HAL
open science

Évaluation qualitative d'un courrier standardisé d'admission à l'hôpital

Anne-Claire Kong Win Chang

To cite this version:

Anne-Claire Kong Win Chang. Évaluation qualitative d'un courrier standardisé d'admission à l'hôpital. Médecine humaine et pathologie. 2009. dumas-00631431

HAL Id: dumas-00631431

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00631431

Submitted on 12 Oct 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

ANNEE 2009 N°

EVALUATION QUALITATIVE D'UN COURRIER STANDARDISE D'ADMISSION A L'HÔPITAL

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLÔME D'ETAT

Anne-Claire KONG WIN CHANG
Née le 6 Août 1979 à VOIRON

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE
LE 30 SEPTEMBRE 2009

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Présidente du jury : Madame le Professeur Françoise CARPENTIER

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Luc BOSSON

Monsieur le Professeur Vincent DANEL

Monsieur le Docteur Cyrille PICCO

Primum non nocere,
Sedare dolorem opus divinum est.

A NOS MAITRES ET JUGES

A Madame le Professeur Françoise CARPENTIER,

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de notre admiration et de notre respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Luc BOSSON,

Nous vous sommes reconnaissantes d'avoir accepté de juger notre travail. Que cette thèse soit l'expression de notre reconnaissance et de notre plus grande estime à votre égard.

A Monsieur le Professeur Vincent DANEL,

Vous avez accepté de siéger dans notre jury et nous vous en remercions vivement.

Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre respect.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE ET JUGE

Monsieur le Docteur Cyrille PICCO,

De l'intention à la réalisation de cette thèse, tout au long de mon stage puis de mes remplacements à SOS Médecins, tu as été disponible et de bons conseils, constant dans ton enthousiasme et rassérénant dans les moments de doute.

Merci de m'avoir proposé ce travail.

Merci de ta confiance.

Mes remerciements s'envolent aussi :

Au Docteur Mélanie Sustersic,

pour la fraîcheur de tes idées et ton intérêt pour ce travail qui a été l'occasion de notre heureuse rencontre. Bonne route outre-amazonienne.

Au Docteur Erica Gallegos,

pour tes conseils pertinents et tes encouragements, sois assurée de mon amitié sincère tant dans les épreuves que dans les moments de bonheur.

A toute l'équipe de SOS MEDECINS Grenoble, médecins et secrétaires,

pour votre convivialité et vos compétences partagées au quotidien,

merci de votre participation.

Ce travail est particulièrement dédié :

A mon père,

pour ton amour de la médecine que tu m'as transmis, ton altruisme serein et ta générosité exemplaire. Merci de ton affection et de ta sagesse.

A ma mère,

pour ton amour de la lecture et du verbe, pour ton analyse si fine de tes patients qui me donne l'espoir dans le bien-être du genre humain. Merci de ton amour.

A ma sœur Corinne,

pour tes qualités d'empathie et de relations humaines que j'admire.

Tes pas m'ont permis de suivre une voie qui me rapproche de toi.

Puissé-je être toujours là pour toi et ta si belle famille.

A mon frère Nans,

pour ton talent et ta vision artistique du monde qui m'exaltent,

et dont ce travail a pu bénéficier. Merci de ton aide si précieuse.

Sache que tu pourras toujours compter sur moi.

A Alan, Maël, Flore et Margaux,

pour toute cette joie de vivre qui est un réel enchantement.

A Clémence,

pour toutes ces années, ces veillées, ces fou-rires, ces pleurs et ces confidences…

Merci de cette si belle amitié.

Puisse-t-elle toujours durer.

A Elora,

ma princesse des îles, je suis si fière de toi.

Quel bonheur d'être ta maman.

A Olivier,

je puis enfin délivrer les mots les plus doux de cet ouvrage pour te murmurer un merci,

non seulement pour ta tolérance envers ma passion de l'informatique,

mais surtout pour tout le reste.

Avec tout mon amour.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION **7**

I.1. Le courrier médical : réglementation et recommandations **7**

I.2. Exposé des connaissances actuelles **7**

I.2.1. Variabilité des informations transmises 7

I.2.2. Intérêt d'un modèle de courrier 7

I.3. Objectifs de l'étude **8**

II. POPULATION ET METHODES **9**

II.1. Schéma d'étude et population cible **9**

II.2. Recueil des données **9**

II.3. Description du nouveau support de courrier standardisé **10**

II.4. Mode d'évaluation des courriers : la grille d'analyse **10**

II.5. Analyse statistique **10**

III. RESULTATS **11**

III.1. Recueil des courriers et leurs caractéristiques **11**

III.2. Description de la population **11**

III.2.1. Auteurs des courriers 11

III.2.2. La population des 2 échantillons de courriers était-elle comparable ? 11

III.3. Comparaison détaillée des deux types de courriers **13**

III.3.1. Généralités et état civil du patient 13

III.3.2. Contexte socio-familial 13

III.3.3. Interrogatoire, examen clinique et paraclinique 13

III.3.4. Synthèse et intervention du médecin 14

III.4. Comparaison synthétique des deux types de courriers selon un score **16**

IV. DISCUSSION **18**

IV.1. Validité interne et limites de notre étude **18**

IV.2. Audit des courriers de SOS Médecins Grenoble **19**

IV.2.1. Cohérence des résultats avec ceux de l'année précédente (2008) 19

IV.2.2. Divergences avec les données des courriers des médecins traitants . 19

IV.3. Apport des courriers standardisés **21**

IV.3.1. Détails des critères et scores 21

IV.3.2. Sensibilisation et formation 24

IV.4. Démarche qualité et perspectives d'avenir **24**

IV.4.1. Intérêt d'un courrier d'admission 24

IV.4.2. Ouverture sur d'autres travaux 24

V. CONCLUSION **27**

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES **29**

VII. ABREVIATIONS **32**

VIII. ANNEXES
Annexe 1 : Support de courrier libre à en-tête de SOS Médecins Grenoble 33
Annexe 2 : Support de courrier standardisé d'admission à l'hôpital de SOS Médecins Grenoble 34
Annexe 3 : La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée 35
Annexe 4 : Grille d'évaluation des courriers médicaux 36
Annexe 5 : Comparaison de l'audit réalisé dans notre étude avec celui de l'année précédente sur les courriers d'admission rédigés sur l'ancien support de lettre 37

IX. LISTE DES PROFESSEURS ET MAÎTRES DE CONFERENCE 38

X. SERMENT D'HIPPOCRATE 43

LISTE DES TABLEAUX
Tableau I : Description et comparaison de la population des deux périodes de recueil. 12
Tableau II : Courriers incluant chacun des items. 15
Tableau III : Répartition des courriers en fonction de la notion de gravité 14
Tableau IV : Scores des courriers 16

LISTE DES FIGURES
Figure 1 : Répartition des hypothèses diagnostiques de l'ensemble des courriers ... 12
Figure 2 : Représentation en box-plot de la répartition des scores totaux (16 critères). 16
Figure 3 : Pourcentage de courriers incluant chacun des critères obligatoires. 17
Figure 4 : Pourcentage de courriers incluant chacun des critères pertinents 17

I. INTRODUCTION

Le courrier médical demeure le principal moyen de communication entre médecins de ville et médecins hospitaliers. Cette articulation ville-hôpital est un élément majeur dans la continuité de prise en charge des patients[1].

I.1. Le courrier médical : réglementation et recommandations

Il constitue un document médico-légal en tant que mémoire écrite des informations, dans le respect de la confraternité entre praticiens et du secret médical comme le rappellent les articles 4 et 56 du Code de Déontologie Médicale[2]. L'article 45 précise qu'il devrait comporter « les informations utiles à la continuité des soins ». Actuellement, les recommandations sont mieux établies sur les comptes-rendus de consultation ou d'hospitalisation[3,4], que sur la forme et le contenu des courriers d'admission[5].

I.2. Exposé des connaissances actuelles

I.2.1. Variabilité des informations transmises

Une grande hétérogénéité persiste à ce jour concernant la qualité du contenu informationnel des lettres d'admission[6-8], avec des informations parfois insuffisamment transmises[9,10], et parfois différentes de celles attendues par le médecin destinataire devant assurer la continuité des soins[11,12]. Des taux d'insatisfaction des médecins destinataires hospitaliers atteignant 60 à 63,5% ont été retrouvés dans la littérature[13,14].

I.2.2. Intérêt d'un modèle de courrier

Un certain nombre d'études suggèrent l'intérêt d'un éventuel courrier type optimal incluant une liste de critères à renseigner systématiquement, afin d'améliorer la transmission des informations[8,15-21]. Plusieurs propositions ont été élaborées mais peu ont été évaluées à ce jour.

Les rares études mentionnant une évaluation de courriers standardisés d'admission à l'hôpital semblent présenter des résultats divergents :

- une amélioration de la qualité des informations grâce à l'introduction de courriers préformatés a été mise en évidence par COUPER sur 254 courriers d'admission aux urgences[23], et JENKINS sur 100 courriers pour consultation cardio-pédiatrique[24].
- Alors que deux autres études n'ont pas montré de différence significative entre les courriers libres et les courriers préformatés. Il s'agissait de l'étude menée par MEAD et son équipe sur 291 courriers d'admission aux urgences[14] et d'une autre étude conduite par DUPONT portant sur 600 courriers accompagnant les patients en consultation dermatologique hospitalière[25]. Mais dans les deux cas il y avait une répartition asymétrique des courriers préformatés par rapport aux courriers libres (respectivement 28/72% et 5/95%). Cette dernière étude citée concluait en suggérant que le service de dermatologie envoie un modèle de courrier aux médecins de ville, avec les informations pertinentes attendues.

Chacune de ces quatre études n'avaient évalué que des supports divers et variés de courriers préformatés, *i.e.* sans uniformisation préalable.

I.3. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la qualité de l'information transmise via un unique support de courrier standardisé d'admission à l'hôpital, en le comparant avec un support de courrier libre. Il s'agissait d'un courrier préformaté inspiré d'une lettre type proposée en accord avec les médecins urgentistes du CHU de Grenoble[18,19].

Un objectif secondaire était d'établir un audit des courriers d'admission de SOS Médecins Grenoble concernant leur charge informative. Ce travail s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité de la correspondance médicale.

II. POPULATION ET METHODES

II.1. Schéma d'étude et population cible

Il s'agissait d'une étude prospective de type « avant/après », d'observation des courriers rédigés lors de l'admission de patients à l'hôpital par les médecins de SOS Médecins Grenoble. Ces derniers forment une association de médecins généralistes de ville participant majoritairement à la permanence de soins[26-31] sur l'agglomération Grenobloise (couvrant près de 400 000 habitants). Ils sont disponibles tous les jours 24h sur 24, en visite à domicile principalement et en consultation au cabinet[32,33].

Ont été inclus tous les courriers d'admission, quelles qu'aient été l'origine des patients adressés (consultation ou visite), ou leurs destinations hospitalières : service des urgences médico-chirurgicales, pédiatriques, psychiatriques et services hospitaliers.

II.2. Recueil des données

Le recueil concernait les duplicatas en carbone des courriers d'admission conservés par chaque médecin de SOS Médecins. La période de recueil a duré 28 jours, du 30 mars au 26 avril 2009 inclus. Elle se répartissait en deux phases de 14 jours consécutifs chacune :

- une première période où les courriers ont été rédigés sur papier libre à en-tête utilisé aussi comme ordonnancier (*annexe 1*) ; cette période sera nommée « Avant » ;
- et une seconde période, dite « Après », où seuls les nouveaux supports de courriers préformatés ont été utilisés (*annexe 2*).

Une période de «wash out» (période sans traitement) de sept jours a précédé ce recueil, c'est-à-dire que les doubles des courriers recueillis lors de cette période n'ont pas été analysés. Une recherche dans la base de données informatique du secrétariat de SOS Médecins a parfois été nécessaire pour compléter les données.

II.3. Description du nouveau support de courrier standardisé (*annexe 2*)

Ce courrier préformaté se présentait sous forme d'un recto de format A4, avec des emplacements à remplir signalés par des pointillés et des cases à cocher. Il comportait notamment un item permettant de renseigner la gravité clinique du patient adressé, via la Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée (dite CCMUm, cf. *annexe 3*). La présentation de cette dernière a été retouchée à la demande de SOS Médecins sous forme de cases à cocher accompagnées d'un rappel concis de chaque classe.

II.4. Mode d'évaluation des courriers : la grille d'analyse

Nous avons utilisé une grille d'analyse des courriers comportant 39 critères, inspirés de la littérature[10,15,16,22,34-36] et détaillés dans l'*annexe 4.* Chaque double de courriers a été analysé en fonction de la présence ou l'absence de chacun des items de la grille.

Afin de vérifier sa validité et sa reproductibilité, cette grille a été testée au préalable par deux médecins-lecteurs indépendants sur un sous-échantillon de 30 courriers randomisés (15 du groupe « Avant » et 15 « Après »), et leurs réponses furent comparées. Sur les 1170 réponses -correspondant aux 39 critères pour chacun des 30 courriers- seuls 11 désaccords ont été mis en exergue entre les 2 lecteurs, soit un taux de discordance faible de 0,94%. Cette double lecture a permis d'identifier les critères posant des problèmes de remplissage et d'affiner leurs définitions avec les conseils d'un troisième médecin.

II.5. Analyse statistique

L'analyse en intention de traiter a été appliquée, incluant comme prévu les courriers selon chacune des deux périodes de recueil, même en cas d'erreur sur le support de lettre utilisé. Les critères ont été comparés à l'aide du test du χ^2 dont les conditions d'application avaient été vérifiées au préalable. Les comparaisons des scores d'évaluation des courriers et des âges de la population ont été réalisées à l'aide du test de Student. Le seuil de significativité retenu pour l'ensemble des tests était $\alpha = 5\%$. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Modalisa 6.0.

III. RESULTATS

III.1. Recueil des courriers et leurs caractéristiques

L'étude a permis de recueillir 256 duplicatas de courriers, dont 111 dans la première période de recueil sur les anciens supports de courriers « Avant », et 145 dans la deuxième phase de recueil, sur les nouveaux supports standardisés « Après ».

Les erreurs concernant le support de courrier selon la période de recueil ont concerné deux courriers pour la période « Avant » et trois pour celle « Après ».

Les courriers étaient presque exclusivement manuscrits (99,2%), et la grande majorité des courriers « Avant » ne comportaient qu'une page recto ou recto/verso (respectivement 49,5% et 46,8%). Seuls 3,6% présentaient plus d'une page recto/verso. Tous les courriers standardisés « Après » se contentaient de la page recto simple.

III.2. Description de la population

III.2.1. Auteurs des courriers

Les médecins rédacteurs se répartissaient en 17 titulaires et 8 remplaçants. Des disparités ont été constatées dans le nombre de courriers rédigés : d'une part entre les différents médecins, et d'autre part entre les deux périodes pour certains médecins.

III.2.2. La population des 2 échantillons de courriers était-elle comparable ?

Plus de la moitié des courriers d'admission recueillis concernaient la population âgée de plus de 75 ans (52,8%). Elle se répartissait en 113 hommes (44,1%) et 143 femmes (55,9%) avec un ratio femme/homme à 1,26. Les admissions à l'hôpital accompagnées d'un courrier se réalisaient dans 60% des cas la semaine et 40% le week-end ou jours fériés, pour des motifs médicaux dans la grande majorité des cas (90,2%) ; les autres motifs arrivant loin derrière : traumatologiques pour seulement 6,3% et psychiatriques pour 3,5% des courriers. 58% des hypothèses diagnostiques se résumaient en quatre catégories

principales : cardiovasculaires, broncho-pulmonaires, digestives et neurologiques (*figure 1*). Au total toutes ces caractéristiques ont été retrouvées de façon comparable dans les deux groupes de courriers « Avant » et « Après » (*tableau I*).

Figure 1. Répartition des hypothèses diagnostiques de l'ensemble des courriers.

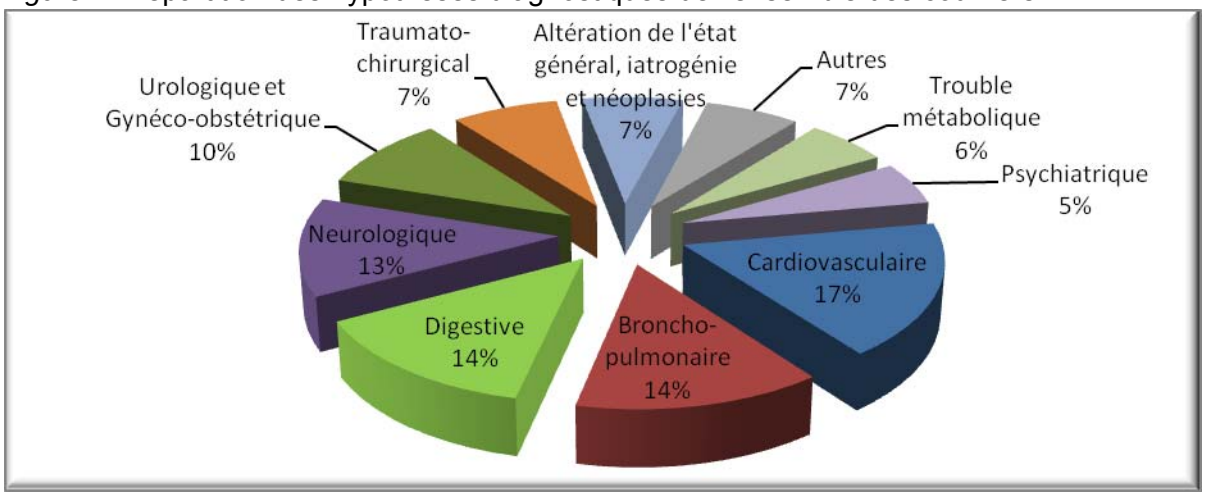


Tableau I. Description et comparaison de la population des deux périodes de recueil.

	Totalité des courriers n=256	**Courriers « Avant » n=111**	**Courriers « Après » n=145**	Valeur de p
AGE en années				
Médiane de l'âge	70	72	67	p>0,1
1er quartile	41	44,25	37,5	
3ème quartile	83	84	83	
SEXE des patients (%)				p=0,09
Masculin	113 (44,1)	56 (50,5)	57 (39,3)	
Féminin	143 (55,9)	55 (49,5)	88 (60,7)	
JOUR de visite ou de consultation (%)				p>0,1
Semaine	151 (59,0)	65 (58,6)	86 (59,3)	
WE ou fériés	102 (39,8)	44 (39,6)	58 (40,0)	
Non réponse	3 (1,2)	2 (1,8)	1 (0,7)	
Type de MOTIF d'ADMISSION (%)				p>0,1
Médical	231 (90,2)	100 (90,1)	131 (90,3)	
Traumatologique	16 (6,3)	7 (6,3)	9 (6,2)	
Psychiatrique	9 (3,5)	4 (3,6)	5 (3,4)	
Principales HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES (%)				p>0,1
Cardiovasculaire	44 (17,4)	19 (22,5)	25 (14,5)	
Broncho-pulmonaire	35 (13,8)	17 (20)	18 (10,7)	
Digestif	35 (13,8)	14 (16,5)	21 (12,5)	
Neurologique	32 (12,6)	6 (7,5)	26 (15,5)	

III.3. Comparaison détaillée des deux types de courriers (*tableau II page 11*)

III.3.1. Généralités et état civil du patient

Les généralités et l'état civil complet du patient étaient dans l'ensemble bien renseignés dans les deux groupes (environ 95%), excepté concernant l'heure de rédaction et l'identification du destinataire (17,1% et 21,6% des courriers « Avant ») significativement plus présents dans les courriers « Après » (88,3% et 45,5%). Les courriers étaient bien lisibles. A noter que dans les courriers « Avant », seul l'âge du patient était écrit mais jamais la date de naissance complète, alors qu'elle a été retrouvée dans 60,7% des courriers « Après ». L'identité complète du patient et le motif d'admission étaient les seuls critères qui semblaient moins renseignés dans les courriers « Après », mais sans différence significative.

III.3.2. Contexte socio-familial

Le contexte socio-familial était peu abordé dans les courriers « Avant » (environ 12%), mais se retrouvait nettement plus renseigné dans les courriers standardisés « Après » (73%), où la différence était significative pour chacun des critères. L'autonomie des personnes âgées de plus de 75 ans était précisée dans 85% des courriers « Après » (*versus* 13% « Avant ») ; seul 0,9% se référait à une grille validée (GIR*). Le nom du médecin traitant n'était noté que dans 46,8% des courriers « Avant » contre 86,9% des courriers « Après ». Par contre, l'identification de spécialistes éventuels était similaire dans les deux groupes.

III.3.3. Interrogatoire, examen clinique et paraclinique

Les données de l'examen clinique et de l'interrogatoire étaient plus présentes dans les courriers « Après », hormis concernant les posologies exactes des traitements habituels spécifiés (complètes dans 60% environ de l'ensemble des courriers).

Les constantes étaient totalement absentes dans environ 10% de l'ensemble des courriers. Les courriers préformatés ont été statistiquement plus renseignés en ce qui

---

*GIR : Groupe Iso-Ressource permettant de mesurer et de classer les différents niveaux de dépendance, participant à l'évaluation de la charge de travail nécessaire à l'aide.

concerne la fréquence cardiaque et respiratoire, ainsi que d'autres compléments d'examen comme la glycémie capillaire, la bandelette urinaire ou la biologie (présents de façon plus modeste). L'absence d'examen pratiqué était plus souvent signalée dans les courriers « Après » que dans les courriers « Avant », alors que ceux réellement effectués étaient similaires entre les deux groupes de courriers.

D'autres données comme le poids, l'échelle visuelle analogique, l'imagerie ou le moyen de transport n'étaient que rarement mentionnées (moins de 5%).

III.3.4. Synthèse et intervention du médecin

Les courriers standardisés ont rapporté plus d'informations sur les éléments de la synthèse et l'intervention médicales et notamment l'absence d'entente téléphonique qui n'a été signalée que dans les courriers « Après » (11% des courriers). La gravité a été décrite en majorité grâce à la CCMUm (96,7%) et de manière anecdotique dans les courriers « Avant » par le score de Glasgow ou par la notion d'état de choc (*tableau III*). Parmi les courriers utilisant la CCMUm, près de 90% se répartissaient en classe 2 et 3 (respectivement 55,7% et 34,3%). Les cinq courriers cotés en classe 1 accompagnaient en fait des patients nécessitant des actes complémentaires diagnostiques et thérapeutiques au vu des hypothèses diagnostiques correspondantes : 3 pour acte chirurgical, et 2 pour éliminer un accident vasculaire cérébral.

Tableau III. Répartition des courriers en fonction de la notion de gravité.

		Courriers « Avant » n=111	Courriers « Après » n=145
CCMUm	Classe 1	0	5
	Classe 2	1	77
	Classe 3	1	47
	Classe 4	0	3
	Classe 5	0	1
	Classe P	0	5
Score de Glasgow		3	0
Autres notions		1	0
Non réponse		107	7

Tableau II. Courriers incluant chacun des items. Les critères notés en gras sont ceux dont la différence était significative. *p<0,5 **p<0,01 ***p<0,001.

		Courriers «Avant» n=111 valeurs en %	Courriers «Après» n=145 valeurs en %	
GENERALITES ET ETAT CIVIL DU PATIENT				
	Heure	17,1	88,3	***
	Identité destinataire	21,6	45,5	***
	Identité complète du patient	91,9	83,4	
	Date complète	92,8	93,8	
	Identité du rédacteur	94,6	98,6	
	Motif d'admission	97,3	96,6	
	Lisibilité	93,7	97,9	
	Date de naissance ou âge du patient	87,4	92,4	
	➔ **Précision : Date de naissance**	0	60,7	***
CONTEXTE SOCIO-FAMILIAL				
	Nom du médecin traitant	46,8	86,9	***
	Nom d'un tiers	20,7	76,6	***
	Téléphone d'un tiers	10,8	65,5	***
	Appelant indiqué	4,5	84,1	***
	Téléphone de l'appelant	1,8	64,8	***
	Lieu de vie	19,8	82,8	***
	Autonomie	7,2	70,3	***
	Entourage ou aide	19,8	68,3	***
	Nom de spécialiste	27,0	37,2	
DONNEES DE L'INTERROGATOIRE				
	Antécédents	83,8	98,6	***
	Anamnèse	92,8	99,3	**
	Traitement habituel	68,5	95,2	***
➔	Précision : posologies complètes ou ordonnances jointes	53,7	67,6	
CLINIQUE ET PARACLINIQUE				
EXAMEN CLINIQUE ET CONSTANTES	**Examen clinique**	84,7	94,5	*
	Fréquence respiratoire	7,2	22,8	***
	Fréquence cardiaque	65,8	81,4	**
	Tension artérielle	79,3	85,5	
	Saturation en O2	63,1	69,0	
	Température	38,7	50,3	
	Absence de constante	13,5	8,3	
COMPLEMENTS D'EXAMEN CLINIQUE	**Biologie**	8,1	25,5	***
	Glycémie capillaire	14,4	29,0	**
	Bandelette urinaire	13,5	26,9	**
	Electrocardiogramme	30,6	40	
	Absence de complément d'examen renseigné	49,5	37,2	
	Déclaration d'absence de complément d'examen pratiqué	1,8	13,1	**
AUTRES DONNEES	Poids	0,9	0,7	
	Echelle Visuelle Analogique	1,8	4,1	
	Imagerie	0,9	1,4	
	Moyen de transport	0,9	2,7	
	Absence d'autres données	95,5	91,7	
SYNTHESE ET INTERVENTION DU MEDECIN				
	Hypothèse(s) diagnostique(s)	65,8	93,8	***
	Traitement instauré	17,1	64,8	***
	Entente téléphonique préalable	9,9	81,4	***
	Notion de gravité	5,4	95,2	***

III.4. Comparaison synthétique des deux types de courriers selon un score

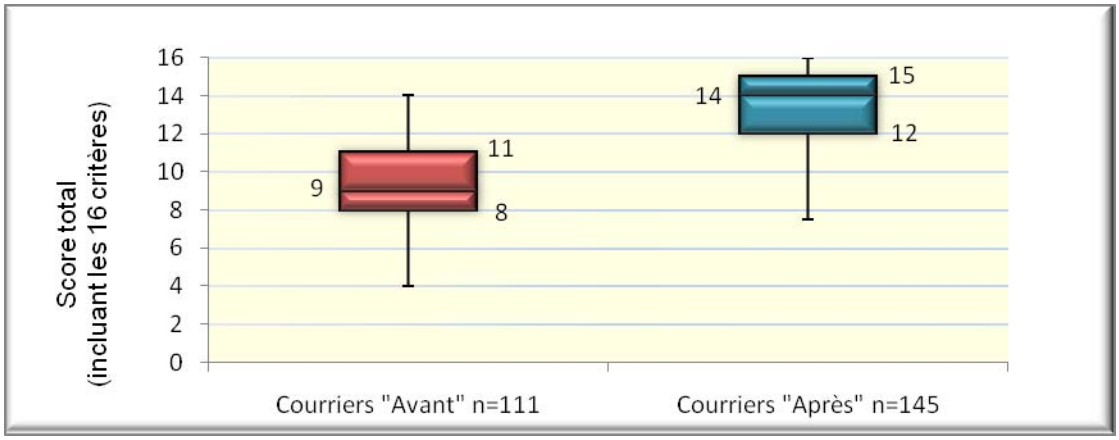
Un score a été calculé pour chacun des courriers. Il a été obtenu en additionnant les critères présents, chacun de ces derniers valant 1 point. La construction de ce score a été établie selon un référentiel d'auto-évaluation en accord avec des correspondants de l'ANAES[13] selon 16 critères regroupés et répartis comme suit :

10 critères obligatoires	6 critères pertinents
1. la date du courrier 2. l'identité du rédacteur 3. l'identité du destinataire 4. l'identité du patient 5. le motif d'admission 6. les antécédents 7. l'anamnèse 8. le traitement habituel 9. les posologies complètes 10. le traitement instauré	1. le nom du médecin traitant 2. le contexte socio-familial (regroupant le lieu de vie, l'autonomie, le nom d'un tiers, l'entourage ou les aides éventuelles) 3. l'examen clinique 4. les examens complémentaires 5. l'entente téléphonique 6. la notion de gravité

Tableau IV. Scores des courriers.

	Courriers « AVANT » (n=111) Moyenne (écart-type)	**Courriers « APRES » (n=145)** Moyenne (écart-type)	Valeur de p
Totalité des critères = 16 critères Minimum Maximum	**9,22** (2,08) 4 14	**13,39** (1,75) 7 16	p<0,001
Critères obligatoires = 10 critères	6,92 (1,29)	8,26 (1,13)	p<0,001
Critères pertinents = 6 critères	2,29 (1,24)	5,13 (1,00)	p<0,001

Figure 2. Représentation en box-plot de la répartition des scores totaux (16 critères).



Le *tableau IV* et la *figure 2* révèlent que les scores ont été significativement supérieurs dans les courriers « Après ». La moitié de ces courriers totalisaient des scores se concentrant entre 12 et 15 sur un total de 16, contre une médiane se situant à 9 pour les courriers « Avant ». Il n'y a pas eu de score atypique.

Sur tous les courriers recueillis, seuls 20 étaient conformes à la totalité des 10 critères obligatoires, se répartissant en 1 courrier « Avant » (0,9%) et 19 courriers « Après » (soit 13,1% des courriers « Après »).

Les *figures 3 et 4* détaillent la comparaison des deux groupes de courriers en fonction de chacun des critères regroupés en obligatoires et pertinents.

Figure 3. Pourcentage de courriers incluant chacun des critères obligatoires.

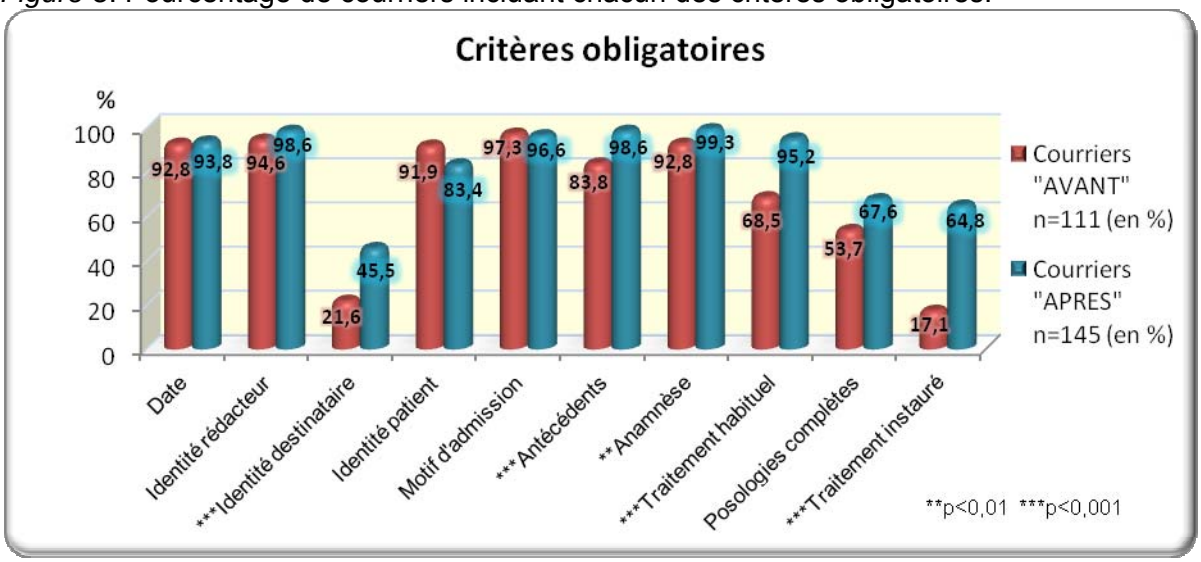
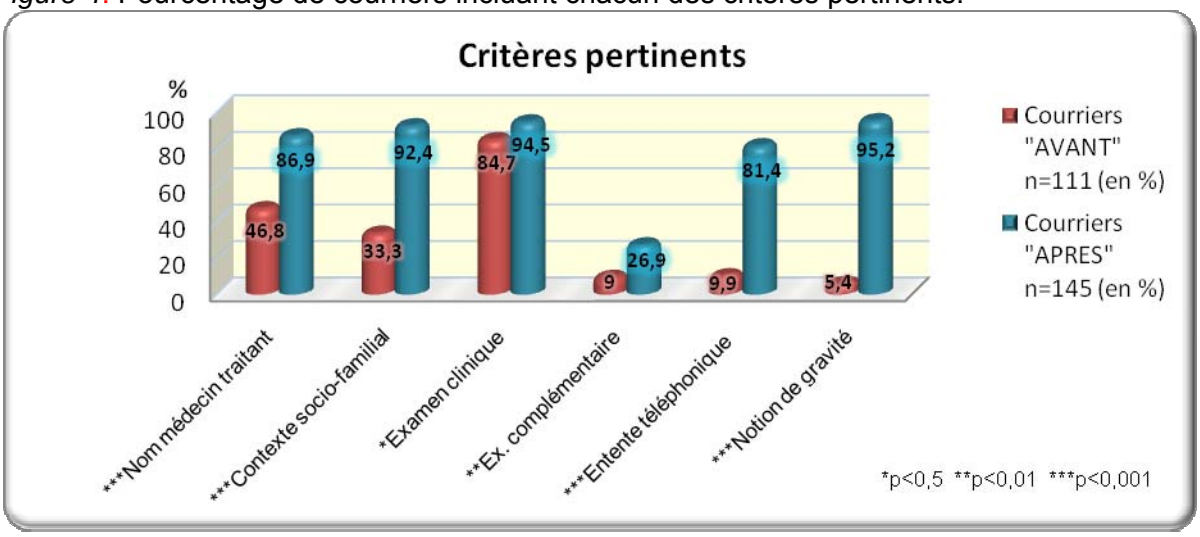


Figure 4. Pourcentage de courriers incluant chacun des critères pertinents.



IV. DISCUSSION

IV.1. Validité interne et limites de notre étude

Les points forts de cette étude étaient d'éliminer les biais d'évaluation des courriers grâce à la double lecture, les biais d'attrition grâce à l'analyse en intention de traiter et les biais de sélection de l'échantillon. En effet, la population étudiée dans les deux périodes de notre étude était comparable et diffère peu des données de la littérature[17,19,27,37]. Que ce soit concernant l'âge (médiane de 70 ans dans notre étude *versus* 66-72 ans dans celles antérieures), le ratio femme/homme (1,3 *versus* 1,3 à 1,4), ou la prépondérance des motifs médicaux (90% *versus* 88 à 92%).

La semaine de « wash-out » réalisée avant la première période de recueil avait pour but de limiter l'influence éventuelle sur certains médecins de se savoir relus et jugés, dans leur manière de rédiger leurs courriers. Elle aurait également pu être proposée avant la seconde période de recueil.

Un des points faibles de ce travail est le nombre inconnu d'hospitalisations totales sur la période de recueil. Le contrôle via la base de données informatique de SOS Médecins Grenoble n'a renseigné que 190 hospitalisations, nombre inférieur aux 256 doubles de courriers recueillis. En effet leur base informatique ne s'avère pas systématiquement incrémentée : d'une part par oubli de mentionner l'hospitalisation dans le dossier du patient via les ordinateurs du cabinet ou via les ordinateurs de poche en visites ; d'autre part que ces derniers ne sont pas à disposition de certains remplaçants occasionnels.

Cependant, un double de courrier a été retrouvé pour chaque hospitalisation enregistrée informatiquement. Ceci minimise l'éventualité d'un biais sur l'exacte représentativité de notre échantillon de courriers. De plus, l'étude réalisée au sein de SOS Médecins Grenoble en 2008[19] corrobore un chiffre d'hospitalisations comparable au nombre de courriers

d'admission analysés dans notre étude, où les courriers accompagnaient 94% des admissions aux urgences.

Les pièces jointes éventuelles accompagnant les courriers n'ont pas été recueillis. Les informations qu'elles contenaient n'ont donc pas été colligées dans notre analyse.

IV.2. Audit des courriers de SOS Médecins Grenoble

IV.2.1. Cohérence des résultats avec ceux de l'année précédente (2008)[19]

Les résultats de l'audit des courriers « Avant » se sont révélés quasiment superposables à ceux de l'an dernier pendant la même période, et au sein de la même structure (*annexe 5*). Seules la formulation d'hypothèse diagnostique et l'identité du patient semblaient moins renseignées dans notre étude, tandis que d'autres items paraissaient plus présents : les antécédents (84 *vs.* 66%), les coordonnées d'un tiers (11% *vs.* 3%) et le nom du médecin traitant (47% *vs.* 23%).

Cette comparaison se doit d'être prudente car les critères de conformité n'étaient peut-être pas définis de manière identique dans les deux études : par exemple dans notre travail, seule l'association complète des nom et prénom entiers avait été retenue concernant l'identification du patient.

Quoi qu'il en soit, les médecins de SOS Médecins devraient pouvoir bénéficier d'un retour de ces audits afin d'être sensibilisés à une amélioration de leur pratique.

IV.2.2. Divergences avec les données des courriers des médecins traitants

Deux études menées par WRIGHT[38] et RAMRAKHA[39] ont mis en évidence la meilleure qualité des courriers des médecins traitants comparés à ceux des médecins de garde. Or en comparant nos résultats avec ceux de la littérature, le contenu des courriers de SOS Médecins Grenoble s'avère soit comparable soit plus encourageant que celui d'études antérieures concernant d'autres médecins de ville[5,15-18,40-43]. Les taux de renseignement des items administratifs, des traitements complets et du contexte socio-familial étaient cohérents avec ceux de la littérature (respectivement 90%, 54% et 18%). Par contre d'autres critères

semblaient mieux renseignés dans les courriers de SOS Médecins, comme l'âge ou la date de naissance (90% dans notre étude *versus* 66% dans des études antérieures), les antécédents (84% *vs.* 41 à 68%), l'anamnèse (93% *vs.* 62% à 82%), ou l'examen clinique (85% *vs.* 9 à 72%).

Ces divergences peuvent tout d'abord trouver une explication du fait que les travaux sus cités incluaient aussi bien des médecins de garde que des médecins traitants. Ces derniers ne participeraient qu'à la rédaction de la moitié environ des lettres d'admission aux urgences[16].

Ensuite, la structure SOS Médecins ne semble pas représentative des médecins traitants, que ce soit par son activité importante en dehors des horaires d'ouverture des cabinets, ou par le nombre conséquent de visites à domicile. Ceci influe sur le recrutement des patients qui sont plus souvent âgés, fragiles, et dont le pronostic vital est plus souvent mis en jeu à court ou moyen terme[27,31]. Or la qualité des informations du courrier médical a été démontrée comme meilleure lorsque le patient était âgé, admis pour un motif médical[20], augmentant aussi avec la gravité du patient[44] et la pertinence de l'hospitalisation[12]. Cette dernière avait été mise en évidence l'an dernier au sein SOS Médecins Grenoble[19]. Les médecins de SOS Médecins seraient alors plus habitués à hospitaliser et à rédiger des lettres d'admission, se devant d'être pertinentes (6 à 10% des 49000 visites en 2007 sur l'agglomération grenobloise ont été orientées à l'hôpital, soit une dizaine d'admissions quotidiennes).

Ainsi, les résultats de notre audit étaient quasiment comparables à ceux de l'an dernier et semblaient plutôt positifs par rapport à la littérature, mais avec une inhomogénéité concernant certains items encore très peu renseignés. Il s'agissait principalement du contexte socio-familial avec autonomie du patient, ses traitements, l'intervention et la synthèse médicales -dont la gravité, pauvrement renseignée dans toutes les études.

IV.3. Apport des courriers standardisés

IV.3.1. Détails des critères et scores

Aucune diminution significative d'information n'a accompagné l'introduction des courriers standardisés (ni globalement ni pour chacun des critères séparément). La lisibilité et le renseignement des généralités étaient jugés satisfaisants et de manière semblable dans les deux groupes de courriers. La précision de la date de naissance -retrouvée exclusivement dans les courriers préformatés- au lieu de l'âge, peut apporter un élément supplémentaire dans une démarche qualité afin d'éliminer le risque d'homonymie en cas d'absence d'autres documents d'identification du patient.

D'autres critères déjà bien renseignés sur les anciens supports de lettre l'ont été encore plus grâce aux courriers standardisés, tels que les **antécédents, l'anamnèse et l'examen clinique** (à plus de 95%). Citons notamment la fréquence cardiaque et la fréquence respiratoire plus souvent notées dans les courriers « Après », et d'autant plus importantes qu'elles peuvent influencer la conduite à tenir et la décision d'hospitalisation en tant que critères de gravité potentiels[45].

Le courrier préformaté a également permis une meilleure **identification** d'une partie des intervenants de cette communication : le destinataire hospitalier et le médecin traitant, qui sera lui-même destinataire d'un éventuel compte-rendu d'hospitalisation en retour. Il est intéressant de noter que l'identification du destinataire a été améliorée bien que l'item n'ait pas été pré-identifié dans la structure du courrier standardisé. Néanmoins cette identification demeurait encore insatisfaisante, à hauteur de 45% des courriers. Ce chiffre était peut-être sous-estimé du fait de l'absence de recueil des enveloppes. Ce même biais peut être supposé pour le critère des posologies complètes des traitements habituels (retranscrits seulement dans 68% des courriers « Après »), où les ordonnances et les fiches de liaison des EHPAD n'avaient pas été recueillies. La transmission des traitements complets est pourtant essentielle[42] et représente un des axes d'amélioration envisageable.

L'absence d'examen complémentaire pratiqué a plus souvent été renseignée dans les courriers « Après ». Cette notion peut trouver son intérêt en analogie avec les signes négatifs de l'examen clinique, dans le sens où l'attention du destinataire est attirée sur l'examen non réalisé ; soit parce qu'il était jugé non pertinent, soit parce qu'il était impossible à domicile. Par exemple le renseignement *« labstix impossible à domicile »* dans un contexte de fièvre isolée permettrait d'orienter le médecin hospitalier sur un point d'appel urinaire éventuel.

Une des améliorations majeure liée à l'utilisation des courriers standardisés concernait les précisions du **mode de vie, de l'autonomie et de l'entourage des patients** (de l'ordre de 70 à 80% dans les nouveaux courriers contre 5 à 20% sur les anciens supports de courriers). Cependant les informations recueillies n'étaient pas exhaustives concernant la population âgée : la structure du courrier type évalué ne comprenait pas de grille d'autonomie validée ni d'outil spécifique à l'évaluation gériatrique, expliquant une hétérogénéité dans la description de l'autonomie. Une adaptation secondaire de ce courrier type pourra être envisagée dans ce sens. Ces données font partie des recommandations sur la prise en charge des personnes de plus de 75 ans aux urgences[36]. Elles fournissent une aide précieuse pour le repérage de la fragilité de ces personnes âgées[37,46].

Le tri aux **urgences** se doit d'être rapide et efficace, et peut être facilité grâce à la présence d'informations ciblées dont la transmission a été améliorée avec les courriers standardisés. L'heure, précisée dans 17% des courriers « Avant » *versus* 88% des courriers « Après », peut être une donnée utile par son intérêt médico-légal, mais aussi en cas d'aggravation clinique par exemple, ou pour interpréter les cinétiques d'une thérapeutique ou d'examens biologiques. La synthèse et l'intervention du médecin ont également été plus renseignées dans les lettres préformatées ; il s'agissait du traitement instauré (17 *versus 65%*), la formulation d'hypothèses diagnostiques (66 *versus* 94%) et l'entente téléphonique (10 *versus* 65%) dont l'impact sur la diminution du délai de prise en charge aux urgences

avait été démontré[47]. Certains courriers signalaient que l'entente téléphonique n'avait pas été obtenue, fournissant une information potentiellement exploitable à l'arrivée aux urgences. Des explications ont parfois accompagné ces déclarations (refus d'une structure ou médecin injoignable la plupart des cas). D'autres raisons non précisées peuvent être la crainte du refus[48] ou la prise en charge par le SMUR.

L'autre apport majeur des courriers standardisés était l'introduction de la notion de **gravité**. Elle est retrouvée dans moins de 2% des courriers dans la littérature[19,27,41], 5% des courriers « Avant » dans notre étude et 95% des courriers « Après ». Cette nette amélioration semble liée à l'insertion de la CCMUm dans les courriers « Après ». Initialement élaborée en 1994 par FOURESTIE et son équipe[49] puis modifiée en 1999 par ARCUSET[50], elle propose de classer les patients suivant une appréciation de leur état clinique par le médecin (*annexe 5*). Elle demeure simple d'utilisation et sa reproductibilité entre observateur a été démontrée bonne à très bonne[50,51], l'établissant comme outil à privilégier en pré-hospitalier par rapport à d'autres outils de classifications cliniques[52], dans le but d'uniformiser la description clinique. C'est le constat des différences de cotation entre SOS Médecins et les urgences[19] qui a mené à la proposition de cette échelle de gravité avec un rappel didactique dans la structure des nouveaux courriers.
Il persistait néanmoins quelques erreurs de cotation, comme en témoignent les cinq courriers d'admission cotés en classe 1, qui par définition n'auraient pas du être orientés à l'hôpital pour des actes complémentaires. L'utilisation de cette nouvelle présentation originale de la CCMUm appelle à une information préalable auprès des médecins rédacteurs, et pourra être l'objet d'une validation ultérieure comme nouvel outil.

Etant donné l'activité particulière d'urgence exercée par les médecins SOS Médecins, ce critère de gravité ainsi que l'entente téléphonique ont été insérés dans notre analyse dans les critères pertinents utilisés dans les scores proposés par le CCECQA. En effet, leurs recommandations excluaient les patients adressés pour urgence vitale[13]. A l'inverse, nous

avons inclus les facteurs de risque et les allergies des patients dans la rubrique des antécédents. La comparaison des scores des six critères pertinents apportait un intérêt plus orienté à l'activité d'urgence des médecins de garde. Les critères obligatoires laissés tels quels dans notre étude demeurent une référence. Au final, les comparaisons sont très en faveur des courriers standardisés, qui totalisaient un score moyen de 13,4 critères conformes sur un maximum de 16, contre 9,2 pour les courriers écrits sur papier libre. Mais les lettres préformatées ne sont pas toutes homogènes, et la totalité des dix critères obligatoires n'est présente que dans 13% de ces lettres. Des améliorations sont encore à apporter.

IV.3.2. Sensibilisation et formation

Les items pré-identifiés ont été globalement mieux renseignés que ceux qui ne l'étaient pas sur le courrier préformaté (comme le poids, l'imagerie ou l'EVA présents dans moins de 5% des courriers). Le courrier préformaté semble remplir une fonction de rappel, dans le sens où il incite le médecin rédacteur à recueillir puis noter les informations nécessaires à la continuité des soins, qui pourraient sinon lui échapper lors d'une rédaction « libre ». La formation des médecins à la rédaction des courriers médicaux est un déterminant majeur dans l'amélioration des informations transmises[53].

IV.4. Démarche qualité et perspectives d'avenir

L'amélioration de la qualité des courriers a été mise en exergue avec l'introduction des lettres préformatées. Mais la question se pose sur les conséquences de cette amélioration, et notamment en termes d'impact sur les patients.

IV.4.1. Intérêt d'un courrier d'admission

Une étude de 1994 menée par MONTALTO et son équipe[47] sur 3174 patients en Australie a démontré l'absence d'influence du courrier d'admission sur le délai de prise en charge du patient à son arrivée aux urgences. Ce résultat a été confirmé par une étude

grenobloise plus récente[54], portant sur un effectif plus faible (n=435) formé de deux groupes de patients mais n'ayant pas les mêmes critères de sélection. Par contre les examens et investigations citées dans la lettre d'admission avaient permis une économie de santé[47].

La littérature révèle les difficultés de la correspondance médicale, en mettant en évidence qu'un éventuel courrier de sortie en réponse n'était pas influencé ni par la présence ni la qualité du courrier d'admission[9,23,47,55].

IV.4.2. Ouverture sur d'autres travaux

Malgré ces résultats, l'intérêt des informations recueillies aux urgences a été démontré pour le tri des patients[56], et notamment via la lettre d'admission pouvant être utilisée comme outil d'orientation par l'infirmière d'accueil et d'orientation[44]. Il serait intéressant de mesurer son impact en termes de prise en charge, devenir ou morbi-mortalité pour le patient. Ceci serait envisageable en comparant deux groupes de grande cohorte de patients présentant les mêmes critères de sélection, l'un avec ce courrier standardisé *versus* l'autre sans lettre informative, notamment dès l'arrivée du patient aux urgences portant sur le tri et l'orientation des patients en fonction de la CCMUm.

De plus, ce courrier standardisé appelle à une validation s'inscrivant dans une logique qualité avec **une enquête de satisfaction** auprès des usagers, *id est* médecins rédacteurs et lecteurs.

Bien que la lettre manuscrite garde une place prépondérante dans l'activité de visites à domicile de SOS Médecins, le contexte actuel de développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication[48] amène à envisager **une informatisation** du courrier qui pourra être adapté ultérieurement. Une formation conjointe des médecins à l'outil informatique est d'ores et déjà souhaitable afin d'améliorer l'incrémentation de leur base de données dans le respect des contraintes légales et de la déontologie médicale[57].

En conclusion, l'étude que nous avons conduite a montré que le courrier standardisé est un élément de réponse pour améliorer la qualité des informations transmises lors de l'admission d'un patient à l'hôpital. L'audit réalisé doit permettre une sensibilisation des médecins à une amélioration de leur pratique. Cet outil de communication standardisée pourra être adapté ultérieurement dans sa forme manuscrite et éventuellement informatique selon de futures études et validations.

En attendant, l'utilisation du courrier standardisé et la formation des médecins de ville à la rédaction des courriers d'admission doivent être fortement encouragées afin d'améliorer la qualité de la communication ville-hôpital.

Thèse soutenue par Anne-Claire KONG WIN CHANG.

EVALUATION QUALITATIVE D'UN COURRIER STANDARDISE D'ADMISSION A L'HÔPITAL

V. CONCLUSION

Le courrier médical doit comporter des informations pertinentes pour la continuité de soins des patients, mais demeure à ce jour renseigné de manière insatisfaisante et inhomogène.

OBJECTIF : Evaluer la qualité de l'information transmise par un support de courrier standardisé d'admission à l'hôpital en le comparant avec un support de courrier libre, tout en réalisant un audit des courriers de SOS Médecins Grenoble.

POPULATION ET METHODES : Cette étude prospective observationnelle de type avant/après concernait tous les courriers rédigés lors de l'admission de patients à l'hôpital par SOS Médecins. Le recueil s'est déroulé en 2 périodes de 2 semaines chacune : la première dite « Avant », où les courriers ont été rédigés sur papier libre à en-tête ; et la seconde, « Après » où seuls les courriers standardisés ont été utilisés. La comparaison a été réalisée grâce à une grille de critères, résumés ensuite selon un score.

RESULTATS : 256 courriers ont été recueillis, dont 111 « Avant » et 145 « Après ». Les deux sous-populations étaient comparables avec une population d'âge médian de 70 ans, un ratio femme/homme à 1,26 et admise pour des motifs médicaux dans 90% des cas.
Aucune diminution significative d'information n'a accompagné l'introduction des courriers standardisés. La lisibilité et le renseignement des généralités étaient satisfaisants dans les 2 groupes sans différence significative, tandis que d'autres critères ont été nettement plus renseignés dans les courriers « Après » : le contexte socio-familial et l'autonomie du patient

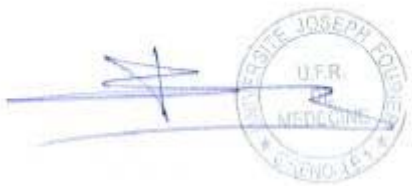
(12% des courriers « Avant » *versus* 80% « Après »), l'identification du médecin traitant (47% *versus* 87%) et du destinataire hospitalier (22% *versus* 45%), l'entente téléphonique (10% *versus* 81%), les traitements instaurés (17% *versus* 65%) et habituels (68% *versus* 95%). Les posologies n'étaient complètes que dans 60% des courriers de manière comparable entre les 2 groupes. Les antécédents, l'anamnèse et l'examen clinique déjà bien renseignés sur les courriers libres l'ont été encore plus grâce aux courriers standardisés. Ces derniers ont permis d'introduire la notion de gravité (5% *versus* 95%) via la CCMU modifiée. Les scores regroupaient les critères en dix obligatoires et six pertinents. Les courriers standardisés ont totalisé un score moyen de 13,4 critères conformes sur un maximum de 16, contre une moyenne de 9,2 pour les courriers rédigés sur papier libre.

CONCLUSION : Le courrier standardisé permet d'améliorer la qualité des informations transmises lors de l'admission d'un patient à l'hôpital. Son utilisation, ainsi que la formation des médecins de ville à la rédaction des courriers d'admission doivent être fortement encouragées afin d'améliorer la qualité de la communication ville-hôpital. L'audit réalisé doit permettre une sensibilisation des médecins à une amélioration de leur pratique. De futures études seront nécessaires afin de valider et adapter cet outil de communication standardisée dans sa forme manuscrite et éventuellement informatique.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 9 Septembre 2009.

LE DOYEN | LE PRESIDENT DE THESE



B. SELE | PROFESSEUR Françoise CARPENTIER

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **PRINGLE M.** Referral letters-ensuring quality. *The Practitioner 1991 ; 235 : 507-10.*

2. **CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE.** Figurant dans le Code de la Santé Publique sous les N° R.4127-1 à R.4127-112 (mise à jour du 14 déc. 2006).

3. **Institut Français de la Démarche Qualité en Santé.** La Tenue du Dossier Patient. [En ligne] [Citation : 2 Juin 2009.] <http://bo.qualidem.fr/site/cycles/documents/Demarche_la_Tenue_du_Dossier_Patient.pdf>.

4. **AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE L'ACCREDITATION EN SANTE.** Dossier du patient : amélioration de la qualité et de la tenue et du contenu - Réglementation et recommandations. Rapport Juin 2003. [En ligne] [Citation : 6 Juin 2009.] <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438115/dossier-du-patient>.

5. **CCECQA (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine) et correspondants libéraux régionaux ANAES.** Evaluation de la Correspondance Médicale. Elaboration de recommandations et d'un outil d'évaluation de la correspondance médicale entre médecins libéraux et praticiens en établissement de santé. Rapport Final. [En ligne] Décembre 2003. [Citation : 15 Mars 2009.] <http://www.ccecqa.asso.fr/php/index.php?page=products&language=fr&cid=19&fs=1>.

6. **JIWA M, COLEMAN M, MCKINLEY RK.** Measuring the quality of referral letters about patients with upper gastrointestinal symptoms. *Postgrad Med J. 2005 ; 81 : 467-469.*

7. **GARÅSEN H, JOHNSEN R.** The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. *BMC Health Services Research 2007, 7 : 133.*

8. **PUJOS L.** Qualités et apports du courrier d'admission de la médecine libérale dans un service d'urgences. Thèse méd. Université de Bordeaux II, 2004.

9. **GROL R, ROOIJACKERS-LEMMERS N, VAN KAATHOVEN L, WOLLERSHEIM H et al.** Communication at the interface : do better referral letters produce better consultant replies? *Br J Gen Pract. 2003 Mar ; 53(488) : 217-9.*

10. **CAMPBELL J, VANSLEMBROEK K, WHITEHEAD E, VAN DE WAUWER C et al.** Views of doctors on clinical correspondence: questionnaire survey and audit of content of letters. *BMJ 2004 ; 328 : 1060-1061.*

11. **GANDHI TK, SITTIG DF, FRANKLIN M, SUSSMAN AJ et al.** Communication breakdown in the outpatient referral process. *J Gen Intern Med 2000 ; 15 : 626-631.*

12. **JENKINS RM.** Quality of general practitioner referrals to outpatient departments: assessment by specialists and a general practitioner. *Br J Gen Pract. 1993 Mar ; 43(368) : 111-3.*

13. **CCECQA (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine) et correspondants libéraux régionaux ANAES.** Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en établissement de santé. Correspondance médicale : courrier d'admission en hospitalisation. [En ligne] Juillet 2004. [Citation : 15 Mars 2009.] <http://www.urml-idf.org/urml/EPP_URML/referen/coor_soins/2cour_admi_hospi.pdf>.

14. **MEAD GE, CUNNINGTON AL, FAULKNER S, RUSSEL KJ, FORD MJ.** Can general practitioner referral letters for acute medical admissions be improved? *Health Bull (Edinb.). 1999 Jul ; 57 (4) : 257-61.*

15. **DARDENNE J.** Étude analytique de courriers d'admission de personnes âgées adressées au service des urgences. Thèse méd. Université de Paris-Val-de-Marne, 2006.

16. **DEBECQUE G, CHAPERON A, PORTE A, LASSIE P et al.** Evaluation de la lettre du médecin accompagnant le patient admis aux urgences. *JEUR 2004 ; 17 : 1S52-1S54.*

17. **VIALLON A, AKARZOUZ D, LEVEQUES Y, GARCIA F et al.** Qualité de la lettre d'admission des patients âgés admis aux urgences. *JEUR 2007 ; 20 : S21-S24.*

18. **CADAT D, TROLONG-BAILLY C.** L'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences. Thèse méd. Grenoble : Université Joseph Fourier, 2006.

19. **DOUPLAT M.** Pertinence de l'envoi des patients aux urgences pas SOS médecins Grenoble. Thèse méd. Grenoble : Université Joseph Fourier, 2008.

20. **MIAS VERIN N.** Communication ville-hôpital : intérêt de la lettre d'admission aux urgences. Thèse méd. Toulouse : Université Paul Sabatier, 2007.

21. **TAYLOR SC, MARKAR TN.** Audit of the quality of general practitioner referral letters to a learning disability service. *The British Journal of Developmental Disabilities July 2002 ; 48(2), No. 95 : 101-106.*

22. **BERTA W, BARNSLEY J, BLOOM J, COCKERILL R.** Enhancing continuity of information. Essential components of a referral document. *Can Fam Physician 2008 ; 54 :1432-3.e1-6.*

23. **COUPER ID, HENBEST RJ.** The quality and relationship of referral and reply letters. The effect of introducing a pro forma letter. *S Afr Med J. 1996 Dec ; 86(12) : 1540-2.*

24. **JENKINS S, ARROLL B, HAWKEN S, NICHOLSON R.** Referral letters: are form letters better? *British Journal of General Practice, 1997, 47, 107-108.*

25. **DUPONT C.** Quality of referral letters. *The Lancet May 11, 2002 ; 359 : 1701.*

26. **GILARDI JP.** Place de SOS Médecins dans la permanence de soins du secteur de Fréjus Saint-Raphaël, et évaluation de son activité. Thèse méd. Université de Nice-Sofia Antipolis, 2007.

27. **JOURDANET S.** SOS Médecins Nancy : place dans la permanence de soins, bilan de l'activité 2005 et étude portant sur 244 patients adressés au Service d'Accueil des Urgences. Thèse méd. Université Henri Poincaré-Nancy, 2006.

28. **POISSY E.** Evaluation de la permanence des soins auprès du grand public dans le secteur SOS Médecins Meurthe-et-Moselle : à propos de 250 cas. Thèse méd. Université Henri Poincaré-Nancy 1, 2008.

29. **GOURGOUSSE P.** Une collaboration à l'aide médicale urgente et une organisation de la permanence de soins par un centre de gestion protocolisée des appels : l'exemple de SOS Médecins Essonne. Thèse méd. UFR de médecine Pierre et Marie Curie-Paris, 2006.

30. **SCEMAMA DH.** Place de SOS Médecins dans la permanence de soins sur la communauté urbaine de Cherbourg. Thèse méd. Université Paris Diderot-Paris, 2005.

31. **ANDRIEU C.** Rapport de l'activité de SOS Médecins Saint-Nazaire pendant la permanence des soins au cours de l'année 2005. Thèse méd. Université de Nantes, 2006.

32. **TRILLAT E.** Activité de SOS médecins Grenoble : étude prospective déclarative durant une semaine. Thèse méd. Université Joseph Fourier-Grenoble, 2006.

33. **MERLIN P.** Activité pédiatrique de SOS médecins : évolution comparative avec le pôle spécialisé d'urgences pédiatriques. Thèse méd. Université Henri Poincaré-Nancy 1, 2005.

34. **NEWTON J, ECCLES M, HUTCHINSON A.** Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain? *BMJ 1992 ; 304 : 821-824.*

35. **The Royal Australian College of General Practitioners .** Standards for general practices 3rd edition. Coordination of Care. Criterion 1.6.2. Referral documents.

36. **SFMU.** 10ème Conférence de Consensus Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Texte long. Strasbourg, 5 Décembre 2003.

37. **MOKRANI Z, LE A, ILLI N, MORIN K et al.** Éléments d'informations recueillis afin d'évaluer les personnes âgées de plus de 75 ans admises aux urgences du CHG de Salon-de-Provence. *JEUR mai 2007 ; 20 (1S) : 22-23.*

38. **RAMRAKHA S, GILES A.** Take a letter ... an audit of GP referrals in south west Sydney. *Aust Fam Physician. 2001 Apr ; 30(4) : 395-8.*

39. **WRIGHT J, PRASAD N, DALRYMPLE G.** Emergency referral letters from deputising doctors need to be improved. *BMJ 18 May 1996 ; 312 : 1304 .*

40. **BARONE FA.** Les courriers médicaux d'admission aux urgencess du CH de Beauvais : étude de leur contenu et enquêtes d'opinion auprès des médecins généralistes et urgentistes. Thèse méd. Université de Picardie Jules Verne, 2007.

41. **GALIEZ F, ATTARD N, ABIDI S, BARBERIS C et al.** Pertinence de la lettre du médecin adressant un patient au S.A.U. [En ligne] Mars 2007. [Citation : 4 Juin 2009.] <http://www.copacamu.org/spip.php?article226>.

42. **CARNEY SL.** Medication accuracy and general practitioner referral letters. *Internal Medicine Journal 2006 ; 36 : 132–134.*

43. **NICOLAS X, GRANIER H, LABORDE JP, TALARMIN F.** Contenu informatif des courriers d'admission en service de médecine interne : lecture critique de 160 lettres. *Rev Med Interne 2001 ; 22 Suppl 4 : 576s-577s.*

44. **JACQUEY-MILITON A.** La lettre d'admission : un outil de tri fiable pour l'Infirmière d'accueil et d'orientation ? Thèse méd. Université de Franche-Comté, 2003.

45. **L'HER E.** Révision de la troisième Conférence de consensus en réanimation et médecine d'Urgence de 1988 : Prise en charge des crises d'asthme aiguës graves de l'adulte et de l'enfant (à l'exclusion du nourrisson). *Réanimation 2002 ; 11 : 1-9.*

46. **ALIPOUR MH.** Quels sont les informations et les renseignements immédiats nécessaires à la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans à l'arrivée au service des urgences ? *JEUR 2004 ; 17 : 310-312.*

47. **MONTALTO M, HARRIS P, ROSENGARTEN P.** Impact of general practitioners' referral letters to an emergency department. *Aust Fam Physician. 1994 Jul ; 23(7) : 1320-1, 1324-5, 1328.*

48. **JUCHET H, MEHVARIFAR G, PROUST S, PHAM M et al.** Evaluation des relations téléphoniques entre les médecins généralistes et le service d'accueil des urgences. *JEUR 2004 ; 17 : 1S52-1S54.*

49. **FOURESTIE V, ROUSSIGNOL E, ELKHARRAT D, RAUSS A et al.** Classification clinique des malades des urgences : définition et reproductibilité. *Réan. Urg. 1994 ; 3, 573-8.*

50. **ARCUSET D, PLIQUE M, RODELLAR AM, BAILLAT A et al.** Profils qualitatifs d'un centre 15 déterminés à l'aide d'une CCMU modifiée. *JEUR. 2000 ; 1-2, A35.*

51. **ARCUSET D, RODELLAR AM, PLIQUE M, MORFOISSE JJ et al.** Pour évaluer les centres 15, une classification clinique unique pour l'intra et l'extra-hospitalier : la CCMU modifiée. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 2001 (20), R050.*

52. **GUILLE DES BUTTES A.** Evaluation de la gravité des patients pris en charge en SMUR : comparaison de deux classifications : la CCMS et la CCMU modifiée. Thèse méd. Université de Nantes, 2004.

53. **TATTERSALL MHN, BUTOW PN, BROWN JE,THOMPSON JF.** Improving doctors' letters. *MJA 2002 ; 177 (9) : 516-520.*

54. **PAQUIER C, CADAT D, TROLONG-BAILLY C, CARPENTIER F.** Evaluation de la qualité d'une lettre d'admission dans le service d'accueil et d'urgence du CHU de Grenoble. *JEUR 2007 ; 20 : S21-S24.*

55. **HARRIS MF, GILES A, O'TOOLE BI.** Communication across the divide. A trial of structured communication between general practice and emergency departments. *Australian family physician 2002 ; 31(2) : 197-200.*

56. **ROY PM, LANNEHOA Y.** Le triage aux urgences par une infirmière d'accueil et d'orientation. *Réanimation 2002 ;11 : 480-5.*

57. **Ordre National des Médecins. Conseil National de l'Ordre.** L'informatisation de la santé. [En ligne] Mai 2008. [Citation : 12 Juillet 2009.] <http://web.ordre.medecin.fr/presse/cnomlivreblancinformatisation.pdf>.

Autres sources utilisées :
[En ligne] <http://www.sante.gouv.fr>.
[En ligne] <http://www/nlm.nih.gov>.
[En ligne] <http://www.inist.fr>.
[En ligne]< http://www.sudoc.abes.fr>.

VII. ABREVIATIONS

- CHU : Centre Hospitalier et Universitaire
- CCMUm : Classification Clinique des Malades aux Urgences modifiée
- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
- CCECQA : Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine
- EVA : Echelle Visuelle Analogique

ANNEXE 1

Support de courrier libre à en-tête de SOS Médecins Grenoble.

MÉDECINS GRENOBLE

Tél. : **04.38.701.701**

Médecin traitant

Visite urgente à Domicile (24H/24H - 7 jours sur 7)

- ❑ **Dr AMBROISE-THOMAS Pierre** 38 1 07025 9
- ❑ **Dr BONNARDEL Fabien** 38 1 06970 7
- ❑ **Dr BRAILLON Lucille** 38 1 08777 4
- ❑ **Dr CHALLANGE Laurent** 38 1 05464 2
- ❑ **Dr DEVIN Francis** 38 1 04887 5
- ❑ **Dr GUILLEMAUD A.-Michel** 38 1 06239 7
- ❑ **Dr LANGLOIS Richard** 38 1 08616 4
- ❑ **Dr LOPES Cristina** 38 1 07658 7
- ❑ **Dr OHLEYER Christian** 38 1 07133 1
- ❑ **Dr MONIB Yama** 38 1 08793 1
- ❑ **Dr MONTAIGNE Gaspard** 38 1 08969 7
- ❑ **Dr PATET Patrick** 38 1 06295 9
- ❑ **Dr PICCO Cyrille** 38 1 06786 7
- ❑ **Dr PIN Jean-Marc** 38 1 06409 6
- ❑ **Dr PONCELET Matthias** 38 1 08772 5
- ❑ **Dr RAYER Jean-Pierre** 38 1 06918 6
- ❑ **Dr REY Sophie** 38 1 07418 6
- ❑ **Dr SAVORET Olivier** 38 1 07905 2
- ❑ **Dr TRILLAT Eric** 38 1 08606 5
- ❑ **Dr VARNIER Romain** 38 1 09047 1

9G00029201B

Consultations :

du Lundi au Samedi	Dimanche et jours fériés
8H-24H	8H-24H

1, Avenue du 8 mai 1945 - 38130 Echirolles Fax : 04 38 701 702

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.

ANNEXE 2

Support de courrier standardisé d'admission à l'hôpital de SOS Médecins Grenoble.

MÉDECINS Grenoble

tél. : **3624*** ou **04 38 701 701** • fax : 04 38 701 702
1 avenue du 8 mai 1945 - 38130 ECHIROLLES
* 0,12 euro la minute • numéro national • 7jours/7 24h/24

❑ Dr AMBROISE-THOMAS Pierre. ❑ Dr BONNARDEL Fabien. ❑ Dr CHALLANGE Laurent. ❑ Dr DEVIN Francis. ❑ Dr GUILLEMAUD André-Michel. ❑ Dr LANGLOIS Richard. ❑ Dr MONTAIGNE Gaspard. ❑ Dr OHLEYER Christian. ❑ Dr PATET Patrick. ❑ Dr PICCO Cyrille. ❑ Dr PIN Jean-Marc. ❑ Dr PONCELET Matthias. ❑ Dr RAYER Jean-Pierre. ❑ Dr REY Sophie. ❑ Dr SAVORET Olivier. ❑ Dr TRILLAT Eric. ❑ Dr VARNIER Romain.

Le / / à h

Cher Confrère, chère Consœur,

Merci de recevoir **M**_____ né(e) le : ....., **pour** .....

ANTÉCÉDENTS principaux

-
-
-
-
-
-

TRAITEMENTS principaux

-
-
-
-
-
-

Nom du médecin traitant : ..... Noms des spécialistes : .....

Nom d'un tiers : ..... **Tél. du tiers :** .....

SOS MÉDECINS appelé par : ..... **Tél. de l'appelant :** .....

Lieu de vie : ..... **Autonomie :** .....

Aide(s) à domicile / entourage : ○ NON ○ OUI, lesquelles : .....

Anamnèse :

Constantes : TA ..... Pouls ..... /min SpO_2 ..... % T ..... °C FR : ..... /min Autres .....

L'examen clinique retrouve :

ECG : .....

Biologie : ..... **Dextro :** ..... **Labstix :** .....

COTATION CCMU À DOMICILE

Psychiatrique	Stable	Stable + examens complémentaires	Susceptible de s'aggraver	Pronostic vital engagé	Gestes de réanimation
○	○	○	○	○	○
classe P	**classe I**	**classe II**	**classe III**	**classe IV**	**classe V**

L'hypothèse diagnostique est la suivante : .....

Le traitement mis en route comporte : .....

Entente téléphonique préalable : ○ NON ○ OUI, avec : .....

En vous remerciant de ce que vous ferez pour lui (elle), confraternellement, Dr .....

ANNEXE 3

La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée.

La CCMU modifiée classe selon sept degrés de gravité les patients de l'urgence pré-hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier. C'est le médecin SMUR ou de l'accueil qui détermine à la fin de l'examen clinique initial ce degré. L'examen clinique comprend interrogatoire, examen physique et éventuellement électrocardiogramme, saturométrie capillaire, glycémie capillaire, bandelette urinaire ou hématocrite par micro méthode.
Cette classification est issue de la CCMU à 5 classes à laquelle ont été ajoutées 2 nouvelles classes : CCMU D (patients décédés) et P (pathologie psychiatrique dominante).

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

ANNEXE 4

Grille d'évaluation des courriers médicaux.

	Critères de la grille	Précision des critères	Présence	
			OUI	NON
1	Date	Présence d'une date complète		
2	Heure			
3	Identité du rédacteur			
4	Identité du destinataire	Nom, fonction, service, ou établissement où le patient est adressé		
5	Identité du patient	Complète avec le nom ET le prénom		
6	Date de naissance du patient	Présence de la date de naissance complète		
7	Age du patient			
9	Motif d'admission			
10	Antécédents			
11	Traitement habituel	Notion du traitement même partiel ou absence de médicament signalée		
12	Posologies complètes	Posologies de tous les traitements notés ou ordonnance jointe précisée		
13	Nom du médecin traitant			
14	Nom de spécialiste			
15	Nom d'un tiers	Identité, lien, aides paramédicales ou personnel de l'EHPAD notés		
16	Téléphone d'un tiers			
17	Appelant	Nom et/ou lien de la personne ayant appelé SOS Médecins		
18	Téléphone de l'appelant			
19	Lieu de vie	Domicile, EHPAD ou foyer logement noté		
20	Autonomie	Toute notion d'autonomie précisée, même incomplète		
21	Si oui, utilisation d'une grille validée ?	Précision grâce à une grille d'autonomie comme ADL, IADL, GIR…		
22	Entourage ou aide	Famille, personnel paramédical et/ou aides ménagères…		
23	Anamnèse	Précision de signes fonctionnels et/ou notion de chronologie		
24	Examen clinique	Signes positifs et/ou négatifs, excepté les constantes		
25	Tension artérielle			
26	Fréquence cardiaque			
27	Fréquence respiratoire			
28	SatO2			
29	Température	Lors de l'examen clinique		
30	Electrocardiogramme	Pratiqué (+/- interprété) ou déclaré comme non pratiqué		
31	Biologie	Pratiquée avec résultats même partiels notés, ou déclarée non effectuée		
32	Glycémie capillaire	Pratiquée avec résultats notés, ou déclarée comme non pratiquée		
33	Bandelette urinaire	Pratiquée avec résultats notés, ou déclarée comme non pratiquée		
34	Notion de gravité	Utilisation de la CCMUm, ou score de Glasgow ou notion de choc		
35	Hypothèse(s) diagnostique(s)	Formulation de diagnostics précis (pertinents ou non)		
36	Traitement instauré	Traitement en rapport avec les symptômes aigus		
37	Entente téléphonique	Renseignement présent même si l'entente a été refusée		
38	Autres données	Poids du patient, EVA, imagerie ou moyen de transport précisés		
39	Lisibilité	Non si >3 mots illisibles ou si recours à une tierce personne		

ANNEXE 5

Comparaison de l'**audit** réalisé dans notre étude avec celui de l'année précédente sur les courriers d'admission rédigés sur l'ancien support de lettre.
Présentation sous forme de tableau indiquant le nombre de courriers conformes à chaque critère. Sont notés NR ceux qui n'étaient pas reportés. *p<0,5 **p<0,01 *** p<0,001

	Courriers 2008 n=232 valeurs en %	Courriers 2009 n=111 valeurs en %	
GENERALITES ET ETAT CIVIL DU PATIENT			
Identité complète du patient	99,6	91,9	***
Date complète	91,4	92,8	
Identité du rédacteur	89,2	94,6	
Motif d'admission	98,3	97,3	
Lisibilité	97	93,7	
Age du patient	90,5	87,4	
Heure	NR	17,1	
Identité destinataire	NR	21,6	
CONTEXTE SOCIO-FAMILIAL			
Nom du médecin traitant	22,8	46,8	***
Coordonnées d'un tiers	2,6	10,8	**
Contexte socio-familial et conditions de vie antérieures	23,7	33,3	
Nom de spécialiste	NR	27,0	
DONNEES DE L'INTERROGATOIRE			
Antécédents	66,4	83,8	***
Anamnèse	88,4	92,8	
Traitement habituel complet	44,8	53,7	
CLINIQUE ET PARACLINIQUE			
Examen clinique	87,5	84,7	
Fréquence respiratoire	7,3	7,2	
Fréquence cardiaque	57,3	65,8	
Tension artérielle	68,5	79,3	
Saturation en O2	62,5	63,1	
Température	28,4	38,7	
Absence de constante	18,5	13,5	
Biologie	4,3	8,1	
Glycémie capillaire	7,3	14,4	
Electrocardiogramme	27,3	30,6	
Echelle Visuelle Analogique	4,3	1,8	
Imagerie	0,4	0,9	
Bandelette urinaire	NR	13,5	
Poids	NR	0,9	
Moyen de transport	NR	0,9	
SYNTHESE ET INTERVENTION DU MEDECIN			
Hypothèse(s) diagnostique(s)	78	65,8	*
Traitement instauré	26,3	17,1	
Notion de gravité	2,6	5,4	
Entente téléphonique préalable	NR	9,9	

FACULTE DE MEDECINE
DE GRENOBLE

01/09/2007

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ALBALDEJO	**Pierre**		
ARVIEUX	**Catherine**	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE	CHU
BACONNIER	**Pierre**	BIOSTATISTIQUES ET INF. MED.	CHU
BAGUET	**Jean-Philippe**	SERVICE DE CARDIOLOGIE ET HYPERTENSION ARTERIELLE	CHU
BALOSSO	**Jacques**	RADIOTHERAPIE	CHU
BARRET	**Luc**	MEDECINE LEGALE	CHU
BAUDAIN	**Philippe**	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	CHU
BEANI	**Jean-Claude**	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE	CHU
BENHAMOU	**Pierre Yves**	ENDOCRINOLOGIE	CHU
BERGER	**François**	ONCOLOGIE MEDICALE	CHU
BESSARD	**Germain**	PHARMACOLOGIE FACULTE	CHU
BLIN	**Dominique**	CHIR. THORACIQUE ET CARDIOVASC.	CHU
BOLLA	**Michel**	RADIOTHERAPIE	CHU
BONAZ	**Bruno**	HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE	CHU
BOSSON	**Jean-Luc**	BIOSTATISTIQUES ET INF. MED.	CHU
BOUGEROL	**Thierry**	PSYCHIATRIE D'ADULTES	HOPITAL SUD
BRAMBILLA	**Elisabeth**	PATHOLOGIE CELLULAIRE	CHU
BRAMBILLA	**Christian**	PNEUMOLOGIE	CHU
BRICHON	**Pierre-Yves**	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	CHU
BRIX	**Muriel**		
CAHN	**Jean-Yves**	DEP. DE CANCEROL. ET HEMATOLOGIE	CHU
CARPENTIER	**Patrick**	MEDECINE VASCULAIRE	CHU
CARPENTIER	**Françoise**	THERAPEUTIQUE	CHU
CESBRON	**Jean-Yves**	IMMUNOLOGIE	FACULTE
CHABRE	**Olivier**	ENDOCRINOLOGIE	CHU
CHAFFANJON	**Philippe**	CHIRUGIE VASCULAIRE	CHU
CHAVANON	**Olivier**	CHIRURGIE CARDIAQUE	CHU
CHIQUET	**Christophe**	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE	CHU
CHIROSSEL	**Jean-Paul**	ANATOMIE	FACULTE
CINQUIN	**Philippe**	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE	CHU
COHEN	**Olivier**	DISPO	
COUTURIER	**Pascal**	CLINIQUE DE MEDECINE GERIATRIQUE	CHU
DE GAUDEMARIS	**Régis**	MEDECINE DU TRAVAIL	CHU
DEBILLON	**Thierry**	MEDECINE NEONATALE	CHU
DEMONGEOT	**Jacques**	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE	CHU
DESCOTES	**Jean-Luc**	UROLOGIE	CHU
DUPRE	**Alain**	CHIRURGIE GENERALE	CHU
DYON	**J.François**	**(surnombre)**	CHU
ESTEVE	**François**	CENTRAL DE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE UNITE IRM	CHU
FAGRET	**Daniel**	BIOPHYSIQUE ET TRAIEMENT DE L'IMAGE	CHU
FAUCHERON	**Jean-Luc**	CHIR GENERALE, CHIR. DIGESTIVE	CHU
FAVROT	**Marie Christine**	CANCEROLOGIE	CHU
FERRETTI	**Gilbert**	RADIOLOGIE CENTRALE	CHU

FACULTE DE MEDECINE
DE GRENOBLE

01/09/2007

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

FEUERSTEIN	**Claude**	PHYSIOLOGIE	CHU
FONTAINE	**Eric**	NUTRITION PARENTERALE	CHU
FRANCO	**Alain**	GERIATRIE E. CHATIN	CHU
FRANCOIS	**Patrice**	EPIDEMIO ECONOMIE SANTE ET PREVENTION	CHU
GARNIER	**Philippe**	PEDIATRIE	CHU
GAUDIN	**Philippe**	RHUMATOLOGIE	CHU
GAY	**Emmanuel**	NEUROCHIRURGIE	CHU
GIRARDET	**Pierre**	**(surnombre)**	CHU
GUIDICELLI	**Henri**	**(surnombre)**	CHU
HALIMI	**Serge**	NUTRITION	CHU
HOMMEL	**Marc**	NEUROLOGIE	CHU
JOUK	**Pierre-Simon**	BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	CHU
JUVIN	**Robert**	RHUMATOLOGIE	HOPITAL SUD
KAHANE	**Philippe**	POLE PSYCHIATRIE ET NEUROLOGIE	CHU
KRACK	**Paul**	NEUROLOGIE	CHU
LANTUEJOUL	Sylvie	Pathologie Cellulaire	CHU
LE BAS	**Jean-François**	UNITE IRM	CHU
LEBEAU	**Jacques**	CHIR. MAXILLO-FACIALE	CHU
LECCIA	**Marie-Thérèse**	DERMATOLOGIE	CHU
LEROUX	**Dominique**	GENETIQUE	CHU
LEROY	**Vincent**	CLINIQUE D'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE	CHU
LETOUBLON	**Christian**	CHIRURGIE DIGESTIVE	CHU
LEVERVE	**Xavier**	THERAPEUTIQUE	CHU
LEVY	**Patrick**	PHYSIOLOGIE FACULTE	CHU
LUNARDI	**Joël**	BIOCHIMIE ADN	CHU
MACHECOURT	**Jacques**	CARDIOLOGIE CHU	CHU
MAGNE	**Jean-Luc**	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE CHU	CHU
MAITRE	**Anne**	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE 4E ETAGE	JEAN ROGET FACULTE
MALLION	**J. Michel**	**(surnombre)**	CHU
MASSOT	**Christian**	MEDECINE INTERNE	CHU
MAURIN	**Max**	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE CHU	CHU
MERLOZ	**Philippe**	CHIR. ORTHOPEDIE ET TRAUMATOLOGIE CHU	CHU
MORAND	**Patrice**	Bactériologie-Virologie DPT DES AGENTS INFECTIEUX	CHU
MOREL	**Françoise**	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE CHU	CHU
MORO-SIBILOT	**Denis**	ONCOLOGIE THORACIQUE	CHU
MOUSSEAU	**Mireille**	CANCEROLOGIE	CHU
MOUTET	**François**	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	CHU
PASQUIER	**Basile**	**(surnombre)**	CHU
PASSAGIA	**Jean-Guy**	ANATOMIE	CHU

FACULTE DE MEDECINE
DE GRENOBLE

01/09/2007

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

PAYEN DE LA GARANDERIE	**Jean-François**	ANESTHESIOLOGIE	CHU
PELLOUX	**Hervé**	PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE	CHU
PEPIN	**Jean-Louis**	LAB. EXPLORATION FONCTION. CARDIO-RESP.	CHU
PERNOD	**Gilles**	CLINIQUE DE MEDECINE VASCULAIRE	CHU
PISON	**Christophe**	PNEUMOLOGIE	CHU
PLANTAZ	**Dominique**	PEDIATRIE CHU	CHU
POLACK	**Benoît**	HEMATOLOGIE	CHU
POLLAK	**Pierre**	NEUROLOGIE	CHU
PONS	**Jean-Claude**	GYNECOLOGIE -OBSTETRIQUE	CHU
RAMBEAUD	**J Jacques**	UROLOGIE	CHU
REYT	**Emile**	O.R.L.	CHU
ROMANET	**J. Paul**	OPHTALMOLOGIE	CHU
ROUSSEAUX	**Sophie**	DPT DE GENETIQUE ET PROCREATION	CHU
SARAGAGLIA	**Dominique**	CHIR. ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	CHU
SCHAAL	**Jean-Patrick**	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ET MED. REPROD.	CHU
SCHMERBER	**Sébastien**	O.R.L.	CHU
SEIGNEURIN	**Daniel**	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, CYTOGENETIQUE	CHU
SEIGNEURIN	**Jean-Marie**	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE, HYGIENE	CHU
SELE	**Bernard**	BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	CHU
SESSA	**Carmine**	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE CHU	CHU
SOTTO	**Jean-Jacques**	**(surnombre)**	CHU
STAHL	**Jean-Paul**	MALADIES INFECTIEUSES	CHU
TIMSIT	**Jean-François**	REANIMATION MEDICALE	CHU
TONETTI	**Jérôme**	CLINIQUE D'ORTHOPEDIE ET DE TRAUMATOLOGIE	CHU
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
VANZETTO	**Gérald**	CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	CHU
VUILLEZ	**Jean-Philippe**	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE	CHU
ZAOUI	**Philippe**	NEPHROLOGIE CHU	CHU
ZARSKI	**Jean-Pierre**	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	CHU

FACULTE DE MEDECINE
DE GRENOBLE

01/09/2007

LISTE DES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ARTIGNAN	Xavier	Cancérologie et hématologie	CHU
BOTTARI	Serge	Biologie Cellulaire	CHU
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule	CHU
BRENIER-PINCHART	M.Pierre	Parasitologie	CHU
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale	CHU
CALLANAN	Mary	Génétique	IAB
CARAVEL	Jean-Pierre	Biophysique et Traitement de l'Image	CHU
CRACOWSKI	Jean Luc	Laboratoire de Pharmacologie	CHU
CROIZE	Jacques	Bactériologie-Virologie	CHU
DEMATTEIS	Maurice	Lab. Exploration fonctionnelle cardio-respiratoire	CHU
DERANSART	Colin	Neurologie LAPSEN	UFR BIOLOGIE
DROUET	Christian	Immunologie	CHU
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunulogie SUD	CHU
FAURE	Anne-Karen	Département de génétique et procréation	CHU
FAURE	Julien		
GARBAN	Frédéric	Hématologie Clinique	CHU
GAVAZZI	Gaëtan	Médecine gériatrique et communautaire	CHU
GRAND	Sylvie	Radiologie et Imagerie Médicale (I.R.M.)	CHU
GUERIN-EYSSERIC	Hélène	Médecine Légale	CHU
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie du développement et de la reproduction	CHU
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie Obstétrique	CHU
JACQUOT	Claude	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	CHU
KAHANE	Philippe	Physiologie	CHU
LABARERE	José	Dépt. de Veille Sanitaire	CHU
LAPORTE	François	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
LARDY	Bernard	Laboratoire d'enzylologie 6 ème étage	CHU

FACULTE DE MEDECINE
DE GRENOBLE

01/09/2007

LISTE DES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires	CHU
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la Santé (Mal. Inf.)	CHU
MORAND	Patrice	Bactériologie-Virologie	CHU
MOREAU-GAUDRY	Alexandre		
MOUCHET	Patrick	Physiologie	CHU
PASQUIER	Dominique	Anatomie et Cytologie Pathologiques	CHU
PELLETIER	Laurent	Biologie Cellulaire	CHU
PERNOD	Gilles	Hématologie	CHU
RAY	Pierre	Génétique.BDR	CHU
RENVERSEZ	J.Charles	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
RIALLE	Vincent	Information et informatique Médicale	CHU
RINGEISEN	François	Départ. de Cancérologie et d'Hématologie	CHU
ROSIER	Virginie	Radiologie et Imagerie médicale	CHU
PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et Biologie moléculaire	CHU
PALOMBI	Olivier	Clinique de Neurochirurgie	CHU
SATRE	Véronique	Génétique chromosomique	CHU
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire de Pharmacologie	CHU
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
TAMISIER	Renaud	Physiologie	CHU
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicales	CHU

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

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

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.