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-00783628v1

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.

Université Joseph Fourier GRENOBLE MEDECINE

SICD1 Bibliothèques de l'UJF et de Grenoble INP

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

B.U.M GRENOBLE
D 115 087476 2

2e 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 10ème 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 – 10ème révision. Genève : OMS ; 1993.

B.I.U. MÉD. GRENOBLE

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 SMUR[2].

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 fugués.

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 jointe[3] (%)	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, définit 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'influençait 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'influençait 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 âgées 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'influençait 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 accélérait 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 concordaient 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

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER U.F.R. DE MEDECINE GRENOBLE

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 practitionners 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.bmjjournals.com/cgi/content/full/312/7041/1304

28/ http://www.sudoc.abes.fr

29/ http://www.inist.fr

30/ http://www.mlm.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	- 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	- 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	- 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	- 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	- 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%
Hépato-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 %
Appel téléphonique du médecin		
Oui	34	7,8 %
Non	328	75,4 %
Ne sait pas	73	16,8 %
Patients non interrogeables	56	12,9 %
dont, non accompagnés	20	4,6 %
Patients avec pièce jointe	138	31,7 %
Ordonnance	66	15,2 %
Imagerie	32	7,4 %
Radiographie	29	6,7 %
Autre	3	0,7 %
ECG	31	7,1 %
Biologie	20	4,6 %
Dossier Médical	14	3,2 %
Autre	18	4,1 %

2-CARACTERISTIQUES DES LETTRES D'ADMISSION

Ensemble des lettres	**233**	**53,6 %**
Auteurs		
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 %
Identité du médecin		
Oui	220	94,4 %
Non	4	1,7 %
Illisible	9	3,9 %

Date de rédaction		
Oui	206	88,4 %
Non	23	9,9 %
Illisible	4	1,7 %
Identité du patient		
Oui	210	90,1 %
Non	15	6,4 %
Illisible	8	3,4 %
Age du patient		
Oui	180	77,2 %
Non	50	21,5 %
Illisible	3	1,3 %
Anamnèse		
Oui	190	81,5 %
Non	33	14,2 %
Illisible	10	4,3 %
Examen clinique décrit		
Oui	144	61,8 %
Non	83	35,6 %
Illisible	6	2,6 %
Diagnostic évoqué		
Oui	222	95,3 %
Non	9	3,9 %
Illisible	2	0,9 %
Diagnostic du médecin traitant		
Motif Médical	204	87,6 %
Motif Chirurgical	17	7,3 %
Motif Social	1	0,4 %
Non renseigné (absent ou illisible)	11	4,7 %
Antécédents		
Oui	143	61,4 %
Non	67	28,8 %
Illisible	10	4,3 %
Sans Objet	13	5,6 %
Traitements habituels		
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 %
Autre Traitement		
Oui	62	26,6 %
Non	166	71,2 %
Illisible	5	2,2 %
Etat antérieur du patient		
Oui	22	9,4 %
Non	193	82,8 %
Illisible	7	3,0 %
Sans Objet	11	4,7 %
Mode de vie du patient		
Oui	29	12,5 %
Non	190	81,5 %
Illisible	4	1,7 %
Sans Objet	10	4,3 %
Etat psychologique antérieur		
Oui	9	3,9 %
Non	207	88,8 %
Illisible	4	1,7 %
Sans Objet	13	5,6%
Aides mises en place à domicile		
Oui	8	3,4 %
Non	208	89,3 %
Illisible	3	1,3 %
Sans Objet	14	6,0 %
Numéro de Téléphone de la famille		
Oui	7	3,0 %
Non	224	96,1 %
Illisible	2	0,9 %
Nom d'une personne de la famille		
Oui	3	1,3 %
Non	228	97,8 %
Illisible	2	0,9 %
Lien de parenté indiqué		
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 1er 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

Diagnostics entre médecin adressant et urgentiste	**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**

Diagnostics entre urgentiste et service d'hospitalisation	**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**

Diagnostics entre service d'hospitalisation et médecin adressant	**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**

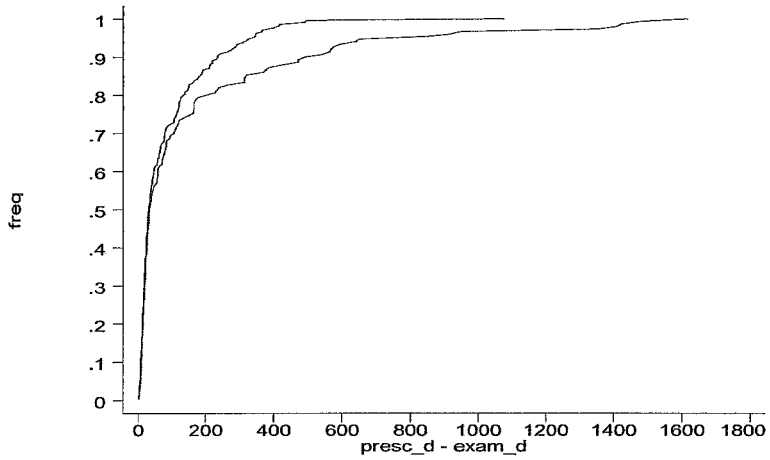
ANNEXE 4

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.

Test de normalité de Shapiro-Wilk sur le délai de prise en charge	
Z = 8,939	P = 0,000
Test de Mann-Whitney sur le délai de prise en charge selon la présence ou non d'une lettre	
Z = 1,331	P = 0,1831

Fonction de répartition du délai de prise en charge selon la présence ou non d'une lettre



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 conclut 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)			
	Avec Lettre	**Sans Lettre**	Total
< 30 min	103 49,28 %	67 44,67 %	170 47,35 %
30min à 1h	29 13,88 %	24 16,00 %	53 14,76 %
1h à 2h	28 13,40 %	18 12,00 %	46 12,81 %
2h à 3h	17 8,13 %	10 6,67 %	27 7,52 %
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**	

Test du Chi-deux (2)			
	Avec Lettre	**Sans Lettre**	Total
< 30 min	103 49,28 %	67 44,67 %	170 47,35 %
30min à 1h	106 50,72 %	83 55,33 %	189 52,65 %
Total	209 100 %	150 100 %	359 100 %
Chi-deux = 0,7462		**P-valeur = 0,3880**	

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

Accord	*Kappa*
Excellent	≥ 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

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-VENEREOLOGIE 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	CHIRUGIE 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 TRAIEMENT 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

SEPTEMBRE 2005

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	Immunulogie 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

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE GRENOBLE MÉDECINE - PHARMACIE