

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2010

n° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

NOM : CARTIER

Prénoms : Thomas

Date et Lieu de naissance :

15/10/1983, Chartres (28)

Présentée et soutenue publiquement le : 07 Octobre 2010

LES LETTRES D'ADRESSAGE DES GENERALISTES VERS LES SPECIALISTES :
ANALYSE DE LA LITTERATURE INTERNATIONALE

Président : Professeur Michel NOUGAIREDE

Directeur : Professeur Max BUDOWSKI

DES de MEDECINE GENERALE

Remerciements

A Monsieur le Professeur Michel Nougairède,
Nous vous remercions d'avoir accepté la présidence de cette thèse,
Je vous remercie aussi pour toute la confiance que vous m'avez déjà accordée
dans nos activités communes,
Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

A Messieurs les Professeurs Enrique Casalino et Patrick Yeni,
Vous avez la bienveillance d'accepter de participer au jury de ce travail,
Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Max Budowski,
Tes conseils judicieux et ta souplesse m'ont été particulièrement utiles tout au
long de la rédaction de ce travail,
Et tu m'as appris à être médecin généraliste,
Je suis très sensible à l'honneur que tu me fais en acceptant de juger ce travail,
Je te dois mon éternel respect.

A l'ensemble de l'équipe des médecins de l'IRDES et à Monsieur Julien
Mousquès,
Vous m'avez appris à faire de la recherche, tout simplement,
En cela, je vous dois une éternelle gratitude.

A mes parents,
Je ne mesurerai jamais assez l'ensemble des efforts que vous avez pu faire pour
que je puisse en arriver là,
Je vous en serai éternellement reconnaissant.

A ma sœur,
Je te remercie pour tous les éclats de joie que tu es capable d'apporter.

A mes amis,
Je mesure chaque jour l'inestimable chance de vous compter parmi mes
proches.

A mes amis d'enfance disparus ou perdus de vue,
Votre souvenir sera toujours présent dans ma mémoire.

A George, John, Paul et Ringo,
A David, Eric, Jimi, Jimmy, John et Lou,
A Neil, Bob et Chuck,
A Joe, Paul, Morrissey et Johnny,
A Richey, James Dean, Nicky et Sean,
A tous les musiciens du passé, du présent et du futur,

“Rock’n’roll will never die” – Neil Young, *Hey Hey My My*, 1979

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION.....	8
A.	Les enjeux de la communication entre généralistes et spécialistes.....	8
B.	Les différents types de communication.....	10
C.	Historique.....	12
D.	Le <i>gatekeeping</i>	13
E.	Les lettres d’adressage comme moyen de mesurer la qualité médicale ?.....	16
1.	L’importance du contenu des lettres d’adressage pour le suivi du patient	16
2.	Les différentes méthodes pour évaluer la qualité du contenu médical des lettres d’adressage	17
II.	OBJECTIFS.....	20
A.	Justification	20
B.	Objectif principal.....	21
C.	Objectifs secondaires	21
III.	METHODES.....	22
A.	Revue de la littérature	22
B.	Méthode d’interrogation des bases de données.....	24
1.	MEDLINE (Pubmed) le 20/03/09	25

2.	EMBASE le 20/03/2009	25
3.	PASCAL le 24/03/2009.....	25
4.	BIOSIS le 27/03/2009	26
5.	BDSP (Banque de Données en Santé Publique) le 27/03/2009	26
6.	National Library for Public Health Specialist le 27/03/2009	26
7.	Psycdoc le 27/03/2009.....	26
8.	ISI – Current Contents le 27/03/2009	27
9.	*ISI – Web of Science le 27/03/2009	27
10.	Academic Search Premier le 27/03/2009.....	27
11.	The Cochrane Library le 27/03/2009.....	27
12.	OPENSigle, le 01/04/2009	28
13.	King’s Fund Publications le 01/04/2009	28
14.	University of York – Centre for Health Economics le 01/04/2009	

28

C.	Importation des résultats dans un logiciel de gestion de bibliographie	
		29
D.	Elimination des études liées aux soins dentaires	30
E.	Sélection sur titres	31
F.	Sélection sur résumés	32
G.	Recouvrement des articles en texte intégral	33
H.	Sélection sur texte intégral	34

I. Traitement des données	34
IV. RESULTATS	38
A. Revue de la littérature	38
B. Les critères d'analyse	41
1. Comment déterminer les critères d'analyse ?	42
C. Qualité globale des lettres d'adressage.....	52
D. Comparaison entre pays et systèmes de soins.....	55
E. Comparaison entre spécialistes de destination.....	57
F. Evolution chronologique	59
G. Récapitulatif	61
V. DISCUSSION	62
A. Pertinence de l'analyse	62
1. La mesure de la qualité des lettres d'adressage	62
2. La méthodologie du travail.....	65
B. Un outil de formation initiale et continue	67
VI. CONCLUSION	69
VII. BIBLIOGRAPHIE	70

LISTE DES TABLES

Table 1	38
Table 2	47
Table 3	53
Table 4	60

LISTE DES FIGURES

Figure 1	23
Figure 2	39
Figure 3	43
Figure 4	45
Figure 5	48
Figure 6	50
Figure 7	55
Figure 8	57

I. INTRODUCTION

A. Les enjeux de la communication entre généralistes et spécialistes

Selon la définition énoncée par la WONCA Europe des caractéristiques de la discipline de la médecine générale/médecine de famille, celle-ci est « habituellement le premier contact avec le système de soins » et « elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient »¹. Le travail d'adressage d'un patient par le généraliste vers le spécialiste est ainsi au cœur des tâches de coordination que doit effectuer le médecin de premier recours. La réciproque est également vraie : c'est au généraliste de récupérer et centraliser les informations provenant des autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge d'un patient : hôpital, spécialistes, paramédicaux.

Par ailleurs, toujours selon la définition de la WONCA Europe, la médecine générale « gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient », en « [basant] sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires »¹. Il peut ainsi arriver que son domaine d'intervention soit limité par l'étendue des connaissances théoriques de la discipline (maladies rares par exemple), par l'incapacité technique à exécuter des gestes médicaux (chirurgie par exemple) ou par la

réglementation (médicaments à prescription initiale hospitalière). La démarche d'adressage vers la médecine spécialisée n'est donc pas rare. En France, elle est estimée par plusieurs études :

- En 1994, la Société Française de Médecine Générale estimait que 5 % des consultations de médecine générale se terminaient par un adressage vers la médecine spécialisée, au cours d'une enquête auprès de 750 'généralistes.jours'².
- En 2002, un sondage auprès de 922 médecins généralistes, effectué par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé), retrouvait un taux d'adressage de 5 % à la fin des consultations³.
- En 2008, dans l'enquête ESPS (Enquête Santé et Protection Sociale) avec échantillon représentatif de la population française, les usagers déclaraient qu'au cours de la dernière visite auprès de leur médecin généraliste, ils avaient été adressés vers un médecin spécialiste dans 19,86 % des cas⁴.

B. Les différents types de communication

La communication entre les différents professionnels de santé peut s'effectuer à l'oral ou à l'écrit, de façon retardée ou immédiate.

La communication orale immédiate, dans le cadre de professionnels travaillant ensemble ou dans un même lieu, peut avoir lieu au cours de consultations multidisciplinaires ou lorsqu'un professionnel accompagne son patient chez un autre professionnel. C'est par exemple le cas du médecin réanimateur qui va accompagner son patient fragile à un examen d'imagerie : il pourra alors communiquer toutes les informations importantes en discutant directement avec le radiologue.

Un autre mode important de communication orale immédiate est l'utilisation du téléphone. En médecine générale, il est utilisé dans un tiers des adressages environ, dans le but d'accélérer le rendez-vous dans 25 % des cas et pour discuter de la prise en charge du patient dans 20 % des cas⁵. L'utilisation du téléphone comme moyen de communication peut aussi être médiate, quand, par exemple, le médecin demande à sa secrétaire de prendre rendez-vous pour un patient en lui communiquant les raisons de cet adressage hors du cabinet.

La communication écrite est, elle, le plus souvent, utilisée de façon retardée. Elle peut se faire sous différentes formes. La plus classique reste l'utilisation d'une lettre manuscrite ou imprimée, en texte libre, respectant certaines règles de mise en forme : présence du nom du médecin, du nom du patient, date du

jour, etc. Cette lettre peut être remise au patient, sous enveloppe fermée ou non, qui l'apportera le jour de la consultation au correspondant médical. Elle peut aussi être envoyée par voie postale ou par e-mail, ou dictée à une secrétaire qui l'enverra ensuite au correspondant en question. Dans certains cas, l'adressage prend la forme du remplissage d'un formulaire préétabli en y complétant les informations médicales demandées. C'est notamment le cas quand il s'agit de communications avec des services hospitaliers spécialisés (bons de radiologie) ou avec des institutions (dossiers d'entrée en maison de retraite par exemple). Enfin, l'adressage écrit peut se faire aussi sous forme électronique, par la transmission de messages sécurisés sur des plateformes médicales prévues en ce sens.

La mise en place des dossiers électroniques partagés permet même d'imaginer des formes immédiates de communication écrite, les professionnels en contact pouvant suivre en direct les modifications apportées par leurs collègues sur le dossier d'un patient.

En France, dans le cadre d'un adressage, une lettre est rédigée dans 95 % des cas⁵.

C. Historique

Les premières ébauches d'un processus plus ou moins formalisé d'adressage des patients semblent s'être déroulées en Grande-Bretagne il y a plus de 100 ans⁶. L'admission dans les hôpitaux britanniques de la seconde moitié du 18^{ème} siècle s'établissait sur la foi de lettres de recommandation, en dehors des cas d'urgence. Les riches mécènes, qui étaient alors les seuls financeurs de l'hôpital, y envoyaient leurs protégés ou ayant-droits sur la foi d'un courrier signé à leur nom. Il ne s'agissait donc pas d'un adressage médical et les médecins généralistes n'étaient pas impliqués dans ce processus. A partir du milieu du XIXe siècle, ce système disparut et le nombre de consultations externes dans les hôpitaux explosa, notamment du fait de la Révolution Industrielle. Ces consultations hospitalières étaient gratuites, contrairement à celles des médecins généralistes ambulatoires et étaient, de ce fait, prisées par les membres des classes sociales pauvres, notamment les ouvriers. A la fin du XIXe siècle, la situation devint tellement ingérable à la fois pour les hôpitaux (consultations de 1 à 3 minutes maximum par patient) et pour les généralistes (effondrement des revenus) que la solution d'une lettre d'adressage obligatoire par un médecin généraliste fut mise en place. Ce dispositif fut confirmé par l'introduction du *National Health Insurance Act* de 1911, qui définit la gratuité des soins prodigués par les généralistes. A partir de 1913, l'affluence aux consultations externes hospitalières commença à sensiblement baisser. Le principe d'une lettre d'adressage obligatoire ne fut jamais remis en cause en Grande-Bretagne depuis.

Aux Etats-Unis, des traces d'échanges réguliers de courrier d'adressage et de suivi de patients entre généralistes et spécialistes de la Mayo Clinic ont été retrouvés dès 1920⁷. Bien que non obligatoires aux Etats-Unis, où la règle de libre consultation de tout médecin a toujours prévalu, ces lettres d'adressage démontrent l'ancienneté du besoin de communication écrite entre professionnels.

D. Le *gatekeeping*

Dans le domaine de la recherche sur les systèmes de santé, le terme de *gatekeeping* décrit le processus par lequel un patient est réglementairement obligé de consulter un professionnel de premier recours (généralement un médecin généraliste, mais pas toujours) avant de pouvoir consulter un spécialiste médical ou para-médical. Cette forme de régulation de la demande médicale est très structurante pour l'offre de soins.

Selon le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé en 2008 « Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais »⁸, une revue de la littérature sur le sujet montre que l'instauration d'un point d'entrée régulier pour la demande de soins contribue à :

- Une satisfaction accrue des services
- Des traitements mieux suivis et des taux d'hospitalisation réduits
- Une diminution du recours à des services spécialisés et d'urgence

- Une diminution du nombre de consultations de spécialistes
- Une utilisation plus efficace des ressources
- Une meilleure compréhension des aspects psychologiques des problèmes d'un patient
- Un recours accru à des soins préventifs par les adolescents
- Une protection contre des traitements excessifs.

Historiquement, les systèmes de soins des pays basés sur un modèle social inspiré des travaux de Beveridge, c'est-à-dire avec un financement basé sur l'impôt, une redistribution sociale organisée par l'Etat et un système de soins gratuit au point de délivrance des soins, se sont appuyés sur le *gatekeeping* obligatoire pour réguler la demande de soins. C'est par exemple le cas du Royaume-Uni, de l'Australie, du Danemark, de l'Espagne ou de la Finlande. Au contraire, les pays qui sont issus du modèle social Bismarckien, c'est-à-dire avec un financement basé sur les cotisations sociales, une redistribution organisée par des caisses d'assurance-maladie et un remboursement a posteriori des frais de santé, ne se sont pas appuyés sur le *gatekeeping* pour réguler la demande de soins, mais plutôt sur des incitatifs financiers⁹. C'est le cas de la France, des Etats-Unis, de l'Allemagne, de la Belgique ou de la Suisse, la seule exception notable étant les Pays-Bas où le *gatekeeping* est un principe fondamental de l'organisation des soins d'un système d'inspiration Bismarckienne.

En France, avec la réforme du parcours de soins coordonnée en 2005^{10, 11}, un système partiel de *gatekeeping* a été mis en place. Il repose principalement

sur des pénalités financières (moindre remboursement et/ou autorisation d'un dépassement limité d'honoraires) en cas :

- De non-déclaration d'un médecin traitant
- De consultation d'un médecin généraliste autre que celui désigné comme médecin traitant (sauf cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou nouveau médecin traitant)
- De consultation directe d'un médecin spécialiste sans adressage préalable par le médecin traitant, sauf pour certaines spécialités en accès direct : gynécologie-obstétrique, ophtalmologie, stomatologie ou odontologie, pédiatrie (pour les patients âgés de moins de 16 ans) et psychiatrie (pour ceux âgés de moins de 25 ans).

La déclaration de l'existence d'un adressage par le spécialiste se matérialise sous la forme d'une case à cocher « Respect du parcours de soins » sur la feuille de soins établie lors de la consultation spécialisée. Il n'y a donc pas de contrôle par l'Assurance-Maladie de la réalité de l'adressage par le généraliste. Il a été montré qu'en pratique un certain nombre de consultations de spécialistes sont « sur-déclarées » comme étant dans le parcours de soins coordonné¹².

On pourrait donc imaginer que les courriers de communication médicale pourraient constituer, à terme, une preuve tangible de la réalité de l'adressage du généraliste vers le spécialiste, ce qui renforce l'intérêt, en France, de travailler sur les lettres d'adressage.

E. Les lettres d'adressage comme moyen de mesurer la qualité médicale ?

1. L'importance du contenu des lettres d'adressage pour le suivi du patient

Les informations médicales contenues dans une lettre d'adressage sont déterminantes pour les soins qui seront prodigués au patient adressé. Elles permettent par exemple, d'éviter les redondances d'examens complémentaires, renseignent sur les éventuelles contre-indications à certains traitements et renforcent la confiance des patients envers leur médecin, tout en leur évitant une anxiété inutile¹³⁻¹⁶. Ceci est d'autant plus vrai que les patients, notamment du fait de l'incidence croissante des polyopathologies, sont de plus en plus complexes à traiter¹⁷. Demander directement au patient les informations sur son état de santé peut ainsi devenir un exercice périlleux, si celui-ci n'est pas en mesure de comprendre l'ensemble des informations médicales complexes le concernant. Par son rôle de coordinateur des soins, le médecin généraliste est probablement le professionnel de santé le plus à même de saisir tous les détails du « portrait » médical d'un patient donné.

Ainsi, la qualité des informations contenues dans les lettres d'adressage peut être déterminante pour les résultats finaux de qualité et de sécurité des soins pour le patient¹⁸. A l'issue du travail constituant cette thèse, il apparaît que la qualité du contenu médical des lettres d'adressage peut être analysée de 3 façons différentes.

2. Les différentes méthodes pour évaluer la qualité du contenu médical des lettres d'adressage

La première, de loin la plus fréquente et celle que nous retiendrons pour la suite de ce travail, consiste à mesurer l'exhaustivité des informations contenues dans les lettres d'adressage : les items médicaux définis comme d'importance par les auteurs sont-ils présents ou non ? Les items retenus sont par exemple la mention des antécédents du patient, la mention du traitement en cours, etc.

La seconde méthode consiste à mesurer la qualité de l'information contenue dans chacun de ces items : est-ce que le médecin généraliste dit vrai ? Ce jugement ne peut se faire qu'en comparaison des données fournies par le patient via son interrogatoire ou par le jugement du spécialiste. Par exemple, est-ce que le diagnostic qu'évoque le généraliste dans sa lettre est le bon ? Ou bien, est-ce que l'historique du traitement rapporté par le généraliste concorde avec celui rapporté par le patient ? Cette forme de mesure de la qualité d'information ne nous paraît pas adaptée.

Elle juge notamment la pratique des médecins sur leurs connaissances théoriques (bonne démarche diagnostique, bonnes investigations complémentaires, bon traitement de première ligne entrepris, etc.). Or, cela remet en cause le principe même de l'adressage. Si le médecin généraliste envoie son patient vers un spécialiste, c'est notamment parce que le problème que le patient présente dépasse le champ de ses connaissances de généraliste. Reconnaître ses propres limites dans le domaine médical est une des

caractéristiques de la médecine générale¹. Il serait paradoxal de juger de la qualité de la pratique médicale du généraliste sur des connaissances et des compétences dont il admet lui-même qu'elles sont limitées. D'autre part, dans le cadre d'une pratique médicale fondée sur les preuves (*evidence-based medicine*), le savoir du spécialiste n'est pas naturellement supérieur à celui du généraliste : encore faut-il qu'il puisse prouver son jugement en se basant sur des recommandations de bonne pratique ou des références scientifiques. Il ne nous est pas apparu, dans les articles étudiés utilisant cette méthode, que les critères de jugement des spécialistes étaient toujours suffisamment scientifiquement justifiés. Enfin, en termes de comparaisons internationales, la formation médicale et les tâches assignées aux soins primaires étant différentes dans chaque pays, il nous semblait difficile de pouvoir comparer les savoirs médicaux des généralistes internationalement en ne se basant que sur les lettres d'adressage qu'ils produisent.

La troisième méthode de jugement de la qualité des lettres d'adressage consiste à tester l'utilité même de l'adressage : au vu du contenu de la lettre, fallait-il envoyer ou non le patient vers un spécialiste ? Nous n'avons retrouvé cette méthode que dans 3 articles¹⁹⁻²¹. Ceci présuppose qu'il existe des recommandations de bonne pratique en matière d'adressage, ce qui est rare et généralement ne concerne que des pathologies très spécialisées, ici cancer et consultation génétique.

Ainsi, compte tenu des différents avantages et limites de ces trois méthodes de jugement, nous avons décidé de retenir l'exhaustivité des informations

contenues dans les lettres d'adressage comme critère de mesure de leur qualité. L'analyse de la littérature internationale concorde totalement avec ce choix, avec une écrasante majorité d'articles sur la qualité des lettres d'adressage reprenant ce critère de jugement plutôt que les deux autres.

II. OBJECTIFS

A. Justification

Au vu de l'ensemble des informations développées dans la partie introductive de ce travail, l'étude des lettres d'adressage semble donc nous permettre de répondre aux questionnements suivants :

- L'évaluation de la qualité médicale des pratiques de coordination par les médecins généralistes : quelles informations transmettent-ils à leurs collègues spécialistes, sont-elles complètes ? Quelles sont les attentes des professionnels sur leur contenu ?
- La structuration du système de soins, notamment en termes de *gatekeeping*, influe-t-elle sur cette façon de juger la qualité de la coordination médicale entre soins primaires et secondaires ?
- La qualité de la communication médicale évolue-t-elle au cours du temps ?

En effet, les lettres d'adressage sont un formidable outil d'étude pour chacune de ces interrogations. Elles sont objectives, dans le sens où leur contenu est invariant quelque soit l'interprétation ultérieure de l'évaluateur, au contraire d'un échange téléphonique ou physique qui inclut une part de communication paraverbale non négligeable et une rétroaction de l'interlocuteur. Elles sont matérielles, ce qui permet de les archiver et d'étudier des collections de lettres. Enfin, du point de vue des gestionnaires du système de santé, elles sont une preuve opposable de l'adressage du patient.

B. Objectif principal

L'objectif principal de ce travail est donc d'évaluer la qualité des lettres d'adressage issues des médecins généralistes à destination des spécialistes, qualité qui sera mesurée en termes d'exhaustivité du contenu.

C. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires se déclinent selon chacune des problématiques mentionnées :

1. Recenser les éléments communément admis nécessaires à la bonne qualité d'une lettre d'adressage.
2. Etablir des comparaisons de qualité des lettres d'adressage entre pays, afin d'étudier l'influence de l'organisation du système de soins sur la pratique de coordination médicale des soins. Il s'agit notamment de faire une comparaison en fonction de l'existence d'un *gatekeeping* ou non.
3. Etablir des comparaisons de qualité des lettres d'adressage entre spécialistes de destination : écrit-on la même chose selon la discipline du spécialiste de destination ?
4. Etablir des comparaisons chronologiques de qualité des lettres d'adressage.

III. METHODES

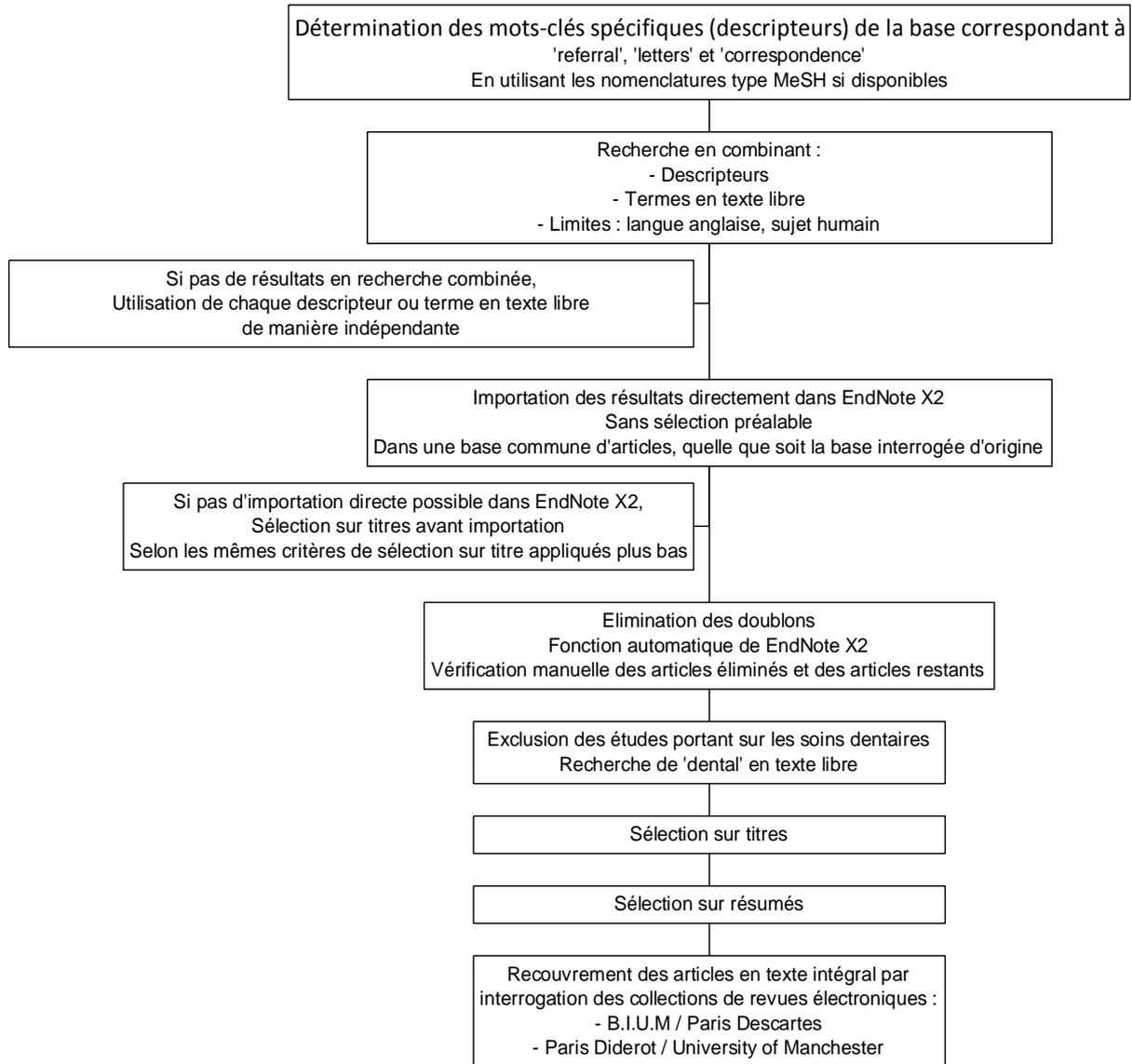
A. Revue de la littérature

L'idée de base de ce travail était donc de recenser l'ensemble des collections de lettres qui ont été analysées quant à leur qualité et ayant abouti à une publication dans une revue de langue anglaise. La méthode choisie a donc été celle d'une revue systématique de la littérature, en s'inspirant du modèle des revues systématiques Cochrane²². Cette méthodologie permet, par la suite, d'établir des méta-analyses quand le format des données publiées est comparable. Néanmoins, elle est principalement destinée aux études interventionnelles et non pas aux études analytiques, comme celle que nous avons entrepris pour ce travail. Nous avons donc dû l'adapter aux spécificités de notre recherche.

La revue de la littérature n'a porté que sur les études publiées en langue anglaise pour deux raisons principales : les connaissances linguistiques courantes de l'auteur limitées à l'Anglais et au Français et le gage de qualité supposé par la publication dans des revues scientifiques en langue anglaise. Néanmoins, pour les besoins de la discussion, une recherche annexe en français aura également été conduite. Elle sera détaillée plus loin dans ce travail.

L'algorithme général de la revue de littérature réalisée est le suivant (figure 1) :

Figure 1. Stratégie de la revue de littérature



B. Méthode d'interrogation des bases de données

3 mots-clés ont été définis comme étant centraux pour la réalisation de la revue de la littérature. Il s'agit de '*referral*', '*letters*', '*correspondence*'. Les mots-clés '*coordination*' et '*communication*' avaient également été envisagés dans un premier temps, mais les recherches effectuées à l'aide de ces mots-clés retournaient des résultats trop importants en nombre à traiter et trop peu spécifiques.

L'équivalent de ces mots-clés était recherché dans chacune des bases de données interrogées si elle disposait d'un descripteur de type MeSH.

Puis, une recherche combinée selon le schéma suivant était créée :

(*'Descripteur Referral' OU 'Referral'*) ET ((*'Descripteur Letters OU 'Letters'*) OU (*'Descripteur 'Correspondence' OU 'Correspondence'*)) ET '*Human*' ET (*'Language = English'*)

en respectant la typologie propre à chaque base de données. Si cette recherche combinée ne renvoyait aucun résultat (car possiblement trop restrictive), une recherche sans les descripteurs puis une recherche séparée sur chacun des mots-clés en texte libre était alors entreprise.

14 bases de données ont été interrogées. Le choix a été le plus exhaustif possible dans l'ensemble des bases de données ayant pour thème la médecine, l'économie de la santé. Le choix d'OPENSigle et de bases universitaires

reconnues (King's Fund, University of York) a permis d'élargir la recherche en direction de la littérature grise.

1. MEDLINE (Pubmed) le 20/03/09

Descripteurs trouvés : Referral and Consultation [Mesh], Correspondence as Topic [Mesh], Collected Correspondence [Publication Type]

("Referral and Consultation"[Mesh]) OR "Referral" AND ("Correspondence as Topic"[Mesh]) OR (Collected Correspondence[Publication Type]) OR "Letters" OR "Correspondence") AND (Human[Mesh]) AND (English[lang])

2. EMBASE le 20/03/2009

Descripteurs trouvés : Referral (EMTREE), Writing (EMTREE)

('referral'/exp OR 'referral') AND ('writing'/exp OR 'letters' OR 'correspondence') AND [English]/lim AND [human]/lim AND ([embase]/lim OR [embase classic]/lim)

3. PASCAL le 24/03/2009

Pas de descripteurs trouvés

referral AND (letters OR correspondence). Limit : English language

4. BIOSIS le 27/03/2009

Fonctionnement de la base sans descripteurs

referral AND (letters OR correspondence). Limits : English language, Human

**5. BDSP (Banque de Données en Santé Publique) le
27/03/2009**

Descripteur trouvé : lettre

Lettre, sélection sur titres (avec limite anglais et human)

**6. National Library for Public Health Specialist le
27/03/2009**

Fonctionnement de la base sans descripteurs

referral puis letters

7. Psydoc le 27/03/2009

Fonctionnement de la base sans descripteurs

referral puis letters

8. ISI – Current Contents le 27/03/2009

Fonctionnement de la base sans descripteurs, mais à l'aide de 'Topics'

Topic = (referral) AND Topic =(letters or correspondence) AND
Language=English

9. *ISI – Web of Science le 27/03/2009

Fonctionnement de la base sans descripteurs, mais à l'aide de 'Topics'

Topic = (referral) AND Topic =(letters or correspondence) AND
Language=English

10. Academic Search Premier le 27/03/2009

Descripteur trouvé : medical referral

Medical referral (subject terms) AND (letters OR correspondence) (all text)

11. The Cochrane Library le 27/03/2009

Descripteurs trouvés : Referral and Consultation [Mesh], Correspondence as
Topic [Mesh], Collected Correspondence [Publication Type]

Referral AND (letters OR correspondence)

12. OPENSigle, le 01/04/2009

Fonctionnement de la base sans descripteurs

Referral puis letters

13. King's Fund Publications le 01/04/2009

Fonctionnement de la base sans descripteurs

referral puis letters

**14. University of York - Centre for Health Economics le
01/04/2009**

Fonctionnement de la base sans descripteurs

referral puis letters

C. Importation des résultats dans un logiciel de gestion de bibliographie

Le logiciel retenu pour la gestion de la base bibliographique a été EndNote X2 (© Thomson-Reuters, 2009), en raison de la qualité de ses capacités de gestion des doublons et ses méthodes d'importation directement depuis le Web pour la plupart des bases de données. Des tests préalables ont également été effectués sur les logiciels Reference Manager v11 (© Thomson-Reuters, 2009) et Zotero (© Center for History and New Media, 2009) mais leurs capacités de traitement ou d'importation se sont révélées plus faibles que pour EndNote X2.

L'importation des résultats de recherche s'est faite selon 2 schémas. Si la base était connectée directement dans EndNote X2 ou si elle permettait un export avec réimportation secondaire, l'acquisition des résultats se faisait de manière brute, sans analyse a priori. Si aucune de ces deux méthodes n'était disponible, la sélection sur titres s'effectuait sur le site Web du moteur de recherche et l'importation de chaque titre était faite manuellement.

Une fois l'ensemble des résultats importés, la fonction automatique de reconnaissance des doublons de EndNote X2 a permis d'éliminer les articles redondants, puisque référencés dans plusieurs bases de données. Un contrôle manuel a été effectué à la fois sur les titres éliminés (afin de vérifier qu'ils existaient encore en un exemplaire dans la base) et sur les titres restants. Moins de 10 doublons n'avaient pas été traités par le logiciel et correspondaient en fait à des aberrations dans les filtres d'importation. 784 doublons ont été éliminés au total.

D. Elimination des études liées aux soins dentaires

Un premier examen global de la base nettoyée des doublons a alors été effectué. Il est apparu qu'une proportion relativement importante d'études concernait l'adressage vers les dentistes ou stomatologues. Il a été décidé de ne pas retenir ces études pour les raisons suivantes :

- Les connaissances théoriques et les capacités techniques des médecins généralistes en soins dentaires sont probablement bien plus faibles que pour les autres spécialités médicales, conduisant à un adressage quasi-systématique. Les soins dentaires ne sont donc pas directement comparables aux autres spécialités
- La place des dentistes dans les systèmes de soins est généralement codifiée à part des autres spécialistes, souvent en accès direct y compris dans des systèmes avec *gatekeeping*.

E. Sélection sur titres

L'étude étant inédite et donc de nature exploratoire, les critères de sélection ont été définies après revue de l'ensemble des titres, puisque aucune référence scientifique sur le sujet n'était connue de l'auteur avant le début de la thèse. Ils n'ont pas pu être créés *a priori, ex nihilo*.

Une première sélection des articles a été effectuée sur leurs titres. Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- L'indexation avait été faite sur le thème « lettre » mais désignait en fait soit une lettre à l'éditeur, soit une lettre ouverte à la communauté scientifique. Exemple : *The need for parathyroidectomy (multiple letters)*²³.
- Le titre n'avait aucun rapport intelligible avec le thème de la recherche (probable mauvaise indexation dans les bases). Exemple : *Experience with direct molecular diagnosis of fragile X*²⁴.
- Le titre indiquait que la forme d'adressage étudiée n'était pas basée sur des collections de lettres. Exemple : *Teleconsultation program for deployed soldiers and healthcare professionals in remote and austere environments*²⁵.
- Le titre indiquait que l'adressage ne provenait pas d'un généraliste ou n'était pas à destination d'un spécialiste. Exemple : *The quality of optometrists' referral letters for glaucoma*²⁶.
- Le titre n'indiquait pas un travail de recherche original ou une revue des travaux effectués mais plutôt une opinion ou un travail annexe

sur le système d'adressage. Exemple : *Do patients want copies of referral letters?*²⁷.

F. Sélection sur résumés

La sélection sur résumés s'est pratiquée selon les mêmes critères que la sélection sur titres, si jamais le titre reflétait mal le contenu de l'article. D'autres critères d'exclusion ont été ajoutés :

- L'article traite de la communication entre spécialistes et généralistes en termes de retour d'information après consultation spécialisée, sans faire part du processus d'adressage à l'origine.
- L'article traite d'adressage entre spécialistes.
- L'article traite de procédures administratives d'adressage, notamment à l'hôpital, et non pas de contenu médical.
- L'article traite de la procédure d'adressage d'un point de vue médical mais :
 - N'est pas une étude expérimentale avec recueil de collections de lettres.
 - Décrit des méthodes, des recommandations d'adressage sur des modèles théoriques sans confrontation à l'opinion des généralistes ou spécialistes ou confrontation à leurs pratiques.

- Décrit des taux d'adressage en fonction de populations ou de pathologies.
- Aborde la qualité des lettres d'adressage selon l'angle de la qualité médicale des informations contenues ou de l'adéquation de l'adressage (voir chapitre I. E. 2.).

G. Recouvrement des articles en texte intégral

Du fait de la multi-appartenance universitaire de l'auteur, diverses bases de ressources électroniques en termes de publications scientifiques ont été utilisées. La base de ressources qui a été sollicitée en premier et qui a fourni le texte intégral de la plupart des articles a été celle de l'Université Paris – Descartes, qui est la même que la base de la B.I.U.M. (Bibliothèque Inter-Universitaire de Médecine). Lorsque des journaux contenant des articles sélectionnés n'étaient pas disponibles, ces journaux étaient alors recherchés dans le catalogue des ressources électroniques de l'Université Paris – Denis Diderot, puis de l'Université de Manchester (Royaume-Uni).

Aucune recherche sur support physique en bibliothèque n'a été réalisée, en raison d'une faible rentabilité attendue, au vu de la taille cumulée des bases de ressources électroniques des 3 universités.

H. Sélection sur texte intégral

Une ultime sélection des articles a été réalisée après lecture de l'ensemble des textes intégraux, en éliminant les articles qui n'apportaient pas les informations prévues dans le résumé ou dont l'objet d'étude s'avérait ne pas être en rapport avec les objectifs de revue de la littérature.

Les articles restants ont ensuite été triés sur la présence ou l'absence de contenu quantitatif de mesure de la qualité des lettres d'adressage et sur la qualité de ces données quantitatives (voir la section Résultats).

I. Traitement des données

Tous les articles qui comportaient soit des données numériques de mesure de l'exhaustivité des lettres d'adressage soit des critères d'analyse de ces lettres ont été entrés sous la forme d'un tableur Excel 2007 (© Microsoft, 2009-2010) qui recensait les champs suivants :

- **Titre** de l'article
- Nom du **premier auteur**
- **Date** de publication
- **Journal** de publication

- **Type de publication :**
 - *Article original* : soumis et accepté par un comité de lecture
 - *Lettre à l'éditeur* : non soumis à comité de lecture, mais contenant des données chiffrées analysées (communications personnelles)
 - *Poster*
 - *Revue de la littérature*
- **Type d'études** : la collection des lettres s'est-elle faite de manière prospective ou rétrospective ?
- **Dates de début et fin de la collecte des lettres** (si disponible)
- **Pays d'étude** : pour le Royaume-Uni, la nation était précisée
- **Spécialité(s) concernée(s)** par la réception des lettres d'adressage analysées dans l'article
- **Le mode de détermination des critères d'analyse** : on appellera dans la suite de ce travail « critère d'analyse [des lettres d'adressage]» les informations qui sont censées être présentes dans les lettres d'adressage (antécédents, histoire de la maladie, traitement, etc.). Afin d'étudier l'exhaustivité des lettres d'adressage, les auteurs des articles sélectionnés ont donc dû déterminer ces critères. Plusieurs méthodes ont été utilisées :
 - *Auteurs* : les auteurs ont déterminé eux-mêmes ce qui devait être théoriquement inclus dans une lettre d'adressage.

- *Comparaison avec données patients* : les auteurs ont analysé le discours des patients et vérifié si les différents thèmes abordés se retrouvaient dans les lettres d'adressage.
- *Experts* : les auteurs ont réuni un comité d'experts comportant des généralistes pour déterminer quels critères d'analyse devaient être retenus.
- *Guidelines* : les auteurs se sont référés à des recommandations de bonne pratique publiées concernant l'exhaustivité des informations des lettres d'adressage.
- *Littérature* : les auteurs ont réalisé une revue de la littérature à la recherche de critères d'analyse déjà utilisés dans des travaux antérieurs.
- *Pro forma* : quand les lettres d'adressage étudiées étaient établies sur un formulaire pré-établi, les auteurs ont étudié le taux de remplissage des différents champs du formulaire.
- *Spécialistes* : les auteurs ont demandé à des spécialistes (généralement hospitaliers) de se réunir pour déterminer les critères d'analyse des lettres, sans faire intervenir de médecins généralistes.

Puis, pour chaque critère d'analyse, une entrée était créée dans le tableur, permettant ainsi de réaliser des regroupements entre études et donc une méta-analyse. Les résultats quantitatifs de chaque étude étaient ainsi disponibles à la fois par étude et par critère d'analyse.

L'exploitation de cette base d'articles sous Excel 2007 a fait appel à l'utilisation des fonctions avancées du tableur, incluant de façon non limitative :

- Filtrage des données et filtrage élaboré
- Création de tableaux et graphiques croisés dynamiques
- Utilisation de fonctions statistiques
- Fonctions de lectures d'information dans une base de données.

IV. RESULTATS

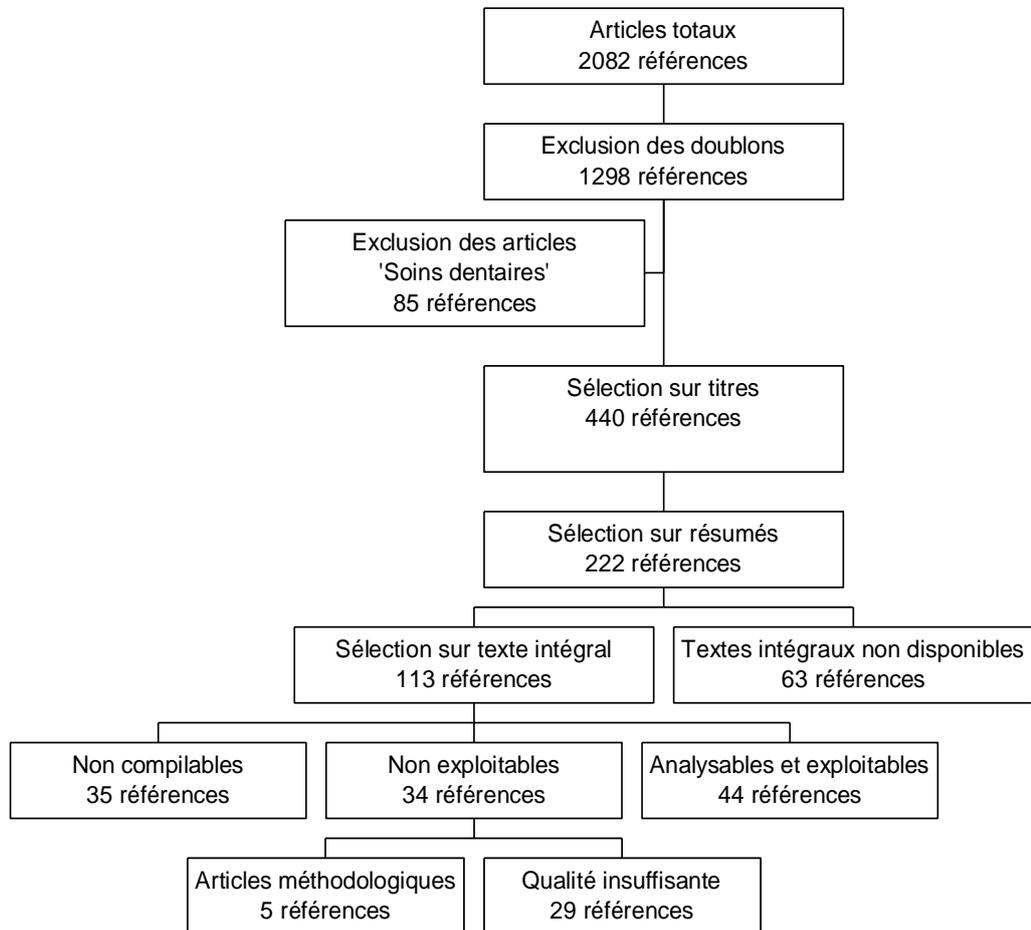
A. Revue de la littérature

Le nombre d'articles retrouvés par base bibliographique est détaillé dans la table 1.

Table 1. Résultats des recherches par base bibliographique	
MEDLINE	541
EMBASE	547
PASCAL	103
BIOSIS	29
BDSP	8
National Library for Public Health Specialist	0
Psycoc	0
ISI – Current Contents	202
ISI – Web of Science	288
Academic Search Premier	340
The Cochrane Library	2
OPENSigle	22
King's Fund Publications	0
University of York	0
Total	2082 articles

Les résultats en termes de quantité d'articles pour chaque étape du processus de revue de la littérature sont détaillés dans la figure 2.

Figure 2. Analyse du processus de sélection des articles



63 références²⁸⁻⁹⁰ n'ont pas pu être retrouvées en texte intégral pour plusieurs motifs :

- Absence d'abonnement aux revues électroniques concernées
- Absence de publication en ligne (articles anciens)
- Littérature grise non accessible en ligne
- Mauvaise indexation
- Résumés de communications orales, sans texte complet.

35 références^{7, 16, 19, 20, 31, 91-120} sont dites « non compilables ». En effet, ces articles correspondent bien à la problématique, mais ils ne présentent pas de données structurées quant aux choix des critères d'analyse. Ils sont donc susceptibles d'être utilisés pour l'analyse du processus d'adressage et de l'importance des lettres.

34 références^{13, 15, 91, 100, 109, 119, 121-148} sont dites « non exploitables ». Ces études ont bien structuré leurs choix des critères d'analyse, voire ne s'intéressent qu'à cette étape du travail pour 5 d'entre elles^{15, 91, 100, 147, 148}. En revanche, les données numériques qu'elles comportent pour 29 d'entre elles^{13, 109, 119, 121-146} sont dites de qualité insuffisante et ne pourront donc pas être incluses dans la méta-analyse, pour les motifs suivants :

- Les lettres d'adressage ne proviennent pas que de généralistes.
- Les données présentées sont trop agrégées pour être méta-analysées.

- Les données numériques présentées posent des problèmes de cohérence mathématique, à l'intérieur même de l'étude.
- Les effectifs sont trop petits pour être exploitables (collections de moins de 10 lettres d'adressage).
- Les données ne sont présentées que sous forme graphique.

Les 5 références^{15, 91, 100, 147, 148} purement méthodologiques seront étudiées à part, servant de « gold standard » pour la détermination des critères d'analyses (voir IV.B.1.).

Au final, seules 44 références^{19-21, 149-189} peuvent être utilisées à la fois pour l'étude du choix des critères d'analyse et pour le travail de méta-analyse sur l'exhaustivité des lettres. Ces 44 références représentent un total de 15 171 lettres compilées.

Aucune référence n'a retrouvé un travail similaire à celui effectué dans cette thèse, y compris dans les 2 références de revues Cochrane.

B. Les critères d'analyse

5 références^{15, 91, 100, 147, 148} présentent des méthodologies rigoureuses de détermination des critères d'analyse. Nous les analyserons dans un premier temps avant de se pencher sur le contenu des autres d'études.

1. Comment déterminer les critères d'analyse ?

a) *Analyse de 5 articles « de référence »*

Berta *et al.* se sont penchés sur la question de la transmission d'informations entre généralistes et spécialistes pour les adultes asthmatiques¹⁴⁷. Pour déterminer ce que devraient idéalement contenir les lettres d'adressage, ils ont dans un premier temps effectué une revue de la littérature sur le sujet, qui leur a permis d'identifier 74 items essentiels. Ceux-ci ont été ensuite soumis par un processus Delphi à un panel d'experts, incluant notamment 4 généralistes, 1 spécialiste et d'autres professionnels non médicaux compétents sur le sujet. Au final, 24 éléments ont été retenus comme pertinents (voir table 2). A partir de là, ils ont déterminé à quoi pourrait ressembler un formulaire à remplir pour les adressages (figure 3).

REFERRAL FOR CONSULTATION

Patient details → Patient Name _____ Date Prepared: ___/___/___ (yy/mm/dd) ← **Date prepared**
DOB _____ Dr. Joe Someone
Patient Contact info _____ 1234 Street
OHIP # _____ Somewhere ← **Referring provider details**
Tel: (123) 123-1234 Fax: _____

Level of urgency → URGENT/ timing: _____ Non-urgent As per availability

Consulting provider details → **REASON for REFERRAL**
Referral To: _____ Tel: _____ Fax: _____
Address: _____
Referral for Asthma Diabetes Mellitus Hypertension Other: _____
Reason(s): _____ ← **Patient problem**
New Problem(s) relevant to this request: _____
1. _____
2. _____
Questions/Expectations: _____
1. _____
2. _____

Specific question and expectation of referral →

Current medication; medication tried and discontinued → **Relevant Patient Data**
_____ years since diagnosis of _____
Relevant Medications/Treatment:
1. _____ in use since ___/___/___ discontinued since ___/___/___
2. _____ in use since ___/___/___ discontinued since ___/___/___
3. _____ in use since ___/___/___ discontinued since ___/___/___

Recent laboratory and diagnostic results → **Relevant Investigations & Procedures:**
1. _____
2. _____
Other Relevant Information: _____

Tracking; follow up of referral → **Consultant** → **PLEASE COMPLETE BOX BELOW & FAX BACK TO: (123) 123-1234**

APPOINTMENT INFORMATION
Appointment Date: ___/___/___ (yy/mm/dd) Time: _____ = a.m. p.m.
Special Instructions to Patient:
 bring health card bring diagnostic reports/results bring medications bring X-rays
 other: _____
We have informed the patient of appointment: Yes No, please advise patient

Past medical history →

Referring physician details (billing information) → Thank you. _____ Dr. Joe Someone (#####)
Referral faxed on: ___/___/___ Patient has been informed of appointment

Figure 3. Exemple de formulaire issu de la détermination de critères d'analyse¹⁴⁷

Blaney et Pullen ont examiné dans quel format et avec quelle présentation les psychiatres préféreraient recevoir les lettres d'adressage des généralistes¹⁴⁸. A partir des résultats d'un questionnaire auprès de 80 généralistes et 80 psychiatres, ils ont créé 6 modèles différents de lettres d'adressage, contenant l'ensemble des 5 items qui avaient été identifiés comme indispensables et ont demandé à 90 psychiatres d'évaluer ces 6 modèles. Il s'agit donc là d'étudier la présentation des lettres d'adressage. C'est le format 1 page avec 2 ou 3 chapitres qui fut préféré par les psychiatres (figure 4).

Dear Doctor,

Jane Turnberry
Riverside, The Loan, West Mulberry

I would be grateful if you could see this 21-year-old woman.

History

I have been seeing her regularly since May of this year. Initially, this was at the request of her father with whom she lives. Her father explained that following a subtotal thyroidectomy in 1979, Jane had become increasingly difficult and strange. Recently they had moved house. Jane does not like the new house, claiming it smells of dog dirt and that the neighbours are odd, unfriendly and in some way influencing her. She works as an office clerkess and has recently been demoted.

Jane claims that she has been victimized at work. She talks of 'tired feelings in my head' and 'it's as if my brain is shrinking'. She has become increasingly anxious such that I have kept her off work for the past three weeks. She is a lonely girl with few interests or friends, who lately has been neglecting her appearance and tending to sit at home in the dark doing very little.

Relevant past history

She is the youngest of four. Her two sisters and brother are university graduates. She herself feels that she is the under-achiever in the family. Her mother died in a road traffic accident when she was 6 years old. There is no past family or personal psychiatric history.

Medically, she had a subtotal thyroidectomy for thyrotoxicosis in 1979 and has been on replacement thyroxine 0.15 mg daily since then. I have had her on no other medication.

Reason for referral

My concern is that despite offering her regular discussion and reassurance she is getting worse. Her family, particularly her father, are finding it difficult to cope. I have made no progress over the past six months and would welcome your opinion as to the likely diagnosis and possible future management.

Yours faithfully,

Figure 4. Le format de lettre préféré par les psychiatres de l'étude de Blaney et Pullen¹⁴⁸

Jiwa *et al.* ont utilisé un processus Delphi auprès de 125 généralistes et 9 chirurgiens digestifs en leur proposant une liste d'items que devraient contenir toute lettre d'adressage, en se basant sur des recommandations de bonne pratique¹⁰⁰. Puis 551 lettres d'adressage ont été examinées par 5 évaluateurs indépendants afin d'évaluer la valeur prédictive positive en faveur d'une pathologie organique de la présence des items considérés comme indispensables. Pour chaque item présent et positif, le risque de pathologie organique était augmenté significativement d'un facteur 1,04 ($p < 0,001$, 1,02-1,07). Ceci démontre l'intérêt de l'exhaustivité des lettres d'adressage.

Montalto *et al.* ont étudié les attentes des médecins urgentistes vis-à-vis de l'adressage de patients par leurs confrères généralistes⁹¹. Pour cela, un questionnaire a été administré à 140 urgentistes, incluant notamment des items sur l'importance des lettres d'adressage et leur contenu. Il est intéressant de noter que 90 % des urgentistes considéraient les lettres d'adressage comme extrêmement ou significativement précieuses et 99 % d'entre eux les lisaient systématiquement. Les différents items considérés comme importants ou indispensables par les urgentistes sont inclus dans la table 2.

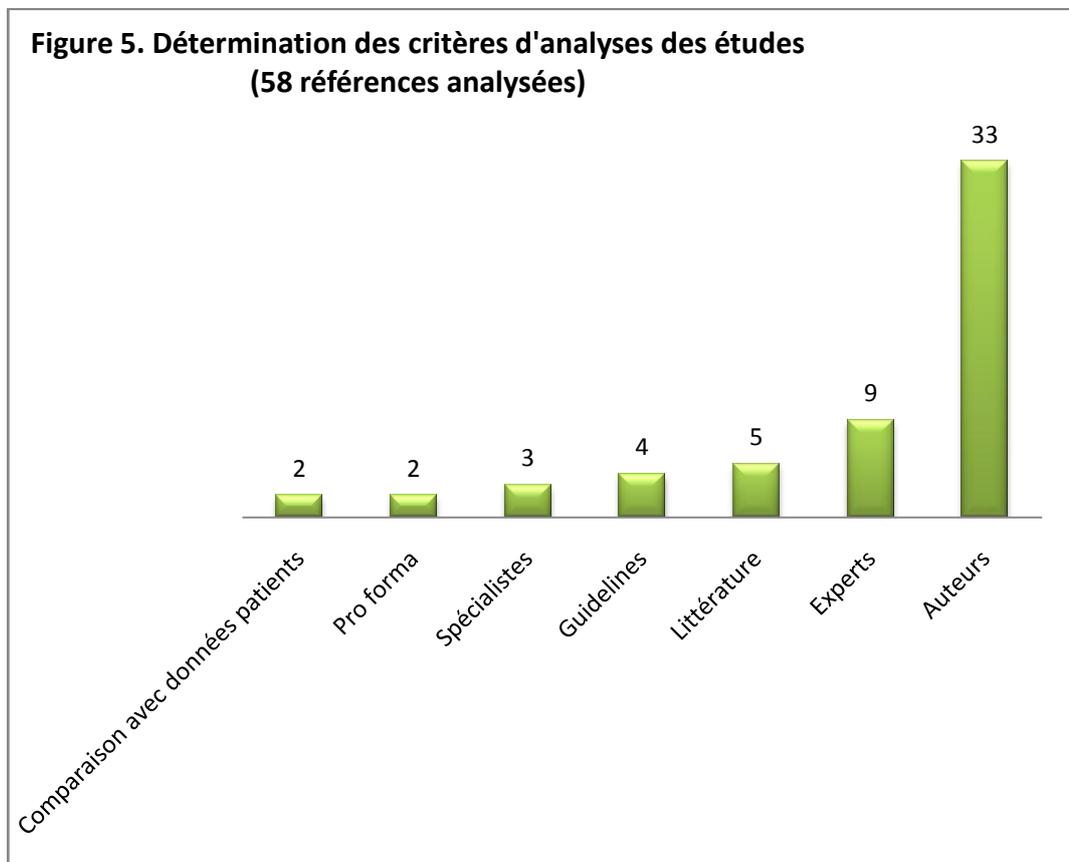
Newton, Eccles et Hutchinson ont envoyé un questionnaire sur le contenu théorique idéal des lettres d'adressage à 157 généralistes et 200 spécialistes, toutes spécialités confondues, à l'exception des anesthésistes et des dentistes¹⁵. Les différents items qui ont été considérés comme devant faire partie d'une lettre d'adressage de bonne qualité sont inclus dans la table 2. L'intérêt de cette étude est le panel de spécialistes très large et non limité à une seule discipline.

Table 2. Concordance des critères d'analyse sur 3 études méthodologiquement robustes			
	Berta et al. ¹⁴⁷	Montalto et al. ⁹¹	Newton et al. ¹⁵
Administratif			
Adresse du généraliste		Oui	Oui
Adresse du patient			Oui
Adresse du spécialiste			Oui
Age / Date de naissance	Oui		Oui
Coordonnées du généraliste	Oui		
Coordonnées du patient	Oui		
Date de l'adressage	Oui		Oui
Informations assurantielles		Oui	
Nom du généraliste	Oui	Oui	Oui
Nom du patient	Oui		Oui
Nom du spécialiste			Oui
Numéro du généraliste	Oui		
Numéro du patient	Oui		Oui
Qualifications du généraliste		Oui	
Service du spécialiste			Oui
Sexe du patient			Oui
Téléphone du généraliste		Oui	Oui
Téléphone du patient			Oui
Type d'exercice du généraliste		Oui	
Général			
Urgence de l'adressage	Oui		
Médical			
Allergies		Oui	Oui
Antécédents personnels généraux			Oui
Apport attendu du spécialiste	Oui	Oui	Oui
Conseils donnés par le généraliste	Oui		
Contexte social	Oui	Oui	Oui
Diagnostic posé par le généraliste		Oui	
Examen clinique	Oui	Oui	Oui
Examens complémentaires réalisés	Oui	Oui	Oui
Facteurs déclenchants supposés	Oui		
Histoire de la maladie	Oui	Oui	Oui
Information de l'adressage donnée au patient			Oui
Motif de l'adressage	Oui		Oui
Position de l'adressage dans le parcours du patient	Oui	Oui	Oui
Problème du patient	Oui		
Traitement en cours	Oui	Oui	Oui
Traitement donné par le généraliste dans l'attente de la consultation spécialisée	Oui	Oui	

Sur la table 2, on peut constater, que malgré une méthodologie rigoureuse de détermination des critères d'analyse des lettres d'adressage, peu sont communs aux 3 études : présence du nom du généraliste adressant, apport attendu du spécialiste, contexte social du patient, résultats de l'examen clinique et des examens complémentaires réalisés, histoire de la maladie, position de l'adressage dans le parcours du patient et traitement en cours.

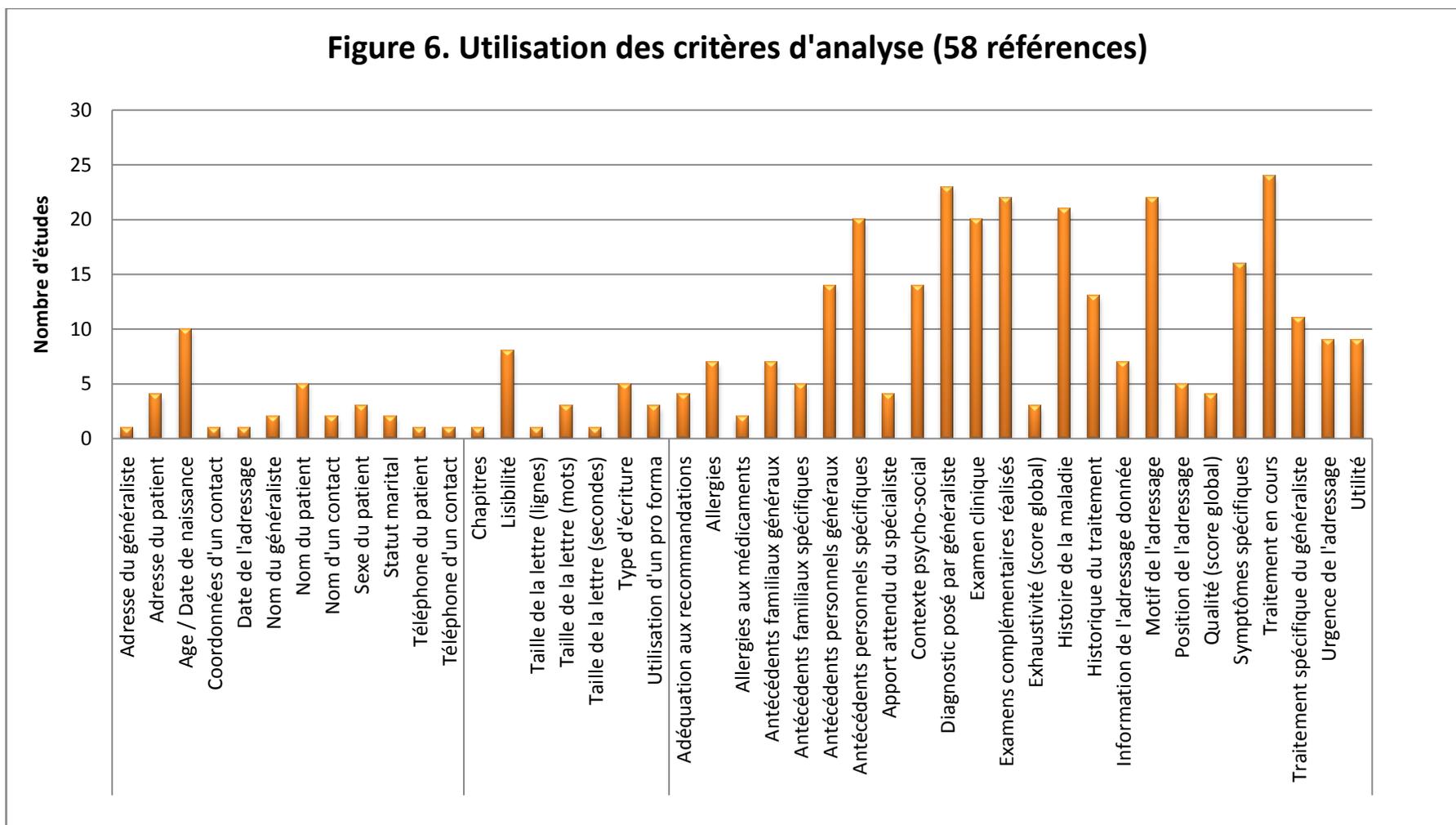
b) Les autres articles

58 autres articles^{19-21, 133-136, 139, 142, 145, 149-196} issus de la revue de la littérature peuvent être étudiés quant aux critères d'analyses des lettres d'adressage qu'ils ont sélectionnés. Le mode de détermination des critères d'analyse de ces articles est exposé dans la figure 5.



Il apparaît clairement que l'utilisation de la littérature, pourtant abondante à ce sujet d'après notre travail, est très faible et qu'à chaque fois que des auteurs se posent la question de l'exhaustivité des lettres d'adressage, ils préfèrent déterminer leurs propres critères d'analyse plutôt que de réutiliser les travaux qui ont déjà eu lieu. Ceci amène donc à une grande hétérogénéité quant aux critères d'analyse des lettres d'adressage (figure 6).

Figure 6. Utilisation des critères d'analyse (58 références)



Il existe donc une grande variabilité et un grand éventail de critères d'analyses étudiés. Les 7 critères les plus fréquents (20 références ou plus) dans ces 58 études sont la présence :

- Des antécédents personnels spécifiques (en rapport avec le problème motivant l'adressage)
- Du diagnostic posé ou présumé par le généraliste
- Des résultats de l'examen clinique
- Des résultats des examens complémentaires réalisés
- De l'histoire de la maladie
- Du motif de l'adressage
- Du traitement en cours.

Il y a donc une cohérence vraie entre les principaux critères cités dans ces 58 articles et ceux relevés dans les 5 articles avec méthodologie pointue. Mais la grande variabilité des critères utilisés fait que la dispersion est très grande au sein de notre regroupement d'études et empêche certains critères pourtant cliniquement importants d'apparaître parmi les plus cités.

c) Un modèle issu de la littérature ?

En associant les résultats des parties a) et b) et en surpondérant les 5 études les plus fiables méthodologiquement, une liste de 11 items semble faire consensus quelque soit le mode de détermination des critères d'analyse (voir table 3). Ce modèle pourrait gagner à être diffusé et servir de base aux prochains

auteurs qui se lanceraient dans une analyse des lettres d'adressage. Ceci assurerait une comparabilité d'une étude à l'autre ainsi qu'une reproductibilité dans le temps. Il éviterait que les futurs auteurs continuent à déterminer leurs critères soit seuls soit avec un panel local d'experts, réduisant la qualité et la portée de leur travail. De plus, étant basée sur une revue internationale de la littérature, cette liste permettrait de s'affranchir des particularités systémiques locales quant à l'adressage des patients (utilisation d'un formulaire pré-rempli, automatisation des lettres d'adressage par informatique, etc.).

C. Qualité globale des lettres d'adressage

A partir de la liste des 11 critères les plus consensuels pour l'analyse des lettres d'adressage, celles-ci peuvent être donc méta-analysées pour chacun de ces critères. Les résultats sont présentés dans la table 3.

Table 3. Présence moyenne de 11 critères d'analyse dans les lettres d'adressage

	Moyenne de présence du critère dans les lettres d'adressage	Nombre d'études analysables pour ce critère
Antécédents personnels spécifiques	43,68 %	14
Apport attendu du spécialiste	48,40 %	3
Contexte psycho-social	37,77 %	10
Diagnostic posé par le généraliste	64,50 %	19
Examen clinique	35,72 %	14
Examens complémentaires réalisés	25,87 %	18
Histoire de la maladie	68,71 %	16
Motif d'adressage	81,60 %	22
Nom du généraliste	100 %	1
Position de l'adressage dans l'histoire du patient	41,13 %	4
Traitement en cours	50,10 %	20

La qualité générale des lettres d'adressage apparaît donc globalement faible, quand on s'intéresse à leur exhaustivité. Pour chaque critère étudié, sauf pour l'histoire de la maladie, le motif d'adressage et l'existence d'une hypothèse diagnostique de la part du généraliste, l'information est manquante dans plus de 50 % des cas.

Les hypothèses initiales de notre travail présupposaient que la qualité des lettres d'adressage permettait, par exemple, de limiter la redondance d'examens complémentaires. Or, il apparaît que pour environ trois quarts des lettres d'adressage, le spécialiste se retrouve dans l'incapacité de savoir s'ils ont été réalisés ou non. Dans l'intérêt du patient, il semble donc légitime, au vu de ce

résultat, que le spécialiste, dans le doute, redemande une seconde fois des examens complémentaires qui ont pu éventuellement avoir déjà été réalisés ; la naïveté des patients quant au contenu de ces examens (« c'est une prise de sang », « une radio pour la tête », « un cathéter dans les artères ») ne permettent pas non plus de prendre appui sur eux pour cet aspect du soin.

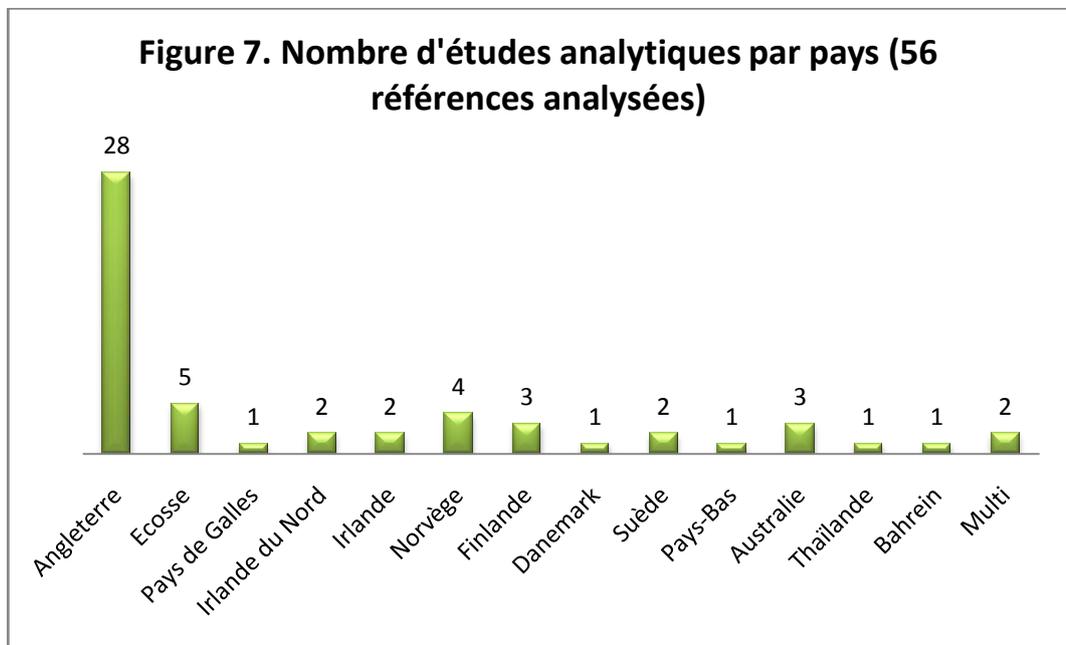
Dans moins de la moitié des cas, les lettres d'adressage ne précisent pas quel est le périmètre d'action du spécialiste attendu par le généraliste, ni quelle est la position particulière de cet adressage dans le parcours du patient : doit-il prendre en charge seulement le diagnostic précis ou également le traitement, qui assurera le suivi au long cours du patient, est-ce un premier ou un second avis spécialisé, etc. ? Il paraît donc difficile de légitimer la position de coordonnateur des soins au vu de ces résultats.

De la même façon, les lettres d'adressage ne mentionnent le traitement du patient que dans la moitié des cas environ. La iatrogénie médicamenteuse est un réel problème de santé publique^{17, 197}. Notamment dans le cadre des hospitalisations en urgence, la méconnaissance du traitement en cours du patient peut exposer celui-ci à de graves interactions médicamenteuses. Les généralistes sont donc responsables de la bonne transmission de ce genre d'informations et il semblerait qu'ils échouent dans cette tâche.

Il est aussi intéressant de noter que le critère d'analyse pour lequel les médecins généralistes sont les plus performants est le motif d'adressage avec 81,60 % de présence en moyenne. Or, il n'apparaît pas spontanément dans la liste des critères proposés par les spécialistes. Ceci illustre probablement le

décalage entre ce qu'attendent généralistes et spécialistes d'un adressage. Les généralistes le voient probablement comme un recours pour leurs patients mais aussi pour eux-mêmes face à leurs limites théoriques, techniques ou réglementaires. Pour les spécialistes, au final, quelque soit le motif d'adressage, ils ont devant eux un patient qu'ils doivent prendre en charge, ce qui peut impliquer d'aller chercher plus loin que le motif évident de la consultation du patient.

D. Comparaison entre pays et systèmes de soins



Plus de la moitié des études pour lesquelles nous disposions à la fois d'informations quantitatives et de la provenance géographique de cette information sont issues du Royaume-Uni. En raison de ce poids écrasant, il apparaît difficile d'établir des comparaisons entre pays, d'autant plus que les critères d'analyse sont très dispersés.

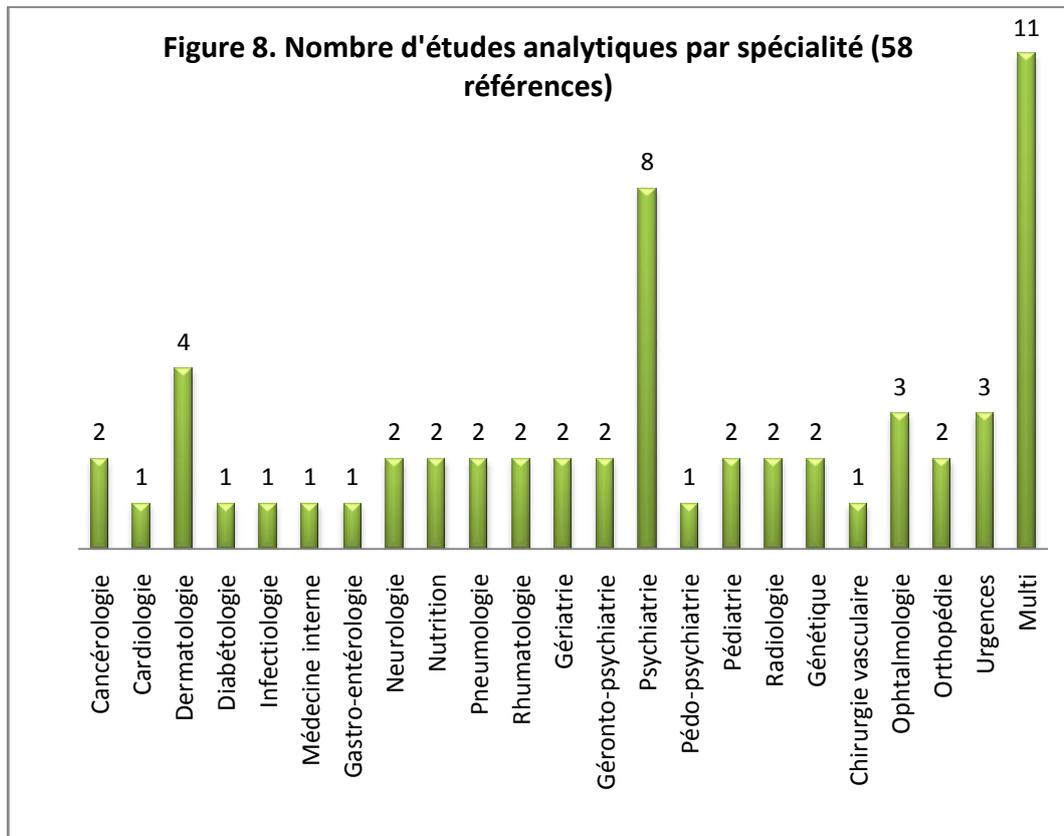
Quant à la présence d'un système de *gatekeeping*, la proportion est encore plus importante. Seules 6 études proviennent de pays sans *gatekeeping* strict¹⁹⁸ : 2 d'Irlande (où le passage par le médecin traitant est financièrement encouragé), 2 de Suède, 1 de Thaïlande et 1 de Bahreïn. Il est très intéressant de noter par exemple que notre revue exhaustive de la littérature publiée en langue anglaise n'a réussi à retrouver aucune publication concernant la France ou les Etats-Unis.

Il semblerait donc qu'il y ait un réel effet « loupe » sur la communication médicale dans les pays où le processus d'adressage est formalisé par l'obligation du *gatekeeping* et où les soins primaires tiennent une place importante. L'évaluation des pratiques ne se ferait ainsi pas uniquement au niveau de chaque médecin mais également au niveau de la communication entre eux, ce qui pourrait permettre, à terme, une amélioration de la qualité de cette communication. En effet, si on rapproche cette dernière donnée avec celle de la faible qualité générale des lettres d'adressage, il serait hasardeux de conclure que l'existence d'un *gatekeeping* obligatoire garantit la qualité de la communication entre généralistes et spécialistes.

Concernant la France, surpris par l'absence de publications internationales à ce sujet, une recherche complémentaire en français sur les principaux moteurs

nationaux (CISMEF, BDSP), sur Google et sur les sites des différentes institutions qui pourraient être à l'origine de ce type de travaux (URML, DREES, Sociétés Savantes de Médecine Générale) a été effectuée. Elle n'a pas permis de mettre en évidence d'études qui n'auraient pas été indexées internationalement, à l'exception de 12 thèses de médecine sur ce sujet¹⁹⁹⁻²⁰⁹ qui, pour la plupart, traitent de l'adressage aux urgences ou en service hospitalier avec admission directe. Il y a donc en France un déficit d'informations publiées à ce sujet.

E. Comparaison entre spécialistes de destination



La spécialité prédominante concernant les lettres d'adressage est la psychiatrie avec 11 études au total, en y incluant les sous-spécialités. Une explication possible à cette surreprésentation tient à la nature de la discipline par essence orientée vers la communication verbale avec le patient comme moyen diagnostique et thérapeutique, mais aussi avec l'ensemble du réseau d'intervenants médicaux autour de lui. Les psychiatres, du fait de leur habileté minimale à prendre en charge des problèmes somatiques, sont probablement aussi plus désireux d'informations complètes sur cet aspect du patient, afin d'obtenir un portrait complet et compréhensible de sa condition.

11 études ont inclus plusieurs disciplines médicales de destination des lettres d'adressage. Sur ces 11 articles, 7 d'entre eux^{136, 161, 177, 180, 188, 195, 210} présentent les données de manière agrégée entre les spécialités étudiées, interdisant toute comparaison. Newton *et al.* n'ont pas mis en évidence de différence dans le contenu des lettres destinées à des rhumatologues et des oto-rhino-laryngologues en 1994¹⁷¹. Les articles par Ong et par Westerman ne montrent qu'une différence minime entre les différentes spécialités étudiées, au point que les tests statistiques à la recherche d'une différence n'ont pas été réalisés^{173, 196}.

Seul Jenkins en 1993 conclut à une différence statistiquement significative entre 2 types de spécialités, avec une proportion plus grande d'adresses inappropriées en spécialités médicales qu'en spécialités chirurgicales, mais il ne conclut pas quant au contenu des lettres¹⁶³.

Encore une fois, l'extrême variabilité des critères d'analyse entre chaque étude ne nous permet pas d'étudier l'existence de différences dans l'exhaustivité du contenu des lettres d'adressage entre différentes spécialités de destination. En revanche, il apparaît assez clairement que les informations demandées ne sont pas identiques d'une spécialité à l'autre. Par exemple, les antécédents familiaux en rapport avec le motif d'adressage ne sont demandés qu'en pédo-psychiatrie¹⁵⁶, en gastro-entérologie¹⁶⁴, en nutrition^{135, 166} et en génétique¹⁸⁷.

Il paraîtrait donc légitime que le contenu des lettres d'adressage soit établi en fonction de la spécialité de destination de l'interlocuteur, même si un certain nombre d'éléments communs sont à respecter. La question de la pertinence de mettre systématiquement l'ensemble des informations connues du patient par le médecin généraliste est posée.

F. Evolution chronologique

Pour établir cette comparaison, lorsque l'année de début de la collecte des lettres d'adressage n'était pas disponible, nous avons arbitrairement choisi l'année de publication de l'article. Les études incluses dans notre base d'articles analysables s'étendent de 1969 à 2009, soit 40 ans d'évolution de la communication médicale :

- 23 articles entre 1969 et 1995
- 27 articles entre 1996 et 2005
- 8 articles entre 2006 et 2009

2 critères d'analyse ont un nombre suffisant d'études (supérieur à 5) sur chacune de ces 3 périodes pour que l'analyse ait un sens : il s'agit de la présence d'une hypothèse diagnostique posée par le médecin généraliste et la mention des examens complémentaires réalisés.

Table 4. Evolution de la qualité des lettres d'adressage dans le temps		
	Présence d'une hypothèse diagnostique	Mention d'examens complémentaires réalisés
1969-1995	65,69 %	23,80 %
1996-2005	62,34 %	29,89 %
2006-2009	66,52 %	22,72 %

Il ne semble donc pas y avoir d'évolution dans un sens ou dans l'autre quant à la qualité des lettres d'adressage au cours du temps, ce qui est confirmé sur les autres items avec des plus petits effectifs d'articles.

On aurait pu éventuellement penser qu'avec la généralisation des dossiers médicaux électroniques durant les 15 dernières années, leur structuration et la sortie d'états par patients, la qualité des lettres d'adressage auraient pu s'améliorer ; ce n'est pas le cas.

G. Récapitulatif

Cette revue de la littérature internationale sur les lettres d'adressage nous permet de tirer les leçons suivantes :

- La littérature internationale sur le sujet est riche, mais il n'y a malheureusement aucune uniformité sur le choix des critères d'analyse.
- La qualité des lettres des généralistes apparaît comme étant globalement faible, peu de critères sont présents dans plus de la moitié des cas. Cela peut poser des problèmes réels en termes de prise en charge des patients et peut menacer la fonction de coordination dévolue aux généralistes.
- Les études sont surtout le fait des pays où le *gatekeeping* est la norme d'organisation de l'accès aux soins spécialisés et encore plus particulièrement du Royaume-Uni.
- Aucune conclusion ne peut être faite sur d'éventuelles différences de qualité entre spécialités de destination. En revanche, les critères d'analyse des lettres sont souvent orientés en fonction du contenu clinique de la discipline concernée.
- La qualité des lettres d'adressage semble stagner au cours du temps.

V. DISCUSSION

A. Pertinence de l'analyse

1. La mesure de la qualité des lettres d'adressage

a) *L'exhaustivité des contenus*

Au vu des résultats assez inquiétants en termes d'exhaustivité dans le contenu des lettres d'adressage, on peut s'interroger sur la signification de ces manques. Il est plus que probable qu'une partie d'entre eux ne vient pas d'une omission de la part du généraliste prescripteur de l'adressage mais plutôt de l'absence d'information médicale pertinente à mettre en regard du critère d'analyse. Par exemple, pour un patient sans antécédents particuliers ni traitement en cours, il ne paraît pas aberrant au premier abord de ne pas faire figurer ces informations « blanches » sur la lettre d'adressage. Pourtant, la non-présence d'un état, d'un traitement, d'un antécédent, d'un signe clinique est en soi déjà une information. Un signe négatif n'est pas une absence de signe. Par exemple, pourrait-on imaginer envoyer un patient aux urgences pour une douleur thoracique en omettant de dire que l'électrocardiogramme est normal alors qu'il a été pratiqué ? Le fait que cet examen soit normal permet de diminuer le risque de diagnostic d'infarctus du myocarde. L'absence de réalisation de l'examen, en revanche, laisse les soignants dans l'incertitude et ne permet donc pas de modifier la probabilité diagnostique d'un infarctus.

Quand bien même les faibles résultats de l'exhaustivité pourraient être expliqués par cette tendance des médecins à négliger les informations négatives dans leurs courriers, celle-ci doit être, en pratique courante, source de méfiance

aussi bien pour le généraliste que pour le spécialiste destinataire. L'utilisation de formulaires comme celui de la figure 3 permet probablement de limiter cet écueil : elle renforce l'obligation du médecin généraliste pour le remplissage de toutes les cases. S'il n'y a pas d'information médicale positive à mettre dans les champs obligatoires, la présence d'une mention nulle (barre, biffage, N/A) est déjà une information par rapport au fait de laisser le champ vide.

Il y a donc probablement une démarche volontariste de formation des médecins à faire de ce point de vue (voir plus bas).

b) La pertinence en 2010 des lettres d'adressage

Avec la mise en place des systèmes d'information partagée en santé, existe-t-il toujours un intérêt à étudier les lettres d'adressage ? En effet, ces systèmes permettent à des professionnels travaillant dans la même structure, voire même dans le cadre d'un dossier médical personnalisé nomade (carte à puce, clé USB, échanges cryptés, etc.) dans des structures différentes, de pouvoir consulter et modifier l'intégralité du dossier à loisir (ou une partie prévue pour en cas de restriction hiérarchique de droits). Il est donc beaucoup plus facile, pour les spécialistes donnant un avis ponctuel, d'obtenir de manière détaillée l'ensemble des informations médicales du patient, sans être soumis à un premier niveau de filtrage et/ou d'omission par le médecin généraliste.

Nous pensons que 3 arguments viennent contre cette hypothèse d'une obsolescence des lettres d'adressage.

Le premier est un argument pratique. Ces systèmes d'information partagée restent encore très minoritaires dans la pratique clinique. Ils représentent effectivement l'élan donné à l'heure actuelle sur le partage d'informations médicales mais sont loin d'être la norme²¹¹. En attendant leur généralisation, il semble donc plus judicieux de rester sur un mode de transmission d'information qui a fait ses preuves depuis plus de 100 ans⁶.

Le second est aussi un argument pratique, mais qui puise ses concepts dans la définition même de la médecine générale¹. En tant que coordonnateur des soins pour le patient, le médecin généraliste traitant est en charge de la transmission d'informations vers les spécialistes. Nous avons vu que cette transmission était loin d'être parfaite en termes de qualité du contenu, mais un autre aspect vient contrebalancer ce fait. Le médecin généraliste assure un suivi longitudinal de ses patients dans le temps. Il est donc le plus à même d'alerter le spécialiste sur un point particulier de l'évolution du patient, qui ne transparaît pas forcément de l'examen simple des données brutes d'un dossier médical. De plus, le médecin généraliste établit un résumé de la situation du patient dans les lettres d'adressage, ce qui permet *in fine* au spécialiste de gagner du temps, plutôt que de consulter l'ensemble du dossier médical.

Enfin le troisième argument est de comprendre que de l'information non-médicale passe aussi à travers les lettres d'adressage. Ce peut être par exemple des formules de politesse plus amicales envers certains confrères. Les lettres d'adressage sont un moyen de garder contact avec son réseau de confrères, même si les agendas chargés ne permettent pas toujours des rencontres

formelles. Enfin, la façon de rédiger la lettre, le choix des mots (adjectifs, adverbes), l'insistance sur certains points particuliers, permet au praticien généraliste de faire passer des messages à valence émotionnelle dans ce courrier, qui font partie intégrante du jugement subjectif que se fait un praticien de la situation de son malade.

2. La méthodologie du travail

Un des points frappants des résultats de la revue de littérature est la non-disponibilité en texte intégral d'un grand nombre de références : 63 sur 176 potentiellement intéressantes. Plusieurs points peuvent expliquer ce fait :

- Le recours aux ressources électroniques uniquement ne permet pas de retrouver le texte intégral, voire le résumé d'un certain nombre d'articles anciens. Les bases d'articles disponibles sur les sites des éditeurs ou des journaux scientifiques remontent rarement avant 1995, encore plus rarement à 1990. Une recherche manuelle dans les archives des bibliothèques est alors nécessaire et impose alors une numérisation par la suite pour traitement.
- Beaucoup d'articles intéressants non disponibles pour cette étude sont issus de la littérature grise, grâce à la recherche par OPENSigle. En effet, si ce moteur de recherche permet d'identifier les potentiels papiers intéressants et qu'il renseigne sur leur localisation, la plupart des ressources en littérature grise ne sont pas disponibles sur

Internet et nécessitent un déplacement directement dans les bibliothèques concernées.

- Nous avons rencontré certains problèmes de référencement. Les articles avaient été sélectionnés sur le titre puis le résumé mais, au moment de la récupération du texte intégral sur le site de l'éditeur, il s'est avéré à plusieurs reprises que les références d'indexation (numéro de la revue, volume, pages, etc...) étaient erronées et pointaient sur un contenu totalement différent.

Ainsi, de manière à s'assurer de la base la plus complète possible, il aurait probablement fallu s'assurer les services d'un documentaliste (à plein temps) chargé d'aller récupérer tous ces articles manquants, car le processus est extrêmement demandeur de temps en pratique.

Une autre question qui peut interpeller quant à cette revue de la littérature est celle de son exhaustivité et de sa reproductibilité. Il existe 2 méthodes complémentaires pour s'en assurer, probablement utilisables dans le cadre de notre étude. La première consiste classiquement à mener la revue de la littérature en aveugle d'un second auteur, de manière à s'assurer que les références trouvées par la même méthode concordent. La seconde consiste à explorer les références de chaque article et de vérifier leur présence dans la base d'articles. Cette méthode interroge surtout les défauts d'indexation des bases de données.

Mais la principale question reste la comparabilité des études entre elles. Cette revue de la littérature a permis de montrer qu'il fallait tendre vers un

effort de standardisation entre tous les auteurs quand ils désirent analyser le contenu des lettres d'adressage. Dans ce but, la publication de ce travail dans une revue internationale pourrait permettre d'établir une base consensuelle d'items à analyser en routine (a priori les 11 items identifiés plus haut comme essentiels) quand il s'agit de regarder le contenu des lettres d'adressage, tout en n'empêchant pas l'ajout d'items spécifiques par exemple à une discipline médicale.

B. Un outil de formation initiale et continue

On pourrait imaginer utiliser le processus d'adressage comme faisant partie de la formation médicale. C'est en effet un bon exercice de synthèse et de retour sur sa propre pratique.

Pour la formation médicale initiale, on pourrait imaginer des exercices qui viseraient à mesurer les capacités à résumer des situations complexes, en un temps court (consultation de 15/20 minutes) tout en limitant au maximum la perte d'informations liée à la réduction du format d'écriture (dossier versus lettre). Les lettres écrites seraient alors comparées à une grille de lecture objective qui recenserait la présence ou non des différents items jugés obligatoires. La grille de lecture fournie dans la table 2 pourrait en constituer une première ébauche.

Pour la formation médicale continue, l'analyse des lettres d'adressage pourrait s'avérer un outil particulièrement utile pour l'évaluation des pratiques professionnelles, éventuellement dans des réunions multidisciplinaires associant localement spécialistes et généralistes. L'idée serait alors que le spécialiste amène les 5 ou 10 dernières lettres qu'il a reçues ou qu'un généraliste amène des copies des derniers courriers d'adressage qu'il a rédigés et qu'un travail critique sur le contenu et l'exactitude des informations médicales incluses dans ces lettres soit fait en groupe, permettant une amélioration des pratiques, notamment sur le plan de la coordination.

VI. CONCLUSION

Cette revue inédite de la littérature internationale sur les lettres d'adressage est un exercice qui, motivé initialement par des questionnements sur l'organisation de l'offre de soins, s'est avéré, par la suite, porteur d'un champ bien plus vaste d'informations. Sur le plan méthodologique, il a permis de montrer les limites de validité et de reproductibilité de l'analyse de collections de lettres d'adressage, exercice pourtant courant pour étudier la qualité des pratiques en médecine générale en termes de coordination des soins. Sur le plan des résultats, il montre qu'il y a un grand espace pour une amélioration des pratiques d'adressage et que l'organisation du système de soins, notamment autour du *gatekeeping*, est un bon facteur prédictif de l'intérêt des médecins pour ce genre d'exercice d'analyse.

Ce travail ouvre des perspectives d'études supplémentaires à mener dans les prochaines années. D'abord, la standardisation des grilles d'analyse des lettres d'adressage nécessite d'être publiée afin d'assurer la reproductibilité des futures études de ce type. Ensuite, l'absence d'informations en France sur le processus d'adressage nous inciterait à développer un recueil de lettres d'adressage avec analyse de leur contenu selon une grille issue de la littérature. Enfin, il apparaît que ce travail sur les lettres d'adressage pourrait avoir des extensions dans le domaine de la formation médicale initiale et continue.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002;
<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>.
Accessed 01/09, 2010.
2. Gallais J. *Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales*. Issy-les-Moulineaux: Société Française de Médecine Générale;1994.
3. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes : un essai de typologie. *Etudes et Résultats*. 2004;315.
4. Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. *Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2008*. Paris Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé;2010.
5. Bournot M-C, Goupil M-C, Tuffreau F. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. *Etudes et Résultats*. 2008;649.
6. Loudon I. The principle of referral: the gatekeeping role of the GP. *British Journal of General Practice*. 2008;58(547):128-130.
7. Haddy RI, Haddy TB. 113 letters from the Mayo Clinic: a pattern of medical referrals in the early 20th century. *Mayo Clin Proc*. Mar 2002;77(3):213-215.
8. Evans T, Van Lerberghe W. *Les soins de santé primaires - Maintenant plus que jamais*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé;2008.
9. Groenewegen P. Strengthening primary care in weak primary care systems. In: care Effp, ed. *The future of primary health care in Europe III*. Vol Pisa, Italy: NIVEL; 2010.
10. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie. *Code de la Santé Publique*. Vol 2004.
11. UNCAM, Alliance, CSMF, SML. Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance-maladie. In: UNCAM, edParis2005.
12. Le Fur P, Yilmaz E. Modes d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'Assurance maladie. *Questions d'Economie de la Santé*. 2008;134.
13. McConnell D, Butow PN, Tattersall MHN. Improving the letters we write: An exploration of doctor-doctor communication in cancer care. *British Journal of Cancer*. 1999;80(3-4):427-437.
14. Grol R, Rooijackers-Lemmers N, van Kaathoven L, Wollersheim H, Mokkink H. Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant replies? *Br J Gen Pract*. Mar 2003;53(488):217-219.

15. Newton J, Eccles M, Hutchinson A. Communication between general practitioners and consultants: What should their letters contain? *British Medical Journal*. 1992;304(6830):821-824.
16. Epstein RM. Communication between primary care physicians and consultants. *Arch Fam Med*. May 1995;4(5):403-409.
17. Valderas J, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med*. 2009;7(4):357-363.
18. Kvamme O, Olesen F, Samuelson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQuiP). *Qual Health Care*. 2001;10:33-39.
19. Cochrane RA, Davies EL, Singhal H, et al. The National Breast Referral Guidelines have cut down inappropriate referrals in the under 50s. *European Journal of Surgical Oncology*. Jun 1999;25(3):251-254.
20. Lucassen A, Watson E, Harcourt J, Rose P, O'Grady J. Guidelines for referral to a regional genetics service: GPs respond by referring more appropriate cases. *Fam Pract*. Apr 2001;18(2):135-140.
21. Pengiran Tengah DSNA, Byrne PO, Wills AJ. Urgent 2-week referrals for CNS/brain tumours: A retrospective audit. *Clinical Oncology*. 2003;15(1):7-9.
22. The Cochrane Collaboration. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. In: Higgins JP, Green S, eds: The Cochrane Collaboration; 2009: <http://www.cochrane-handbook.org/>. Accessed 01/04/2008.
23. Cohen E, Jorna F. The need for parathyroidectomy (multiple letters) [1]. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2004;19:2417-2419.
24. Mulley JC, Yu S, Gedeon AK, et al. Experience with direct molecular diagnosis of fragile X. *Journal of Medical Genetics*. 1992;29(6):368-374.
25. McManus J, Salinas J, Morton M, Lappan C, Poropatich R. Teleconsultation program for deployed soldiers and healthcare professionals in remote and austere environments. *Prehosp Disaster Med*. May-Jun 2008;23(3):210-216; discussion 217.
26. Scully ND, Chu L, Siriwardena D, Wormald R, Kotecha A. The quality of optometrists' referral letters for glaucoma. *Ophthalmic and Physiological Optics*. Jan 2009;29(1):26-31.
27. Morrow G. Do patients want copies of referral letters? *Br J Gen Pract*. Jul 2003;53(492):563.
28. Alamoud M. ANALYSIS OF POOR REFERRAL LETTERS. *Saudi Medical Journal*. Sep 1994;15(5):354-357.

29. Bergus GR, Emerson M, Reed DA, Attaluri A. Email teleconsultations: well formulated clinical referrals reduce the need for clinic consultation. *J Telemed Telecare*. 2006;12(1):33-38.
30. Bradlow J, Coulter A, Brooks P. Patterns of referral : a study of referrals to outpatient clinics from general practices in the Oxford Region. 1992.
31. Brockliss L. Consultation by letter in early eighteenth-century Paris: the medical practice of Etienne-Francois Geoffroy. *Clio Med*. 1994;25:79-117.
32. Broomfield N, Fleming P, Foot D. An investigation of the correspondence between psychological problems diagnosed by GPs and those subsequently targeted for treatment by clinical psychologists. *Health Bull (Edinb)*. May 2001;59(3):178-187.
33. Brown DC, Phillips J, Edmunds AT, Marshall TG, Uttley WS. An audit of medical paediatric out-patient appointments and letters. *Health Bull (Edinb)*. Sep 1995;53(5):269-273.
34. Buchmann E, Ephraim G, Kathawaroo S. Gynaecological referrals to Baragwanath Hospital. *S Afr Med J*. Apr 1994;84(4):200-203.
35. Burbach FR, Harding S. GP referral letters to a community mental health team: an analysis of the quality and quantity of information. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 1997;10(2-3):67-72.
36. Bush JP. "You can always tell a good doctor by the letters he writes". *Aust Fam Physician*. Oct 1976;5(9):1232, 1235.
37. Campbell F, Parsons B, Loane R. Analysis of referral letters to a department of old age psychiatry. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 2008;25(1):24-28.
38. Chester M. The problem with referrals. 1999.
39. Cooling N, Walpole B. General practitioner referrals to a department of emergency medicine. *Aust Fam Physician*. May 1992;21(5):621-628.
40. Couper ID, Henbest RJ. The quality and relationship of referral and reply letters - The effect of introducing a pro forma letter. *South African Medical Journal*. Dec 1996;86(12):1540-1542.
41. Cowie RL. Referral letters. *S Afr Med J*. Dec 2 1978;54(23):955.
42. Culpan S. Content of doctor's letters emergency departments. *N Z Med J*. Sep 22 1993;106(964):417.
43. Das J, Berg J, Goudie D, Dunlop J, McLeish L, Myring J. Accuracy of referral letters and family history questionnaires in ascertainment of the risk of familial cancer; Sep 15-17, 2008; York, ENGLAND.
44. Dowie R. General practitioners and consultants : a study of outpatient referrals. 1983.

45. Dykes J, Ladly P, Laungani P. The physical abuse of children : a study of referral records. 1997.
46. Gethins E, Larkin E, Davies S, Milton J. Medico-legal reports and gatekeeping: one year of referrals to a forensic service. *Med Sci Law*. Jan 2002;42(1):71-75.
47. Gold N. Psychiatric consultation: the patient, the doctors and their letters. *Aust Fam Physician*. Jul 1978;7(7):827-833.
48. Graham PH. Improving communication with specialists. The case of an oncology clinic. *Med J Aust*. May 16 1994;160(10):625-627.
49. Grant W. Referrals for psychiatric reports: A study on solicitor to psychiatrist communication. *Medicine, Science and the Law*. 1988;28(1):54-56.
50. Grimshaw J. Evaluation of four quality assurance initiatives to improve out-patient referrals from general practice to hospitals. 1998.
51. Harris MF, Giles A, O'Toole BI. Communication across the divide. A trial of structured communication between general practice and emergency departments. *Aust Fam Physician*. Feb 2002;31(2):197-200.
52. Harvey NS, Gill PV, Kimlim J. A survey of general practitioners' preferences, when referring to mental health services, and the implications for electronic outpatient booking. *Primary Care and Community Psychiatry*. 2005;10(2):51-56.
53. Higson N. Communicating with hospitals. *Practitioner*. Apr 22 1990;234(1487):402-403.
54. Hodge JAH, Jacob A, Ford MJ, Munro JF. Medical clinic referral letters. Do they say what they mean? Do they mean what they say? *Scottish Medical Journal*. 1992;37(6):179-180.
55. Idiculla JM, Perros P, Frier BM. Do diabetes guidelines influence the content of referral letters by general practitioners to a diabetes specialist clinic? *Health Bull (Edinb)*. Jul 2000;58(4):322-327.
56. Jarallah JS. THE QUALITY OF REFERRAL LETTERS IN 2 HEALTH CENTERS IN RIYADH. *Annals of Saudi Medicine*. Nov 1991;11(6):658-662.
57. Jiwa. GP letter writing in colorectal cancer: A qualitative study. *Current Medical Research and Opinion*. 2002;18(6):342-346.
58. Jiwa M, Arnet H, Bulsara M, Ee HC, Harwood A. What is the importance of the referral letter in the patient journey? A pilot survey in Western Australia. *Quality in Primary Care*. 2009;17(1):31-36.
59. Kelly AM. A study of the content and clarity of general practitioner referral letters to an emergency department. *N Z Med J*. Aug 25 1993;106(962):363-364.

60. Kheterpal S, Perry ME, McDonnell PJ. General practice referral letters to a regional ophthalmic accident and emergency department. *Eye*. 1995;9 (Pt 6 Su):67-69.
61. Kordy MN, Ibrahim MA, al-Gamal FM, Bahnassy A, Milaat W. A study of the morbidity pattern of referred patients and the effectiveness of the referral system in primary health care centers. *J Egypt Public Health Assoc*. 1992;67(5-6):709-724.
62. Kuyvenhoven MM, De Melker RA. Referrals to specialists. An exploratory investigation of referrals by 13 General Practitioners to medical and surgical departments. *Scand J Prim Health Care*. Mar 1990;8(1):53-57.
63. Lachman PI, Stander IA. Patterns of referral to Red Cross War Memorial Children's Hospital, Cape Town. *S Afr Med J*. Oct 6 1990;78(7):404-408.
64. Lachman PI, Stander IA. The referral letter - A problem of communication. *South African Medical Journal*. 1991;79(2):98-100.
65. Martyn J, Rousseau G. Aspects of referral. 1984.
66. Mead GE, Cunnington AL, Faulkner S, Russell KJ, Ford MJ. Can general practitioner referral letters for acute medical admissions be improved? *Health Bull (Edinb)*. Jul 1999;57(4):257-261.
67. Montalto M. Letters to go: general practitioners' referral letters to an accident and emergency department. *Med J Aust*. Sep 16 1991;155(6):374-377.
68. Montalto M, Harris P, Rosengarten P. Impact of general practitioners' referral letters to an emergency department. *Aust Fam Physician*. Jul 1994;23(7):1320-1321, 1324-1325, 1328.
69. Morrison WG, Pennycook AG. A study of the content of general practitioners' referral letters to an accident and emergency department. *Br J Clin Pract*. Summer 1991;45(2):95-96.
70. Pooley JE. Referrals from the community to the hospital eye service. 1996.
71. Pringle M. Referral letters--ensuring quality. *Practitioner*. Jun 1991;235(1503):507-510.
72. Qureshi NA, Schmidt HG, Van der Molen HT, Al-Habeeb TA, Magzoub ME. Quality of psychiatric referrals in Saudi Arabia - A structural equation modeling approach. *Neurosciences*. Jan 2007;12(1):53-61.
73. Ramrakha S, Giles A. Take a letter ... an audit of GP referrals in south west Sydney. *Aust Fam Physician*. Apr 2001;30(4):395-398.
74. Rosenbloom D, Buchanan WW. Observations on written communications between physicians regarding patients' drug treatment compared with patients' recall. *Drug Intell Clin Pharm*. Apr 1983;17(4):288-289.

75. Royal College of General Practitioners icwEGPRW. The European study of referrals from primary to secondary care. 1992.
76. Sangowawa O, Bhopal R. Can we implement ethnic monitoring in primary health care and use the data? A feasibility study and staff attitudes in North East England. *Public Health Medicine*. 2000;2(3):106-108.
77. Schramm R. The quality and relationship of referral and reply letters. *South African Medical Journal*. May 1997;87(5):624-624.
78. Northern and Yorkshire Cancer Registry and Information Service. Lung cancer referral patterns : The Yorkshire experience. 2000.
79. Smith D. 66 Lupus Street Analysis of referrals; January to June 1984. 1984.
80. Spark E, Chapman P, Gibson S, Wood B, George E. A retrospective review of information provided in general practitioner (GP) referral in general practitioner (GP) referral letters to a rheumatology department to assess if ARMA standards (No 4) had been achieved; Jun 08-11, 2005; Vienna, AUSTRIA.
81. Sullivan FM. A cohort study of new referrals from general practitioners to outpatient clinics to determine why some patients become 'continuing attenders'. 1990.
82. Taylor A. Evaluating GP exercise referral schemes : findings from a randomised controlled study. 1996.
83. Thurston CJ, Mitchell R, Little K. A study of the contents of referral letters from general practitioners to an accident and emergency department. *Health Bull (Edinb)*. May 1982;40(3):120-124.
84. Urkin J, Segal I, Barak N, Press J. Referral criteria from community clinics to pediatric emergency departments. *ScientificWorldJournal*. 2008;8:350-356.
85. Walsh ME. A study of the content of referral letters from general practitioners for acute surgical admissions to a district general hospital. *Health Bull (Edinb)*. Mar 1985;43(2):64-71.
86. Welsh Office C. Improving health care referral in Wales. 1996.
87. Westbrook D. Can therapists predict length of treatment from referral letters? A pilot study. *Behavioural psychotherapy*. 1991;19(4):377-382.
88. White PS. Analysis of CT scanning referrals for chronic rhinosinusitis (multiple letters) [2]. *Journal of Laryngology and Otology*. 1996;110(12):1189-1190.
89. Wilkin D, Dorman C. General practitioner referrals to hospital A review of research and its implications for policy and practice. 1990.
90. Wise E, Walker DJ, Myers A, Kay LJ. An audit of referral letters to a rheumatology department; Apr 19-22, 2005; Birmingham, ENGLAND.

91. Montalto M, Harris P, Rosengarten P. Survey of Australian emergency physicians' expectations of general practitioner referrals. *Br J Gen Pract.* Jul 1993;43(372):277-280.
92. Rickenbach M. Problem lists in letters. *BMJ.* Feb 27 1993;306(6877):580.
93. McColl E, Newton J, Hutchinson A. An agenda for change in referral - Consensus from general practice. *British Journal of General Practice.* 1994;44(381):157-162.
94. Tattersall MHN, Griffin A, Dunn SM, Monaghan H, Scatchard K, Butow PN. Writing to referring doctors after a new patient consultation. What is wanted and what was contained in letters from one medical oncologist? *Australian and New Zealand Journal of Medicine.* 1995;25(5):479-482.
95. Bernstein AL. What to do if a referrer stops referring. *ENT: Ear, Nose & Throat Journal.* 1996;75(4):256.
96. Gandhi TK, Sittig DF, Franklin M, Fairchild DG, Sussman AJ, Bates DW. E-mail referral notification eases task of writing letters to specialists. *Journal of the American Medical Informatics Association.* 1999:1063-1063.
97. Gandhi. Communication breakdown in the outpatient referral process. *Journal of general internal medicine.* 2000;15(9):626-631.
98. Jelley D, van Zwanenberg T. Copying general practitioner referral letters to patients: a study of patients' views. *Br J Gen Pract.* Aug 2000;50(457):657-658.
99. Denning JJ. How to stand out while saying 'thank you' for referrals. *Ophthalmology Times.* 2001;26(15):22.
100. Jiwa. Quality of information on referrals to colorectal surgeons: Towards consensus. *Current Medical Research and Opinion.* 2002;18(2):72-77.
101. Jolobe OMP. Quality of referral letters. *Lancet.* Oct 2002;360(9342):1336-1336.
102. Keely E, Dojeiji S, Myers K. Writing effective consultation letters: 12 tips for teachers. *Med Teach.* Nov 2002;24(6):585-589.
103. Keely E, Myers K, Dojeiji S. Can written communication skills be tested in an objective structured clinical examination format? *Acad Med.* Jan 2002;77(1):82-86.
104. Surgical advisory panel. Guidelines for Referral to Pediatric Surgical Specialists. *Pediatrics.* 2002;110(1):187.
105. GP uses e-mails to cut referrals. *Pulse.* 2003;63(16):12.
106. Braun TC, Hagen NA, Smith C, Summers N. Oncologists and family physicians. Using a standardized letter to improve communication. *Can Fam Physician.* Jul 2003;49:882-886.

107. GP to block refer 100 patients. *Pulse*. 2004;64(42):1-1.
108. Jaafar F, Davison AG, Beaty T, et al. Increasing social and psychological information conveyed to General Practitioners after bad news consultations by use of separate letters from the Lung Cancer Nurse Specialist. *Lung Cancer*. Oct 2004;46(1):57-59.
109. Lingard L, Hodges B, MacRae H, Freeman R. Expert and trainee determinations of rhetorical relevance in referral and consultation letters. *Med Educ*. Feb 2004;38(2):168-176.
110. Reponen J, Marttila E, Paaanen H, Turula A. Extending a multimedia medical record to a regional service with electronic referral and discharge letters. *J Telemed Telecare*. 2004;10 Suppl 1:81-83.
111. Scott IA, Mitchell CA, Logan E. Audit of consultant physicians' reply letters for referrals to clinics in a tertiary teaching hospital. *Internal Medicine Journal*. 2004;34(1/2):31-37.
112. Loosen up the referral rules. *Pulse*. 2005;65(39):84-84.
113. GPs with specialist knowledge 'are high referrers'. *Pulse*. 2006;66(42):2-2.
114. Practices caught in 'referral wars'. *Pulse*. 2006;66(47):4-4.
115. Referrals 'put in cupboard'. *Pulse*. 2006;66(37):4-4.
116. Glozier N, Prince M. Psychological determinants of primary care requests for urgent outpatient appointments in elective referrals. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2007;13(2):236-241.
117. Hoedeman R, Blankenstein Nettie AH, van der Feltz-Cornelis Christina M, Krol B, Groothoff Johan JW. Consultation letters for medically unexplained physical symptoms. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007(2). <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD006524/frame.html>.
118. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi Manal A, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008(4). <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005471/frame.html>.
119. Iacobucci G. PbR rules raise GP referral burden. *Pulse*. 2008;68(15):4-4.
120. Jiwa M, Deas K, Ross J, Shaw T, Wilcox H, Spilsbury K. An inclusive approach to raising standards in general practice: working with a 'community of practice' in Western Australia. *Bmc Medical Research Methodology*. Feb 2009;9.
121. GP referral letters for diabetes 'poor'. *Pulse*. 2002;62(16):11.

122. Ahmed AIHIDBGMRJMF. Review of 3,530 referrals for bone density measurements of spine and femur : Evidence that Radiographic osteopenia predicts low bone mass. *Radiology*. 1998;207(3):619-624.
123. Babington S, Wynne C, Atkinson CH, Hickey BE, Abdelaal AS. Oncology service correspondence: do we communicate? *Australas Radiol*. Mar 2003;47(1):50-54.
124. Creed F, Gowrisunkur J, Russell E, Kinsey J. General practitioner referral rates to district psychiatry and psychology services. *Br J Gen Pract*. Nov 1990;40(340):450-454.
125. Eaton L. Fears over e-referrals. *Pulse*. 2007;67(8):12-12.
126. Elwyn, Jones, Edwards. 'Appropriateness of referral to urologists': can it be defined for symptoms of benign prostatic obstruction and used as a quality measure? *BJU International*. 1999;83(3):238-242.
127. Garasen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: A panel study assessment - art. no. 133. *BMC Health Services Research*. Aug 2007;7:133-133.
128. Gilbert R, Franks G, Watkin S. The proportion of general practitioner referrals to a hospital Respiratory Medicine clinic suitable to be seen in a GPwSI Respiratory Clinic. *Primary Care Respiratory Journal*. 2005;14(6):314-319.
129. Graydon. Triage of Referrals to an Outpatient Rheumatology Clinic : Analysis of Referral Information and Triage. *Journal of Rheumatology*. 2008;35(7):1378-1383.
130. Jenkins S, Arroll B, Hawken S, Nicholson R. Referral letters: are form letters better? *Br J Gen Pract*. Feb 1997;47(415):107-108.
131. Jiwa M, Coleman M, Mckinley RK. Measuring the quality of referral letters about patients with upper gastrointestinal symptoms. *Postgraduate Medical Journal*. 2005;81(957):467-469.
132. Jiwa M, Walters S, Mathers N. Referral letters to colorectal surgeons: the impact of peer-mediated feedback. *Br J Gen Pract*. Feb 2004;54(499):123-126.
133. Jones NP, Lloyd IC, Kwartz J. General practitioner referrals to an eye hospital: a standard referral form. *J R Soc Med*. Dec 1990;83(12):770-772.
134. Kada S, Nygaard HA, Geitung JT, et al. Quality and appropriateness of referrals for dementia patients. *Quality in Primary Care*. 2007;15(1):53-57.
135. Linne Y, Rossner S. What is 'obesity' - An analysis of referral letters to an obesity unit. *International Journal of Obesity*. 1998;22(12):1231-1233.
136. Molloy E, O'Hare JA. Unravelling referrals to medical outpatients. *Ir Med J*. May 2003;96(5):145-146.

137. Orimadegun E. Contents of Referral Letters to the Children Emergency Unit of a Teaching Hospital, Southwest of Nigeria. *Pediatric Emergency Care*. 2008;24(3):153-156.
138. Rowland J, Garfield P. Referral letters to child and adolescent mental health services [4]. *Psychiatric Bulletin*. 2004;28:150-154.
139. Ryan T, Hatfield B, Sharma I. Outcomes of referrals over a six-month period to a mental health gateway team. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. 2007;14(6):527-534.
140. Shaw I, Smith KMC, Middleton H, Woodward L. A letter of consequence: Referral letters from general practitioners to secondary mental health services. *Qualitative Health Research*. Jan 2005;15(1):116-128.
141. Sorensen MJ, Dalsgaard S, Thomsen PH. Internalizing disorders in child psychiatric patients across time: diagnoses and causes for referral. *Nord J Psychiatry*. 2006;60(2):126-131.
142. Steine S, Laerum E. Referrals for radiological examination of the large bowel. Pre-radiological examinations, tests and referral letters. *Fam Pract*. Mar 1994;11(1):21-25.
143. Trevett AJ, Lalloo DG, Nwokolo N, Kevau IH, Warrell DA. Analysis of referral letters to assess the management of poisonous snake bite in rural Papua New Guinea. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. Sep-Oct 1994;88(5):572-574.
144. Webb JB, Khanna A. Can we rely on a general practitioner's referral letter to a skin lesion clinic to prioritise appointments and does it make a difference to the patient's prognosis? *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 2006;88(1):40-45.
145. White T, Marriott S. Using evidence-based dissemination and implementation strategies to improve routine communication between general practitioners and community mental health teams. *Psychiatric Bulletin*. 2004;28(1):8-11.
146. Wun YT, Wong TK, Chao DVK. Do trainers agree with trainees on referrals to emergency department? *Hong Kong Practitioner*. 2004;26(12):508-514.
147. Berta W, Barnsley J, Bloom J, et al. Enhancing continuity of information: essential components of a referral document. *Can Fam Physician*. Oct 2008;54(10):1432-1433, 1433 e1431-1436.
148. Blaney D, Pullen I. Communication between psychiatrists and general practitioners: what style of letters do psychiatrists prefer? *J R Coll Gen Pract*. Feb 1989;39(319):67.
149. Addley K, Duffy C. General practitioner referral letters - The concept of a fixed-heading format. *Ulster Medical Journal*. 1982;51(2):136-140.
150. Al-Fayez H. Diagnostic agreement between primary care physician and dermatologist and reason for referral to skin clinic. *Bahrain Medical Bulletin*. 2004;26(2):39-41.

151. Ball C, Box O. General practice referrals to a community team for mental health in the elderly: information and the mode of referral. *Br J Gen Pract.* Aug 1997;47(421):503-504.
152. Barnes PK, Hoile RW. Emergency admissions to a general medical unit: a survey of the accompanying letters, with recommendations. *Br Med J.* Nov 15 1969;4(5680):424-425.
153. Basarab T, Munn SEJRR. Diagnostic accuracy and appropriateness of general practitioner referrals to a dermatology out-patient clinic. *British journal of dermatology 1951.* 1996;135(1):70-73.
154. Brown MT, Trotter CA. REFERRALS FROM GENERAL PRACTITIONERS TO OLD AGE PSYCHIATRISTS. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 1994;9(10):829-833.
155. Cant PJYDSL. Impact of the '2 week wait' directive for suspected cancer on service provision in a symptomatic breast clinic. *British Journal of Surgery.* 2000;87(8):1082-1086.
156. Cornwall PL. Communication between general practitioners and child psychiatrists. *BMJ.* Mar 13 1993;306(6879):692-693.
157. Culshaw D, Clafferty R, Brown K. Let's get physical! A study of general practitioner's referral letters to general adult psychiatry - Are physical examination and investigation results included? *Scottish Medical Journal.* 2008;53(1):7-8.
158. Dupont C. Quality of referral letters. *Lancet.* May 11 2002;359(9318):1701.
159. Espeland A, Albrektsen G, Larsen JL. Plain radiography of the lumbosacral spine - An audit of referrals from general practitioners. *Acta Radiologica.* Jan 1999;40(1):52-59.
160. Goldacre MJ. Acute bacterial meningitis in childhood: aspects of prehospital care in 687 cases. *Arch Dis Child.* Jun 1977;52(6):501-503.
161. Hull FM, Westerman RF. Referral to medical outpatients department at teaching hospitals in Birmingham and Amsterdam. *Br Med J (Clin Res Ed).* Aug 2 1986;293(6542):311-314.
162. Jaturapatporn D, Hathirat S. Specialists' perception of referrals from general doctors and family physicians working as primary care doctors in Thailand. *Quality in Primary Care.* 2006;14(1):41-48.
163. Jenkins RM. Quality of general practitioner referrals to outpatient departments: assessment by specialists and a general practitioner. *Br J Gen Pract.* Mar 1993;43(368):111-113.
164. Jiwa M, Gordon M, Skinner P, Colwell B, Freeman J. Where is the relevant history and examination recorded? A review of documents in general practice. *Quality in Primary Care.* 2006;14(4):235-238.

165. Juncosa S, Jones RB, McGhee SM. Appropriateness of hospital referral for hypertension. *BMJ*. Mar 10 1990;300(6725):646-648.
166. Linne Y, Rossner S. Referral letters to an obesity unit - Relationship between doctor and patient information. *International Journal of Obesity*. 2000;24(10):1379-1380.
167. Lovey N, Vasireddy S. Quality of GP referral letters is associated with overall information content and specific items of information; Apr 22-25, 2007; Liverpool, ENGLAND.
168. McNeill A. How accurate are primary care referral letters for presumed acute stroke? *Scott Med J*. Nov 2008;53(4):11-12.
169. Moreno G, Hue T, Chia ALK, Lim A, Shumack S. Prospective study to assess general practitioners' dermatological diagnostic skills in a referral setting. *Australasian Journal of Dermatology*. 2007;48(2):77-82.
170. Morley NCD, Robertson H, Millar J, Finlayson DF. Use of Radiology by General Practitioners Making Orthopaedic Referrals: a Cross-Sectional Study. *Scottish Medical Journal*. Feb 2009;54(1):14-15.
171. Newton J, Hutchinson A, Hayes V, McColl E, Mackee I, Holland C. Do clinicians tell each other enough? An analysis of referral communications in two specialties. *Fam Pract*. Mar 1994;11(1):15-20.
172. Ni Bhrolchain CM. A district survey of paediatric outpatient referrals. *Public Health*. Nov 1992;106(6):429-436.
173. Ong SP, Lim LT, Barnsley L, Read R. General practitioners' referral letters--Do they meet the expectations of gastroenterologists and rheumatologists? *Aust Fam Physician*. Nov 2006;35(11):920-922.
174. Patel NNB, D'Souza J, Rucker M, et al. Prioritisation of vascular outpatient appointments cannot be based on referral letters alone. *Surgeon-Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland*. Jun 2008;6(3):140-143.
175. Raheja S, Singh I. Audit of referral letters from general practitioners to learning disabilities clinics. *British Journal of Developmental Disabilities*. 2001;47(1):39-43.
176. Rao GP, Moriarty AP. Measuring visual acuity in general practice. Many referral letters omit visual acuity measurement. *BMJ*. Mar 11 1995;310(6980):671.
177. Salathia K, McIlwaine WJ. GENERAL-PRACTITIONER AND HOSPITAL LETTERS. *Ulster Medical Journal*. Apr 1995;64(1):46-50.
178. Smyth F, Owens J, Carey T. Communication between GPs and psychiatrists. *Ir Med J*. May-Jun 1994;87(3):88-89.
179. Sorensen HT, Moller-Petersen J, Krarup HB, Pedersen H, Hansen H, Hamburger H. Diagnostic problems with meningococcal disease in general practice. *J Clin Epidemiol*. Nov 1992;45(11):1289-1293.

180. Speed CA, Crisp AJ. Referrals to hospital-based rheumatology and orthopaedic services: seeking direction. *Rheumatology (Oxford)*. Apr 2005;44(4):469-471.
181. Taylor SC, Markar TN. Audit of the quality of general practitioner referral letters to a learning disability service. *British Journal of Developmental Disabilities*. 2002;48(2):101-106.
182. Toleman J, Barras M. General practitioner referral letters: Are we getting the full picture? [7]. *Internal Medicine Journal*. 2007;37(7):510-511.
183. Tuomisto LE, Kaila M, Erhola M. Asthma programme in Finland: comparison of adult asthma referral letters in 1994 and 2001. *Respir Med*. Mar 2007;101(3):595-600.
184. Tuomisto LE, Marina E, Minna K, et al. The Finnish national asthma programme: Communication in asthma care - Quality assessment of asthma referral letters. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2007;13(1):50-54.
185. Vehvilainen AT, Vohlonen IJ, Kumpusalo EA, Takala JK. Discrepancies between the assessed urgency and the actual time taken to obtain a consultation with an internist. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Jun 1998;16(2):81-84.
186. Ward P, Carvell J. GPs' management of acute back pain - Referral letters are inadequate. *British Medical Journal*. Jun 1996;312(7044):1481-1481.
187. Watson E, Austoker J, Lucassen A. A study of GP referrals to a family cancer clinic for breast/ovarian cancer. *Fam Pract*. Apr 2001;18(2):131-134.
188. White P, Singleton A, Jones R. Copying referral letters to patients: the views of patients, patient representatives and doctors. *Patient Educ Couns*. Oct 2004;55(1):94-98.
189. Wright J, Prasad N, Dalrymple G. Primary care out of hours - Emergency referral letters from deputising doctors need to be improved. *British Medical Journal*. May 1996;312(7041):1304-1304.
190. Blakey A, Morgan J, Anderson I. Communication between GPs and psychiatrists: The long and short of it. *Psychiatric Bulletin*. 1997;21(10):622-624.
191. Ferriter K, Gangopadhyay P, Nilforooshan R, Ardern M, Warner J. Quality of referrals to old age psychiatry following introduction of the single assessment process. *Psychiatric Bulletin*. 2006;30(12):452-453.
192. Gran JT, Nordvag BY. Referrals from general practice to all outpatient rheumatology clinic: Disease spectrum and analysis of referral letters. *Clinical Rheumatology*. 2000;19(6):450-454.
193. Sheth HG, Aslam SA, Subramanian S, Sheth AG. Acute ophthalmic referrals from primary care – an audit and recommendations. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. Vol 14. 2008:618-620.
194. Syed AA, Large DM. Quality of GPs' referral letters to diabetes secondary care. *Practical Diabetes International*. 2003;20(5):165-169.

195. Tattersall MHN, Butow PN, Brown JE, Thompson JF. Improving doctors' letters. *Medical Journal of Australia*. Nov 2002;177(9):516-520.
196. Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G. A study of communication between general practitioners and specialists. *Br J Gen Pract*. Nov 1990;40(340):445-449.
197. Pouyanne P, Haramburu F, Imbs J, Begaud B, French Pharmacovigilances Centres. Hospitalisations due to adverse drug reactions: a cross sectional study in medical departments. *British Medical Journal*. 2000;320(1036).
198. Paris V, Devaux M, Wei L. *Health Systems Institutional Characteristics*. Paris: OECD;2010.
199. Grenier F. *Etude des lettres d'admission aux urgences pédiatriques de Clermont-Ferrand* Clermont-Ferrand2005.
200. Verdage Dornier H. *Communication ville/hôpital à travers les lettres adressées aux Urgences. A propos d'une étude réalisée au CHG de Pontarlier*. Besançon2002.
201. Bonhomme O. *Evaluation qualitative des SAMU-SMUR au travers de 2 indicateurs : les lettres de plaintes reçues, le courrier adressé au médecin traitant*. Nantes2000.
202. Conill F. *Lettres d'admission à l'hôpital (étude rétrospective à partir de 400 dossiers d'hospitalisation en médecine gériatrique)*. Montpellier1997.
203. Maragnon F. *La communication ville-hôpital vue à travers les "lettres d'admission" dans un service d'urgences pédiatriques*. Paris, Necker; 1997.
204. Prevost Defrance M. *Le courrier médical entre les généralistes et leurs correspondants : une étude de 354 lettres échangées, effectuée chez sept généralistes enseignants à l'Université Paris XI*. Paris, Le Kremlin-Bicêtre; 1995.
205. Rasamoelina Dubois A-C. *A propos des lettres de médecins adressées au service d'urgences d'un hôpital général : épidémiologie et étude des lettres*. Tours1995.
206. Bourguignon N. *Accueil des patients aux urgences médicales de la Pitié-Salpêtrière : étude épidémiologique de la population consultante, évaluation des lettres de médecins destinés aux urgences*. Paris, Pitié-Salpêtrière; 1991.
207. Yrles J-C. *A propos des lettres de médecins adressées dans un service d'urgences médicales adultes*. Rouen1988.
208. Bresin M-G. *Etude des relations entre médecine hospitalière et extra-hospitalière dans l'unité d'accueil médecine du CHG de Lorient, à partir des lettres d'admission : comparaison avec le CHRU de Rennes*. Rennes1990.
209. Danic B. *Etude des relations entre médecine hospitalière et extra-hospitalière dans l'unité d'accueil médecine du CHRU de Rennes, à partir des lettres d'admission : comparaison avec le CHG de Lorient*. Rennes1990.

- 210.** Durkin CJ, Edwards A. Referral letters from general practitioners. *J R Coll Gen Pract.* Jul 1975;25(156):532-536.
- 211.** Juilhard J-M, Crochemore B, Touba A, Vallencien G. *Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour le déploiement.* Paris: Ministère de la Santé et des Sports;2009.