-76 [Internet]. [consulté 1 févr 2015]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912948>
10. MERCAT F-X. Les courriers entre médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 1998.
11. Chaumel F. Étude prospective descriptive des informations contenues dans les courriers des médecins adressant des personnes de plus de 69 ans aux Urgences [Thèse d'exercice]. [UPEC, France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2005.
12. Pauchet A. Informatisation des cabinets de médecine générale: enquête de pratique en Languedoc Roussillon auprès de 156 médecins généralistes en 2013 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2014.

13. Bray P. L'informatisation du cabinet du médecin généraliste: est ce que toutes les possibilités du logiciel métier et des autres technologies de l'information et de la communication sont exploitées ? [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
14. Berwick DM, Winickoff DE. The truth about doctors' handwriting: a prospective study. *BMJ*. 1996;313:1657-8.
15. Irekti F. Évaluation de la qualité des lettres d'adressage des médecins généralistes à destination des médecins spécialistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2014.
16. Courtin J-P. Intérêt de la mesure de la pression artérielle chez l'enfant en soins primaires: enquête sur les pratiques en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2014.
17. Chauvière G. Étude descriptive et prospective des informations contenues dans les courriers des médecins adressant des patients aux Urgences [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2013.
18. Bouchoucha E, Batard C. Dans quelles circonstances les médecins généralistes du Val de Marne adressent-ils leurs patients aux Urgences Pédiatriques ? : Enquête auprès de 120 médecins généralistes du Val de Marne. UPEC, France: UPEC; 2011.
19. Maillet P. Justification d'une consultation aux Urgences pédiatriques: analyse descriptive et comparative des facteurs prédisposant aux consultations non justifiées [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux II; 2013.
20. Martinot A, Boscher C, Roustit C, Hue V, Leclerc F, Mouzard A. Motifs de recours aux Urgences pédiatriques : comment cette activité s'inscrit-elle dans le champ des soins ambulatoires ? In *Archives de pédiatrie*; 2000. p. 591-3.
21. Montalto M, Harris P, Rosengarten P. Impact of general practitioners' referral letters to an emergency department. *Aust Fam Physician*. 1994;23:1320-1.
22. Harris MF, Giles A, O'Toole BI. Communication across the divide. A trial of structured communication between general practice and emergency departments. *Aust Fam Physician*. 2002;31:197-200.
23. Chauveau P, Mazet-Guillaume B, Baron C, Roy PM, Tanguy M, Fanello S. Impact du contenu du courrier médical sur la qualité du triage initial des patients adultes admis aux Urgences. *Santé Publique*. 2013;Vol. 25:441-51.
24. Garot B, Galfard M. Les courriers d'adressage des médecins généralistes aux Urgences des hôpitaux du Hainaut-Cambrésis: étude descriptive et analytique des courriers d'adressage [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2013.
25. Dardenne J. Étude analytique de courriers d'admission de personnes âgées adressées au service des Urgences [Thèse d'exercice]. [UPEC, France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2006.

26. Edvardson S, Dor T. Referral letters to the pediatric emergency department. *Harefuah*. 2008;147(7):602-4.
27. Jiwa M, Burr J. GP letter writing in colorectal cancer: a qualitative study. *Curr Med Res Opin*. 2002;18:342-6.
28. Montalto M, Harris P, Rosengarten P. Survey of Australian emergency physicians' expectations of general practitioner referrals. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 1993;43:277-80.
29. 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 Geneeskde*. 1996;86:1540-2.
30. Jenkins S, Arroll B, Hawken S, Nicholson R. Referral letters: are form letters better? *Br J Gen Pract*. 1997;47:107-8.
31. Kong Win Chang A-C, Picco C. Évaluation qualitative d'un courrier standardisé d'admission à l'hôpital. Grenoble, France: Université Joseph Fourier; 2011.
32. Mead GE, Cunningham AL, Faulkner S, Russell KJ, Ford MJ. Can general practitioner referral letters for acute medical admissions be improved? *Health Bull (Edinb)*. 1999;57:257-61.

# Analyse des informations médicales des courriers des enfants adressés aux Urgences Pédiatriques du CHU de Toulouse

François MASQUÈRE

Directrice de thèse : Dr Isabelle CLAUDET

**Introduction:** Les médecins libéraux sont amenés à adresser un enfant aux Urgences Pédiatriques pour avis spécialisé ou poursuite de la prise en charge. Afin d'assurer une continuité des soins optimale, il est important de communiquer des informations médicales pertinentes, ceci se fait généralement par le biais d'un courrier.

Nous avons cherché à analyser l'information transmise dans ces courriers.

**Matériel et Méthode:** Il s'agit d'une analyse rétrospective des courriers concernant les patients adressés aux Urgences Pédiatriques du CHU de Toulouse, par un médecin libéral, entre le 1er octobre et 31 décembre 2012.

Une grille de lecture a été élaborée pour évaluer la lisibilité et rechercher la présence, ou non, de différents éléments attendus. Ces éléments étaient d'ordre général ou plus spécifiques en fonction du motif d'adressage.

Nous avons aussi étudié la concordance entre les demandes des médecins libéraux et la prise en charge aux Urgences.

**Résultats:** Nous avons recueilli 473 courriers. Les trois-quarts des lettres étaient manuscrites, parmi celles-ci 69% étaient lisibles.

Dans la plupart des courriers les informations administratives étaient majoritairement présentes. En revanche, hormis quelques exceptions, les renseignements cliniques étaient très majoritairement absents.

Les raisons de l'adressage n'étaient pas clairement définies dans 52% des cas.

En cas de demande d'examen complémentaires ou de prise en charge thérapeutique, ceux-ci étaient réalisés aux Urgences dans la majorité des cas. Une hospitalisation n'était nécessaire que dans 35% des demandes.

**Conclusion:** Il y a un manque important d'informations médicales dans les courriers entre les médecins libéraux et les Urgences Pédiatriques. Plusieurs raisons peuvent expliquer ceci. Ce problème de communication pourrait être amélioré par l'utilisation d'un courrier type.

**Mots-clés:** Courrier médical, Urgences Pédiatriques, Médecin Généraliste.

---

**Introduction:** Sometimes, private practitioners have to refer a child to a Pediatric Emergency Department (PED) for medical advice or treatment. In order to optimise the continuity of care, it is important to pass relevant medical details on, this is usually done by mail.

We analysed the information transmitted in these letters.

**Method:** It is a retrospective study of the letters concerning patients referred to Toulouse University Hospital PED, by a private practitioner, between 1 October and 31 December 2012. We analysed the readability and searched for different items expected in a medical letter. These items were either general information, or more specific depending on the referring motive.

We also studied the concordance between the private practitioners' demands and the care given at the PED.

**Results:** We collected 473 letters. Three-quarters of them were handwritten, 69% of these were readable.

In the majority of letters, administrative information were mostly present. However, except a few cases, clinical information is largely missing.

The referring motive was not clearly identified in 52% of the letters.

If treatment or paraclinical exams were requested, they were carried out at the PED in most cases. Hospitalisation was necessary in 35% of the requests.

**Conclusion:** There is an important lack of medical information in the letters between the private practitioners and the PED. Several reasons may explain that. The use of a form letter could improve this problem.

**Keywords:** Medical letters, Pediatric Emergency Service, General Practitioner.