



Université Claude Bernard  Lyon 1



ANNÉE 2021

N°154

ADRESSAGE AUX URGENCES PEDIATRIQUES : QUELS SERAIENT LES CARACTERISTIQUES ET ELEMENTS PERTINENTS D'UN COURRIER D'ADRESSAGE AUX URGENCES PEDIATRIQUES ? OBTENTION D'UN CONSENSUS PAR METHODE DELPHI.

REFERRALS TO PEDIATRIC EMERGENCIES: WHAT WOULD BE THE CHARACTERISTICS AND USEFUL ELEMENTS OF A STANDARDIZED REFERRAL LETTER TO PEDIATRIC EMERGENCIES ? A DELPHI METHOD STUDY.

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **17/06/2021**

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine Par

LA FATA LUCAS,

Né le 09/06/1994 à Tournon-sur-Rhône

Sous la direction des Drs LAUNAY Valérie et ECONOMOS Guillaume

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2020-2021

Président de l'Université

Frédéric FLEURY

Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales

Carole BURILLON

Directeur Général des Services

Damien VERHAEGUE

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST

Doyen : Gilles RODE

UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE
LYON SUD - CHARLES MERIEUX

Doyen : Carole BURILLON

INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES
ET BIOLOGIQUES (ISPB)

Directeur : Christine VINCIGUERRA

UFR D'ODONTOLOGIE

Doyen : Dominique SEUX

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE
READAPTATION (ISTR)

Directeur : Xavier PERROT

DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE
DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE

Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Directeur : Fabien DE MARCHI

UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES
ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)

Directeur : Yannick VANPOULLE

POLYTECH LYON

Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T. LYON 1

Directeur : Christophe VITON

INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES
ET ASSURANCES (ISFA)

Directeur : Nicolas LEBOISNE

OBSERVATOIRE DE LYON

Directeur : Isabelle DANIEL

ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT
ET DE L'EDUCATION (ESPE)

Directeur Alain MOUGNIOTTE

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES
MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive,
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie,
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie,
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales,
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie,
FOUQUE Denis	Néphrologie,
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie,
GILLY François-Noël	Chirurgie générale,
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale,
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie
médicale,	
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence,
LAFRASSE RODRIGUEZ- Claire	Biochimie et Biologie moléculaire,
LAVILLE Martine	Nutrition – Endocrinologie,
LINA Gérard	Bactériologie,
MION François	Physiologie,
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie,
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile,
NICOLAS Jean-François	Immunologie,
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale,
RUFFION Alain	Urologie,
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction,	
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion,
SAURIN Jean-Christophe	Hépatogastroentérologie,
SIMON Chantal	Nutrition,
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques,
THOMAS Luc	Dermato – Vénérologie,
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie,
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio,
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ALLAOUCHICHE Bernard	Anesthésie-Réanimation Urgence,
BARREY Cédric	Neurochirurgie,
BERARD Frédéric	Immunologie,
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie,
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie,
CERUSE Philippe	O.R.L,
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie,
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile,
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie,
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire,
FESSY Michel-Henri	Anatomie – Chirurgie Ortho,
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire,
FRANCO Patricia	Physiologie – Pédiatrie,
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes,

FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie,
GILLET Pierre-Germain	Biologie Cellulaire,
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie,
KASSAI KOUPAI Behrouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique,
LANTELME Pierre	Cardiologie,
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire,
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale,
LONG Anne	Médecine vasculaire,
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation,
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique,
PAPAREL Philippe	Urologie,
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie,
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie,
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie,
REIX Philippe	Pédiatrie,
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie,
SANLAVILLE Damien	Génétique,
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique,
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique,
THAI-VAN Hung	Physiologies – ORL,
TAZAROURTE Karim	Médecine Urgence,
THOBOIS Stéphane	Neurologie,
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
WALLON Martine	Parasitologie mycologie,
WALTER Thomas	Gastroentérologie – Hépatologie,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BACHY Emmanuel	Hématologie,
BELOT Alexandre	Pédiatrie,
BOHE Julien	Réanimation urgence,
BOSCHETTI Gilles	Gastro-entérologie Hépat.
BREVET-QUINZIN Marie	Anatomie et cytologie pathologiques,
CHO Tae-hee	Neurologie,
COTTE Eddy	Chirurgie générale,
COURAND Pierre-Yves	Cardiologie,
COURAUD Sébastien	Pneumologie,
DALLE Stéphane	Dermatologie,
DEMILY Caroline	Psy-Adultes,
DESESTRET Virginie	Histo.Embryo.Cytogénétique,
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie,
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques,
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
GHESQUIERES Hervé	Hématologie,
HAUMONT Thierry	Chirurgie Infantile,
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. Santé,
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique – Médecine Interne,
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie,
MARIGNIER Romain	Neurologie,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie,
PASSOT Guillaume	Chirurgie Générale,
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale,
ROLLAND Benjamin	Addictologie
ROUSSET Pascal	Radiologie imagerie médicale,

TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
VOLA Marco
YOU Benoît

Anatomie et cytologie pathologiques,
Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire,
Cancérologie,

PROFESSEUR ASSOCIE sur Contingent National

PIERRE Bernard

Cardiologie,

PROFESSEUR ASSOCIE – Autre Discipline

Pr PERCEAU-CHAMBARD,

PROFESSEURS - MEDECINE GENERALE (2^{ème} Classe)

BOUSSAGEON Rémy,
ERPELDINGER Sylvie,

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian,
PERDRIX Corinne,

PROFESSEUR AUMG Assistants Universitaires de médecine générale

DE CASTRO Remy,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire,
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion,
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques,
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction,	
RABODONIRINA Meja	Parasitologie et Mycologie,
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1^{ère} Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hygiène hospitalière,
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie,
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques,
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie,
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie,
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction,	
HAFLOM DOMENECH Pierre-Yves	Pédiatrie,
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire,
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie,
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire,
PERROT Xavier	Physiologie – Neurologie,
PETER DEREK Laure	Physiologie,
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie cellulaire,

RASIGADE Jean-Philippe
ROSSIGNOL Audrey
SKANJETI Andréa
SUJOBERT Pierre
VALOUR Florent
VUILLEROT Carole

Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière,
Immunologie,
Biophysique. Médecine nucléaire.
Hématologie – Transfusion,
Mal infect.
Médecine Physique Réadaptation,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

AUFFRET Marine
BERHOUMA Moncef
BOLZE Pierre-Adrien
CHATRON Nicolas
DANANCHE Cédric
JAMILLOUX Yvan
KEPENEKIAN Vahan
KOPPE Laetitia
LE QUELLEC Sandra
PERON Julien
PUTOUX DETRE Audrey
RAMIERE Christophe
SUBTIL Fabien
VISTE Anthony

Pharm.fond.pharm clinique,
Neurochirurgie,
Gynécologie Obstétrique,
Génétique,
Epid.éco.santé,
Médecine Interne – Gériatrie,
Chirurgie Viscérale et Digestive,
Néphrologie,
Hémato.transfusion,
Cancérologie ; radiothérapie,
Génétique,
Bactériologie-virologie,
Bio statistiques,
Anatomie,

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

BENEDINI Elise,
DEPLACE Sylvie,

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANDRE Patrice
ANNAT Guy
ECOCHARD René
FLANDROIS Jean-Pierre
LAVILLE Maurice
LLORCA Guy
MALICIER Daniel
MATILLON Yves
MOYEN Bernard
PACHECO Yves
PRACROS Jean-Louis
SAMARUT Jacques
TEBIB Jacques

Bactériologie – Virologie,
Physiologie,
Bio-statistiques,
Bactériologie – Virologie; Hygiène hospitalière,
Thérapeutique – Néphrologie,
Thérapeutique,
Médecine Légale et Droit de la santé,
Epidémiologie, Economie Santé et Prévention,
Orthopédiste,
Pneumologie,

Biochimie et Biologie moléculaire,
Rhumatologie,

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements :

Au directeur du jury, Pr Yves Gillet :

Cher Yves, c'est un honneur que tu me fais d'accepter d'être le directeur de mon jury de thèse. Je n'oublierai pas les moments passés avec toi à l'HFME en USC et au SAU, en pleine épidémie de bronchiolite ! J'ai beaucoup appris à tes côtés. Encore merci d'avoir accepté de diriger ce jury de thèse. Accepte ce témoignage de mon plus profond respect.

Au Pr Yves Zerbib :

Bien que nous ne nous soyons jamais rencontrés, vous avez accepté sans hésitation ma demande de faire partie du Jury. Merci de cette confiance. Ayant participé au jury de la thèse dont je prolonge le travail, vous êtes le mieux placé pour juger cette thèse. J'espère qu'elle ne vous décevra pas, veuillez accepter toute ma gratitude et ma considération.

Au Pr Thierry Farge :

Merci pour tout ce que tu m'as appris pendant ce semestre à Châteauneuf de Galaure, autant sur le plan médical qu'humain. J'ai adoré travailler avec toi et grandir à tes côtés. Merci d'accepter de faire partie de ce jury, de m'avoir fait confiance et d'avoir été si bienveillant envers moi.

Au Dr Valérie Launay :

Valérie, merci de m'avoir proposé ce sujet. Merci de m'avoir accordé ta confiance, et de m'avoir grandement aidé dans ce travail. Cette thèse est la preuve qu'une collaboration entre médecin généralistes et pédiatres est possible, et je suis plus que satisfait du résultat. Merci pour ta patience et ton amabilité.

Au Dr Guillaume Economos :

L'épidémie de COVID aura eu du bon, elle nous aura permis de faire connaissance à l'UHCD de Lyon Sud. Merci d'avoir accepté de rejoindre ce travail de thèse. Merci pour l'aide que tu nous as apportée. Merci pour ton expertise et ta rigueur universitaire. Avec mes amitiés.

A mon premier Docteur, Bernard Chevret. Merci d'avoir éveillé en moi la passion de ce métier et d'avoir été mon premier exemple.

Au Dr Pierre Girier. Je vous remercie de toute la bienveillance dont vous avez fait preuve à mon égard. Vous avez su me connaître et me comprendre. Vous m'avez donné la passion pour la Médecine Générale. Vous avez été un exemple pour moi d'humanité, de professionnalisme et de générosité. Merci.

A tous ces médecins qui m'ont guidé et m'ont permis de m'améliorer tout en marchant dans leurs pas, merci : Pr Pierre-Jean Souquet, (feu) Pr Olivier Bonin, Dr Martin Naessens, Dr Michel Deligny, Dr Laurent Boisson et bien d'autres.

Merci à tous les médecins et soignants qui ont participé à ce travail de thèse. Merci pour votre implication. Merci au Dr Loïc Jollivet pour l'aide qu'il m'a apportée et ce que j'ai appris à ses côtés.

Merci à tous les soignants qui se donnent corps et âme au quotidien pour soulager la douleur des autres, d'autant plus dans la crise que nous traversons.

Merci à tous les professeurs et instituteurs qui ont cru en moi depuis ces 24 dernières années. Clin d'œil à M. Charre et Mme André, heureusement, vous vous êtes trompés.

A mes parents : Merci d'avoir toujours été là pour moi. Merci de votre soutien indéfectible, de votre amour et de votre gentillesse. J'espère ne jamais vous décevoir, je vous aime.

A ma famille et mes amis, merci à tous. Des bisous à Cloclo, Anaël, Nathan, Alec et Béa. Merci à Eric, Thomas, Anto, Miguel, Lolo, Tintin et tous les autres, présents depuis de nombreuses années.

A Mamie : J'espère que tu es fière de moi. Merci de m'avoir donné ton amour pour l'Italie, ton pays natal. A Papou et Mamou, où que vous soyez, je vous garde en moi. J'espère vous avoir rendu fiers aussi.

Merci à mes beaux-parents pour leur bienveillance et leur aide, ainsi qu'à Mamiemo pour sa gentillesse.

A ma Léanne. Merci d'avoir été là depuis 8 ans. Tu mériterais aussi un doctorat pour tout le travail que nous avons fait ensemble, et une médaille pour ta patience. Merci de m'avoir soutenu, supporté, voire même assisté parfois. Merci d'avoir été là, même dans les moments difficiles. Merci pour tous ces excellents moments au quotidien. Merci pour ta joie, ta gentillesse, tes bons petits plats. Le chemin est encore long, et jalonné de belles choses, nous marcherons à deux, main dans la main. Je t'aime.

ABBREVIATIONS

AIM : Acceptability of Intervention Measure

AVPU : Alert ; Verbal response ; response to Pain ; Unresponsive

BU : bandelette urinaire

CNP : consultations non programmées

CUMG : Collège universitaire de médecine générale

DRP : désobstruction rhinopharyngée

ECG : électrocardiogramme

FIM : Feasibility of Intervention Measure

GPL : groupement des pédiatres lyonnais

HAS : Haute autorité de santé

HCL : Hospice civils Lyonnais

HFME : Hôpital Femme Mère Enfant

IAM : Intervention Appropriateness Measure

IOA/IAO : infirmière organisatrice de l'accueil

MSU : Maitre de stage universitaire

PAT : Pediatric Assessment Triangle

PDS : Professionnel de santé

QL : Quick-Look

SAIHL : Syndicat Autonome des Internes des Hôpitaux de Lyon

SAUP : Service d'accueil des urgences pédiatriques

SYREL IMG : Syndicat représentatif Lyonnais de Internes en Médecine Générale

TFI : Troubles fonctionnels intestinaux

TRC : Temps de recoloration cutanée

UV : urgences vraies

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction	13
II.	Article	17
	1. Introduction.....	20
	2. Méthode	22
	3. Résultats.....	25
	4. Discussion.....	28
	5. Bibliographie (article).....	30
III.	Etude complémentaire en Post-Delphi.....	33
IV.	Discussion Générale	35
V.	Conclusions	40
VI.	Bibliographie.....	41
VII.	Annexes.....	51

I. Introduction

Le courrier médical joue un rôle majeur dans la communication entre les professionnels de santé. Il s'agit du moyen privilégié de contact médical, notamment lors de l'adressage d'un patient (1,2). Encore de nos jours, il est majoritairement sous forme papier et confié au patient en main propre. Il devrait permettre de transmettre efficacement une information d'un professionnel de santé à un autre, notamment entre professionnels libéraux et hospitaliers (1).

De nombreux travaux traitent de la relation ville-hôpital (3–5). Dans le contexte des urgences, le courrier d'adressage fait l'objet d'un intérêt particulier, dans un souci d'amélioration de la qualité des soins (1,3,6–10).

Peu d'études ont été faites sur les courriers d'adressage aux urgences pédiatriques (7,11,12). Néanmoins, les auteurs s'accordent sur le fait que certains éléments pertinents manquent dans les courriers d'adressage entre la ville et l'hôpital (2,6,7,12–14). De même, certains critères dits de « qualité » ont été étudiés (concernant le contenu ou la mise en forme) et révèlent des carences (1,10,14,15).

Par ailleurs, il existe une insatisfaction des professionnels des urgences vis-à-vis des courriers d'adressage reçus (6), ainsi qu'une insatisfaction des médecins généralistes quant à la communication à leur égard (4,5). Il semble donc qu'il y ait des améliorations à faire en matière de communication dans les deux sens (16).

Certains auteurs ont même prouvé que des difficultés de communication pouvaient être à l'origine d'erreurs médicales (16–19) et que les courriers influençaient la prise en charge des patients (20), notamment « la présence de signes de gravité, les antécédents et les hypothèses diagnostiques du médecin adressant » (9).

A l'Hôpital Femme-Mère-Enfant de Lyon, l'hypothèse diagnostique émise par l'adressant est prise en compte à l'accueil, et peut éventuellement influencer le tri vers un niveau de gravité supérieur.

Des propositions ont été faites pour améliorer les courriers d'adressage (1,13,21). Et de nombreux auteurs et sociétés savantes recommandent l'utilisation d'un courrier standardisé (6,7,9,16,22,23). L'exemple le plus parlant est celui de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui a développé et établi un dossier de liaison d'urgence gériatrique

(24). Selon ces mêmes auteurs, un courrier type permettrait de grandement améliorer l'informativité et la qualité des courriers (11,25,26). Un courrier de qualité devrait ainsi contenir certains critères indispensables, notamment : qu'il soit lisible, qu'il contienne un motif d'admission, des critères permettant de juger de la gravité, des hypothèses diagnostiques, un besoin exprimé, etc. Un des intérêts principaux de la lettre pour le médecin des urgences est d'avoir une notion de l'évolutivité entre le moment où l'adressant voit l'enfant et le moment où il arrive aux urgences, ainsi que des notions des antécédents et du contexte (si le médecin adressant est le médecin traitant).

Wählberg prouve dans son étude randomisée que les courriers standardisés ont un score de qualité significativement plus élevé (10).

Il n'y a actuellement aucune recommandation officielle quant au contenu d'un courrier d'adressage aux urgences en France. Au Canada, des recommandations ont été faites quant aux courriers d'adressage et le College of Family Physicians of Canada a proposé un modèle de lettre (27).

Le courrier standardisé est particulièrement utilisé en gériatrie (24,28,29) et permettrait de ne pas oublier d'information clé et de donner au médecin receveur les informations essentielles à la prise en charge du patient. Cependant, un tel courrier pourrait être jugé « lourd » et peu pratique par un adressant qui serait non familiarisé avec le courrier standardisé ou les pratiques du service receveur.

Aux urgences pédiatriques, des informations concernant la gravité de l'enfant adressé, ainsi que d'autres informations « clés » sont indispensables au tri et à la bonne prise en charge du patient (11,30,31).

Dans son travail de thèse, Pierre-Amaël Noailly Charny retrouvait que sur 1085 courriers analysés :

- « 82% des courriers exprimaient un ou des besoins explicites dont 88% exprimaient un besoin unique et 12% exprimaient des besoins multiples »

- « Une hypothèse diagnostique était absente dans 10% des courriers »

- « Parmi les courriers notables [c'est-à-dire évaluables], 36% contenaient suffisamment de critères cliniques jugés indispensables pour évaluer rapidement le degré de gravité de l'enfant »

De plus, « Sur les 1085 courriers inclus, le nombre de courriers en fonction du groupe d'adressant était de :

- 204 pour le groupe pédiatres
- 736 pour le groupe MG
- 96 pour le groupe SOS médecins
- 35 pour le groupe « spécialistes »
- 14 pour le groupe divers »

Ce qui correspond, dans les 3 principaux groupes d'adressants (qui représentent 95.5% de tous les adressants), aux proportions suivantes : 71.04% de médecins généralistes (736/1036), 19.69% de pédiatres (204/1036), 9.27% de SOS médecins (96/1036). C'est pourquoi nous avons voulu mettre le médecin généraliste au centre de la réflexion sur le courrier d'adressage.

En fin d'étude, Noailly-Charny proposait un courrier standardisé d'adressage aux urgences pédiatriques (11).

Aux urgences de l'Hôpital femme-Mère Enfant, « Les enfants adressés, comme les autres enfants, sont d'abord accueillis et triés par l'Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA). Celle-ci effectue une évaluation immédiate de la gravité de l'enfant à l'aide d'un outil validé, le Quick Look (QL) (cf. Annexe 1).

Un QL anormal avec une détresse vitale est classé I (rouge) et amené au déchocage. Si le QL est anormal mais sans détresse vitale immédiate, l'enfant est classé II (violet) et accompagné [immédiatement, avant même la prise de constantes] dans le secteur Urgences Vraies (UV).

Si le QL est normal, les constantes sont prises et les enfants sont alors triés grâce à une échelle de tri (cf. Annexe 2) qui prend en compte l'âge, le motif de consultation, les antécédents et les constantes : niveau III (bleu) dans le secteur UV, niveau IV (jaune) ou V (vert) dans le secteur Consultations Non Programmées (CNP). Le dossier administratif est régularisé secondairement pour les patients I et II tandis que les patients III, IV et V le font directement après le passage au tri puis rejoignent leur secteur respectif de prise en charge.

En fonction de chaque niveau de gravité, un délai maximal de prise en charge de l'enfant doit être respecté (cf. Annexe 2). Les enfants adressés au SAUP par un PDS [Professionnel de Santé] sont au minimum de niveau IV jaune donc potentiellement sur triés, ce niveau correspond à un délai de prise en charge ne devant pas excéder 2 heures » (11).

Notre travail consistait à développer un courrier d'adressage aux urgences pédiatriques en en définissant les caractéristiques jugées nécessaires autant sur le fond que sur la forme via une méthode de consensus Delphi. Ce courrier servirait au médecin receveur, mais aussi et surtout à l'infirmière d'accueil des urgences (IAO), qui est la première personne à recevoir l'enfant. Ce courrier doit faire consensus entre les adressants et les receveurs, de manière à être accepté et utilisé en pratique quotidienne. Il doit être simple d'utilisation, mais cependant ne pas être simpliste ni perdre de son informativité, ce qui serait contre-productif.

Bien entendu, il est important que la communication soit bilatérale (3). Une réponse écrite doit être adressée à chaque médecin adressant un patient (4,32) ; chose qui est déjà faite de façon systématique aux urgences de l'HFME.

II. Article

Adressage aux urgences pédiatriques : Quels seraient les caractéristiques et éléments pertinents d'un courrier standardisé d'adressage aux urgences pédiatriques ? Obtention d'un consensus par méthode Delphi.

Referrals to pediatric emergencies: what would be the characteristics and useful elements of a standardized referral letter to pediatric emergencies? A Delphi method study.

La Fata Lucas, Launay Valérie*, Economos Guillaume*

*Ces auteurs ont participé de manière égale à ce travail

Lucas La Fata : lucas.la-fata@etu.univ-lyon1.fr, 1 Rue Sœur Dominique 07130 Saint-Péray, 06 87 61 23 20 (correspondant author)

Tous les auteurs ont déclaré sur le formulaire ICMJE tous leurs liens ou potentiels conflits d'intérêts (activités financières, liens avec des entreprises ou des institutions) en rapport avec le travail soumis.

Courrier, Pédiatrie, Formulaire, Groupe Delphi.

Mots clés (MeSH) : communication, lettre, urgences, pédiatrie, formulaire, consensus

Anglais : communication, letter, emergencies, pediatrics, form, consensus

Article soumis à la revue Exercer le 06/01/2021.

Résumé en français :

Introduction : Le courrier médical joue un rôle majeur dans la communication entre les professionnels de santé, particulièrement entre les praticiens en soins primaires et les urgences. Certains éléments pertinents manquent dans les courriers d'adressage entre la ville et l'hôpital, notamment en pédiatrie.

Objectif : Cette étude a pour but de développer un courrier d'adressage aux urgences pédiatriques, en en définissant les caractéristiques jugées comme nécessaires autant sur le fond que la forme via une méthode de consensus Delphi.

Méthode : Notre groupe Delphi était initialement composé de médecins généralistes (13), pédiatres libéraux (3) et médecins de SOS médecins (2), et de professionnels (9 IDE d'accueil et 9 médecins) exerçant au service des urgences de l'HFME (Hôpital Femme Mère Enfant) à Bron, HCL (Hospices civils de Lyon).

Résultats : Sur 35 propositions initiales, 33 ont fait consensus au premier round. Six propositions ont été soumises au deuxième round (dont 2 nouvelles et 4 reformulations) et elles ont toutes fait consensus.

Conclusion : Nous avons pu obtenir un consensus entre des professionnels de soins primaires et des professionnels hospitaliers sur les caractéristiques d'un courrier d'adressage aux urgences pédiatriques. A partir de ce consensus a été élaboré un courrier standardisé qui pourra être utilisé au quotidien lors de l'adressage (ou de la régulation) d'un patient aux urgences pédiatriques de l'HFME. De nouvelles études seront nécessaires pour évaluer l'impact de ce nouveau courrier standardisé sur les critères de qualité des courriers reçus aux urgences, de même que son impact sur la prise en charge des patients.

Résumé en anglais (abstract):

Introduction: Medical letter plays an important role in communication between health professionals, and particularly between primary care workers and hospital emergencies. Relevant information is currently missing in referral letters between primary care and hospitals, especially in pediatrics. Indeed, many studies have underlined deficiencies in the referral letters to the emergencies.

Objective: This study aims at developing, via a Delphi method, a referral letter for pediatric emergencies, defining its useful content and format.

Method: Our group was initially composed of local general practitioners (13), liberal pediatricians (3) and SOS doctors (3), as well as care workers (9 nurses and 9 doctors) of HFME (“Hôpital Femme Mère Enfant”) in Bron, “Hospices civils de Lyon”.

Results: On 35 initial items on the referral letter, 33 made immediate consensus in the first round. Six items were submitted for the second round (2 new and 4 reworded/modified), they all made consensus, then.

Conclusion: We obtained a consensus between primary care and hospital care workers on the characteristics of a referral letter to a pediatric emergencies ward. From this consensus, we elaborated a fillable template letter which could be used daily for the referral (or regulation) of a patient to the emergencies ward of HFME. Further studies are required to assess the impact of this new template for a referral letter on the quality criteria of the received referral letters and on the patient medical care.

1. Introduction

Le courrier médical joue un rôle majeur dans la communication entre les professionnels de santé. Il s'agit du moyen privilégié de contact médical, notamment lors de l'adressage d'un patient ⁽¹⁾. Encore de nos jours, il est majoritairement sous forme papier et confié au patient en main propre. Il devrait permettre de transmettre efficacement une information d'un professionnel de santé à un autre, notamment entre professionnels libéraux et hospitaliers ⁽¹⁾.

Dans le contexte des urgences, le courrier d'adressage fait l'objet d'un intérêt particulier dans un souci d'amélioration de la qualité des soins ⁽¹⁻⁷⁾.

Peu d'études ont été faites sur les courriers d'adressage aux urgences pédiatriques ^(4,8,9). Néanmoins, les auteurs s'accordent sur le fait que certains éléments pertinents manquent dans les courriers d'adressage entre la ville et l'hôpital ^(4,9). De même, certains critères dits de « qualité » ont été étudiés (concernant le contenu ou la mise en forme) et révèlent des carences ^(1,7).

Par ailleurs, il existe une insatisfaction des professionnels des urgences vis-à-vis des courriers d'adressage reçus ⁽³⁾, ainsi qu'une insatisfaction des médecins généralistes quant à la communication à leur égard ^(10,11). Il semble donc qu'il y ait des améliorations à faire en matière de communication dans les deux sens.

Certains auteurs ont même prouvé que des difficultés de communication pouvaient être à l'origine d'erreurs médicales ^(12,13) et que les courriers influençaient la prise en charge des patients ⁽¹⁴⁾, notamment « la présence de signes de gravité, les antécédents et les hypothèses diagnostiques du médecin adressant » ⁽⁶⁾.

Des propositions ont été faites pour améliorer les courriers d'adressage ^(1,15). Et de nombreux auteurs et sociétés savantes recommandent l'utilisation d'un courrier standardisé ^(3,4,6,16). L'exemple le plus parlant étant celui de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui a développé et établi un dossier de liaison d'urgence gériatrique ⁽¹⁷⁾. Selon ces mêmes auteurs, un courrier type permettrait de grandement améliorer l'informativité et la qualité des courriers ^(7,18).

Il n'y a actuellement aucune recommandation officielle quant au contenu d'un courrier d'adressage aux urgences. Le courrier standardisé est particulièrement utilisé en gériatrie ^(17,19) et permettrait de ne pas oublier d'information clé et de donner au médecin receveur les informations essentielles à la prise en charge du patient. Cependant, un tel courrier pourrait être jugé « lourd » et peu pratique par l'adressant

n'étant pas familiarisé avec le courrier standardisé ou les pratiques du service receveur.

Aux urgences pédiatriques, des informations concernant la gravité de l'enfant adressé, ainsi que d'autres informations « clés » sont indispensables au tri et à la bonne prise en charge du patient ^(8,20,21). C'est pourquoi, certains auteurs, après avoir étudié les courriers d'adressage aux urgences de l'Hôpital femme mère enfant (HFME), proposaient un courrier standardisé d'adressage aux urgences pédiatriques ⁽⁸⁾.

Notre travail consistait à développer un courrier d'adressage aux urgences pédiatriques, en en définissant les caractéristiques jugées nécessaires autant sur le fond que la forme via une méthode de consensus Delphi. Ce courrier servirait au médecin receveur, mais aussi et surtout à l'infirmière d'accueil des urgences (IAO), qui est la première personne à recevoir l'enfant. Ce courrier doit faire consensus entre les adressants et les receveurs, de manière à être accepté et utilisé en pratique quotidienne. Il doit être simple d'utilisation, mais cependant ne pas être simpliste et perdre de son informativité, ce qui serait contre-productif. Un tel courrier pourrait aussi par la suite être adapté pour les urgences adultes.

2. Méthode

Contexte :

Cette étude a été réalisée à l'Hôpital Femme-Mère-Enfant (HFME), en région lyonnaise. Elle a été développée en lien entre des médecins généralistes, pédiatres libéraux et médecins de SOS médecins locaux et des professionnels exerçant au service des urgences de l'HFME. Ces professionnels incluaient des IOA, des médecins titulaires et contractuels ainsi que des internes en médecine.

A l'HFME ⁽⁸⁾ (figure 1) : Les enfants adressés ou non, sont d'abord accueillis et triés par l'Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA). Celle-ci effectue une évaluation immédiate de la gravité de l'enfant à l'aide d'un outil validé, le Quick Look (QL) (annexe 1). Les enfants sont alors triés grâce à une échelle de tri. En fonction de chaque niveau de gravité, un délai maximal de prise en charge de l'enfant doit être respecté (annexe 2).

Une réponse écrite est adressée à chaque médecin adressant un patient en application des recommandations ⁽¹⁰⁾.

Travail pré-Delphi :

Notre étude s'est appuyée sur un précédent travail ayant proposé un premier modèle de courrier standardisé ⁽⁸⁾. Une étape préliminaire a consisté en la mise en forme de ce courrier de manière à le rendre plus intelligible (annexes 3 et 4). En tenant compte des commentaires relatifs au précédent travail adressés lors de la soutenance de thèse et d'une revue de la littérature, le courrier a été simplifié pour le rendre plus pratique au quotidien. Nous l'avons ensuite soumis à un panel test de 12 professionnels « adressants » : 6 médecins généralistes dont 1 faisant partie de SOS médecins, 5 pédiatres libéraux, et 1 pédiatre attaché. Les remarques ont été collectées par questionnaires (annexe 5) et ont permis d'affiner le modèle de courrier proposé. Par ailleurs, la stratégie d'utilisation d'un courrier standardisé d'adressage aux urgences pédiatriques a été évaluée sur les caractéristiques suivantes : acceptabilité (évaluée en utilisant une traduction-rétroversion de l'Acceptability of Intervention Measure ; AIM), pertinence (évaluée en utilisant une traduction-rétroversion de Intervention Appropriateness Measure ; IAM) et faisabilité (évaluée en utilisant une traduction-rétroversion du Feasibility of Intervention Measure ; FIM) ^(22,23) (annexe 5).

Les participants devaient répondre à une affirmation selon une échelle de Likert de 1 à 5 (Échelle de réponse : 1 = Complètement en désaccord, 2 = En désaccord, 3 = Ni d'accord ni en désaccord, 4 = D'accord, 5 = Entièrement d'accord).

Les résultats quantitatifs ont été analysés via des statistiques descriptives et les principales remarques ont été prises en compte pour la création de la méthode Delphi. Elles ont servi de base à notre réflexion sur le courrier d'adressage.

Méthode Delphi :

Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique, basée sur une méthode Delphi. Elle a eu lieu de juillet 2020 à novembre 2020.

La méthode Delphi est une démarche validée pour forcer l'obtention d'un consensus entre un groupe de personnes ⁽²⁴⁾. Elle consiste à composer un groupe de personnes et leur soumettre des affirmations. Ils doivent pour chaque affirmation "coter" leur degré d'accord sur une échelle de Likert de 1 à 9 (de 1="Pas du tout d'accord" à 9="Tout à fait d'accord"). A chaque tour, les affirmations qui font consensus sont conservées (note médiane ≥ 7 et $\leq 30\%$ des scores individuels compris entre 1 et 3) ⁽²⁴⁾. Celles qui ne font pas consensus sont modifiées en fonction des remarques libres du groupe. D'autres peuvent être ajoutées si elles font l'objet de plusieurs remarques de la part des participants.

A chaque ronde, le questionnaire est rempli via l'outil internet sécurisé Claroline Connect ⁽²⁵⁾.

Ce travail s'est basé sur un travail préalable développé dans le cadre des urgences adultes pour créer notre groupe Delphi et nos propositions ⁽²⁶⁾. Ces dernières ont aussi été élaborées à partir d'une revue de la littérature et des pratiques de service.

Notre groupe était composé de 36 participants : libéraux et hospitaliers à part égale (en assumant un rôle égal de ces deux groupes dans la prise en charge du patient). Au sein des hospitaliers, nous avons 50% d'IDE de tri (IAO) soit 9 personnes et 50% de médecins soit 9 personnes (3 assistants, 4 Praticiens Hospitaliers et 2 internes). En effet, nous souhaitons que toutes les professions intervenant dans le parcours de

soin du patient soient intégrées dans la réflexion de groupe. Dans la partie libérale du groupe, la représentation était proportionnelle aux 3 principales catégories d'adressants selon les chiffres de la précédente thèse, à savoir 13 Médecins généralistes, 3 Pédiatres libéraux et 2 SOS médecins ⁽⁸⁾.

Le premier round de Delphi a duré 2 mois pour des raisons pratiques, le second a duré 1 mois.

Une fiche de synthèse des réponses était envoyée à chaque participant au round suivant, reprenant les résultats du round précédent.

La liste des propositions aux différents rounds peut être retrouvée en annexe 6. Le premier round comportait 35 propositions initiales.

L'étude a fait l'objet d'un avis favorable émis par le Collège Universitaire de Médecine Générale (CUMG) de l'Université Claude Bernard Lyon 1.

3. Résultats

Phase pré-Delphi :

La moyenne d'âge des participants était de 49 ans, le groupe était composé de six hommes et six femmes.

La moyenne d'années d'exercice était de 20 ans. Tous les généralistes avaient une formation ou expérience antérieure en pédiatrie (DU-DIU en pédiatrie, travail antérieur dans une structure de pédiatrie, semestre d'internat en pédiatrie, ...).

La moyenne d'acceptabilité d'un courrier standardisé d'adressage aux urgences pédiatriques était de 3,54/5 pour les médecins généralistes, et de 3,65/5 pour les pédiatres libéraux, avec un total sur le groupe de 3,63/5 (72,50%).

La moyenne de la pertinence était de 3,50/5 pour les médecins généralistes, et de 3,35/5 pour les pédiatres libéraux, avec un total sur le groupe de 3,50/5 (70,00%).

La moyenne de la faisabilité était de 3,54/5 pour les médecins généralistes, et de 3,65/5 pour les pédiatres libéraux, avec un total sur le groupe de 3,67/5 (73,33%).

Sur les trois indicateurs, la moyenne était donc de 3,60/5 soit 71,94% en faveur de l'utilisation d'un courrier standardisé d'adressage aux urgences pédiatriques.

Données socio démographiques du groupe Delphi (annexe 7) :

Un professionnel de santé (médecin généraliste) a été perdu de vue dès le début de l'étude. Par conséquent, les données socio-démographiques sont présentées pour 35 participants.

Le groupe était composé de 12 Médecins Généralistes, trois Pédiatres libéraux, deux Médecin de SOS médecins, deux internes (un généraliste et un urgentiste), neuf IOA, quatre Pédiatres hospitaliers, trois Assistants pédiatres hospitaliers.

La moyenne d'âge était de 41,66 années, (max : 72 ; min : 25 ; Médiane : 39).

Il y avait 13 hommes et 22 femmes (37,14% vs 62,86%).

La moyenne d'années d'exercice était de 14,2 années (max : 43 ; min : 1 ; médiane : 12)

Huit généralistes (57%) avaient une formation antérieure en pédiatrie (semestre, DU, FMC), 6 n'en avaient pas (43%). Le pourcentage de patientèle pédiatrique pour les généralistes était en moyenne de 21,69% (max : 40%, min : 10%, médiane : 20%).

Round 1 (tableau 1 – annexe 8) :

Trente-quatre participants sur 36 ont répondu au premier round (soit 94%).

Trente-trois propositions sur 35 ont fait consensus. Deux n'ont pas été validées :

- La proposition « Il serait utile de pouvoir adresser le courrier par mail directement au tri de l'accueil des urgences. » a obtenu une médiane de 6.5 dont 29.41% des réponses étaient comprises entre 1 et 3 et 50% (des réponses) entre 7 et 9. Les remarques soulevées contre cette proposition étaient le manque de temps infirmier et de poste dédié pour relever régulièrement cette messagerie (quatre participants). Apparaissait également un souci de confidentialité lié à l'absence de messagerie sécurisée (trois participants) et une possible réticence des parents avec sentiment de mise à l'écart (deux participants).

- La proposition « Mode de vie (handicap, garde alternée, mode de garde). » a obtenu une médiane de 6, dont 8.82% des réponses étaient comprises entre 1 et 3 et 44.12% (des réponses) entre 7 et 9. Les principales remarques expliquant les obstacles à cette proposition sont que certaines informations sont peu utiles comme le mode de garde par exemple (six participants), qu'il fallait aussi faire figurer les problématiques psychosociales (deux participants) et que le handicap appartenait plutôt à la partie « antécédents » (deux participants).

- D'autres remarques ont été relevées dans le groupe, à savoir :

- Inclure le statut vaccinal sur le courrier (deux personnes).

- Mettre des champs libres pour laisser l'adressant s'exprimer plus librement (deux personnes).

Round 2 (tableau 1 – annexe 9) :

Le nombre de participants était de 34 sur les 36 participants attendus (soit 94% du panel initial).

Toutes les propositions formulées ont fait consensus.

La première proposition a particulièrement fait débat : « 1.1. Il serait utile de pouvoir adresser le courrier par mail, directement au tri de l'accueil des urgences si ces éléments sont réunis :

- Le représentant légal donne son accord pour la transmission du courrier par mail

- L'adressant et le receveur disposent d'une messagerie sécurisée

- Un temps dédié est prévu spécifiquement sur le poste infirmier/accueil pour la consultation des mails
- Par précaution, il est remis au patient un exemplaire papier du courrier, en cas de non-réception du mail (problème informatique)

La Médiane était de 7 ; 8 réponses entre 1 et 3 (23.53%), 22 réponses entre 7 et 9 (64.71%).

Les principales remarques concernant cette proposition sont :

L'utilisation éventuelle du logiciel SISRA (deux participants).

Le double emploi entre le mail et le courrier papier (trois participants).

La perte de temps à la fois du côté adressants (une personne), ainsi que du côté IOA (trois personnes).

Une remarque a été fréquemment évoquée dans le groupe, à savoir inclure un champ libre si le statut vaccinal n'est pas à jour (cinq personnes).

4. Discussion

Nous avons donc pu obtenir un consensus au sein d'un groupe de professionnels intervenant dans la prise en soin des patients adressés aux urgences pédiatriques quant aux caractéristiques d'un courrier d'adressage aux urgences pédiatriques, autant sur le fond que sur la forme.

Deux propositions ont fait l'objet de reformulations et d'autres ont émergé du premier round. Au bout du deuxième round, un consensus était acquis.

L'étude pré-Delphi nous a permis de mieux préparer le groupe Delphi et le courrier final. De plus, cette étude a obtenu des bons résultats sur les questionnaires d'acceptabilité (AIM), pertinence (IAM) et faisabilité (FIM). Cela conforte l'idée que l'utilisation d'un courrier standardisé, créé selon les conclusions du groupe Delphi est une solution adaptée aux besoins des professionnels de santé.

Nous avons donc créé ce courrier pour qu'il puisse être utilisé au quotidien lors de l'adressage d'un patient aux urgences pédiatriques de l'HFME (annexe 10). Malgré ces données et l'établissement d'un consensus sur les éléments clés d'un courrier d'adressage aux urgences pédiatriques, de nouveaux travaux seront nécessaires pour rendre ce courrier disponible au plus grand nombre de médecins (adressants). Un élément primordial reste la diffusion et l'implémentation de cet outil en pratique courante. Les avis émis soulevaient la possibilité d'intégrer ce courrier standardisé aux logiciels métiers. Néanmoins un effet réel sur la modification du parcours de soins du patient reste à démontrer par des études d'implémentation et d'efficacité.

Certains items sur lesquels un consensus a été obtenu ne faisaient pas l'unanimité, notamment les deux concernant le courrier standardisé, avec des médianes de 7 et des notes ≤ 3 respectivement à 11.76% et 5.88%.

De même, l'évocation d'une hypothèse diagnostique sur le courrier avait une médiane de 7 et un score ≤ 3 à 17,65%. En effet, bien que le *diagnosis momentum* (effet « tunnelisant ») soit évoqué dans la proposition, plusieurs personnes ont mis en garde quant aux risques que cela peut avoir ⁽²⁷⁾.

Cette étude présente pour principale limite le choix des seuils de consensus. Bien que la méthode soit validée scientifiquement, le choix des seuils reste débattu. Notre choix de fixer les seuils à 7 de médiane et 30% de notes entre 1 et 3 diminue la spécificité de la méthode au profit de sa sensibilité, favorisant ainsi l'émergence d'un consensus.

Cette décision se justifie par le fait que notre étude ne visait pas à développer une intervention en santé qui entraînerait un risque pour la personne humaine et qu'il n'était donc pas nécessaire de faire preuve d'un surcroît de sécurité.

Par ailleurs, nous avons perdu de vue un participant ce qui déséquilibre les effectifs définis a priori entre les différents profils professionnels inclus. Néanmoins, la force des consensus obtenus permet de considérer que l'influence d'un unique expert ne modifie que peu la validité des résultats.

De plus, tous les détails du courrier n'ont pas pu être discutés de manière exhaustive. Certains choix ont dû être faits quant à la mise en page du courrier et la présentation de certaines données, tirés des réponses du Delphi, mais non soumis en particulier au groupe.

Conclusions :

En conclusion, nous avons défini, via une méthode Delphi, les caractéristiques et éléments pertinents d'un courrier d'adressage aux urgences pédiatriques. Ce travail a permis la création d'un courrier consensuel standardisé d'adressage aux urgences pédiatriques, de manière à améliorer la communication en santé. D'autres études seront nécessaires pour le diffuser de manière plus générale et évaluer l'impact de ce nouveau courrier sur les critères de qualité, ainsi que sur la prise en charge des patients.

5. Bibliographie (article)

1. Tobin-Schnittger P, O'Doherty J, O'Connor R, O'Regan A. Improving quality of referral letters from primary to secondary care: a literature review and discussion paper. *Prim Health Care Res Dev*. may 2018;19(3):211-22.
2. Dinsdale E, Hannigan A, O'Connor R, O'Doherty J, Glynn L, Casey M, et al. Communication between primary and secondary care: deficits and danger. *Fam Pract*. 19th febr 2020;37(1):63-8.
3. Nash E, Hespe C, Chalkley D. A retrospective audit of referral letter quality from general practice to an inner-city emergency department: Audit of General Practitioner Referrals. *Emerg Med Australas*. june 2016;28(3):313-8.
4. Orimadegun AE, Akinbami FO, Akinsola AK, Okereke JO. Contents of Referral Letters to the Children Emergency Unit of a Teaching Hospital, Southwest of Nigeria. *Pediatr Emerg Care*. march 2008;24(3):153-6.
5. Newton J, Eccles M, Hutchinson A. Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain? *BMJ*. 28th march 1992;304(6830):821-4.
6. 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. *Sante Publique (Bucur)*. 4 oct 2013 ; Vol. 25(4) : 441-51.
7. Wählberg H, Valle PC, Malm S, Broderstad AR. Impact of referral templates on the quality of referrals from primary to secondary care : a cluster randomised trial. *BMC Health Serv Res*. 29th august 2015;15(1):353.
8. Noailly Charny P-A. Recours aux urgences pédiatriques par des professionnels de santé: analyse des courriers et du devenir de l'enfant [Internet]. [France] : Claude Bernard Lyon 1 ; 2018. Disponible sur: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwihypPe2-PpAhUhZyUKHRrMCIAQFjAAegQIBRAB&url=http%3A%2F%2Fbibnum.univ-lyon1.fr%2Fnuxeo%2Fnxfile%2Fdefault%2Fd40f6b1b-4b23-45da-8d65-1384fedd8d39%2Fblobholder%3A0%2FTHm_2018_NOAILLY_CHARNY_Pierre_Amael.pdf%3Fmime%3Dapplication%2Fpdf&usq=AOvVaw2CuzuFmpjInppf9g_BRmPE
9. Chacour Bahous M, Shadmi E. Health information exchange and information gaps in referrals to a pediatric emergency department. *Int J Med Inf*. 1st march 2016; 87: 68-74.

10. Forrest CB, Glade GB, Baker AE, Bocian A, Schrader S von, Starfield B. Coordination of Specialty Referrals and Physician Satisfaction With Referral Care. Arch Pediatr Adolesc Med. 1st may 2000;154(5):499-506.
11. Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication [Internet]. [France] : Paris Descartes ; 2016. Disponible sur : <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwih0N2pi9fpAhVJOhoKHcJhD8YQFjAAegQIBhAB&url=https%3A%2F%2Fdumas.ccsd.cnrs.fr%2Fdocument&usg=AOvVaw0L7Z8pWSXI7PXt7CPpDqR9>
12. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. CMAJ Can Med Assoc J. 30th august 2005 ;173(5) :510-5.
13. FitzGerald RJ. Medication errors: the importance of an accurate drug history. Br J Clin Pharmacol. June 2009;67(6):671-5.
14. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA. 28th february 2007 ;297(8) : 831-41.
15. Tattersall MHN, Butow PN, Brown JE, Thompson JF. Improving doctors' letters. Med J Aust. 2002;177(9):516-20.
16. Scottish intercollegiate guidelines network. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Report on a recommended referral document. 1998. (SIGN Publication number 31). 1998 [Internet]. Disponible sur: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUK4MjOkovpAhVL9IUkHZKBCVQQFjAAegQIARAB&url=http%3A%2F%2Fwww.qihub.scot.nhs.uk%2Fmedia%2F667233%2Fsign%252031%2520-%2520report%2520on%2520a%2520recommended%2520referral%2520document.pdf&usg=AOvVaw3l399qRrw4pXtq_8oBmyl4
17. Dossier de liaison d'urgence (DLU) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 2 juin 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu
18. Chang A-CKW. Évaluation qualitative d'un courrier standardisé d'admission à l'hôpital. 2009.

19. Guillaume CHAUVOT, Boris RANCHOU. Création d'une fiche de liaison gériatrique d'urgence. La Revue de Gériatrie. janv 2018 ; 43 : 13-21.
20. Fernandez A, Benito J, Mintegi S. Is this child sick ? Usefulness of the Pediatric Assessment Triangle in emergency settings. J Pediatr (Rio J). 1st nov 2017 ; 93 : 60-7.
21. Jayashree M, Singhi SC. Initial Assessment and Triage in ER. Indian J Pediatr. 1st sept 2011;78(9):1100-8.
22. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. Adm Policy Ment Health. march 2011;38(2):65.
23. Weiner BJ, Lewis CC, Stanick C, Powell BJ, Dorsey CN, Clary AS, et al. Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. Implement Sci. 29th august 2017;12(1):108.
24. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer [Internet]. déc 2011 [cité 9 mai 2020] ; 99. Disponible sur : <https://orbi.uliege.be/handle/2268/101916>
25. Claroline Connect - Université Lyon1 [Internet]. [cité 19 oct 2020]. Disponible sur : <https://clarolineconnect.univ-lyon1.fr/>
26. Senger C, Bouton R. Critères de qualité du courrier d'admission d'un patient adressé aux urgences de l'hôpital de Sallanches par un médecin généraliste : obtention d'un consensus par méthode Delphi® [Internet]. Université de Grenoble ; 2018. Disponible sur : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUK Ewj0keS6movpAhUBzoUKHZPWDaoQFjAAegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fdumas.ccsd.cnrs.fr%2Fdumas-01899613%2Fdocument&usq=AOvVaw3Oil7yu6_JNCCJOL1TZRHE
27. Park DB, Dobson JV, Losek JD. All that wheezes is not asthma: cognitive bias in pediatric emergency medical decision making. Pediatr Emerg Care. february 2014 ; 30(2) : 104-7.

III. Etude complémentaire en Post-Delphi

Introduction :

Suite au deuxième round de Delphi et à la création du courrier d'adressage, nous avons soumis ce dernier au groupe. Nous souhaitons évaluer l'implémentation de ce courrier en particulier.

Méthode :

Les questionnaires utilisés étaient les mêmes que pour la phase pré-Delphi à savoir : questionnaires d'acceptabilité (AIM), pertinence (IAM) et faisabilité (FIM) à l'aide d'outils validés (33,34) (Annexe 5). Les participants devaient répondre à des affirmations selon une échelle de Likert de 1 à 5 (Échelle de réponse : 1 = Complètement en désaccord, 2 = En désaccord, 3 = Ni d'accord ni en désaccord, 4 = D'accord, 5 = Entièrement d'accord).

De plus, il a été demandé aux adressants quel logiciel métier ils utilisaient à leur cabinet de manière à cibler celui majoritaire pour y intégrer le courrier-type.

Résultats :

Vingt-trois personnes ont répondu au questionnaire post-Delphi (soit 64% du panel).

Neuf étaient des adressants (39.13%) et 14 étaient des receveurs (60.87%).

La moyenne d'acceptabilité du courrier était de : 4,29/5 (85,88%).

La moyenne de pertinence du courrier était de : 4,33/5 (86,64%).

La moyenne de faisabilité du courrier était de : 4,24/5 (84,86%).

Soit un total sur les trois indicateurs de : 4,29/5 (85,79%)

Concernant les logiciels médicaux utilisés par les adressants : WEDA® est arrivé en tête avec 3 utilisateurs, puis Axisanté® (notamment infansoft®) avec 2 utilisateurs. Ensuite, ont été cités : Chorus®, Lomaco®, Mmsanté®, Medistory®, Hellodoc®, Dr Santé®, Crossway® et Mon docteur®.

Discussion :

Nous avons donc constaté que le courrier avait des meilleurs scores d'acceptabilité, pertinence et faisabilité en post-Delphi. Ceci peut s'expliquer de différentes façons :

- Du fait des perdus de vue, le groupe a été déséquilibré en faveur des receveurs (60 vs 40%). Il est donc possible que ces résultats soient surestimés de par une meilleure acceptabilité du courrier par les urgentistes. De plus, nous avons vu lors du premier questionnaire que les pédiatres avaient des scores d'acceptabilité plus importants que les généralistes. Etant plus familiarisés avec les outils d'évaluation, avec l'adressage, avec la gestion des patients pédiatriques, il semble possible qu'ils soient plus favorables à ce type de courriers.

- En outre, il peut s'être installé un biais cognitif au sein du groupe lié à un effet du pied-dans-la-porte (également appelé 'phénomène du premier pas'). En effet, des experts ayant déjà accepté de travailler sur le développement de ce projet (en participant au groupe Delphi) ont pu être ainsi engagés dans cette démarche et accepter plus facilement son utilisation.

IV. Discussion Générale

Nous avons pu obtenir un **consensus** au sein d'un groupe de professionnels intervenant dans la prise en soin des patients adressés aux urgences pédiatriques quant aux caractéristiques d'un courrier standardisé d'adressage aux urgences pédiatriques, autant sur le fond que sur la forme.

Deux propositions ont fait l'objet de reformulations et d'autres ont émergé du premier round. Au bout du deuxième round, un consensus était acquis.

Nous avons créé ce courrier pour qu'il puisse être utilisé au quotidien lors de l'adressage d'un patient aux urgences pédiatriques de l'HFME (annexe 10).

L'étude pré-Delphi a été une étape préliminaire permettant l'amélioration de la qualité du processus de développement de cet outil. De plus, le principe du courrier standardisé, de même que le courrier développé, ont obtenu de bons résultats sur les questionnaires d'acceptabilité (AIM), pertinence (IAM) et faisabilité (FIM) en pré et post Delphi. Cela conforte l'idée que l'utilisation d'un courrier standardisé, créé selon les conclusions du groupe Delphi peut être une solution adaptée aux besoins des professionnels de santé. Malgré ces données et l'établissement d'un consensus sur les éléments clés d'un courrier d'adressage aux urgences pédiatriques, un élément primordial reste la diffusion et l'implémentation de cet outil en pratique courante. Notre revue de la littérature n'a pas retrouvé d'article relatant de la mise en place d'un tel courrier en pratique courante. Par conséquent, l'utilisation future de ce courrier par les professionnels de santé adressants reste incertaine. Il se peut qu'il se heurte à une réticence d'utilisation. Dans son rapport « Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux », la HAS dit que « Des difficultés à modifier le comportement des praticiens ont été rapportées : processus d'adressage pouvant devenir ritualisé et difficile à changer » (35). Cependant, les résultats obtenus lors de notre étude sont encourageants et supposent une bonne acceptation de ce courrier en pratique courante.

Un prérequis pour que le courrier soit utilisé est sa mise à disposition des professionnels. **Plusieurs vecteurs de diffusion ont ainsi été envisagés :**

- Nous sommes en train de mettre le courrier type à disposition sur le site web des urgences de l'HFME. Ainsi, tout médecin qui se rendra sur la page web du service pour obtenir des informations ou les coordonnées du service aura accès au courrier en téléchargement.

- Pour rendre le remplissage et l'utilisation du courrier plus facile, nous avons créé une version PDF à compléter sur ordinateur. Cela répond à un besoin exprimé dans le groupe Delphi à savoir : « Il serait utile de faire une version PDF du courrier éditable sur ordinateur (dactylographié) ». Cette version est également en cours de mise en place sur le site web des urgences de l'HFME pour être téléchargeable.

- Concernant la proposition : « Il est indispensable que le courrier puisse être intégré et généré automatiquement par le logiciel médical de l'adressant. » ; nous avons créé un courrier-type sur WEDA, un logiciel métier. En effet, lors de notre questionnaire post-Delphi, il est sorti en tête des logiciels utilisés par les adressants du groupe. Nous avons par conséquent intégré le courrier dans ce logiciel pour qu'il soit disponible à tous ses utilisateurs. De cette manière, tout utilisateur WEDA peut trouver et utiliser le courrier-type, qui sera prérempli en fonction des informations déjà inscrites dans son observation médicale, et dans le dossier patient (antécédents, vaccinations, ...). [Chemin : Paramètres > Recherche de documents type partagés > « Courrier Urgences Pédiatriques (HFME-L. La Fata) »]

D'autres pistes de diffusion plus large sont à mettre en place dans le cadre de futurs travaux, à savoir :

- L'intégration sur d'autres logiciels métiers, pour que les professionnels y aient accès directement et que le courrier soit prérempli par leur observation.

- Une diffusion systématique par courrier ou mail à tous les médecins généralistes, pédiatres et SOS médecins de la zone de l'HFME (Bron, Lyon).

- Une diffusion à des groupes de médecins (comme le Groupement des Pédiatres du Lyonnais (GPL), le collège universitaire de médecine générale (CUMG), les MSU généralistes ambulatoires, ...). Une diffusion aux internes via leurs syndicats est aussi envisageable (SYREL IMG, SAIHL).

- Une sensibilisation des internes qui passent dans ce service à l'utilisation du courrier pour la réception et l'adressage d'un patient aux urgences pédiatriques.

- Une diffusion internet sur le site pediasanté.net
- La possibilité de renvoyer systématiquement ce courrier-type en pièce jointe de la réponse au médecin adressant un enfant.

Comme nous l'avons vu, la proposition concernant l'utilisation d'un **mail** pour transmettre le courrier d'adressage a fait consensus, mais était très débattue. De plus, une revue de la littérature met en garde contre les dangers du courriel et propose des recommandations quant à son écriture (36). Une des options pour résoudre les problèmes soulevés serait d'utiliser une messagerie sécurisée type SISRA. Ceci permettrait une confidentialité totale et une sécurité quant à la réception des mails. Cependant, il faudrait une bonne acceptation de cet outil par les médecins adressants et les IOA.

Cette étude présente pour principale limite le choix des seuils de consensus. Bien que la méthode soit validée scientifiquement, le choix des seuils reste débattu. Notre choix de fixer les seuils à 7 de médiane et 30% de notes entre 1 et 3 diminue la spécificité de la méthode au profit de sa sensibilité, favorisant ainsi l'émergence d'un consensus. Cette décision se justifie par le fait que notre étude ne visait pas à développer une intervention en santé qui entraînerait un risque pour la personne humaine et qu'il n'était donc pas nécessaire de faire preuve d'un surcroît de sécurité. Par ailleurs, nous avons perdu de vue un participant ce qui déséquilibre les effectifs définis a priori entre les différents profils professionnels inclus. Néanmoins, la force des consensus obtenus permet de considérer que l'influence d'un unique expert ne modifie que peu la validité des résultats.

De plus, tous les détails du courrier n'ont pas pu être discutés de manière exhaustive. Certains choix ont dû être faits quant à la mise en page du courrier et la présentation de certaines données, tirés des réponses du Delphi, mais non soumis en particulier au groupe.

Certains items sur lesquels un consensus a été obtenu ne faisaient pas l'unanimité, notamment les deux concernant le courrier standardisé :

- Un courrier standardisé permet de ne pas oublier d'élément clé.
- Un courrier standardisé permet de transmettre efficacement l'information désirée.

Les médianes étaient de 7 et des notes ≤ 3 respectivement à 11.76% et 5.88%.

De même, **l'évocation d'une hypothèse diagnostique** sur le courrier avait une médiane de 7 et un score ≤ 3 à 17,65%. En effet, bien que le *diagnosis momentum* (effet « tunnelisant ») soit évoqué dans la proposition, plusieurs personnes ont mis en garde quant aux risques que cela peut avoir. Dans le contexte de l'urgence, il s'agit d'un des biais les plus prégnants. En effet, l'acceptation prématurée du diagnostic est le plus prévalent des biais cognitifs diagnostiques (jusqu'à 90%) (37,38). L'effet tunnel se rapproche du « *Framing Effet* », qui consiste en une tendance à s'enfermer dans un diagnostic erroné de par la façon dont le problème est exposé, perçu ou en fonction des antécédents, du contexte clinique, des diagnostics précédents et d'autres facteurs contextuels (37) (on citera en exemple le fait de passer à côté d'un diagnostic de maladie de Crohn devant des diarrhées et douleurs abdominales chez un patient qui a des antécédents de trouble de la personnalité et de boulimie et ainsi l'étiqueter TFI). L'« *Anchoring Effect* » est un biais cognitif qui entraîne les individus à se reposer trop fortement sur la première information qu'ils reçoivent pour prendre des décisions ultérieures, indépendamment des données qui peuvent être présentées par la suite. Selon une revue de la littérature, il pourrait être associé à des inexactitudes de diagnostic ou une gestion sous-optimale des patients (38).

Aux urgences pédiatriques, certains articles prouvent que les raccourcis mentaux, pris en période de forte densité de décision et d'incertitude, peuvent entraîner des erreurs de diagnostic et un préjudice pour le patient (« tout ce qui siffle n'est pas de l'asthme ») (39).

Il y a par conséquent un risque que l'outil puisse également avoir un effet délétère sur la décision du médecin. Cependant, émettre un diagnostic peut aider l'IOA lors du tri. (Par exemple : le tri est différent s'il est écrit « syndrome méningé » ou « céphalées fébriles »). Or cette lettre de liaison s'adresse aussi et surtout aux IOA. Si l'on considère que le courrier est surtout à destination de l'IOA, le problème ne se pose pas pour elle car il n'est pas de son ressort de poser un diagnostic, mais seulement d'évaluer la gravité de la situation. Concernant la gravité, le Quick-look prime toujours sur le reste, par conséquent, l'évocation diagnostique pourrait seulement faire « sur-trier » l'enfant dans un niveau de gravité supérieur.

Un effet réel sur la modification du parcours de soins du patient reste à démontrer par l'implémentation de l'outil en pratique courante, ainsi que par des études sur la transmission d'information et sur la prise en charge du patient (entre autres sur la morbi-mortalité ou l'impact médico-économique). Une étude rétrospective pédiatrique sur une durée de 4 ans n'a pas retrouvé d'impact statistiquement significatif d'un manque d'information dans les courriers d'adressage sur le devenir des patients (40). Ces conclusions restent à vérifier par des études avec un meilleur niveau de preuve.

Ce courrier a aussi vocation à servir à la **régulation médicale** de nouveaux patients par le médecin régulateur des urgences (appel téléphonique). Il pourra remplir cette fiche et la donner à l'IOA pour qu'elle ait en sa possession toutes les informations nécessaires à l'accueil du patient et ainsi transmettre efficacement les données.

Il est de même envisageable de l'adapter aux **urgences adultes** via d'autres études plus spécifiques à la population adulte, comme certains auteurs l'ont déjà fait (23,28,29,32).

V. Conclusions



Nom, prénom du candidat : LA FATA Lucas

CONCLUSIONS

En conclusion, nous avons identifié, via une méthode Delphi, les caractéristiques et éléments pertinents d'un courrier d'adressage aux urgences pédiatriques. Un consensus était acquis au bout du deuxième round.

Ce travail a permis la création d'un courrier consensuel standardisé d'adressage aux urgences pédiatriques qui avait pour objectif d'améliorer la communication en santé.

Il pourra être utilisé au quotidien lors de l'adressage d'un patient aux urgences pédiatriques de l'HFME, ainsi que lors de la régulation de nouveaux patients par le médecin régulateur des urgences.

Ce courrier a obtenu de bons résultats sur les questionnaires d'acceptabilité (AIM), pertinence (IAM) et faisabilité (FIM) en pré et post-Delphi. Ceci conforte l'idée que l'utilisation d'un courrier standardisé, créé selon les conclusions du groupe Delphi est une solution adaptée aux besoins des professionnels de santé et que l'outil développé répond à un besoin des acteurs de terrain. Il est donc attendu que son implémentation puisse être efficace auprès des professionnels concernés.

Plusieurs vecteurs de diffusion ont été envisagés et mis en œuvre, de manière à ce que le courrier d'adressage soit disponible et utilisé en pratique courante. De même, d'autres pistes de diffusion plus large seront à mettre en place dans le futur.

D'autres travaux seront aussi nécessaires pour démontrer un effet réel sur les critères dits de « qualité » des courriers ainsi que sur la modification du parcours de soins du patient, via des études d'implémentation et d'efficacité.

Le Président de jury,

Gillet Yves

Signature



VU,

Le Doyen de la Faculté de Médecine

et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux

Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 19/05/2021

VI. Bibliographie

1. Tobin-Schnittger P, O'Doherty J, O'Connor R, O'Regan A. Improving quality of referral letters from primary to secondary care: a literature review and discussion paper. *Prim Health Care Res Dev.* May 2018;19(3):211-22.
2. Kouabia Tzebia C. Analyse de la qualité de la lettre du médecin adressant un patient aux urgences adultes du CHU de Rouen [Internet]. Université de Rouen; 2015. Disponible sur: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj41tDPI4vpAhVMUxoKHV5iAMoQFjAAegQIAhAB&url=https%3A%2F%2Fdumas.ccsd.cnrs.fr%2Fdumas-01230202%2Fdocument&usg=AOvVaw3fqvJxUx-BVYqcJLVbQu1X>
3. Dinsdale E, Hannigan A, O'Connor R, O'Doherty J, Glynn L, Casey M, et al. Communication between primary and secondary care: deficits and danger. *Fam Pract.* 19th febr 2020;37(1):63-8.
4. Forrest CB, Glade GB, Baker AE, Bocian A, Schrader S von, Starfield B. Coordination of Specialty Referrals and Physician Satisfaction With Referral Care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1st may 2000;154(5):499-506.
5. Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication [Internet]. [France]: Paris Descartes; 2016. Disponible sur: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwih0N2pi9fpAhVJOhoKHcJhD8YQFjAAegQIBhAB&url=https%3A%2F%2Fdumas.ccsd.cnrs.fr%2Fdumas-01347479%2Fdocument&usg=AOvVaw0L7Z8pWSXI7PXt7CPpDqR9>
6. Nash E, Hespe C, Chalkley D. A retrospective audit of referral letter quality from general practice to an inner-city emergency department: Audit of General Practitioner Referrals. *Emerg Med Australas.* june 2016;28(3):313-8.
7. Orimadegun AE, Akinbami FO, Akinsola AK, Okereke JO. Contents of Referral Letters to the Children Emergency Unit of a Teaching Hospital, Southwest of Nigeria. *Pediatr Emerg Care.* march 2008;24(3):153-6.
8. Newton J, Eccles M, Hutchinson A. Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain? *BMJ.* 28th march 1992;304(6830):821-4.
9. 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. *Sante Publique (Bucur).* 4 oct 2013;Vol. 25(4):441-51.
10. Wählberg H, Valle PC, Malm S, Broderstad AR. Impact of referral templates on the quality of referrals from primary to secondary care: a cluster randomised trial. *BMC Health Serv Res.* 29th august 2015;15(1):353.

11. Noailly Charny P-A. Recours aux urgences pédiatriques par des professionnels de santé : analyse des courriers et du devenir de l'enfant [Internet]. [France]: Claude Bernard Lyon 1; 2018. Disponible sur: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwihypPe2-PpAhUhZyUKHRrMCIAQFjAAegQIBRAB&url=http%3A%2F%2Fbibnum.univ-lyon1.fr%2Fnuxeo%2Fnxfile%2Fdefault%2Fd40f6b1b-4b23-45da-8d65-1384fedd8d39%2Fblobholder%3A0%2FTHm_2018_NOAILLY_CHARNY_Pierre_Amael.pdf%3Fmimetype%3Dapplication%2Fpdf&usg=AOvVaw2CuzuFmpjInppf9g_BRmPE
12. Chacour Bahous M, Shadmi E. Health information exchange and information gaps in referrals to a pediatric emergency department. *Int J Med Inf.* 1st march 2016;87:68-74.
13. Chauvière G. ÉTUDE DESCRIPTIVE ET PROSPECTIVE DES INFORMATIONS CONTENUES DANS LES COURRIERS DES MÉDECINS ADRESSANT DES PATIENTS AUX URGENCES [Internet]. UNIVERSITÉ DE LIMOGES; 2013. Disponible sur: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiQntuHjNfpAhUJzYUKHSdyAlgQFjABegQIAhAB&url=https%3A%2F%2Ffaure.unilim.fr%2Ftheses%2Fnxfile%2Fdefault%2F73ec5e09-8693-438b-9b13-423697a0f0aa%2Fblobholder%3A0%2FM20133128.pdf&usg=AOvVaw3PQyeN Pw9di8mwZIX1flhp>
14. Navarro CM, Miranda I a. N, Onofre MA, Sposto MR. Referral letters in oral medicine: standard versus non-standard letters. *Int J Oral Maxillofac Surg.* oct 2002;31(5):537-43.
15. Haeusler IL, Sajan M, Parrish A. Mind the message: Referral letter quality at a South African medical outpatient department. *South Afr Med J Suid-Afr Tydskr Vir Geneesk.* 29 apr 2020;110(5):396-9.
16. O'Malley AS, Reschovsky JD. Referral and Consultation Communication Between Primary Care and Specialist Physicians: Finding Common Ground. *Arch Intern Med* [Internet]. 10 janv 2011 [cité 4 mars 2021];171(1). Disponible sur: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinternmed.2010.480>
17. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ Can Med Assoc J.* 30th august 2005;173(5):510-5.
18. FitzGerald RJ. Medication errors: the importance of an accurate drug history. *Br J Clin Pharmacol.* June 2009;67(6):671-5.
19. Taylor S, Welch S, Harding A, Abbott L, Riyat B, Morrow M, et al. Accuracy of general practitioner medication histories for patients presenting to the emergency department. *Aust Fam Physician.* oct 2014;43(10):728.

20. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 28th febr 2007;297(8):831-41.
21. Tattersall MHN, Butow PN, Brown JE, Thompson JF. Improving doctors' letters. *Med J Aust*. 2002;177(9):516-20.
22. Scottish intercollegiate guidelines network. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Report on a recommended referral document. 1998. (SIGN Publication number 31). 1998 [Internet]. Disponible sur: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj-4MjOkovpAhVL9IUkHZKBCVQQFjAAegQIARAB&url=http%3A%2F%2Fwww.qi.hub.scot.nhs.uk%2Fmedia%2F667233%2Fsign%252031%2520-%2520report%2520on%2520a%2520recommended%2520referral%2520document.pdf&usg=AOvVaw3l399qRrw4pXtq_8oBmyl4
23. Lettre de liaison : adressage des patients - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse [Internet]. [cité 2 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.chu-toulouse.fr/-lettre-de-liaison-adressage-des-patients->
24. Dossier de liaison d'urgence (DLU) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 2 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu
25. Chang A-CKW. Évaluation qualitative d'un courrier standardisé d'admission à l'hôpital. 2009.
26. Ramanayake RPJC. Structured Printed Referral Letter (Form Letter); Saves Time and Improves Communication. *J Fam Med Prim Care*. 2013;2(2):145-8.
27. The College of Family Physicians of Canada, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Guide to Enhancing Referrals and Consultations between Physician [Internet]. 2009. Disponible sur: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjTzbz-IZfvAhVIBGMBHcTCAQgQFjAAegQIARAD&url=https%3A%2F%2Fwww.royalcollege.ca%2Frcsite%2Fdocuments%2Fhealth-policy%2Freferrals-consultation-guide-e.pdf&usg=AOvVaw35er_JF17BLcJ-uZQBivT2
28. Guillaume CHAUVOT, Boris RANCHOU. Création d'une fiche de liaison gériatrique d'urgence. *La Revue de Gériatrie*. janv 2018;43:13-21.
29. Ninive C. L'adressage des personnes âgées aux urgences ou en gériatrie par leur médecin généraliste: analyse des critères nécessaires à la pertinence des lettres selon une étude qualitative et création d'un outil pratique [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2016.

30. Fernandez A, Benito J, Mintegi S. Is this child sick? Usefulness of the Pediatric Assessment Triangle in emergency settings. *J Pediatr (Rio J)*. 1st nov 2017;93:60-7.
31. Jayashree M, Singhi SC. Initial Assessment and Triage in ER. *Indian J Pediatr*. 1st sept 2011;78(9):1100-8.
32. Senger C, Bouton R. Critères de qualité du courrier d'admission d'un patient adressé aux urgences de l'hôpital de Sallanches par un médecin généraliste: obtention d'un consensus par méthode Delphi® [Internet]. Université de Grenoble; 2018. Disponible sur: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj0keS6movpAhUBzoUKHZPWDaoQFjAAegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fdumas.ccsd.cnrs.fr%2Fdumas-01899613%2Fdocument&usg=AOvVaw3Oil7yu6_JNCCJOL1TZRHE
33. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Adm Policy Ment Health*. March 2011;38(2):65.
34. Weiner BJ, Lewis CC, Stanick C, Powell BJ, Dorsey CN, Clary AS, et al. Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. *Implement Sci*. 29th august 2017;12(1):108.
35. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration
36. Malka ST, Kessler CS, Abraham J, Emmet TW, Wilbur L. Professional e-mail communication among health care providers: proposing evidence-based guidelines. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. jan 2015;90(1):25-9.
37. Scott IA. Errors in clinical reasoning: causes and remedial strategies. *BMJ*. 8th June 2009;338:b1860.
38. Saposnik G, Redelmeier D, Ruff CC, Tobler PN. Cognitive biases associated with medical decisions: a systematic review. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. 3rd nov 2016 [cité 24 févr 2021];16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5093937/>
39. Park DB, Dobson JV, Losek JD. All that wheezes is not asthma: cognitive bias in pediatric emergency medical decision making. *Pediatr Emerg Care*. febr 2014;30(2):104-7.

40. Beamon BD, Cortright LM, Pawlowski CB, Vasquez-Rios V, Tumin D. Communication Between Primary Care Pediatricians and the Pediatric Emergency Department. *Pediatr Emerg Care*. Febr 2021;37(2):92-5.

Tableau 1. Résultats qui ont fait consensus au cours du Delphi.

Item	Médiane	Nombre d'experts ayant répondu	Réponses comprises entre 1 et 3 (%)	Atteinte du consensus
1.1. Le courrier rédigé par l'adressant à l'attention du service des urgences est utile à la prise en charge du patient (notamment pour l'infirmière de tri et le médecin receveur).	9	34	0 (0.00%)	Round 1
1.2. Il est préférable d'utiliser un courrier spécifique à la pédiatrie (étant donné l'évaluation et la prise en charge spécifique des enfants).	7.5	34	2 (5.88%)	Round 1
2.1. Un courrier standardisé permet de ne pas oublier d'élément clé.	8	34	2 (5.88%)	Round 1
2.2. Un courrier standardisé permet de transmettre efficacement l'information désirée.	7	34	2 (5.88%)	Round 1
2.3 Un courrier standardisé – avec la possibilité de joindre une liste générée automatiquement des traitements et antécédents - est adapté pour adresser un patient d'âge pédiatrique aux urgences.	7	34	4 (11.76%)	Round 1
2.4. (QUESTION SPECIFIQUE ADRESSANTS) Il est indispensable que le courrier puisse être intégré et généré automatiquement par le logiciel médical de l'adressant.	8	20	3 (15,00%)	Round 1
2.5. (QUESTION SPECIFIQUE ADRESSANTS) Il serait utile de faire une version PDF du courrier éditable sur ordinateur (dactylographié).	7.5	20	1 (5.00%)	Round 1
3.1. Identité du médecin adressant (avec numéro de téléphone/adresse).	9	34	0 (0.00%)	Round 1
3.2 Identité du médecin traitant ou référent (si différent du médecin adressant).	9	34	0 (0.00%)	Round 1
3.3 Identité du patient (nom, prénom, date de naissance).	9	34	0 (0.00%)	Round 1
3.4. Age du patient.	9	34	0 (0.00%)	Round 1
3.5. Date de la consultation.	9	34	0 (0.00%)	Round 1
3.6. Motif d'adressage.	9	34	0 (0.00%)	Round 1

3.7. Antécédents en lien avec le motif d'adressage (et les plus significatifs ; sauf si liste générée automatiquement jointe).	9	34	0 (0.00%)	Round 1
3.8. Allergies si présentes et significatives.	9	34	0 (0.00%)	Round 1
3.9 Liste des traitements habituels (avec posologie et modifications récentes) (Possibilité de liste générée automatiquement jointe)	9	34	0 (0.00%)	Round 1
3.10. Anamnèse (Histoire de la maladie)	9	34	0 (0.00%)	Round 1
3.12. Formule de politesse en début et fin de courrier.	7	34	5 (14.71%)	Round 1
4.1. Les critères de Gravité sont des éléments qui doivent apparaître dans le courrier (La gravité du patient perçue et évaluée par l'adressant doit être précisée pour l'infirmière de tri, même si elle sera systématiquement réévaluée dès l'arrivée aux urgences.)	9	34	0 (0.00%)	Round 1
4.2. Utiliser un outil résumant les critères de gravité permet de transmettre efficacement l'information.	8	34	2 (5.88%)	Round 1
4.3. En pédiatrie. Le « Quick-Look » ou « Pediatric Assessment Triangle » (incluant l'aspect/neuro. La respiration, la coloration/signes cardiaques) est un outil pertinent pour faire cette transmission d'information.	9	33	1 (3.03%)	Round 1
4.4. Examen clinique (centré sur le motif d'adressage, les signes cliniques anormaux et les signes négatifs)	9	34	0 (0.00%)	Round 1
4.5. Paramètres vitaux (fréquence cardiaque + respiratoire + saturation en O2 (si possible et nécessaire). Poids, température)	9	34	0 (0.00%)	Round 1
4.6. En cas de douleur aiguë. Les informations concernant l'évaluation de la douleur doivent être mentionnées (ex: EVA/ FLACC)	9	34	2 (5.88%)	Round 1
4.7. Bilan biologique (en totalité) (+ BU et Dextro si en lien avec la pathologie + CRP capillaire si disponible)	8.5	34	3 (8.82%)	Round 1
4.8. Radiographies/Imageries (jointes au format papier).	9	34	3 (8.82%)	Round 1

4.9. Traitements débutés par l'adressant/PEC pré-hospitalière.	9	33	0 (0.00%)	Round 1
4.10. Besoins/demande de l'adressant (clairs et concis selon une liste proposée avec un champ libre).	9	34	1 (2.94%)	Round 1
5.1. Il est préférable d'évoquer un diagnostic (mais il faut faire preuve de prudence et tenir compte du risque d'un effet tunnelisant).	7	34	6 (17.65%)	Round 1
5.2. Une annexe incluant les constantes pédiatriques de référence est souhaitable pour faciliter l'utilisation de l'outil.	7.5	32	4 (12.5%)	Round 1
5.3. Une annexe incluant le N° de téléphone du Médecin superviseur du SAU (Ligne réservée aux médecins) est souhaitable.	8	32	5 (15.63%)	Round 1
5.4. L'appel téléphonique de l'adressant prévenant de l'envoi de son patient aux urgences doit être réalisé uniquement dans certaines situations (superviseur disponible à tout moment) : - Doute sur l'orientation - Situation rendant délicate la formulation écrite (suspicion de maltraitance. Instabilité psychiatrique. ...)	8	34	4 (11.76%)	Round 1
5.5 L'adressant peut faire figurer son ressenti (« mauvais pressentiment », modification de l'état habituel du patient...) sur le courrier.	8	33	4 (12.12%)	Round 1
1.1. Il serait utile de pouvoir adresser le courrier par mail, directement au tri de l'accueil des urgences si ces éléments sont réunis : - Le représentant légal donne son accord pour la transmission du courrier par mail - L'adressant et le receveur disposent d'une messagerie sécurisée - Un temps dédié est prévu spécifiquement sur le poste infirmier/accueil pour la consultation des mails - Que, par précaution, il est remis au patient un exemplaire papier du courrier, en cas de non-réception du mail (problème informatique)	7	34	8 (23.53%)	Round 2
2.1.1. Il serait utile de faire figurer sur le courrier le statut vaccinal (à jour ou non) du patient.	7	34	7 (20.59%)	Round 2

2.1.2. Cette donnée pourrait être présentée par une proposition de type oui/non. Ex : « Vaccins à jour : + / - »	7	34	4 (11.76%)	Round 2
2.2.1. Il serait utile de faire figurer sur le courrier des données psycho-sociales concernant le patient si elles sont utiles à sa prise en charge (situations psychologiques ou sociales particulières ou complexes).	8	34	1 (2.94%)	Round 2
2.2.2. Cette donnée pourrait être incluse dans les antécédents si elle est pertinente.	8.5	34	3 (8.82%)	Round 2
2.3. Si présent et pertinent, un handicap doit être signifié dans les antécédents.	9	34	0 (0.00%)	Round 2

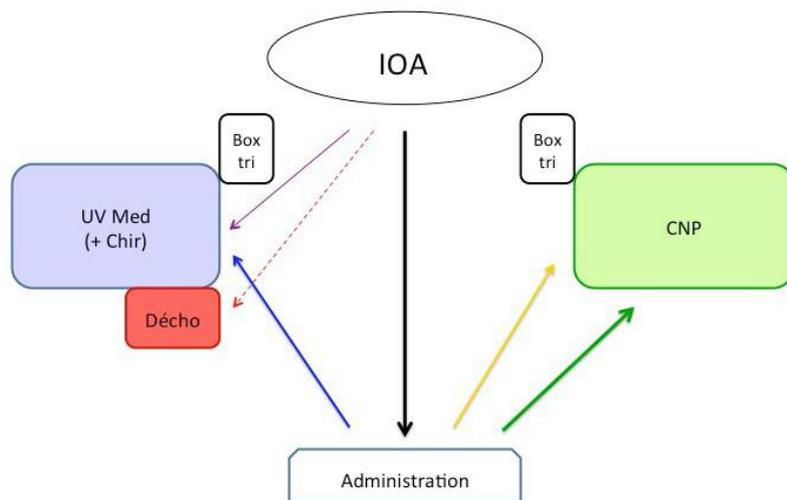


Figure 1 : Parcours patient aux urgences pédiatriques de l'HFME

(Présentation orale Dr LAUNAY Journées Inter Méditerranéennes de Pédiatrie, Alger 2017)

VII. Annexes

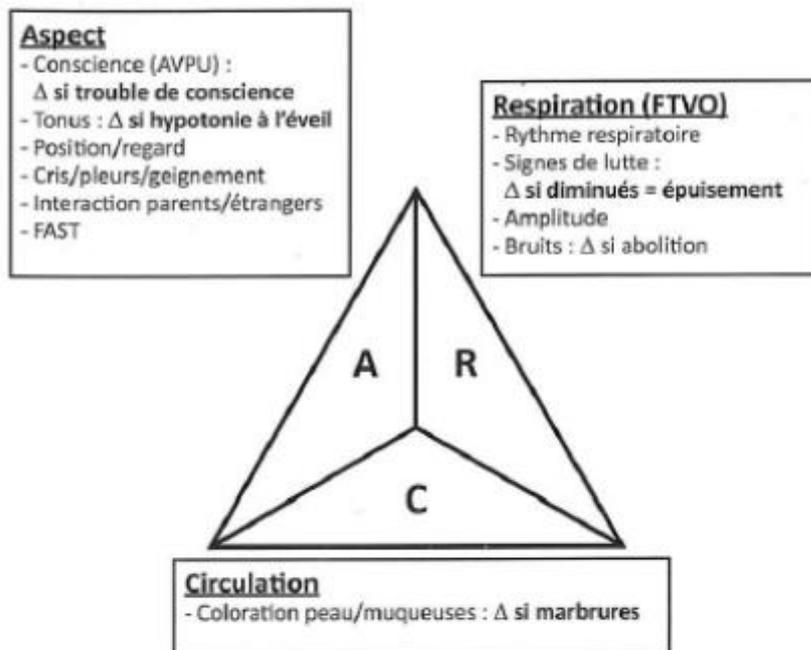
Annexe 1 : Quick look (triangle d'évaluation pédiatrique)



Hospices Civils de Lyon

QUICK LOOK

Triangle d'évaluation pédiatrique : 1^{re} impression



Δ Insuffisance respiratoire et/ou circulatoire compensée/décompensée

Si: Retentissement neurologique

Cyanose/désaturation

→ IR/IC décompensée → Décho

Tachycardie/bradycardie extrême, hypotension

Annexe 2 : Echelle de tri

ECHELLE DE TRI URGENCES PEDIATRIQUES

A chaque niveau de tri correspond le délai de prise en charge médicale optimale

*Evaluation immédiate par Quick look (état neurologique, respiration, coloration)
puis FC, SaO₂, T°, EVA, Poids systématique +/- FR, TA sauf niveau I*

NIVEAU I : IMMEDIAT = DECHOCAGE/REANIMATION

Détresse vitale sur Quick Look

Pas de prises de constantes au tri installation au déchocage

NIVEAU II : TRES URGENT < 15 minutes

Quick look anormal FC et/ou FR et/ou Sao2 anormal,

EVA ≥ 7 malgré antalgique

Situation instable ou à haut risque = traitement rapide indispensable

Accompagnement aux UV et avis immédiat du sénior

Bébé fébrile < à 1 mois (t°>38)

NIVEAU III : URGENT < 1 heure

Quick look normal mais FC et/ou FR et/ou Sao2 anormaux ou

EVA 5-7 malgré antalgique

Situation urgente, réévaluation à 1 h en salle d'attente par IDE

Bébé fébrile 1 mois-3 mois (t°>38)

NIVEAU IV : NON URGENT < 2 heures

Quick look et constantes normales

Etat stable, adressé par MT (Lettre ou tel), Bébé < 3 mois

Réévaluation à 2 h en salle d'attente

NIVEAU V : NON URGENT > 2 heures

Etat stable, 1 examen complémentaire possible

INTERDIT : bébé < 3 mois et maladies chroniques en niveau V

20/11/2015
M. Gougne, V. Launay
Groupe de travail tri

Annexe 3 : Courrier de thèse de NOAILLY-CHARNY :

A l'attention des urgences pédiatriques, le / /
 Merci de recevoir l'enfant né le / / Dr habituel: Dr

❖ **MOTIF(S) de CONSULTATION** (Propositions au verso si besoin) :

<i>Antécédents</i> : Maladie chronique : - + laquelle :	Dr référent :
Acct(s) significatif(s) : - + le(s)quels :	
<i>Si enfant <3mois</i> : Terme: SA Poids naissance: g APGAR : / /	
Fact de risque IMF : - + le(s)quel :	
Complication néonatale : - + laquelle :	
<i>Traitement habituel</i> : - + le(s)quels :	

❖ **HDM**: Contage : + - Qui ? familial/ collectivité
 Retour de voyage < 1mois : + - Pays :

Début symptomatologie :

Symptômes :

❖ **CLINIQUE** : (Compléter le recto ou entourer les constantes correspondantes au verso)

Aspect :		Respiration : (après lavage de nez)
- Conscience (AVPU) :		- Fréquence Respi : /min
- Tonus : normal / hypotonie		- Signes de lutte : + -
- Geignements / pleurs / cris		- Amplitude thoracique : normale / diminuée
- Interaction : + -		- Saturation : %

Cardiaque
- Coloration peau/muqueuse : normale / pale cyanosée
- Marbrures: +
- TRC: s FC : /min
- Pouls périphériques : + -
- Hépatomégalie : + -

A l'examen :	ORL :
Auscultation card/resp :	Cutané :
Neuro :	Etat d'hydratation :
Abdo/OGE :	
Autres éléments :	
-T° : °C Tolérance : + - Poids : kg (si perte de poids :..... %)	
-PA : mmHg ECG :	
-BU : + - Leuco : Nitr : Prot : Cet : Sang :	
-Dextro: Cétonémie :	
Résultats : Bio du / / :	Imagerie du / / :
Traitement mis en route :	

❖ **HYPOTHESE(S) DIAGNOSTIQUE(S)** :

❖ **BESOIN en URGENCE** :

avis pédiatrique ou surspécialisé / examen complémentaire / thérapeutique / aide sociale / hospitalisation

Bien confraternellement,

tampon/ligne joignable

MOTIFS DE CONSULTATION :

Anaphylaxie	Céphalées Convulsions Corps étranger	Déficit neuro Décompensation maladie chronique Diarrhées Douleur abdo Douleur thoracique	Eruption	Fièvre
Gêne respiratoire	Malaise	Pleurs	Traumatisme crânien Troubles comportement TS ou IMV	Vomissements

CONSTANTES DE L'ENFANT

❖ *Fréquence CARDIAQUE selon l'âge*

Age/Grade	Valeurs normales						
	I	II	III	IV/V	III	II	I
0-3 mois	<60	60-90	90-120	120-180	180-205	205-230	>230
3-6 mois	<50	50-90	90-100	100-160	160-180	180-210	>210
6-12 mois	<40	40-60	60-80	80-140	140-160	160-180	>180
1-3 ans	<40	40-60	60-75	75-130	130-145	145-165	>165
6 ans	<40	40-55	55-70	70-110	110-125	125-140	>140
10 ans	<30	30-45	45-60	60-90	90-105	105-120	>120

NB : La T° augmente la FC de 20bpm par degré supplémentaire

❖ *Fréquence RESPIRATOIRE selon l'âge*

Age/Grade	Valeurs normales						
	I	II	III	IV/V	III	II	I
0-3 mois	<10	10-20	20-30	30-60	60-70	70-80	>80
3-6 mois	<10	10-20	20-30	30-60	60-70	70-80	>80
6-12 mois	<10	10-17	17-25	25-45	45-55	55-60	>60
1-3 ans	<10	10-15	15-20	20-30	30-35	35-40	>40
6 ans	<8	8-12	12-16	16-24	24-28	28-32	>32
10 ans	<8	8-10	10-14	14-20	20-24	24-26	>26

❖ *Evaluation CONSCIENCE : Score AVPU*

A	Alert	Conscient	Conscience de l'environnement.
V	Verbal	Parole	Réponse aux commandes verbales.
P	Pain	Douleur	Réaction aux stimuli douloureux.
U	Unresponsive	Sans réponse	Pas de réaction aux stimuli douloureux.

❖ *Limite inférieure de la Pression Artérielle Systolique*

Age	Mm Hg
1jour-1 semaine	60
1semaine-1 mois	65
1mois-1 an	70
1-10 ans	70 + 2 x âge (années)
>10 ans	90

➤ *SUPPORTS PEDAGOGIQUES en pédiatrie :*



Courlygones.net
Réseau-Ville-Hôpital



PEDIA SANTE
RESEAU VILLE HÔPITAL

➤ *Médecin superviseur du SAU de l'HFME (24h/24h) : 04 27 85 56 43*

MOTIFS DE CONSULTATION :				
Anaphylaxie	Céphalées Convulsions Corps étranger ingéré	Déficit neuro Décompensation maladie chronique Diarrhées Douleur abdo Douleur thoracique	Eruption	Fièvre
Gêne respiratoire	Malaise	Pleurs	Traumatisme crânien Troubles comportement TS ou IMV	Vomissements

CONSTANTES DE L'ENFANT

❖ Fréquence CARDIAQUE selon l'âge

Age/Grade	Valeurs normales						
	I	II	III	IV/V	III	II	I
0-3mois	<60	60-90	90-120	120-180	180-205	205-230	>230
3-6mois	<50	50-90	90-100	100-160	160-180	180-210	>210
6-12mois	<40	40-60	60-80	80-140	140-160	160-180	>180
1-3ans	<40	40-60	60-75	75-130	130-145	145-165	>165
6ans	<40	40-55	55-70	70-110	110-125	125-140	>140
10ans	<30	30-45	45-60	60-90	90-105	105-120	>120

NB : La T° augmente la FC de 20bpm par degré supplémentaire

❖ Fréquence RESPIRATOIRE selon l'âge

Age/Grade	Valeurs normales						
	I	II	III	IV/V	III	II	I
0-3mois	<10	10-20	20-30	30-60	60-70	70-80	>80
3-6mois	<10	10-20	20-30	30-60	60-70	70-80	>80
6-12mois	<10	10-17	17-25	25-45	45-55	55-60	>60
1-3ans	<10	10-15	15-20	20-30	30-35	35-40	>40
6ans	<8	8-12	12-16	16-24	24-28	28-32	>32
10ans	<8	8-10	10-14	14-20	20-24	24-26	>26

❖ Evaluation CONSCIENCE : Score AVPU

A	Alert	Conscient	Conscience de l'environnement.
V	Verbal	Parole	Réponse aux commandes verbales.
P	Pain	Douleur	Réaction aux stimuli douloureux.
U	Unresponsive	Sans réponse	Pas de réaction aux stimuli douloureux.

❖ Limite inférieure de la Pression Artérielle Systolique

Age	Mm Hg
1jour-1semaine	60
1semaine-1mois	65
1mois-1an	70
1-10ans	70 + 2 x âge (années)
>10ans	90

➤ SUPPORTS PEDAGOGIQUES en pédiatrie :



➤ Médecin superviseur du SAU de l'HFME (9h-18H): 04 27 85 56 43 (Ligne réservée aux médecins)

Annexe 5 : Questionnaire pré-Delphi :

0. Recueil des données socio-démographiques

- 1) Profession : Médecin généraliste en libéral, Médecin généraliste SOS médecins, Pédiatre en libéral, Autre.
- 2) Age.
- 3) Sexe.
- 4) Nombre d'années d'exercice.
- 5) Pour les généralistes : formation antérieure en pédiatrie ? (DU-DIU en pédiatrie, travail antérieur dans une structure de pédiatrie, semestre d'internat en pédiatrie,...)

Questionnaires d'acceptabilité, pertinence et faisabilité :

Échelle de réponse : 1 = Complètement en désaccord, 2 = En désaccord, 3 = Ni d'accord ni en désaccord, 4 = D'accord, 5 = Entièrement d'accord

I. Acceptabilité de la mesure d'intervention (AIM) :

- 1) J'approuve ce courrier standardisé.
- 2) Ce courrier standardisé me semble attrayant.
- 3) J'apprécie ce courrier standardisé.
- 4) Je considère ce courrier bienvenu.
- 5) Remarques éventuelles concernant l'acceptabilité.

II. Mesure de pertinence de l'intervention (IAM) :

- 1) Ce courrier semble approprié.
- 2) Ce courrier semble adapté à la situation.
- 3) Ce courrier semble applicable.
- 4) Ce courrier est adéquat.
- 5) Remarques éventuelles concernant la pertinence de ce courrier.

III. Faisabilité de la mesure d'intervention (FIM)

- 1) Ce courrier me semble possible à mettre en application.
- 2) Utiliser ce courrier semble possible.
- 3) Remplir ce courrier semble faisable.
- 4) Ce courrier semble facile d'utilisation.
- 5) Remarques éventuelles concernant la faisabilité/praticité de ce courrier.

IV. Remarques (positives ou négatives) concernant les différentes parties du courrier :

- 1) La Partie QUICK LOOK/signes de gravité.
- 2) La partie Motif/antécédents/histoire.
- 3) La partie examen.
- 4) La partie résultats/traitements/hypothèse/besoins.

V. Remarques libres concernant le courrier (freins à l'utilisation, points forts, ...) non évoqués précédemment.

Annexe 6 : Propositions du round 1 :

1. Généralités

1.1. Le courrier rédigé par l'adressant à l'attention du service des urgences est utile à la prise en charge du patient (notamment pour l'infirmière de tri et le médecin receveur).

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

1.1 Champ libre:

1.2. Il est préférable d'utiliser un courrier spécifique à la pédiatrie (étant donné l'évaluation et la prise en charge spécifique des enfants).

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

1.2. Champ Libre:

2. MISE EN FORME :

2.1. Un courrier standardisé permet de ne pas oublier d'élément clé.

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

2.1. Champ Libre:

2.2. Un courrier standardisé permet de transmettre efficacement l'information désirée.

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

2.2 Champ Libre:

2.3 Un courrier standardisé – avec la possibilité de joindre une liste générée automatiquement des traitements et antécédents - est adapté pour adresser un patient d'âge pédiatrique aux urgences.

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

2.3. Champ Libre:

2.4. (QUESTION SPECIFIQUE ADRESSANTS) Il est indispensable que le courrier puisse être intégré et généré automatiquement par le logiciel médical de l'adressant.

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

2.4 Champ Libre:

2.5. (QUESTION SPECIFIQUE ADRESSANTS) Il serait utile de faire une version PDF du courrier éditable sur ordinateur (dactylographié).

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

2.5 Champ Libre:

2.6. Il serait utile de pouvoir adresser le courrier par mail, directement au tri de l'accueil des urgences.

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

2.6 Champ Libre:

3. CONTENU

Il est pertinent de faire apparaître les éléments suivants dans le courrier:

3.1. Identité du médecin adressant (avec numéro de téléphone/adresse).

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

3.1 Champ Libre:

3.2 Identité du médecin traitant ou référent (si différent du médecin adressant).

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

3.2. Champ Libre

3.3 Identité du patient (nom, prénom, date de naissance).

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

3.3 Champ Libre

3.4. Age du patient.

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

3.4 Champ Libre:

3.5. Date de la consultation.

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

3.5 Champ Libre

3.6. Motif d'adressage.

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

3.6. Champ Libre:

3.7. Antécédents en lien avec le motif d'adressage (et les plus significatifs ; sauf si liste générée automatiquement jointe).

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

3.7. Champ Libre

3.8. Allergies si présentes et significatives

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

3.8 Champ Libre

3.9 Liste des traitements habituels (avec posologie et modifications récentes) (Possibilité de liste générée automatiquement jointe)

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

3.9. Champ Libre

3.10. Anamnèse (Histoire de la maladie)

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

3.10. Champ Libre:

3.11. Mode de vie (handicap, garde alternée, mode de garde).

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

3.11. Champ Libre

3.12. Formule de politesse en début et fin de courrier.

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

3.12. Champ Libre:

4. CLINIQUE / PARACLINIQUE :

4.1. Les critères de Gravité sont des éléments qui doivent apparaître dans le courrier (La gravité du patient perçue et évaluée par l'adressant doit être précisée pour l'infirmière de tri, même si elle sera systématiquement réévaluée dès l'arrivée aux urgences.)

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

4.1. Champ Libre:

4.2. Utiliser un outil résumant les critères de gravité permet de transmettre efficacement l'information.

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

4.2. Champ Libre

4.3. En pédiatrie, le « Quick-Look » ou « Pediatric Assessment Triangle » (incluant l'aspect/neuro, la respiration, la coloration/signes cardiaques) est un outil pertinent pour faire cette transmission d'information.

(Pour plus de précisions, ouvrez les liens. Attention, ouvrez les liens dans un nouvel onglet, ou ils remplaceront cette page)

PAT:

<https://static1.squarespace.com/static/59c1c42518b27d3cf3d0368c/t/59e92df10abd048a88a9e375/1508453876522/Pediatric+Assessment+Triangle.png>

Quick-look: <https://www.zupimages.net/up/20/26/zenp.png>

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

4.3. Champ Libre:

Il est pertinent de faire apparaître les éléments suivants :

4.4. Examen clinique (centré sur le motif d'adressage, les signes cliniques anormaux et les signes négatifs)

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

4.4. Champ Libre:

4.5. Paramètres vitaux (fréquence cardiaque + respiratoire + saturation en O2 (si possible et nécessaire), poids, température)
[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

4.5. Champ Libre

4.6. En cas de douleur aiguë, les informations concernant l'évaluation de la douleur doivent être mentionnées (ex: EVA/ FLACC)
[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

4.6. Champ Libre:

4.7. Bilan biologique (en totalité) (+ BU et Dextro si en lien avec la pathologie + CRP capillaire si disponible)
[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

4.7. Champ Libre:

4.8. Radiographies/Imageries (jointes au format papier).
[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

4.8. Champ Libre:

4.9. Traitements débutés par l'adressant/PEC pré-hospitalière.
[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

4.9. Champ Libre:

4.10. Besoins/demande de l'adressant (clairs et concis selon une liste proposée avec un champ libre).
[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

4.10. Champ Libre:

5. INFORMATIONS UTILES:

5.1. Il est préférable d'évoquer un diagnostic (mais il faut faire preuve de prudence et tenir compte du risque d'un effet tunnelisant).
[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

5.1. Champ Libre:

5.2. Une annexe incluant les constantes pédiatriques de référence est souhaitable pour faciliter l'utilisation de l'outil.
[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

5.2. Champ Libre:

5.3. Une annexe incluant le N° de téléphone du Médecin superviseur du SAU (Ligne réservée aux médecins) est souhaitable.
[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

5.3. Champ Libre:

5.4. L'appel téléphonique de l'adressant prévenant de l'envoi de son patient aux urgences doit être réalisé uniquement dans certaines situations (superviseur disponible à tout moment) :

- Doute sur l'orientation

- Situation rendant délicate la formulation écrite (suspicion de maltraitance, instabilité psychiatrique, ...)

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

5.4. Champ Libre:

5.5 L'adressant peut faire figurer son ressenti (« mauvais pressentiment », modification de l'état habituel du patient...) sur le courrier.
[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

5.5 Champ Libre:

Annexe 6bis : Propositions du round 2 :

1. Mise en forme

1.1. Il serait utile de pouvoir adresser le courrier par mail, directement au tri de l'accueil des urgences si ces éléments sont réunis :

- Le représentant légal donne son accord pour la transmission du courrier par mail
- L'adressant et le receveur disposent d'une messagerie sécurisée
- Un temps dédié est prévu spécifiquement sur le poste infirmier/accueil pour la consultation des mails
- Que, par précaution, il est remis au patient un exemplaire papier du courrier, en cas de non-réception du mail (problème informatique)

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

1.1 Champ libre:

2. Contenu:

2.1.1. Il serait utile de faire figurer sur le courrier le statut vaccinal (à jour ou non) du patient.

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

2.1.1 Champ Libre:

2.1.2. Cette donnée pourrait être présentée par une proposition de type oui/non.

Ex : « Vaccins à jour : + / - »

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

2.1.2 Champ Libre:

2.2.1. Il serait utile de faire figurer sur le courrier des données psycho-sociales concernant le patient si elles sont utiles à sa prise en charge (situations psychologiques ou sociales particulières ou complexes).

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

2.2.1 Champ Libre:

2.2.2. Cette donnée pourrait être incluse dans les antécédents si elle est pertinente.

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

2.2.2 Champ Libre:

2.3. Si présent et pertinent, un handicap doit être signifié dans les antécédents.

[Échelle de réponse entre 1 et 9: 1="Pas du tout d'accord". 9="Tout à fait d'accord".]

2.3 Champ Libre:

Annexe 7 : Données socio-démographiques :

Profession	Age (années)	Sexe	Années de pratique	Formation antérieure en pédiatrie pour les généralistes: Semestre, DU, FMC	Pourcentage de patientèle pédiatrique pour les généralistes
Assistant hospitalier	30	F	2		
Assistant hospitalier	29	F	1		
Assistant hospitalier	31	M	3		
Infirmière d'accueil et d'orientation	27	F	5		
Infirmière d'accueil et d'orientation	36	F	5		
Infirmière d'accueil et d'orientation	31	M	9		
Infirmière d'accueil et d'orientation	42	F	17		
Infirmière d'accueil et d'orientation	28	F	7		
Infirmière d'accueil et d'orientation P	40	F	16		
Infirmière d'accueil et d'orientation P	34	F	12		
Infirmière d'accueil et d'orientation P	26	F	5		
Infirmière d'accueil et d'orientation P	40	F	15		
Interne	25	F	2		
Interne	32	M	2		
Médecin Généraliste	42	M	15	oui	22
Médecin Généraliste	44	M	16	oui	30
Médecin Généraliste	41	F	12	oui	28
Médecin Généraliste	46	M	21	non	19
Médecin Généraliste	61	M	32	oui	
Médecin Généraliste	27	F	1	oui	17,5
Médecin Généraliste	36	M	4	non	10
Médecin Généraliste	58	F	28	non	15
Médecin Généraliste	70	M	43	non	18
Médecin Généraliste	57	M	27	non	22
Médecin Généraliste	48	F	20	oui	23
Médecin Généraliste	45	F	17	oui	17,5
Médecin SOS médecins	39	F	9	oui	20
Médecin SOS médecins	39	M	9	non	40
Pédiatre hospitalier	35	F	7		
Pédiatre hospitalier	61	M	30		
Pédiatre hospitalier	34	F	5		
Pédiatre hospitalier	36	F	8		
Pédiatre libéral	72	M	39		
Pédiatre libéral	57	F	28		
Pédiatre libéral	59	F	25		

Annexe 8 : Résultats du premier round de Delphi.

Item	Médiane	Nombre d'experts ayant répondu	Réponses comprises entre 1 et 3 (%)	Réponses comprises entre 7 et 9 (%)	Atteinte du consensus
1.1. Le courrier rédigé par l'adressant à l'attention du service des urgences est utile à la prise en charge du patient (notamment pour l'infirmière de tri et le médecin receveur).	9	34	0 (0.00%)	33 (97.06%)	oui
1.2. Il est préférable d'utiliser un courrier spécifique à la pédiatrie (étant donné l'évaluation et la prise en charge spécifique des enfants).	7.5	34	2 (5.88%)	24 (70.59%)	oui
2.1. Un courrier standardisé permet de ne pas oublier d'élément clé.	8	34	2 (5.88%)	24 (70.59%)	Oui
2.2. Un courrier standardisé permet de transmettre efficacement l'information désirée.	7	34	2 (5.88%)	26 (76.47%)	Oui
2.3 Un courrier standardisé – avec la possibilité de joindre une liste générée automatiquement des traitements et antécédents - est adapté pour adresser un patient d'âge pédiatrique aux urgences.	7	34	4 (11.76%)	24 (70.59%)	Oui
2.4. (QUESTION SPECIFIQUE ADRESSANTS) Il est indispensable que le courrier puisse être intégré et généré automatiquement par le logiciel médical de l'adressant.	8	20	3 (15,00%)	14 (70,00%)	Oui
2.5. (QUESTION SPECIFIQUE ADRESSANTS) Il serait utile de faire une version PDF du courrier éditable sur ordinateur (dactylographié).	7.5	20	1 (5.00%)	14 (70.00%)	Oui
2.6. Il serait utile de pouvoir adresser le courrier par mail, directement au tri de l'accueil des urgences.	6.5	34	10 (29.41%)	17 (50.00%)	Non
3.1. Identité du médecin adressant (avec numéro de téléphone/adresse).	9	34	0 (0.00%)	32 (94.12%)	Oui
3.2 Identité du médecin traitant ou référent (si différent du médecin adressant).	9	34	0 (0.00%)	28 (82.35%)	Oui
3.3 Identité du patient (nom, prénom, date de naissance).	9	34	0 (0.00%)	34 (100%)	Oui
3.4. Age du patient.	9	34	0 (0.00%)	28 (82.35%)	Oui
3.5. Date de la consultation.	9	34	0 (0.00%)	28 (82.35%)	Oui
3.6. Motif d'adressage.	9	34	0 (0.00%)	34 (100%)	Oui

3.7. Antécédents en lien avec le motif d'adressage (et les plus significatifs ; sauf si liste générée automatiquement jointe).	9	34	0 (0.00%)	33 (97.06%)	Oui
3.8. Allergies si présentes et significatives.	9	34	0 (0.00%)	33 (97.06%)	Oui
3.9 Liste des traitements habituels (avec posologie et modifications récentes) (Possibilité de liste générée automatiquement jointe)	9	34	0 (0.00%)	34 (100%)	Oui
3.10. Anamnèse (Histoire de la maladie)	9	34	0 (0.00%)	31 (91.18%)	Oui
3.11. Mode de vie (handicap, garde alternée, mode de garde).	6	34	3 (8.82%)	15 (44.12%)	Non
3.12. Formule de politesse en début et fin de courrier.	7	34	5 (14.71%)	22 (64.71%)	Oui
4.1. Les critères de Gravité sont des éléments qui doivent apparaître dans le courrier (La gravité du patient perçue et évaluée par l'adressant doit être précisée pour l'infirmière de tri, même si elle sera systématiquement réévaluée dès l'arrivée aux urgences.)	9	34	0 (0.00%)	33 (97.06%)	Oui
4.2. Utiliser un outil résumant les critères de gravité permet de transmettre efficacement l'information.	8	34	2 (5.88%)	24 (79.41%)	Oui
4.3. En pédiatrie. Le « Quick-Look » ou « Pediatric Assessment Triangle » (incluant l'aspect/neuro. La respiration, la coloration/signes cardiaques) est un outil pertinent pour faire cette transmission d'information.	9	33	1 (3.03%)	29 (87.88%)	Oui
4.4. Examen clinique (centré sur le motif d'adressage, les signes cliniques anormaux et les signes négatifs)	9	34	0 (0.00%)	32 (94.12%)	Oui
4.5. Paramètres vitaux (fréquence cardiaque + respiratoire + saturation en O2 (si possible et nécessaire). Poids, température)	9	34	0 (0.00%)	29 (85.29%)	Oui
4.6. En cas de douleur aiguë. Les informations concernant l'évaluation de la douleur doivent être mentionnées (ex: EVA/ FLACC)	9	34	2 (5.88%)	23 (67.65%)	Oui
4.7. Bilan biologique (en totalité) (+ BU et Dextro si en lien avec la pathologie + CRP capillaire si disponible)	8.5	34	3 (8.82%)	27 (79.41%)	Oui

4.8. Radiographies/Imageries (jointes au format papier).	9	34	3 (8.82%)	27,79.41%)	Oui
4.9. Traitements débutés par l'adressant/PEC pré-hospitalière.	9	33	0 (0.00%)	30 (90.91%)	Oui
4.10. Besoins/demande de l'adressant (clairs et concis selon une liste proposée avec un champ libre).	9	34	1 (2.94%)	26 (76.47%)	Oui
5.1. Il est préférable d'évoquer un diagnostic (mais il faut faire preuve de prudence et tenir compte du risque d'un effet tunnelisant).	7	34	6 (17.65%)	19 (55.88%)	Oui
5.2. Une annexe incluant les constantes pédiatriques de référence est souhaitable pour faciliter l'utilisation de l'outil.	7.5	32	4 (12.5%)	22 (68.75%)	Oui
5.3. Une annexe incluant le N° de téléphone du Médecin superviseur du SAU (Ligne réservée aux médecins) est souhaitable.	8	32	5 (15.63%)	20 (62.50%)	Oui
5.4. L'appel téléphonique de l'adressant prévenant de l'envoi de son patient aux urgences doit être réalisé uniquement dans certaines situations (superviseur disponible à tout moment) : - Doute sur l'orientation - Situation rendant délicate la formulation écrite (suspicion de maltraitance. Instabilité psychiatrique. ...)	8	34	4 (11.76%)	23 (67.65%)	Oui
5.5 L'adressant peut faire figurer son ressenti (« mauvais pressentiment », modification de l'état habituel du patient...) sur le courrier.	8	33	4 (12.12%)	24 (72.73%)	Oui

Annexe 9 : Résultats du deuxième round de Delphi.

Item	Médiane	Nombre d'experts ayant répondu	Réponses comprises entre 1 et 3 (%)	Réponses comprises entre 7 et 9 (%)	Atteinte du consensus
1.1. Il serait utile de pouvoir adresser le courrier par mail, directement au tri de l'accueil des urgences si ces éléments sont réunis : - Le représentant légal donne son accord pour la transmission du courrier par mail - L'adressant et le receveur disposent d'une messagerie sécurisée - Un temps dédié est prévu spécifiquement sur le poste infirmier/accueil pour la consultation des mails - Que, par précaution, il est remis au patient un exemplaire papier du courrier, en cas de non-réception du mail (problème informatique)	7	34	8 (23.53%)	22 (64.71%)	Oui
2.1.1. Il serait utile de faire figurer sur le courrier le statut vaccinal (à jour ou non) du patient.	7	34	7 (20.59%)	18 (52.94%)	Oui
2.1.2. Cette donnée pourrait être présentée par une proposition de type oui/non. Ex : « Vaccins à jour : + / - »	7	34	4 (11.76%)	20 (58.82%)	Oui
2.2.1. Il serait utile de faire figurer sur le courrier des données psycho-sociales concernant le patient si elles sont utiles à sa prise en charge (situations psychologiques ou sociales particulières ou complexes).	8	34	1 (2.94%)	28 (82.35%)	Oui
2.2.2. Cette donnée pourrait être incluse dans les antécédents si elle est pertinente.	8.5	34	3 (8.82%)	28 (82.35%)	Oui
2.3. Si présent et pertinent, un handicap doit être signifié dans les antécédents.	9	34	0 (0.00%)	32 (94.12%)	Oui



Hospices Civils de Lyon

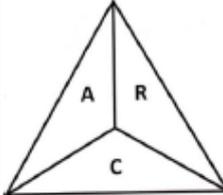
A l'attention des urgences pédiatriques,

Le/...../.....

Merci de recevoir: ♀ / ♂ Né le / / Dr habituel: Dr.....

❖ **MOTIF(S) de CONSULTATION :**

❖ **QUICKLOOK / ARC:** Normal / Anormal (entourer) (Constantes pédiatriques/échelles au verso)

<p style="text-align: center;"><i>Aspect :</i></p> <p>-Conscience (AVPU) :</p> <p>-Tonus : normal / hypotonie</p> <p>-Geignements / pleurs / cris</p> <p>-Interaction : + -</p>		<p style="text-align: center;"><i>Respiration : (après lavage de nez)</i></p> <p>-Fréquence Respiratoire : /min</p> <p>-Signes de lutte : intenses / modérés / absents</p> <p>-Amplitude thoracique : normale / diminuée</p> <p>-Saturation :..... %</p>
<p><i>Circulation :</i></p> <p>- Coloration peau/muqueuses : normale / pale / cyanosée</p> <p>- Marbrures: + - - Purpura : + - (Si + : entourer sur la peau)</p> <p>- TRC :s - FC :...../min - PA :.....mmHg</p> <p>- Pouls périphériques : + - - Hépatomégalie : + -</p>		

❖ **ANTECEDENTS** Allergies, Handicap, Psychosocial :

Traitement habituel :

Vaccins à jour : oui / non . Remarques :

❖ **HISTOIRE ACTUELLE :**

❖ **CLINIQUE :**

-T° :°C -Poids : kg (si perte de poids :%) -EVA/FLACC :

Examen ciblé :

Autres éléments (si pertinents/disponibles) :

-BU : + / - -Dextro :

-ECG :

❖ **RESULTATS d'examens complémentaires :**

❖ **HYPOTHESE(S) DIAGNOSTIQUE(S) :**

❖ **TRAITEMENT MIS EN ROUTE :**

❖ **BESOIN en URGENCE:**

Avis pédiatrique ou surspécialisé Examen complémentaire Aide sociale

Thérapeutique Hospitalisation

Précisions :

Bien Confraternellement,

Tampon, ligne joignable :

CONSTANTES DE L'ENFANT

❖ Fréquence CARDIAQUE selon l'âge

Age/Grade	Valeurs normales						
	I	II	III	IV/V	III	II	I
0-3mois	<60	60-90	90-120	120-180	180-205	205-230	>230
3-6mois	<50	50-90	90-100	100-160	160-180	180-210	>210
6-12mois	<40	40-60	60-80	80-140	140-160	160-180	>180
1-3ans	<40	40-60	60-75	75-130	130-145	145-165	>165
6ans	<40	40-55	55-70	70-110	110-125	125-140	>140
10ans	<30	30-45	45-60	60-90	90-105	105-120	>120

NB : La T° augmente la FC de 20bpm par degré supplémentaire

❖ Fréquence RESPIRATOIRE selon l'âge (après lavage du nez)

Age/Grade	Valeurs normales						
	I	II	III	IV/V	III	II	I
0-3mois	<10	10-20	20-30	30-60	60-70	70-80	>80
3-6mois	<10	10-20	20-30	30-60	60-70	70-80	>80
6-12mois	<10	10-17	17-25	25-45	45-55	55-60	>60
1-3ans	<10	10-15	15-20	20-30	30-35	35-40	>40
6ans	<8	8-12	12-16	16-24	24-28	28-32	>32
10ans	<8	8-10	10-14	14-20	20-24	24-26	>26

❖ Evaluation CONSCIENCE : Score AVPU

A	Alert	Conscient	Conscience de l'environnement.
V	Verbal	Parole	Réponse aux commandes verbales.
P	Pain	Douleur	Réaction aux stimuli douloureux.
U	Unresponsive	Sans réponse	Pas de réaction aux stimuli douloureux.

❖ Limite inférieure de la Pression Artérielle Systolique

Age	Mm Hg
1jour-1semaine	60
1semaine-1mois	65
1mois-1an	70
1-10ans	70 + 2 x âge (années)
>10ans	90

❖ Echelle FLACC (douleur)

	0	1	2
Visage	Pas d'expression particulière ou sourire	Grimace ou froncement occasionnel des sourcils, retrait, désintéressé	Froncements fréquents à permanents des sourcils, mâchoires serrées, tremblement du menton
Jambes	Position habituelle ou détendue	Gêné, agité, tendu	Coups de pieds ou jambes recroquevillées
Activité	Allongé calmement, en position habituelle, bouge facilement	Se tortille, se balance d'avant en arrière, est tendu	Arc-bouté, figé, ou sursaute
Cris	Pas de cris (éveillé ou endormi)	Gémissements ou pleurs, plainte occasionnelle	Pleurs ou cris constants, hurlements ou sanglots, plaintes fréquentes
Consolabilité	Content, détendu	Rassuré occasionnellement par le toucher, l'étreinte ou la parole. Peut être distrait	Difficile à consoler ou à reconforter

➤ Médecin superviseur du SAU de l' HFME (24h/24): 04 27 85 56 43

- Si doute sur l'orientation, ou situation rendant délicate la formulation écrite (suspicion de maltraitance, instabilité psychiatrique, ...)

➤ SUPPORTS PEDAGOGIQUES en pédiatrie : <https://pediasante.net/>



LA FATA LUCAS

Adressage aux urgences pédiatriques : Quels seraient les caractéristiques et éléments pertinents d'un courrier d'adressage aux urgences pédiatriques ? Obtention d'un consensus par méthode Delphi.

Thèse Médecine Générale : Lyon 2021 ; n°154

Résumé : Introduction : Le courrier médical joue un rôle majeur dans la communication entre les professionnels de santé ; particulièrement entre les praticiens en soins primaires et les urgences. Certains éléments pertinents manquent dans les courriers d'adressage entre la ville et l'hôpital, notamment en pédiatrie. **Objectif** : Cette étude a pour but de développer un courrier d'adressage aux urgences pédiatriques, en en définissant les caractéristiques jugées comme nécessaires autant sur le fond que sur la forme via une méthode de consensus Delphi. **Méthode** : Notre groupe Delphi était initialement composé de médecins généralistes (13), pédiatres libéraux (3) et médecins de SOS médecins (2) et de professionnels (9 IDE d'accueil et 9 médecins) exerçant au service des urgences de l'HFME (Hôpital Femme Mère Enfant) à Bron, HCL (Hospices civils de Lyon). **Résultats** : Sur 35 propositions initiales, 33 ont fait consensus au premier round. Six propositions ont été soumises au deuxième round (dont 2 nouvelles et 4 reformulations), et elles ont toutes fait consensus. **Conclusion** : Nous avons pu obtenir un consensus entre des professionnels de soins primaires et des professionnels hospitaliers sur les caractéristiques d'un courrier d'adressage aux urgences pédiatriques. A partir de ce consensus a été élaboré un courrier standardisé qui pourra être utilisé au quotidien lors de l'adressage (ou de la régulation) d'un patient aux urgences pédiatriques de l'HFME. De nouvelles études seront nécessaires pour évaluer l'impact de ce courrier standardisé sur les critères de qualité des courriers de même que son impact sur la prise en charge des patients.

MOTS CLES : communication, lettre, urgences, pédiatrie, formulaire, consensus.

JURY : M. le Président : Pr GILLET Yves	UFR Lyon Est
M. le Professeur ZERBIB Yves	UFR Lyon Est
M. le Professeur FARGE Thierry	UFR Lyon Est
Mme. le Docteur LAUNAY Valérie	HFME
M. le Docteur ECONOMOS Guillaume	UFR Lyon Sud

DATE DE SOUTENANCE : 17/06/2021