



HAL
open science

L'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences

Déborah Cadat, Cécile Trolong-Bailly

► **To cite this version:**

Déborah Cadat, Cécile Trolong-Bailly. L'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences. Médecine humaine et pathologie. 2006. dumas-00783628

HAL Id: dumas-00783628

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00783628>

Submitted on 1 Feb 2013

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



2^e exemplaire

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2006

N°

5008

**L'INTERÊT D'UNE LETTRE D'ADMISSION
AUX URGENCES**

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

| | | |
|-----------------------|---------------------|----------------|
| CADAT Déborah | née le 02 mars 1978 | à Aubenas (07) |
| TROLONG-BAILLY Cécile | née le 20 mars 1978 | aux Lilas (93) |

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le : 02 février 2006

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Madame le Professeur CARPENTIER Françoise

Membres :

Monsieur le Professeur FRANCOIS Patrice

Monsieur le Professeur PISON Christophe

Madame le Docteur PAQUIER Carole

Monsieur le Docteur BOYER Laurent

** La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2006

N°

**L'INTERÊT D'UNE LETTRE D'ADMISSION
AUX URGENCES**

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

CADAT Déborah née le 02 mars 1978 à Aubenas (07)

TROLONG-BAILLY Cécile née le 20 mars 1978 aux Lilas (93)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le : 02 février 2006

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Madame le Professeur CARPENTIER Françoise

Membres :

Monsieur le Professeur FRANCOIS Patrice

Monsieur le Professeur PISON Christophe

Madame le Docteur PAQUIER Carole

Monsieur le Docteur BOYER Laurent

** La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*



Nous dédions ce travail

A nos parents,

A nos conjoints Nicolas et Christophe,

pour leur soutien.

A notre jury de thèse,

Madame le Professeur CARPENTIER Françoise

Monsieur le Professeur FRANCOIS Patrice

Monsieur le Professeur PISON Christophe

Madame le Docteur PAQUIER Carole

Monsieur le Docteur BOYER Laurent

Vous nous avez fait l'honneur de juger ce travail.

Nous remercions également tous ceux et toutes celles

qui ont participé à ce travail,

en particulier,

Jean-Philippe VITTOZ,

Mélodie BOBINEAU

et le Dr LABARERE José.

I/ INTRODUCTION

Les services d'urgence sont amenés depuis quelques années à accueillir un nombre croissant de patients. Selon un rapport de la DREES (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques) datant de juillet 2000 (1), le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics a crû de 43 % en huit ans. La croissance constante de la fréquentation des services d'urgence est observée dans l'ensemble des pays européens. Le nombre de consultations aux urgences augmente en moyenne de cinq pour cent par an en Europe (2).

En France ce phénomène serait la conséquence de nouveaux comportements des usagers en matière de recours aux soins ainsi qu'une évolution dans l'organisation des soins entre la médecine de ville et l'hôpital (3).

On distingue deux groupes d'individus : une population de jeunes et d'adultes et une population âgée de plus de 65 ans. Les patients âgés présentent des problèmes somatiques et sont souvent polypathologiques. Ces problèmes médicaux impliquent des explorations complémentaires et une surveillance accrue. De ce fait, cette population a un temps de passage plus long dans les services d'urgence et nécessite souvent une hospitalisation. Pour optimiser leur prise en charge, le médecin urgentiste a besoin d'informations pertinentes d'ordre médico-social (4). La communication entre les professionnels de la santé est primordiale pour assurer la continuité des soins et offrir une bonne qualité de prise en charge des patients (5, 6). Une lettre semble appropriée au transfert des informations médicales.

L'objectif principal de l'étude était de montrer l'impact de la lettre d'admission sur le délai de prise en charge des patients admis en service d'accueil des urgences du CHU de Grenoble.

L'objectif secondaire était de rechercher un impact de la lettre d'admission sur la concordance des diagnostics entre le médecin traitant, le médecin des urgences et le médecin du service d'hospitalisation.

II / POPULATION ET METHODES

1/ Population et schéma d'étude.

Ce travail a consisté en une étude observationnelle prospective incluant tous les sujets admis dans le Service d'Accueil des Urgences (SAU) médecine adulte du Centre Hospitalo-Universitaire de Grenoble pendant une semaine, du 21 février au 28 février 2005.

- Les patients inclus dans l'étude avaient quinze ans et trois mois au minimum. Leur pathologie relevait de la médecine, de la psychiatrie, de la chirurgie viscérale et thoracique non traumatologique, de la gynécologie médicale et chirurgicale.
- Les patients exclus de l'étude étaient ceux admis au SAU chirurgie, ceux admis en service de pédiatrie ayant moins de quinze ans et trois mois, ceux admis directement en gynécologie, obstétrique, en réanimation et au déchoquage.

Le service des urgences du CHU de Grenoble est partagé en deux secteurs :

- le Service d'Accueil des Urgences médicales et psychiatriques adultes (SAU médecine), service d'accueil et d'hospitalisation de courte durée comprenant 26 lits dont deux chambres d'isolement pour la pathologie psychiatrique ;
- le Service d'Accueil des Urgences chirurgicales (SAU chirurgie), service de consultation accueillant la traumatologie et la petite chirurgie.

Les patients accueillis au SAU médecine sont soit sortant après les examens et les soins procurés aux urgences, soit orientés vers le service dont relève leur pathologie ou à défaut, hospitalisés dans un autre service moins adapté ou dans le service des urgences par manque de lits disponibles en aval.

En 2004, 19155 patients ont été admis au SAU médecine et 10498 d'entre eux ont été hospitalisés soit 55 %.

Les patients ont été catégorisés selon la gravité de leur état clinique par la classification médicale d'urgence (CCMU) qui cotait de 1 à 5 (annexe 1).

2/ Recueil des données.

Pour chaque sujet inclus, le recueil des données a été réalisé par deux enquêteurs à l'aide d'un questionnaire.

- Concernant le séjour aux urgences, le dossier médical et la lettre d'admission ont été analysés. Un entretien avec l'équipe médicale a parfois été nécessaire pour compléter le recueil des données.
- Concernant la période d'hospitalisation, un contact téléphonique a été organisé avec le médecin responsable du patient afin qu'il transmette les comptes rendus d'hospitalisation.

Le questionnaire (annexe 2) utilisé pour le recueil des données a exploré cinq champs :

- les caractéristiques sociodémographiques et médicales des patients,
- la qualité des courriers d'admission et le diagnostic retenu par le médecin traitant,
- les délais de prise en charge et le diagnostic retenu aux urgences et en service d'hospitalisation le cas échéant,
- le devenir des patients (sortie ou hospitalisation),
- l'expertise des diagnostics basée sur leur concordance.

Les diagnostics ont été codés selon la 10^{ème} révision de la classification internationale des maladies (CIM-10)¹.

¹ Organisation Mondiale de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes – 10^{ème} révision. Genève : OMS ; 1993.



3/ Critères de jugement.

Le critère de jugement principal était le délai de prise en charge du patient, défini comme le temps qui séparait l'heure à laquelle le médecin examinait le patient et l'heure à laquelle le premier traitement curatif était prescrit ou le premier examen pertinent était réalisé.

Le second critère de jugement était la concordance :

- entre le diagnostic du médecin traitant et le diagnostic retenu aux urgences,
- entre le diagnostic retenu aux urgences et le diagnostic retenu dans le service d'hospitalisation en fonction de la présence d'une lettre d'admission.

Afin de pallier les limites de classification de la CIM-10, une vérification de chaque diagnostic codé a été réalisée par un médecin. La concordance a été appréciée par trois experts de Santé Publique. Une échelle de Likert à quatre modalités de réponse a été utilisée : Très concordant, Assez concordant, Peu concordant, Pas du tout concordant.

4/ Analyse statistique.

Les résultats ont été présentés sous forme de pourcentage et de moyenne. La concordance entre les experts a été testée par le test du Kappa. Les proportions ont été comparées à l'aide du test du Chi-deux ou du test exact de Fisher en cas d'effectifs attendus inférieurs à cinq. La comparaison des délais de prise en charge a été réalisée à l'aide des tests de Student ou des analyses de variance. Le seuil de signification retenu était de cinq pour cent. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel stata 6.0 (*Stat Corporation, College Station, TX*).

ELEMENTS RECUEILLIS À PARTIR DU QUESTIONNAIRE

- ▶ La qualification du médecin adressant :
 - médecin traitant
 - médecin de garde
 - médecin remplaçant
 - SOS médecin
 - médecin spécialiste d'organe
 - médecin du SMUR
 - médecins autres
- ▶ L'identité du médecin
- ▶ La date de rédaction de la lettre
- ▶ L'état civil du patient
- ▶ Anamnèse
- ▶ Examen clinique
- ▶ Le diagnostic
- ▶ Les antécédents
- ▶ Les traitements habituels
- ▶ Les traitements instaurés avant l'admission
- ▶ Renseignements d'ordre psycho social
 - Degré autonomie antérieur
 - Mode de vie
 - Etat psychologique antérieur
 - Les aides mises en place a domicile
- ▶ Les coordonnées de la famille

III / RESULTATS

1- Description de la population (tableau 1).

L'étude a inclus au total 435 patients dont 44 % de femmes. L'âge moyen était de 57 ans. Deux cent trente trois lettres ont été recensées. Sur la proportion de patients admis avec une lettre d'admission (233 dossiers soit 54 %), la répartition entre les deux sexes était homogène et la moitié des patients avaient 65 ans et plus. Le groupe de patients âgés de 65 ans et plus avaient d'abord recours au médecin traitant, et venaient avec une lettre d'admission pour 67 % d'entre eux. La population était majoritairement masculine dans le groupe de patients admis sans lettre.

Quatre vingt-sept pour cent des patients venus consulter dépendaient du secteur sanitaire du CHU de Grenoble, 55 % d'entre eux vivaient dans l'agglomération. Parmi les patients admis sans lettre, 61 % étaient domiciliés dans l'agglomération grenobloise.

Sur la totalité des patients inclus, 76 % avaient déjà consulté au CHU dont 41 % au SAU médecine (annexe 3).

Un tiers (34 %) d'entre eux s'était rendu aux urgences par leur propre moyen, et un peu plus d'un tiers (37 %) avait fait appel à une ambulance privée. Les autres étaient principalement amenés par les différents services de secours : 16 % par les sapeurs-pompiers et cinq pour cent par le SMUR².

Quatre vingt-deux pour cent des patients admis aux urgences présentaient un état clinique jugé moyennement grave, correspondant aux stades CCMU 2 et 3. Les stades CCMU 4 et 5 représentaient cinq pour cent des admissions des urgences médicales.

² SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

Il existait un lien statistiquement significatif entre le degré de gravité de l'état clinique et la présence d'une lettre d'admission. Plus le stade de CCMU était élevé plus la probabilité d'avoir une lettre d'admission augmentait.

| Test d'indépendance du Chi-deux entre le degré de gravité du patient et la présence d'une lettre | | | |
|---|------------------------|------------------------|----------------|
| | Avec lettre | Sans lettre | Total |
| CCMU 1 | 20 8,58 % | 36 17,82 % | 56 12,87 % |
| CCMU 2 | 109 46,78 % | 111 54,95 % | 220 50,57 % |
| CCMU 3 | 90 38,63 % | 47 23,27 % | 137 31,49 % |
| CCMU 4 et 5 | 14 6,01 % | 8 3,96 % | 22 5,06 % |
| Total | 233 100 % | 202 100 % | 435 100 % |
| Chi-deux = 17,6025 | | P-valeur = 0,0010 | |

Le médecin libéral a averti le médecin urgentiste du SAU médecine de l'arrivée de son patient dans huit pour cent des cas.

Trente deux pour cent des patients sont venus avec un élément de leur dossier médical. L'ordonnance du traitement habituel était la pièce jointe la plus fréquemment présentée. Le traitement était peu détaillé sur la lettre d'admission avec omission des posologies. Les autres pièces jointes apportées étaient des radiographies, un électrocardiogramme, un résultat biologique.

Treize pour cent des patients n'étaient pas interrogeables. Cinq pour cent d'entre eux n'étaient pas accompagnés d'une tierce personne.

A leur entrée au SAU médecine, le délai moyen d'attente des patients, avant d'être examiné, par un médecin était de 58 minutes avec un écart type de 49 minutes. Quatre vingt

onze pour cent des patients étaient examinés par un médecin dans les deux heures qui suivaient leur admission.

Le temps d'hospitalisation aux urgences était en moyenne de 902 minutes soit 15 heures avec un écart type de 948 minutes. Cinquante six pour cent des patients étaient hospitalisés moins de 12 heures. Vingt six pour cent des patients étaient hospitalisés entre 12 heures et 24 heures. Dix huit pour cent des patients étaient hospitalisés plus de 24 heures.

Le médecin urgentiste a essayé de joindre le médecin traitant pour six pour cent des 435 patients admis. Ce dernier a répondu dans quatre pour cent des cas et dès le premier appel dans deux pour cent des cas.

Pour neuf patients sur dix, le bilan clinique concluait à un diagnostic d'ordre médical, les autres patients relevaient d'un diagnostic chirurgical. Selon la CIM 10, 25 % des diagnostics à la sortie des urgences étaient des symptômes, signes ou résultats anormaux d'examens. Les autres diagnostics se répartissaient ainsi : 13 % pour les maladies de l'appareil circulatoire, 11,5 % pour les maladies de l'appareil respiratoire, 11 % pour les troubles mentaux et du comportement, 10 % les maladies de l'appareil digestif, 5,5 % pour les maladies de l'appareil génito-urinaire, 5,5 % pour les maladies du système nerveux, et 5,3 % pour les empoisonnements (annexe 3).

Le devenir des patients était une hospitalisation pour 56 % d'entre eux dont 52 % au CHU, deux pour cent en centre de psychiatrie, et deux pour cent dans d'autres hôpitaux ou cliniques par manque de place en service d'hospitalisation. Le retour à domicile avec un courrier pour leur médecin traitant concernait 38 % d'entre eux. Les six pour cent restant correspondait aux patients décédés ou ayant fugué.

Tableau 1 - Description de la population de l'étude

| | Nombre total de patient n= 435 | Nombre de patient avec une lettre n= 233 | Nombre de patient sans lettre n= 202 | Valeur du p |
|--|-----------------------------------|---|---|-------------|
| Age moyen en année (écart-type: 22,8) | 57 | 66 | 45 | |
| Personnes âgées de 65 ans et plus (%) | 175 (40) | 118 (51) | 57 (28) | < 0,01 |
| Sexe des patients (%) | | | | 0,008 |
| Féminin | 191 (44) | 116 (50) | 75 (37) | |
| Domiciliation (%) | | | | 0,0055 |
| Secteur CHU agglomération | 239 (55) | 116 (50) | 123 (61) | |
| Secteur CHU hors agglomération | 139 (32) | 85 (36) | 54 (27) | |
| Hors secteur CHU | 57 (13) | 32 (14) | 25 (12) | |
| CCMU (%) | | | | 0,001 |
| CCMU 1 | 56 (13) | 20 (8) | 36 (18) | |
| CCMU 2 | 220 (51) | 109 (47) | 111 (55) | |
| CCMU 3 | 137 (31) | 90 (39) | 47 (23) | |
| CCMU 4 & 5 | 22 (5) | 14 (6) | 8 (4) | |
| Moyen de transport (%) | | | | < 0,01 |
| Ambulance | 161 (37) | 116 (50) | 45(22) | |
| Voiture personnelle | 148 (34) | 61 (26) | 87(43) | |
| Autre | 126 (29) | 56 (24) | 70(35) | |
| Devenir des patients (%) | | | | < 0,01 |
| Hospitalisation au CHU | 226 (52) | 152 (65) | 74 (37) | |
| Présence d'une pièce jointe³ (%) | 138 (32) | 98 (42) | 40 (20) | < 0,01 |

³ Pièces jointes : une radiographie, un bilan biologique, un dossier médical, un électrocardiogramme

2- Caractéristiques de la lettre (tableau 2).

Quarante huit pour cent des lettres d'admission étaient écrites par les médecins traitants. Les médecins de garde et SOS Médecin représentaient 26 % des médecins adressants et huit pour cent des lettres étaient rédigées par les médecins des SMUR sous forme de compte rendu.

L'identité du médecin, l'état civil du patient, la date de rédaction, l'anamnèse et le diagnostic étaient inscrits dans plus de trois quarts des lettres. L'examen clinique et les antécédents étaient décrits dans 62 % des cas. Le traitement était mentionné dans 37 % des lettres et la posologie était renseignée dans 22 % des cas.

Quant aux informations d'ordre social (autonomie, précarité, état psychologique, aide à domicile, les coordonnées de la famille), elles apparaissaient dans moins de 15 % du contenu des lettres. L'identité du médecin était illisible dans quatre pour cent des cas.

Tableau 2 - Contenu des lettres

| | Dossiers incluant l'information |
|--|--|
| | N = 233 (%) |
| Identité du médecin | 220 (94) |
| Date de rédaction du courrier d'admission | 206 (88) |
| Identité du patient | 210 (90) |
| Age du patient | 180 (77) |
| Anamnèse | 190 (82) |
| Examen clinique | 144 (62) |
| Diagnostic | 222 (95) |
| Antécédents | 143 (61) |
| Traitements | 86 (37) |
| Mode de vie | 29 (12) |
| Etat physique antérieur | 22 (9) |
| Etat psychologique antérieur | 9 (4) |
| Aides à domicile | 8 (4) |
| Coordonnées de la famille | 3 (1) |

3- Impact de la lettre sur le délai de la prise en charge.

Le délai moyen de la prise en charge, défini dans l'étude, était de 118 minutes avec un écart type de 222 minutes. Trente neuf pour cent des patients étaient pris en charge en moins de trente minutes. Le délai de prise en charge était inférieur à une heure pour 51 % des patients et à deux heures pour 62 % d'entre eux.

Pour 17 % des patients, le délai de prise en charge ne pouvait être déterminé car aucun traitement n'était prescrit ou aucun examen para clinique n'était réalisé. Ce groupe correspondait soit aux patients en attente d'un entretien psychiatrique, soit aux patients ayant fugués du service (annexe 3).

Les analyses statistiques ont montré que la présence d'une lettre d'admission n'influait pas le délai de prise en charge des patients en urgence puisque le test du Chi-deux n'était pas significatif (annexe 4).

4- Impact de la lettre sur la concordance des diagnostics.

L'expertise sur la concordance des diagnostics entre le médecin adressant et le médecin des urgences concernait 222 patients sur 233 soit 95% des patients. Onze dossiers, soit cinq pour cent des lettres, n'ont pas pu être expertisés car le diagnostic n'était pas renseigné ou illisible sur les lettres d'admission. Les diagnostics étaient concordants à 67 % (annexe 3).

L'expertise sur la concordance des diagnostics entre le service des urgences et le service d'hospitalisation concernait 229 patients sur 243 soit 94 % des patients (patients admis avec lettre et ceux admis sans lettre). Six pour cent des dossiers, soit 14 patients, n'ont pas pu être expertisés en raison de l'absence de diagnostic remis par le service d'hospitalisation (patient non sorti ou dossier perdu). Les diagnostics étaient concordants à 68 % (annexe 3).

Le test du Chi-deux a montré que la présence d'une lettre n'influencait pas la concordance des diagnostics entre les urgences et le service d'hospitalisation.

| Comparaison de la concordance du diagnostic des urgences et celui du service d'hospitalisation en fonction de la présence d'une lettre, tout âge confondu | | | |
|--|---------------|------------------|----------------|
| | Avec lettre | Sans lettre | Total |
| Concordants | 105 69,5 % | 61 78,2% | 166 72,49 % |
| Non concordants | 46 30,5 % | 17 21,8 % | 63 27,51% |
| Total | 151 100 % | 78 100 % | 229 100 % |
| Chi-deux = 1,9381 | | P-valeur = 0,164 | |

En ventilant selon l'âge, pour les personnes âgées de 65 ans et plus, la présence d'une lettre d'admission avait un impact inverse sur la concordance des diagnostics entre le service des urgences et le service d'hospitalisation, c'est-à-dire que les diagnostics n'étaient pas concordants en présence d'une lettre.

| Comparaison de la concordance du diagnostic des urgences et celui du service d'hospitalisation selon la présence d'une lettre pour les patients âgés de 65 ans et plus | | | |
|---|-------------|------------------|--------------|
| | Avec lettre | Sans lettre | Total |
| Concordant | 55 59 % | 28 80 % | 83 65 % |
| Non concordant | 38 41 % | 7 20 % | 45 35 % |
| Total | 93 100 % | 35 100 % | 128 100 % |
| Chi-deux = 4,8541 | | P valeur = 0,028 | |

IV /DISCUSSION

Cette étude prospective avait pour but de montrer s'il existait une différence dans le délai de prise en charge entre un patient admis avec une lettre et un patient admis sans lettre. La présence d'une lettre n'a pas eu d'impact sur le délai de prise en charge des patients aux urgences, quelque soit leur âge. Ce travail a permis de réaliser une étude descriptive de la population venant consulter aux urgences du CHU de Grenoble.

La description de la population de l'étude a confirmé une enquête française réalisée par la DREES, en janvier 2003 (3), s'intéressant aux motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. La population majoritairement masculine était hospitalisée à 56 % et séjournait en moyenne 15 heures aux urgences. Ces taux étaient supérieurs à la moyenne nationale et étaient liés au mode de fonctionnement des urgences du CHU de Grenoble. Le service du SAU médecine du CHU de Grenoble est un service où sont hospitalisés les patients relevant de pathologies médicales. Celles-ci entraînent plus d'hospitalisation que les pathologies traumatologiques et les actes de petite chirurgie réalisés en consultation. Par ailleurs, de nombreuses hospitalisations ou ré-hospitalisations passent par le SAU médecine par faute de place immédiate dans les services requis ou par faute de présence médicale lors de l'admission. Certains services ne font pas d'entrée directe et admettent leurs patients via les services d'urgences (3).

La majorité de la population consultant aux urgences de Grenoble dépendait du secteur sanitaire du CHU. La population jeune urbaine était celle qui venait le plus aux urgences de manière directe. La DREES a montré que leurs motivations étaient la proximité de l'établissement, le sentiment d'urgence ou de la gravité et le besoin d'un plateau technique spécialisé (3).

L'enquête a conclu que les patients les plus gravement atteints ou les plus âgés avaient d'abord recours aux médecins traitants. Ils étaient les plus nombreux à venir avec une lettre et

leur séjour aboutissait souvent à une hospitalisation. Les médecins adressants invoquaient la possibilité d'accéder plus rapidement à un autre service hospitalier par la voie des urgences que par une demande directe (1).

L'étude du contenu des lettres d'admission a mis en évidence une qualité très variable dans leur rédaction. Certaines lettres étaient complètes et lisibles avec une partie du dossier médical. D'autres courriers étaient illisibles ou peu informatifs pour la prise en charge du patient. Parmi les 435 patients recensés, seulement 54 % sont venus avec un courrier. Certaines lettres ne comportaient pas l'identité du rédacteur, ni l'identité du patient, ni sa date de naissance, ni même la date de rédaction de la lettre. Ces critères doivent figurer sur le courrier selon les règles définies par le code de la déontologie médicale (7, 8, 9).

La prise en charge d'un patient aux urgences se déroule en deux temps : d'abord la gestion de l'épisode aigu puis l'évaluation de la possibilité ou non d'un retour à domicile à sa sortie. Le premier critère de jugement choisi pour mesurer la qualité de la prise en charge était le délai entre l'examen médical et la première prescription pertinente. Il n'évalue que le temps de la gestion de l'épisode aigu, pendant lequel les informations utiles sont surtout les antécédents, le traitement habituel ou ceux administrés avant l'hospitalisation. Ces renseignements aident à gérer une éventuelle détresse vitale de la façon la plus adaptée, à prescrire des thérapeutiques et des examens, en étant certain de l'absence de contre indication, d'allergie ou d'insuffisance rénale.

Certains patients venaient avec leurs ordonnances mais pour encore un grand nombre d'entre eux, le traitement quotidien restait inconnu. De même, les antécédents personnels étaient omis sur le courrier dans 39 % des cas. Lorsque le patient était capable de s'exprimer, la prise en charge s'est réalisée sans difficulté. Par contre, pour certains patients plus âgés ou incapables de s'exprimer et non accompagnés par un tiers, un appel au médecin traitant a été nécessaire

pour préciser leur venue, les traitements, le contexte de vie qu'il y ait ou non une lettre. Ainsi la présence d'un courrier n'influçait pas le délai de prise en charge tel qu'il était défini dans l'étude. La priorité était laissée à l'état clinique. Une étude australienne réalisée pendant un mois, en 1992, à l'hôpital de Mornington Péninsula arrivait aux mêmes conclusions (10).

L'impact de la lettre d'admission sur la synthèse de la clinique et des examens complémentaires n'a pas été étudié par le critère principal choisi. Les informations sociales étaient celles qui manquaient le plus dans les lettres de l'étude. Or, ce sont ces renseignements qui conditionnent l'orientation du patient et l'évaluation de la possibilité d'un retour à domicile. Une étude réalisée à Edimbourg en mars 1997 relatait que 16 % seulement des lettres précisaient les renseignements sociaux (4). Cette étude a mis en évidence que le délai de gestion des patients dépendait de leur état clinique et du contenu de la lettre. Plus une lettre était informative, plus la continuité des soins était assurée par le médecin urgentiste.

D'autre part, une conférence de consensus (11) datant de décembre 2003 a émis des recommandations concernant la prise en charge aux urgences des personnes âgées. Pour optimiser la gestion du temps et des soins, un document informatif doit accompagner le patient âgé précisant son identité, ses antécédents et son traitement actuel, les intervenants habituels, le motif d'admission et l'histoire de sa maladie. Les évaluations des unités gériatriques aux urgences médicales (12, 13, 14) ont montré l'importance d'une lettre d'admission accompagnant cette population fragile. Quand le médecin des urgences dispose de toutes les informations médicales et sociales concernant le patient, il propose plus rapidement un recours à la filière gérontologique ou un retour à domicile (12). Ainsi, le temps de séjour aux urgences se trouve diminué et une partie de la population âgée évite les conséquences délétères d'une hospitalisation dans des conditions inadaptées (14). Ces hospitalisations prolongées sont sources de multiples problèmes : elles sont déstabilisantes et

anxiogènes, elles entraînent des complications médicales (complication liées au décubitus, escarres, maladie thromboembolique...) sans compter le coût financier. De plus, les services d'urgence ne disposent pas du personnel soignant requis pour faire face à la complexité des problèmes médicaux de cette population dépendante. Les kinésithérapeutes ne sont pas présents pour les aider à la mobilisation, les aides-soignants ne pas en nombre suffisants pour aider à la toilette ou au repas (12, 14).

En pratique, il n'est pas facile de transmettre l'ensemble des informations du dossier médical. Le médecin généraliste adresse le patient dans l'urgence, parfois du domicile de celui-ci et ne dispose pas toujours du temps nécessaire, ni des conditions matérielles idéales (absence de l'outil informatique, du dossier) pour réaliser au mieux son courrier d'admission. De plus, il n'est pas toujours le médecin traitant. Pour les patients en situation d'isolement social ou qui présentent un problème médical, le soir ou le week-end, le médecin ne peut pas attendre une hospitalisation ou une consultation programmée. Il adresse ainsi la personne aux urgences (14).

Une étude australienne réalisée par Harris, Giles et Toole en 1998 (15) montrait que le facteur qui accélérât la prise en charge des patients était l'appel téléphonique du médecin traitant pour annoncer la venue du malade. Dans leur étude, un appel téléphonique était recensé dans 16 % des cas. La communication orale semble plus efficace que la communication écrite, permettant un échange et une collaboration entre confrères afin de gérer le patient le plus rapidement possible. De plus, le service averti de la venue du patient peut s'organiser pour accueillir les malades les plus graves et optimiser leur prise en charge. La venue du patient était annoncée dans moins de 10 % des cas. Ce faible pourcentage d'appels du médecin traitant au médecin urgentiste est sans doute lié à la difficulté à joindre le

bon interlocuteur. Ce paramètre était difficile à évaluer et n'a pas pu être étudié en raison du faible nombre d'appels recensés. Cette limite est liée à la méthode de l'étude. Les deux enquêteurs ont effectué leur travail de recueil des dossiers au sein du bureau médical où le contact avec les différents intervenants (étudiants, internes, infirmiers) n'était pas continu. Toutes ces personnes pouvaient recevoir les appels du médecin traitant sur différents postes téléphoniques sans en informer les enquêteurs. De plus, l'activité soutenue à certaines heures de la journée n'a pas permis de dénombrer tous les appels.

Le second critère introduit pour mesurer la qualité de la prise en charge était la concordance des diagnostics. La concordance entre médecins adressants, urgentistes et médecins du service d'hospitalisation était de 68 %.

Ces résultats statistiques ont montré des limites méthodologiques puisque la qualité des expertises était médiocre ($Kappa = 0,25$) et ne permettait pas de conclure à un lien entre la concordance des diagnostics et la présence d'une lettre d'admission (annexe 5).

Dans deux tiers des cas, les diagnostics émis par les différents médecins étaient concordants et n'étaient pas mis en cause lors de l'hospitalisation. Par contre, pour les personnes âgées de 65 ans et plus, l'impact d'une lettre d'admission sur la concordance des diagnostics entre les urgences et le service d'hospitalisation a eu un effet inverse à celui attendu. En effet, les diagnostics concordait moins en présence d'une lettre d'admission. Cette constatation était probablement liée au fait que pour les patients atteints de plusieurs pathologies, le motif principal d'hospitalisation n'était qu'un élément d'un ensemble complexe médico-social. Les caractères sociaux étaient souvent cachés bien qu'au centre du problème et à l'origine de l'hospitalisation (12). De plus, l'analyse de la concordance uniquement en terme de diagnostic principal était probablement une approche inadaptée. Enfin, il existait une différence non négligeable entre les diagnostics émis par l'urgentiste et le médecin hospitalier. Aux urgences

un diagnostic de type symptomatique a été évoqué, en hospitalisation le diagnostic a été affiné en diagnostic étiologique.

V / CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR :

CADAT Déborah

TROLONG-BAILLY Cécile

TITRE : L'INTERÊT D'UNE LETTRE D'ADMISSION AUX URGENCES

CONCLUSION

Ce travail consistait à mettre en évidence une différence dans le délai de prise en charge entre un patient adressé avec un courrier et un patient venu consulter directement. Les résultats ne permettent pas d'affirmer de manière évidente cette différence.

La revue bibliographique montre que la communication orale est le moyen le plus efficace mais elle reste relativement lourde à mettre en oeuvre sur le plan technique et humain. Actuellement d'autres moyens de communication existent, notamment le courrier électronique avec le dossier médical partagé. Cependant la faible couverture informatique des cabinets médicaux et des services hospitaliers freine ce mode d'échange d'informations.

Un courrier est consultable autant de fois que nécessaire, et reste pour l'instant le mode de communication le plus sûr et le plus facile à mettre en place. Pour encourager son utilisation, des supports standardisés et pré-imprimés pourraient être mis à disposition des médecins adressants sous forme de lettre type (annexe 6).

Une lettre bien renseignée constituerait un gain de temps pour le médecin urgentiste qui reçoit le patient, que ce soit sur le plan clinique, diagnostique et thérapeutique, mais aussi économique.

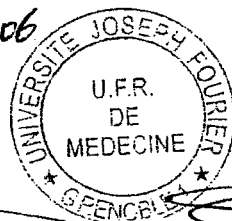
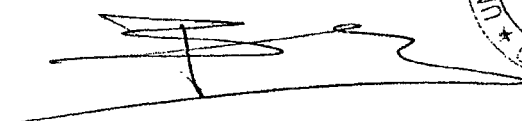
La communication médicale entre le médecin adressant et le médecin urgentiste est importante et doit être privilégiée. Chacun œuvre dans l'intérêt du patient et les médecins devraient donc collaborer pour se relayer l'information médicale.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 12 janvier 2006

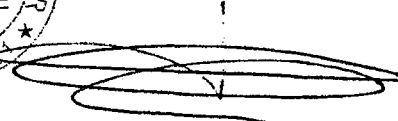
LE DOYEN

B.SELE



LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR F.CARPENTIER



VI / REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1/ BAUBEAU D., DEVILLE A., JOUBERT M., FIVAZ C., GIRARD I.,
LE LAIDIER S.
Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés.
DREES 2000 Jul n° 72.
- 2/ CHODOSAS M., REIX A.
Etude de l'organisation des différents systèmes d'urgence dans dix pays européens.
2001-2002 Associations de médecins urgentistes des hôpitaux de France en collaboration avec la mission des relations Européennes et Internationales de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins du Ministère de la santé, de la Famille et des Personnes Handicapées françaises.
- 3/ BAUBEAU D., CARRASCO V.
Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières.
DREES 2003 Jan n° 215.
- 4/ MEAD GE., CUNNINGTON AL., FAULKNER S., RUSSEL KJ., FORD MJ.
Can general practitioner referral letters for acute medical admissions be improved?
Health Bull 1999 Jul;57(4):257-61.
- 5/ RAMRAKHA S., GILES A.
Take a letter ... an audit of referrals in south west Sydney.
Aust Fam Physician 2001 Apr;30(4):395-8.
- 6/ CHABRUN-ROBERT C.
Le généraliste et l'hôpital
Le Concours Médical 1991;1:41-43.
- 7/ Décret n°95-1000 du 06/09/95, Art 45 , Art 59, Art 64, Art 4, Art 34, Art 76 portant sur le code de déontologie médicale paru au bulletin de l'ordre des médecins du 10/10/1995.
- 8/ Article L.1111-7 du code de la santé publique ; décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles de santé détenues par un professionnel ou établissement de santé.
- 9/ Article R 4127.76 du code de santé public relatif aux obligations de correspondance entre professionnel de santé.
- 10/ 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.
- 11/ BERTHEL M., BERTHIER F., BURGHARDT J., ECOIFFIER M., FEBME D.,
HAEGY JM., KOPP M.
Conférence de la Société Francophone de Médecine d'Urgence consensus relative à la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences.
SFUM 2003 Dec.

- 12/ COUPRON P., CHUZEVILLE M.
Plaidoyer pour une unité gériatrique d'évaluation aux urgences médicales.
Jour d'économie médicale 1990;8:177-84.
- 13/ LAPLANCHE D., DEVILLARD A., MONNERET T., MALBRANQUE A.,
BERTHIER G.
Gériatrie et urgences, peut-on optimiser la filière ?
Urgence pratique 2005 Nov;73:33-36.
- 14/ JUGE-BOULOGNE A., KERVINIO C., DRODE M., SAUVANIER M., REVEL V.
Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences : enquête rétrospective au
centre hospitalier de Pau.
Rev Gériatr 2001;9:713-18.
- 15/ HARRIS MF., GILES A., O'TOOLE BI.
Communication across the divide. A trial of structured communication between
general practice and emergency departments.
Aust Fam Physician 2002 Feb;31(2):197-200.
- 16/ Rapport adopté par le Conseil National de l'Ordre des médecins lors de la session du
30 janvier 1998 relatif aux courriers entre médecins.
- 17/ Décret 96-925 du 18/10/1996, Art L.162-1-1 du code de la sécurité sociale.
- 18/ GROL R., ROOIJACKERS-LEMMERS N., KAATHOVEN L., WOLLERSHEIM H.,
MOKKINK H.
Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant
replies?
Br J Gen Pract 2003 ,53:217-219.
- 19/ NEWTON J., ECCLES M., HUTCHINSON A.
Communication between general practitioners and consultants : what should their
letters contain ?
BMJ 1992 Mar 28 ;304(6830) :821-4.
- 20/ CAMPBELL B., VANSLEMBROEK E., WHITEHEAD E., VAN DE WAUVER C.,
EIFELL R., WYATT M., CAMPBELL J.
Views of doctors on clinical correspondence : questionnaire survey and audit of
content of letters.
BMJ, doi:10.1136/bmj.38058.801968.47.
- 21/ TATTERSALL MHN., BUTOW NP., BROWN E., THOMPSON JF.
Improving doctors' letters.
MJA 2002 Nov 177;516-520.
- 22/ MARSAUD R.
La lettre d'admission du malade adressée au service d'accueil des urgences du CHU
de Clermont-Ferrand.
Th.D : Médecine : CLERMONT-FERRAND : 2002.
- 23/ GRIVEAU C.

Evaluation de la pertinence de la lettre d'admission aux urgences poste Madeleine.
Th.D : Médecine : ORLEANS :2003.

- 24/ DEBECQUE G., KHAN MUCHIR HUZOUR.
La lettre du médecin généraliste accompagnant le patient lors de son admission dans un service d'urgence.
Th.D : Médecine : BORDEAUX 2 : Victor Segalen 2003.
- 25/ SUDRIEZ F., LAUQUE D., FERNANDEZ S., ECOIFFIER M., TUBERY M., CHARLET JP., AZEMA O.
Département des urgences hôpital Purpan Toulouse.
Les lettres d'admission répondent-elles aux besoins des urgentistes ?
JEUR 2000;14:A32-A35.
- 26/ MEJEAN M., ANDRIANJAFY H., TRIBOUT A., ATTIA D., COMBES L.
SAU Centre hospitalier Longjumeau.
Relecture des lettres adressées aux urgences par les médecins traitants.
JEUR 2001;14:A32-A35.
- 27/ <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/312/7041/1304>
- 28/ <http://www.sudoc.abes.fr>
- 29/ <http://www.inist.fr>
- 30/ <http://www.nlm.nih.gov>
- 31/ <http://www.santé.gouv.fr>

VII / ANNEXES

ANNEXE 1

CLASSES CCMU

Source : Fourestie V., Roussignol E., Elkarrat D., Simon N., Rauss A
Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU). Réan. Urg., 1992, 1, 92 (Abstract).

| Classe | Définition | Exemples |
|--------|--|--|
| I | État clinique jugé stable Pas de décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique au SU | <ul style="list-style-type: none"> - consultation médicale simple - angine, pharyngite - algie dentaire ou douleur relevant d'un traitement antalgique différé : prescription sur ordonnance - traumatisme crânien sans perte de connaissance et sans déficit neurologique |
| II | État clinique jugé stable Décision d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques au SU | <ul style="list-style-type: none"> - douleur nécessitant un traitement antalgique au SU - plaie superficielle à suturer - fracture de membre ouverte ou fermée sans complication vasculo-nerveuse - broncho-pneumopathie sans retentissement fonctionnel |
| III | État clinique jugé susceptible de s'aggraver au SU sans mise en jeu du pronostic vital | <ul style="list-style-type: none"> - fracture de membre ouverte ou fermée avec complication vasculo-nerveuse - traumatisme dorso-lombaire avec menace de complication neurologique - angor instable - pneumopathie dyspnéisante - suspicion d'embolie pulmonaire avec dyspnée sans défaillance circulatoire |
| IV | Pronostic vital jugé engagé et prise en charge ne comportant pas de gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat | <ul style="list-style-type: none"> - lésion myocardique - polytraumatisme avec hypotension artérielle - défaillance circulatoire ou respiratoire avec dyspnée sans indication immédiate d'assistance ventilatoire : OAP, embolie pulmonaire, pneumopathie - accident vasculaire cérébral |
| V | Pronostic vital jugé engagé et prise en charge comportant des gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat | <ul style="list-style-type: none"> - défaillance respiratoire aiguë nécessitant une assistance ventilatoire immédiate - défaillance circulatoire : trouble du rythme ventriculaire, arrêt cardiaque, nécrose massive - coma traumatique, score de Glasgow < 7 |

ANNEXE 2

Le questionnaire

**IMPACT D'UNE LETTRE D'ADMISSION
SUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS
HOSPITALISES
AUX URGENCES MEDICALES DU CHU DE GRENOBLE.**

N°

A- ARRIVEE DU PATIENT AUX URGENCES

1/ Etat civil du patient

Date de naissance : / /

2/ Sexe du patient

Masculin Féminin

3/ Date d'arrivée du patient

Jour : / / 2005

Heure : h

4/ Domicile du patient

Commune :

Agglomération grenobloise ¹

Hors agglomération grenobloise mais secteur sanitaire du CHU ²

Hors secteur sanitaire du CHU ³

¹ Agglomération grenobloise : Grenoble, La tronche, Eybens, Saint-Martin d'Hères, Saint-Martin Le Vinoux, Saint-Égrève, Echirolles, Fontaine, Claix, Pont de Claix, Seyssins, Seyssinet, Corenc et Meylan.

² Belledonne, Chartreuse, Vercors, Grésivaudan, Sud Grésivaudan et Sud Dauphiné.

³ Pays voironnais, Pays de Bièvre, Vienne et pays Roussillonnais, Isle Crémieu, Vals du Dauphiné et autres département.

5/ Le patient provient-il d'un autre hôpital ?

Oui Non

6/ Le patient a-t-il déjà été admis au CHU ?

Oui Non Ne sait pas

Si oui :

Au SAU : Date de sortie : / /

Autres services, précisez : ; Date de sortie : / /

7/ Mode de transport du patient

- Ambulance privée
- Moyen personnel
- VSAB (ambulance pompier)
- Forces de l'ordre
- Ambulance SMUR
- Autres, précisez :

8/ Stade de gravité du patient à son admission selon le code CCMU

- CCMU 1 *(état clinique jugé stable – pas de décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique au service d'urgence)*
- CCMU 2 *(état clinique jugé stable – Décision d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques au service d'urgences)*
- CCMU 3 *(état clinique jugé susceptible de s'aggraver au service d'urgence, sans mise en jeu du pronostic vital)*
- CCMU 4 *(pronostic vital jugé engagé et prise en charge ne comportant pas de gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat)*
- CCMU 5 *(pronostic vital jugé engagé et prise en charge comportant des gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat)*

9/ Le médecin a-t-il téléphoné pour informer de la venue du patient ?

- Oui Non Ne sait pas

10/ Le patient est-il interrogeable ?

- Oui Non

Si non, le patient est-il accompagné ? Oui Non

11/ Le patient a-t-il apporté des pièces jointes ?

- Une radiographie Oui Non Illisible Sans objet
- Une biologie Oui Non Illisible Sans objet
- Un ECG Oui Non Illisible Sans objet
- Le dossier médical Oui Non Illisible Sans objet
- Autres, précisez : Oui Non Illisible Sans objet

12/ Le patient a-t-il une lettre d'admission ?

Oui Non

Si non passez directement en page 4 : PRISE EN CHARGE ET DEVENIR DU PATIENT

B/ LETTRE D'ADMISSION

13/ La lettre a été écrite par :

- Le médecin de garde
- Le médecin traitant
- Un médecin généraliste remplaçant
- SOS médecin
- Un spécialiste, précisez :
- Le médecin du SMUR
- Autres, précisez :

14/ L'identité du médecin apparaît-elle sur la lettre ?

Oui Non Illisible

15/ La date de rédaction apparaît-elle sur la lettre ?

Oui Non Illisible

Si oui, quelle est cette date : / /

16/ L'état civil du patient apparaît-il sur la lettre ?

- Le nom et le prénom ? Oui Non Illisible
- La date de naissance ou l'âge ? Oui Non Illisible

17/ L'anamnèse ou l'histoire de la maladie figure-t-il sur la lettre ?

Oui Non Illisible

18/ L'examen clinique réalisé par le médecin est-il décrit ?

Oui Non Illisible Sans objet

19/ Un diagnostic est-il évoqué dans la lettre ?

Oui Non Illisible

Si oui, est-ce :

- Un motif médical ; Lequel ?.....
- Un motif chirurgical ; Lequel ?.....
- Un motif social ; Lequel ?.....

20/ Les antécédents du patient figurent-ils sur la lettre ?

Oui Non Illisible Sans objet

21/ Le ou les traitement(s) habituel(s) du patient figure-t-il sur la lettre ?

Oui Non Illisible Sans objet

Si oui, la posologie est-elle indiquée pour tous les traitements utiles ?

Oui Non Illisible

22/ Un autre traitement instauré par le médecin avant l'hospitalisation figure-t-il sur la lettre ?

Oui Non Illisible

23/ Ces renseignements figurent-ils sur la lettre ?

- l'état antérieur du patient (autonomie...) Oui Non Illisible Sans objet

- le mode de vie du patient Oui Non Illisible Sans objet

- l'état psychologique antérieur du patient Oui Non Illisible Sans objet

- les aides mises en place à domicile Oui Non Illisible Sans objet

24/ Les coordonnées de la famille figurent-elles sur la lettre ?

- Numéro de téléphone Oui Non Illisible

- Nom d'une personne Oui Non Illisible

- Lien de parenté indiqué Oui Non Illisible

C/ PRISE EN CHARGE ET DEVENIR DU PATIENT

25/ Avez-vous appelé un médecin traitant pour avoir des informations manquantes nécessaires

à la prise en charge du patient ?

Oui Non

26/ L'avez-vous joint ?

Oui Non

Si oui, avez-vous pu le joindre dès la première fois ?

Oui Non

27/ Quelles étaient les dates et heures :

- lorsque le médecin urgentiste s'est rendu au chevet du patient pour l'examiner ?

Le ... / ... / 2005 à ... h ...

- lorsque le traitement a été prescrit par le médecin urgentiste ?

Le ... / ... / 2005 à ... h ...

- lorsque le patient est sorti des urgences ?

Le ... / ... / 2005 à ... h ...

28/ Quel était le diagnostic principal retenu par le médecin urgentiste ?

Un diagnostic médical ; Lequel ?.....

Un diagnostic chirurgical ; Lequel ?.....

Un diagnostic social ; Lequel ?.....

29/ Quel a été le devenir du patient après son passage aux urgences ?

L'hospitalisation dans un service du CHU

L'hospitalisation dans un autre centre hospitalier ; Pour quel motif ?.....

La sortie avec retour à domicile

La sortie contre avis médical

Le décès

L'évasion ou la fugue

La mise en garde à vue

Autres ; Précisez :

.....

30/ Quel était le diagnostic principal retenu par le service d'hospitalisation ?

Un diagnostic médical ; Lequel ?.....

Un diagnostic chirurgical ; Lequel ?.....

Un diagnostic social ; Lequel ?.....

D/ EXPERTISE

31/ Les diagnostics concordent-ils :

a/ entre le médecin adressant et le médecin urgentiste ?

Très concordants Assez concordants Neutre Peu concordants Pas du tout concordants

b/ entre le médecin urgentiste et le médecin du service d'hospitalisation ?

Très concordants Assez concordants Neutre Peu concordants Pas du tout concordants

c/ entre le médecin adressant et le médecin du service d'hospitalisation ?

Très concordants Assez concordants Neutre Peu concordants Pas du tout concordants

ANNEXE 3

Audit de l'impact d'une lettre d'admission sur la prise en charge des patients admis au SAU médecine

1-CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET HOSPITALIERES DES PATIENTS ADMIS AU SAU MEDECINE.

| Ensemble des dossiers | N = 435 | % |
|---|----------------|--------------|
| Sexe | | |
| Féminin | 191 | 43,9 % |
| Masculin | 244 | 56,1 % |
| Age (population >15 ans) moyenne=56,6 écart-type=22,8 | | |
|] 15 ans ; 30 ans] | 75 | 17,2 % |
|] 30 ans ; 45 ans] | 86 | 19,8 % |
|] 45 ans ; 65 ans] | 99 | 22,8 % |
|] 65 ans ; 80 ans] | 91 | 20,9 % |
| >80 ans | 84 | 19,3 % |
| Domiciliation | | |
| Agglomération Grenobloise (A.G.) | 239 | 54,9 % |
| Hors A.G. & Secteur Sanitaire CHU | 139 | 32,0 % |
| Hors Secteur Sanitaire CHU | 50 | 11,5 % |
| Etranger | 4 | 0,9 % |
| SDF | 3 | 0,7 % |
| Transferts | 7 | 1,6 % |
| Admissions Précédentes | | |
| Déjà admis au CHU | 330 | 75,9 % |
| Seulement au SAU Médecine | 31 | 7,1 % |
| Seulement en Hospitalisation | 150 | 34,5 % |
| SAU Médecine & Hospitalisation | 149 | 34,3 % |
| Total SAU Médecine | 180 | 41,4 % |
| Total Hospitalisation | 299 | 68,7 % |
| Médecine | 134 | 30,8% |
| Cardiologie et hypertension artérielle & Clinique et urgences | 23 | 5,3% |
| Département de Neurologie | 14 | 3,2% |
| Pneumologie | 14 | 3,2% |
| Médecine Interne | 14 | 3,2% |
| Hépto-Gastroentérologie | 12 | 2,8% |
| Néphrologie – Hémodialyse de suppléance | 10 | 2,3% |
| Médecine Infectieuse | 8 | 1,8% |
| Dermatologie | 7 | 1,6% |
| Gérontologie Clinique – Chatin | 7 | 1,6% |
| Hématologie | 5 | 1,2% |

| | | |
|---|-----------|---------------|
| Endocrinologie – Diabétologie – Maladie de la nutrition | 4 | 0,9% |
| Médecine Gériatrique - Chissé | 4 | 0,9% |
| Psychiatrie | 4 | 0,9% |
| Oncologie | 3 | 0,7% |
| Radiothérapie – Hospitalisation | 2 | 0,5% |
| Médecine Vasculaire | 1 | 0,2% |
| Rhumatologie | 1 | 0,2% |
| Chirurgie | 92 | 21,2 % |
| Orthopédie -Traumatologie - Urgences Sud | 21 | 4,8% |
| Ophtalmologie | 16 | 3,7% |
| Orthopédie -Traumatologie Nord | 13 | 3,0% |
| Chirurgie de la Main et des Brûlés | 11 | 2,5% |
| Urologie | 10 | 2,3% |
| ORL | 7 | 1,6% |
| Département de Chirurgie Digestive et de l'Urgence | 6 | 1,4% |
| Département de Chirurgie Thoracique, Vasculaire et | 4 | 0,9% |
| Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale | 3 | 0,7% |
| Neurochirurgie | 1 | 0,2% |
| Urgences – Réanimation | 58 | 13,3 % |
| Centre de Traumatologie et d'Urgences Chirurgicales | 50 | 11,5% |
| Réanimation Médicale et soins intensifs d'urgences | 6 | 1,4% |
| Chirurgie Cardiaque et Cérébrale | 2 | 0,5% |
| Gynécologie – Pédiatrie | 17 | 3,9 % |
| Gynécologie-Obstétrique Nord | 14 | 3,2% |
| Département de Pédiatrie | 2 | 0,5% |
| Gynécologie -Obstétrique Sud | 1 | 0,2% |

Moyen de Transport

| | | |
|--------------------------|-----|--------|
| Ambulance privée | 161 | 37,0 % |
| Moyen Personnel | 148 | 34,0 % |
| VSAB (ambulance pompier) | 70 | 16,1 % |
| SMUR | 20 | 4,6 % |
| Autre | 16 | 3,7 % |
| Taxi | 7 | 1,6 % |
| Transport en commun | 6 | 1,4 % |
| Personnel du CHU | 3 | 0,7 % |
| Force de l'ordre | 5 | 1,2 % |
| Non renseigné | 15 | 3,5 % |

Stade de gravité des patients à l'admission

| | | |
|--------|-----|--------|
| CCMU 1 | 56 | 12,9 % |
| CCMU 2 | 220 | 50,6 % |
| CCMU 3 | 137 | 31,5 % |
| CCMU 4 | 14 | 3,2 % |
| CCMU 5 | 8 | 1,8 % |

| | | |
|---|-----|--------|
| ASA 1 | 103 | 23,7 % |
| ASA 2 | 172 | 39,5 % |
| ASA 3 | 124 | 28,5 % |
| ASA 4 | 31 | 7,1 % |
| ASA 5 | 5 | 1,2 % |
| <i>Appel téléphonique du médecin</i> | | |
| Oui | 34 | 7,8 % |
| Non | 328 | 75,4 % |
| Ne sait pas | 73 | 16,8 % |
| <i>Patients non interrogeables</i> | | |
| dont, non accompagnés | 56 | 12,9 % |
| | 20 | 4,6 % |
| <i>Patients avec pièce jointe</i> | | |
| Ordonnance | 138 | 31,7 % |
| Imagerie | 66 | 15,2 % |
| Radiographie | 32 | 7,4 % |
| Autre | 29 | 6,7 % |
| EKG | 3 | 0,7 % |
| Biologie | 31 | 7,1 % |
| Dossier Médical | 20 | 4,6 % |
| Autre | 14 | 3,2 % |
| | 18 | 4,1 % |

2-CARACTERISTIQUES DES LETTRES D'ADMISSION

| | | |
|-----------------------------------|------------|---------------|
| Ensemble des lettres | 233 | 53,6 % |
| <i>Auteurs</i> | | |
| Médecin traitant | 112 | 48,1 % |
| Médecin de garde | 33 | 14,2 % |
| SOS Médecin | 28 | 12,0 % |
| Médecin remplaçant | 26 | 11,2 % |
| Médecin du SMUR | 19 | 8,15 % |
| Spécialiste | 1 | 0,4 % |
| Autre | 14 | 6,0 % |
| Médecin de station | 5 | 2,2 % |
| Médecin urgentiste | 4 | 1,7 % |
| Interne | 3 | 1,3 % |
| Médecin de gendarmerie | 1 | 0,4 % |
| Médecin de maison de retraite | 1 | 0,4 % |
| <i>Identité du médecin</i> | | |
| Oui | 220 | 94,4 % |
| Non | 4 | 1,7 % |
| Illisible | 9 | 3,9 % |

| | | |
|--|-----|--------|
| <i>Date de rédaction</i> | | |
| Oui | 206 | 88,4 % |
| Non | 23 | 9,9 % |
| Illisible | 4 | 1,7 % |
| <i>Identité du patient</i> | | |
| Oui | 210 | 90,1 % |
| Non | 15 | 6,4 % |
| Illisible | 8 | 3,4 % |
| <i>Age du patient</i> | | |
| Oui | 180 | 77,2 % |
| Non | 50 | 21,5 % |
| Illisible | 3 | 1,3 % |
| <i>Anamnèse</i> | | |
| Oui | 190 | 81,5 % |
| Non | 33 | 14,2 % |
| Illisible | 10 | 4,3 % |
| <i>Examen clinique décrit</i> | | |
| Oui | 144 | 61,8 % |
| Non | 83 | 35,6 % |
| Illisible | 6 | 2,6 % |
| <i>Diagnostic évoqué</i> | | |
| Oui | 222 | 95,3 % |
| Non | 9 | 3,9 % |
| Illisible | 2 | 0,9 % |
| <i>Diagnostic du médecin traitant</i> | | |
| Motif Médical | 204 | 87,6 % |
| Motif Chirurgical | 17 | 7,3 % |
| Motif Social | 1 | 0,4 % |
| Non renseigné (absent ou illisible) | 11 | 4,7 % |
| <i>Antécédents</i> | | |
| Oui | 143 | 61,4 % |
| Non | 67 | 28,8 % |
| Illisible | 10 | 4,3 % |
| Sans Objet | 13 | 5,6 % |
| <i>Traitements habituels</i> | | |
| Oui | 86 | 36,9 % |
| Avec posologie | | |
| Oui | 51 | 21,9 % |
| Non | 32 | 13,7 % |
| Illisible | 3 | 1,3 % |

| | | |
|---|-----|--------|
| Non | 127 | 54,5 % |
| Illisible | 3 | 1,3 % |
| Sans Objet | 17 | 7,3 % |
| <i>Autre Traitement</i> | | |
| Oui | 62 | 26,6 % |
| Non | 166 | 71,2 % |
| Illisible | 5 | 2,2 % |
| <i>Etat antérieur du patient</i> | | |
| Oui | 22 | 9,4 % |
| Non | 193 | 82,8 % |
| Illisible | 7 | 3,0 % |
| Sans Objet | 11 | 4,7 % |
| <i>Mode de vie du patient</i> | | |
| Oui | 29 | 12,5 % |
| Non | 190 | 81,5 % |
| Illisible | 4 | 1,7 % |
| Sans Objet | 10 | 4,3 % |
| <i>Etat psychologique antérieur</i> | | |
| Oui | 9 | 3,9 % |
| Non | 207 | 88,8 % |
| Illisible | 4 | 1,7 % |
| Sans Objet | 13 | 5,6% |
| <i>Aides mises en place à domicile</i> | | |
| Oui | 8 | 3,4 % |
| Non | 208 | 89,3 % |
| Illisible | 3 | 1,3 % |
| Sans Objet | 14 | 6,0 % |
| <i>Numéro de Téléphone de la famille</i> | | |
| Oui | 7 | 3,0 % |
| Non | 224 | 96,1 % |
| Illisible | 2 | 0,9 % |
| <i>Nom d'une personne de la famille</i> | | |
| Oui | 3 | 1,3 % |
| Non | 228 | 97,8 % |
| Illisible | 2 | 0,9 % |
| <i>Lien de parenté indiqué</i> | | |
| Oui | 6 | 2,5 % |
| Non | 225 | 96,6 % |
| Illisible | 2 | 0,9 % |

3-CARACTERISTIQUES DE LA PRISE EN CHARGE ET DU DEVENIR DU PATIENT

| | | |
|--|------------|--------------|
| Ensemble des dossiers | 435 | % |
| Appel passé au médecin traitant | 27 | 6,2 % |
| Médecin joint | 17 | 3,9 % |
| Joint dès le 1 ^{er} appel | 8 | 1,8 % |
| Délai de prise en charge (T1-T0) moyenne=117,8 min écart-type=221,8 | | |
| <30 min | 170 | 39,1 % |
| 30 min à 1h | 53 | 12,2 % |
| 1h à 2h | 46 | 10,6 % |
| 2h à 3h | 27 | 6,2 % |
| 3h à 6h | 33 | 7,6 % |
| 6h à 12h | 21 | 4,8 % |
| 12h à 24h | 7 | 1,6 % |
| >24h | 2 | 0,5 % |
| Inconnue | 76 | 17,5 % |
| Durée entre l'admission et l'examen moyenne=57,6 min écart-type=48,6 | | |
| < 30 min | 116 | 26,7 % |
| 30 min à 1h | 166 | 38,2 % |
| 1h à 2h | 113 | 26,0 % |
| 2h à 3h | 30 | 6,9 % |
| > 3h | 10 | 2,3 % |
| Durée entre l'admission et la prescription moyenne=172,3 min écart-type=235,2 | | |
| < 30 min | 24 | 5,5 % |
| 30 min à 1h | 85 | 19,5 % |
| 1h à 2h | 115 | 26,4 % |
| 2h à 3h | 36 | 8,3 % |
| 3h à 6h | 58 | 13,3 % |
| 6h à 12h | 30 | 6,9 % |
| > 12h | 11 | 2,5 % |
| Inconnue | 76 | 17,5 % |
| Durée entre l'admission et la sortie moyenne=902,4 min écart-type=947,8 | | |
| < 30 min | 3 | 0,7 % |
| 30 min à 1h | 7 | 1,6 % |
| 1h à 2h | 18 | 4,1 % |
| 2h à 3h | 20 | 4,6 % |
| 3h à 6h | 86 | 19,8 % |
| 6h à 12h | 107 | 24,6 % |
| 12h à 24h | 114 | 26,2 % |
| 24h à 48h | 61 | 14,0 % |
| > 48h | 19 | 4,4 % |
| Diagnostic des Urgences (motif) | | |
| Médical | 389 | 89,4 % |

| | | |
|-----------------------|----|-------|
| Chirurgical | 40 | 9,2 % |
| Non renseigné (fugue) | 6 | 1,4 % |

Diagnostic des urgences (CIM10)

| | | |
|---|-----|--------|
| Symptômes, signes, résultats anormaux d'examens | 107 | 24,60% |
| Maladies de l'appareil circulatoire | 55 | 12,60% |
| Maladies de l'appareil respiratoire | 50 | 11,50% |
| Troubles mentaux et du comportement | 47 | 10,80% |
| Maladies de l'appareil digestif | 45 | 10,30% |
| Maladies de l'appareil génito-urinaire | 24 | 5,50% |
| Maladies du système nerveux | 24 | 5,50% |
| Empoisonnements, lésions traumatiques | 23 | 5,30% |
| Maladies du système ostéo-articulaire | 15 | 3,50% |
| Maladies infectieuses | 10 | 2,3% |
| Maladies de la peau et du tissu sous-cutané | 8 | 1,80% |
| Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques | 6 | 1,40% |
| Tumeurs Malignes | 5 | 1,20% |
| Causes externes de morbidité et de mortalité, lésions autoinfligées | 4 | 1,00% |
| Maladies de l'œil et de l'oreille | 4 | 0,90% |
| Grossesse, accouchement et puerpéralité | 1 | 0,20% |
| Anomalies chromosomiques ou congénitales | 1 | 0,20% |
| Non renseigné (fugue) | 6 | 1,40% |

Devenir du patient

| | | |
|---|-----|--------|
| Hospitalisation | 243 | 55,9 % |
| Hospitalisation au CHU | 226 | 51,9 % |
| Bloc opératoire (+ Hospitalisation CHU) | 1 | 0,2 % |
| Hospitalisation dans un autre centre | 17 | 3,9 % |
| cause, Hospitalisation en psychiatrie | 9 | 2,1 % |
| Manque de place | 7 | 1,6 % |
| Retour sur son secteur CHU | 1 | 0,2 % |
| Retour à domicile | 164 | 37,7 % |
| dont, Retour maison de retraite | 3 | 0,7 % |
| Fugue | 17 | 3,9 % |
| Décès | 6 | 1,4 % |
| Garde à vue | 3 | 0,7 % |
| Autre | 2 | 0,5 % |

Diagnostic d'Hospitalisation

| | | |
|---|-----|--------|
| Motif Médical | 200 | 46,0 % |
| Motif Chirurgical | 29 | 6,7 % |
| Non renseigné (patient pas sorti, lettre non dictée, lettre perdue) | 14 | 3,2 % |

4- RESULTATS DES EXPERTISES

| <i>Diagnostics entre médecin adressant et urgentiste</i> | N*=233 | % |
|--|--------|--------|
| Concordants | 155 | 67,0 % |
| Très concordants | 94 | 40,3% |
| Assez concordants | 62 | 26,6 % |
| Non Concordants | 66 | 28,3 % |
| Peu concordants | 40 | 17,2 % |
| Pas du tout concordants | 26 | 11,2 % |
| Non expertisés (cause diagnostic médecin adressant absent ou | 11 | 4,7 % |

*Nombre de lettres d'admissions

| <i>Diagnostics entre urgentiste et service d'hospitalisation</i> | N*=243 | % |
|---|--------|--------|
| Concordants | 166 | 68,3 % |
| Très concordants | 99 | 40,7 % |
| Assez concordants | 67 | 27,6 % |
| Non Concordants | 63 | 25,9 % |
| Peu concordants | 44 | 18,1 % |
| Pas du tout concordants | 19 | 7,8 % |
| Non expertisés (cause diagnostic d'hospitalisation non renseigné) | 14 | 5,8 % |

*Nombre d'hospitalisations

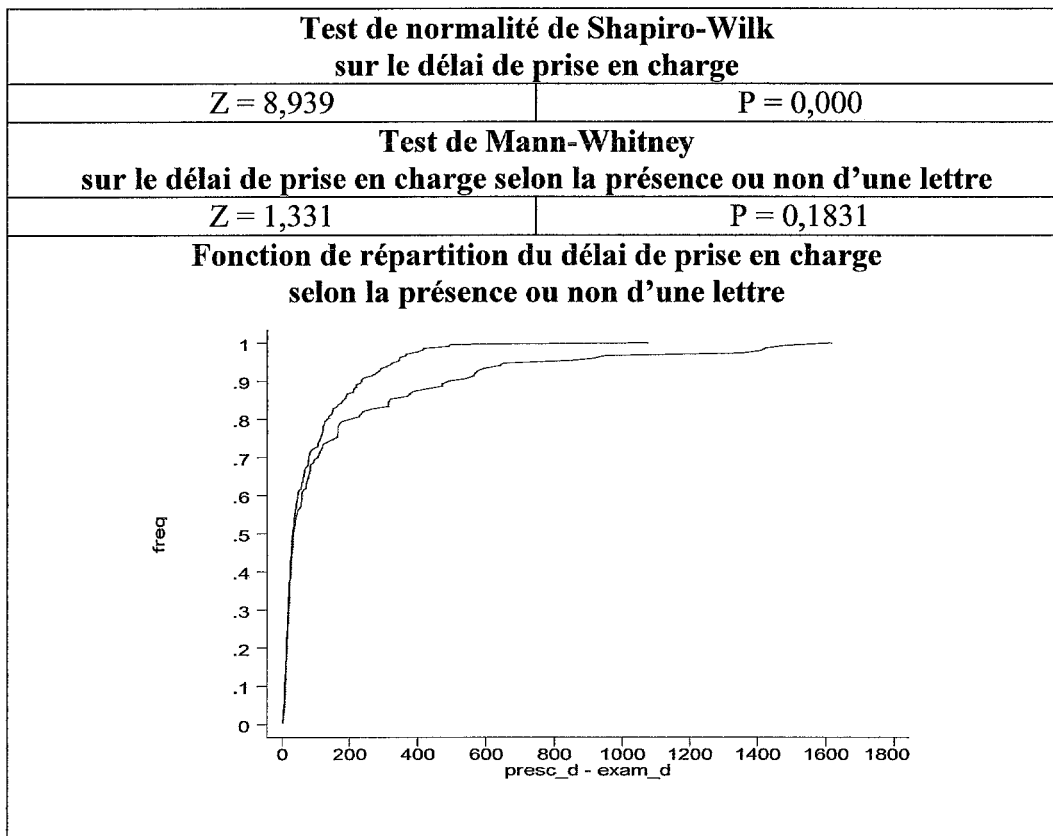
| <i>Diagnostics entre service d'hospitalisation et médecin adressant</i> | N*=143 | % |
|---|--------|--------|
| Concordants | 104 | 65,0 % |
| Très concordants | 59 | 36,9 % |
| Assez concordants | 45 | 28,1 % |
| Non Concordants | 39 | 24,4 % |
| Peu concordants | 21 | 13,1 % |
| Pas du tout concordants | 18 | 11,3 % |
| Non expertisés | 17 | 10,6 % |
| cause, Diagnostic médecin adressant absent ou illisible | 8 | 5,6 % |
| Diagnostic d'hospitalisation non renseigné | 9 | 5,0 % |

*Nombre de dossiers avec lettre et hospitalisation

ANNEXE 4

Impact de la lettre d'admission sur le délai de la prise en charge

Le délai de la prise en charge correspondait au temps entre l'examen clinique du patient et sa première prescription. La variable comportant 76 valeurs manquantes, l'étude suivante portait sur 359 individus soit approximativement 80 % de l'effectif total. L'impact de la lettre sur le délai de la prise en charge a été évalué grâce à une comparaison du délai de prise en charge entre la population admise avec une lettre et celle admise sans lettre. La variable ne suivant pas une loi normale (cf. test de Shapiro-Wilk), la comparaison a été effectuée grâce à un test non paramétrique.



Le test de Mann-Whitney effectué ci-dessus montrait que, dans l'ensemble, la présence d'une lettre d'admission ne semblait pas influencer le délai de la prise en charge (test non significatif). Cependant, on observait sur le graphique qu'il y avait entrecroisement des deux fonctions de répartition. Le test n'était donc pas concluant.

Un premier regroupement (cf. tableau suivant) des délais de prise en charge a été effectué afin de procéder à un test du Chi-deux. Il a conclu à une dépendance entre les

classes de délai de prise en charge et la présence de lettre. Cependant le tableau de contingence montrait une répartition non homogène qui ne permettait pas de dire si le délai de prise en charge était plus long chez les patients admis sans lettre par rapport à ceux admis avec. De plus, le second test du Chi-deux (ci-dessous), effectué sur le regroupement du délai de prise en charge en deux classes, n'était pas significatif.

| Test du Chi-deux (1) | | | | Test du Chi-deux (2) | | | |
|--------------------------|----------------|-------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|---------------|----------------|
| | Avec Lettre | Sans Lettre | Total | | Avec Lettre | Sans Lettre | Total |
| < 30 min | 103 49,28 % | 67 44,67 % | 170 47,35 % | < 30 min | 103 49,28 % | 67 44,67 % | 170 47,35 % |
| 30min à 1h | 29 13,88 % | 24 16,00 % | 53 14,76 % | 30min à 1h | 106 50,72 % | 83 55,33 % | 189 52,65 % |
| 1h à 2h | 28 13,40 % | 18 12,00 % | 46 12,81 % | Total | 209 100 % | 150 100 % | 359 100 % |
| 2h à 3h | 17 8,13 % | 10 6,67 % | 27 7,52 % | Chi-deux = 0,7462 | P-valeur = 0,3880 | | |
| 3h à 6h | 24 11,48 % | 9 6,00 % | 33 9,19 % | | | | |
| > 6h | 8 3,83 % | 22 14,67 % | 30 8,36 % | | | | |
| Total | 209 100 % | 150 100 % | 359 100 % | | | | |
| Chi-deux = 0,7462 | | P-valeur = 0,006 | | | | | |

Les tests ne permettaient donc pas de conclure, de manière significative, que la présence d'une lettre d'admission influençait la prise en charge du patient.

ANNEXE 5

Le test du KAPPA

Le test du Kappa permet de réaliser une comparaison des concordances entre les diagnostics émis par le médecin adressant, l'urgentiste et le médecin du service d'hospitalisation.

Le Kappa global de l'expertise sur la concordance entre le diagnostic du médecin adressant et celui des urgences est mauvais (Kappa = 0,10). Il est non significativement différent de zéro.

Le Kappa global de l'expertise sur la concordance entre le diagnostic des urgences et celui du service d'hospitalisation traduit un accord médiocre (Kappa = 0,25) entre les experts. Cette valeur est significativement différente de zéro.

Le test est sensible aux erreurs entre les juges. Les limites de ce classement sont arbitraire et peuvent varier selon l'étude réalisée.

DEGRE D'ACCORD ET VALEUR DE KAPPA

| <i>Accord</i> | <i>Kappa</i> |
|---------------|--------------|
| Excellent | $\geq 0,81$ |
| Bon | 0,80 - 0,61 |
| Modéré | 0,60 - 0,41 |
| Médiocre | 0,40 - 0,21 |
| Mauvais | 0,20 - 0,0 |
| Très mauvais | $< 0,0$ |

ANNEXE 6

Exemple de lettre type

Identité du médecin

Adresse

Téléphone

Qualité (médecin de garde, remplaçant, SOS médecin)

date de rédaction

Cher confrère, consoeur,

Merci de recevoir Mr / Mme / Melle, âgé (é) de....ans ou né(e) le

Motif :

Anamnèse :

Examen clinique : TA, pouls, FR

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Notion d'allergie :

Traitement habituel : Nom du médicament et posologie.

Traitement instauré à domicile : Nom du médicament et posologie avec heure d'administration.

Derniers examens complémentaires réalisés et aidant à la prise en charge :

Hypothèses diagnostics :

Renseignements sur le patient :

- Autonomie :
- lieu de vie :
- entourage :
- aides à domicile :

Devenir envisagé, souhaits du patient :

Coordonnées de la famille : -Nom/Prénom :
-Lien de parenté :
-Téléphone :

Merci de ce que vous ferez pour lui et de me tenir informé de l'évolution du patient,

Confraternellement,

Signature et cachet du médecin.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|---------|
| I/ INTRODUCTION | page 5 |
| II/ POPULATION ET METHODES | page 7 |
| 1/ Population et schéma d'étude | page 8 |
| 2/ Recueil des données | page 9 |
| 3/ Critères de jugement | page 10 |
| 4/ Analyse statistique | page 10 |
| III/ RESULTATS | page 12 |
| 1/ Description de la population | page 13 |
| Tableau 1 : Description de la population | page 16 |
| 2/ Caractéristiques de la lettre | page 17 |
| Tableau 2 : Contenu des lettres d'admission | page 18 |
| 3/ Impact de la lettre sur le délai de la prise en charge | page 19 |
| 4/ Impact de la lettre sur la concordance des diagnostics | page 20 |
| IV/ DISCUSSION | page 22 |
| V/ CONCLUSION | page 29 |
| VI/ BIBLIOGRAPHIE | page 31 |

| | |
|---|---------|
| VII/ ANNEXES | page 35 |
| Annexe 1 : Classe CCMU | page 36 |
| Annexe 2 : Questionnaire | page 37 |
| Annexe 3 : Audit de l'impact d'une lettre d'admission sur la prise en charge des patients admis au SAU médecine | page 43 |
| Annexe 4 : Impact de la lettre d'admission sur le délai de prise en charge | page 51 |
| Annexe 5 : Le test du Kappa | page 53 |
| Annexe 6 : Exemple de lettre type | page 54 |

Résumé

Objectif : Evaluer l'impact de la lettre d'admission aux urgences médicales du CHU de Grenoble.

Population et méthodes : Pendant une semaine, tous les sujets admis dans le service des urgences ont été inclus, le recueil des données a été réalisé à l'aide d'un questionnaire. Les deux critères de jugement étaient : le délai de prise en charge et la concordance de diagnostics entre le médecin traitant, le service des urgences et le service hospitalier.

Résultats : L'étude inclut 435 dossiers, dont 233 avec une lettre d'admission. La probabilité que les patients soient adressés avec un courrier augmente avec l'âge et la gravité de l'état clinique. La présence d'une lettre n'influence pas significativement le délai de prise en charge.

Conclusion : La communication médicale est essentielle, surtout pour la prise en charge de patient âgé. Le médecin adressant doit communiquer les éléments pertinents du dossier médical de ses patients. Le courrier est le support le plus utilisé.

Mots clés : communication médicale, lettre d'admission, urgence.

Objective: Investigate the impact of General Practitioners' referral letters on the management's efficiency at the emergency department of the Grenoble Hospital.

Population and methods: This survey includes all admitted patients to the emergency department during one week. The patients filled in a questionnaire, to evaluate the quality of the letter. The two criteria for evaluation are the waiting time and the concordance of diagnosis between the GPs and the consultants of emergency.

Results: The survey includes 435 patients, among whom 233 had a letter. More a patient is old or in a critical condition, more he comes with a letter. The referral letter doesn't affect the patients' waiting time in the department.

Conclusion: The communication between GPs and consultants is the most important item, mainly for old patients. Letters are an objective, efficient and practical way for the GP to communicate the information from the medical files. They are the most common means of communication.

Key words: medical communication, referral letters, emergency.



SERMENT D'HIPPOCRATE

Qui dias memorem laudes, respectumque fideles
 Ingenij dotes, Hippocratisque docens.
 Democriti auditor Phocæa, ô, Coë propago,
 Certius an quis te tradidit artis opes?

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.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIER

| | | |
|------------------------|-------------|---|
| AMBLARD | Pierre | (Surnombre) |
| AMBROISE-THOMAS | Pierre | (Surnombre) |
| BACONNIER | Pierre | BIOSTATISTIQUES ET INF. MED. FACULTE |
| BALOSSO | Jacques | RADIOTHERAPIE CHU |
| BARRET | Luc | MEDECINE LEGALE CHU |
| BAUDAIN | Philippe | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE CHU |
| BEANI | Jean-Claude | DERMATOLOGIE-VENERELOGIE CHU |
| BENABID | Alim Louis | BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE CHU |
| BENHAMOU | Pierre Yves | ENDOCRINOLOGIE CHU |
| BENSA | Jean Claude | CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE |
| BERGER | François | ONCOLOGIE MEDICALE CHU |
| BESSARD | Germain | PHARMACOLOGIE FACULTE |
| BLIN | Dominique | CHIR. THORACIQUE ET CARDIOVASC. CHU |
| BOLLA | Michel | RADIOTHERAPIE CHU |
| BONAZ | Bruno | HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE CHU |
| BOSSON | Jean-Luc | BIOSTATISTIQUES ET INF. MED. FACULTE |
| 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 |
| CAHN | Jean-Yves | DEP. DE CANCEROL. ET HEMATOLOGIE |
| CARPENTIER | Patrick | MEDECINE VASCULAIRE CHU |
| CARPENTIER | Françoise | THERAPEUTIQUE CHU |
| CESBRON | Jean-Yves | IMMUNOLOGIE FACULTE |
| CHABRE | Olivier | ENDOCRINOLOGIE CHU |
| CHAFFANJON | Philippe | CHIRURGIE VASCULAIRE CHU |
| CHIROSSEL | Jean-Paul | ANATOMIE FACULTE |
| CINQUIN | Philippe | BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE INSTITUT ALBERT BONNIOT |
| COHEN | Olivier | GENETIQUE CHU |
| COULOMB | Max | (Surnombre) |
| DE GAUDEMARIS | Régis | MEDECINE DU TRAVAIL CHU |
| DEBILLON | Thierry | MEDECINE NEONATALE CHU |
| DEBRU | Jean-Luc | MEDECINE INTERNE CHU |
| DEMONGEOT | Jacques | BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE FACULTE |
| DESCOTES | Jean-Luc | UROLOGIE CHU |
| DUPRE | Alain | CHIRURGIE GENERALE CHU |
| DYON | J.François | CHIRURGIE INFANTILE CHU |
| ESTEVE | François | CENTRAL DE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE UNITE IRM CHU |
| FAGRET | Daniel | BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE |
| FAUCHERON | Jean-Luc | CHIR GENERALE, CHIR. DIGESTIVE CHU |
| FAVROT | Marie C. | CANCEROLOGIE CHU |
| FERRETTI | Gilbert | RADIOLOGIE CENTRALE CHU |
| FEUERSTEIN | Claude | PHYSIOLOGIE |
| FONTAINE | Eric | NUTRITION PARENTERALE |
| FRANCO | Alain | GERIATRIE E. CHATIN CHU |
| FRANCOIS | Patrice | EPIDEMIO ECONOMIE SANTE ET PREVENTION |
| GARNIER | Philippe | PEDIATRIE CHU |
| GAUDIN | Philippe | RHUMATOLOGIE CHU |
| GAY | Emmanuel | NEUROCHIRURGIE CHU |
| GIRARDET | Pierre | ANESTHESIOLOGIE CHU |
| GUIDICELLI | Henri | (surnombre) |
| HADJIAN | Arthur | (surnombre) |

| | | |
|-------------------------------|---------------|---|
| HALIMI | Serge | NUTRITION CHU |
| HOMMEL | Marc | NEUROLOGIE CHU |
| JOUK | Pierre-Simon | BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION CHU |
| JUVIN | Robert | RHUMATOLOGIE CHU |
| KRACK | Paul | NEUROLOGIE CHU |
| LE BAS | Jean-François | UNITE IRM CHU |
| LEBEAU | Jacques | CHIR. MAXILLO-FACIALE CHU |
| LECCIA | Marie-Thérèse | DERMATOLOGIE CHU |
| LEROUX | Dominique | GENETIQUE CHU |
| LETOUBLON | Christian | CHIRURGIE DIGESTIVE CHU |
| LEVERVE | Xavier | THERAPEUTIQUE |
| LEVY | Patrick | PHYSIOLOGIE FACULTE |
| LUNARDI | Joël | BIOCHIMIE ADN |
| MACHECOURT | Jacques | CARDIOLOGIE CHU |
| MAGNE | Jean-Luc | CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE CHU |
| MALLION | J. Michel | MEDECINE DU TRAVAIL ET RISQUES PROFESSIONNELS CHU |
| MASSOT | Christian | MEDECINE INTERNE D. VILLARS |
| MAURIN | Max | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE CHU |
| MERLOZ | Philippe | CHIR. ORTHOPEDIE ET TRAUMATOLOGIE CHU |
| MOREL | Françoise | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE CHU |
| MORO-SIBILOT | Denis | ONCOLOGIE THORACIQUE |
| MOUILLON | Michel | OPHTALMOLOGIE |
| MOUSSEAU | Mireille | CANCEROLOGIE |
| MOUTET | François | CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE |
| PASQUIER | Basile | ANATOMIE PATHOLOGIQUE |
| PASSAGIA | Jean-Guy | ANATOMIE |
| PAYEN DE LA GARANDERIE | Jean-François | ANESTHESIOLOGIE |
| PELLOUX | Hervé | PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE |
| PEPIN | Jean-Louis | LAB. EXPLORATION FONCTION. CARDIO-RESP. |
| PISON | Christophe | PNEUMOLOGIE |
| PLANTAZ | Dominique | PEDIATRIE CHU |
| POLACK | Benoît | HEMATOLOGIE |
| POLLAK | Pierre | NEUROLOGIE |
| PONS | Jean-Claude | GYNECOLOGIE -OBSTETRIQUE |
| RAMBEAUD | J Jacques | UROLOGIE |
| REYT | Emile | O.R.L. |
| RAPHAËL | Bernard | CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE |
| ROMANET | J. Paul | OPHTALMOLOGIE |
| SARAGAGLIA | Dominique | CHIR. ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE |
| SCHAAL | Jean-Patrick | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ET MED. REPROD. |
| SCHMERBER | Sébastien | O.R.L. |
| SEIGNEURIN | Jean-Marie | BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE, HYGIENE |
| SEIGNEURIN | Daniel | HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, CYTOGENETIQUE |
| SELE | Bernard | BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION |
| SESSA | Carmine | CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE CHU |
| SOTTO | Jean-Jacques | HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION |
| STAHL | Jean-Paul | MALADIES INFECTIEUSES |
| TIMSIT | Jean-François | REANIMATION MEDICALE |
| VANZETTO | Gérald | CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES |
| VIALTEL | Paul | NEPHROLOGIE |
| VUILLEZ | Jean-Philippe | BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE |
| ZAOUI | Philippe | NEPHROLOGIE CHU |
| ZARSKI | Jean-Pierre | HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIER

| | | |
|-------------------------|--------------|---|
| ARTIGNAN | Xavier | Cancérologie et hématologie |
| BOTTARI | Serge | Biologie Cellulaire |
| BOUTONNAT | Jean | Département de Biologie et Pathologie de la Cellule |
| BRENIER-PINCHART | M.Pierre | Parasitologie |
| BRICAULT | Ivan | Radiologie et imagerie médicale |
| CALLANAN | Mary | Département de Biologie et Pathologie de la Cellule |
| CARAVEL | Jean-Pierre | Biophysique et Traitement de l'Image |
| CRACOWSKI | Jean Luc | Laboratoire de Pharmacologie |
| CROIZE | Jacques | Bactériologie-Virologie |
| DEMATTEIS | Maurice | Lab. Exploration fonctionnelle cardio-respiratoire |
| DERANSART | Colin | Neurologie LAPSEN |
| DROUET | Christian | Immunologie |
| DUMESTRE-PERARD | Chantal | Immunologie SUD |
| GARBAN | Frédéric | Hématologie Clinique |
| GAVAZZI | Gaëtan | Médecine gériatrique et communautaire |
| GRAND | Sylvie | Radiologie et Imagerie Médicale (I.R.M.) |
| GRIMBERT | Francis | Physiologie |
| GUERIN-EYSSERIC | Hélène | Médecine Légale |
| HENNEBICQ | Sylviane | Biologie du développement et de la reproduction |
| JACQUOT | Claude | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale |
| KAHANE | Philippe | Physiologie |
| LABARERE | José | Dép. de Veille Sanitaire CHU |
| LANTUEJOUL | Sylvie | Pathologie Cellulaire |
| LAPORTE | François | Biochimie et Biologie Moléculaire |
| LAUNOIS-ROLLINAT | Sandrine | Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires |
| MAITRE | Anne | Médecine du travail et des risques professionnels |
| MALLARET | Marie-Reine | Epidémiologie, économie de la Santé (Mal. Inf.) |
| MORAND | Patrice | Bactériologie-Virologie |
| MOUCHET | Patrick | Physiologie |
| PASQUIER | Dominique | Anatomie et Cytologie Pathologiques |
| PERDRIX | Alain | Méd. du Travail et des Risques professionnels |
| PERNOD | Gilles | Hématologie |
| RAY | Pierre | Génétique.BDR |
| RENVERSEZ | J.Charles | Biochimie et Biologie Moléculaire |
| RIALLE | Vincent | Information et informatique Médicale |
| RINGEISEN | François | Départ. de Cancérologie et d'Hématologie |
| ROSIER | Virginie | Radiologie et Imagerie médicale |
| PACLET | Marie-Hélène | Biochimie et Biologie moléculaire |
| PISON | Sophie | Biologie du Développement et de la Reproduction |
| SATRE | Véronique | Génétique chromosomique |
| STANKE-LABESQUE | Françoise | Laboratoire de Pharmacologie |
| STASIA | Marie-Josée | Biochimie et Biologie Moléculaire |
| TOUSSAINT | Bertrand | Biochimie et Biologie Moléculaire |
| WEIL | Georges | Biostatistiques et Informatique Médicales |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

LAINE Michèle Biophysique

