

Université de Poitiers  
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018



faculté de  
**M**édecine et  
de **P**harmacie



1811  
Université  
de Poitiers

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 20 décembre 2018, à Poitiers  
par **Madame Yaritza CARNEIRO**

**Etude des antécédents des personnes de plus de 75 ans aux urgences.**

Composition du Jury :

**Président** : Monsieur le Professeur Pierre INGRAND

**Membres** : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN  
Monsieur le Professeur Pierre-Jean SAULNIER  
Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT  
Monsieur le Docteur Thierry CHARPENTIER  
Monsieur le Docteur Faris MESTASSI

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Philippe LEVEAU



*Le Doyen,*

Année universitaire 2018 - 2019

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (retraite 09/2019)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (retraite 09/2019)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en détachement)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOUARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, oncérologie (retraite 09/2019)
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

### Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation (en mission 1 an)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (en mission 1 an)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (pas avant janvier 2019)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

### Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

#### **Professeurs associés de médecine générale**

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

#### **Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

#### **Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

#### **Professeurs émérites**

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

#### **Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino-Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

# Remerciements

A Monsieur le Professeur Pierre INGRAND que je remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci pour votre réactivité et pour la bienveillance de votre réponse à notre invitation.

A Monsieur le Professeur Marc PACCALIN que je remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

A Monsieur le Professeur Pierre-Jean SAULNIER, merci d'avoir accepté de juger mon travail.

A Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT, pour votre présence et votre bienveillance constantes. Merci de faire partie de mon jury.

A Monsieur le Docteur Thierry CHARPENTIER pour son soutien indéfectible et sa générosité. Merci de faire partie de mon jury.

A Monsieur le Docteur Faris MESTASSI que je remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Je te dois une grande partie de mes connaissances médicales notamment en gériatrie.

A Monsieur le Docteur Philippe LEVEAU, merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Vous avez été un excellent, un merveilleux, un extraordinaire Directeur de thèse ! Travailler sous votre direction fut pour moi un honneur. Je vous remercie pour votre attention et pour vos encouragements constants. Merci !!!!

A Cécile sans qui rien de tout cela n'aurait vu le jour. J'admire ton écoute et ton empathie quelles que soient les circonstances. Saches que tu es une excellente généraliste à mes yeux et la meilleure des co-thésarde.

A l'équipe des urgences pour avoir participé à cette étude mais également parce que c'est un plaisir de travailler avec vous tous.

A mes grands-parents, et tout particulièrement à ma grand-mère en présence de qui j'aurais tant aimé soutenir.

A mes parents, qui ont toujours cru en moi.

A ma marraine, mon parrain, à Carmen et Luis qui m'ont permis de construire mes plus beaux souvenirs d'enfance.

A ma petite grande sœur, Maria, qui m'a toujours supportée avec amour ! Mais tu sais, moi aussi je t'aime !

A mon plus beau frère, Grégory, dont j'admire la délicatesse et la bienveillance. Merci de me montrer à chaque instant le plus beau visage de l'Homme.

A Madame Hillon comme papillon qui m'a transmis le goût de lire et l'envie d'apprendre. Merci de m'avoir permis de croire en mon envol.

A Marie Claude et Jean Pierre CAZELLE qui m'ont toujours apporté tendresse et soutien bien que je ne donne jamais de nouvelles.

A ma famille basque, pour l'accueil chaleureux que vous m'avez réservé. A Bertrand pour son illustre explication des barycentres avec une orange et deux noix, je crois bien que c'est à peu près tout ce que j'ai vraiment compris des Maths de Terminale. A Claire, sans qui je ne vous aurais jamais rencontrés et à Paul a fait germer l'idée de m'aventurer dans la médecine.

A toute ma famille.

Aux copines, sans qui ma vie n'aurait simplement plus son éclat.

A mes amis d'externat, Dorian, Fabien et Victor. Je vous adore, mais vous le savez déjà.

A Nausica, parce que tu es mon plus beau reflet. Merci pour ton aide !

A Samuel pour son soutien encore et toujours.

A Katarina et Ana, merci pour tout !

A Rim et Thierry pour votre accueil à bras ouverts et votre soutien constant. Merci Rim pour ta joie de vivre et Thierry pour cette merveilleuse aventure avec Picasso.

A Mariela, merci pour ta générosité et ta bienveillance.

A tous mes Maîtres et pairs, vous êtes si nombreux à m'avoir tant appris.

Merci aux collègues paramédicaux et tout spécialement à Yami.

# Liste des annexes

## **Annexe 1 :**

Analyse de la présence moyenne de 11 critères dans les lettres d'adressage (Thèse de Cartier)

## **Annexe 2 :**

Analyse selon les mêmes critères de qualité des courriers étudiés dans 7 thèses publiées entre 2005 et 2014 (somme des critères, thèse d'Irekti)

**Annexe 3 :** Questionnaire de l'étude volet paramédical

**Annexe 3 :** Questionnaire de l'étude volet médical

**Annexe 3 :** Questionnaire rempli avant codage

**Annexe 3 :** Fenêtre « ANTECEDENTS » du logiciel « Dossier médical des urgences » (DMU)

# Liste des abréviations

AGGIR: Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources

AIT: Accident Ischémique Transitoire

AOMI: Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

APA: Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASIP: Agence des Systèmes d'Informations Partagés de santé

AVC: Accident Vasculaire Cérébral

ATCD: Antécédent(s)

CCMU: Classification Clinique des Malades des Urgences,

CCNE: Comité Consultatif National d'Ethique

CH: Centre Hospitalier

CI: Contre Indication

CIM: Classification Internationale des Maladies

CNIL: Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CRH: Compte-Rendu Hospitalier

DIC: Décompensation d'Insuffisance Cardiaque

DMLA: Dégénérescence Maculaire Lié à l'Age

DMP : Dossier Médical Partagé

DMU: Dossier Médical des Urgences,

ECG: Electro Cardiogramme

EHPAD: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EP: Embolie Pulmonaire

GIR: Groupe Iso Ressource

FA: Fibrillation Auriculaire

H: Hospitalisation

HAD: Hospitalisation à Domicile

HBP: Hypertrophie Bénigne de Prostate

HTA Hyper Tension Artérielle

IC: Intervalle de Confiance

IDM: Infarctus Du Myocarde

IMC: Indice de Masse Corporelle

INS: Identifiant National Santé

IR: Insuffisance Rénale

MG: Médecin Généraliste

P: Passage

PM: Pace Maker

PR: Polyarthrite Rhumatoïde

PTG: Prothèse Totale du Genou

PTH Prothèse de Hanche

RAU: Rétention Aigue d'Urine

SAMU: Service d'Aide Médicale d'Urgence

SAS : Syndrome d'Apnée du Sommeil

SFMU: Société Francophone de Médecine d'Urgence devenue Société Française de Médecine d'urgence

SSR: Soins de Suite et de Réadaptation

UHCD: Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

VSL: Véhicule Sanitaire Léger

## Table des matières

<b>ANNEE 2018.....</b>	<b>1</b>
<b>POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE.....</b>	<b>1</b>
Composition du Jury : .....	1
<b>Introduction : contexte et état des lieux.....</b>	<b>12</b>
<b>1. Récit de situation clinique authentique .....</b>	<b>12</b>
<b>2. Analyse réflexive .....</b>	<b>13</b>
2.1 Rôle du médecin traitant dans la qualité de l'adressage .....	13
2.2 Anamnèse et difficultés liées aux travers de la mémoire .....	17
2.3 L'erreur médicale .....	20
<b>II. MATERIELS ET METHODES.....</b>	<b>21</b>
<b>1. Type d'étude .....</b>	<b>21</b>
<b>2. Population.....</b>	<b>21</b>
2.1 Critères d'inclusion : .....	21
2.2 Critères d'exclusion : .....	21
<b>3. Objectifs de l'étude .....</b>	<b>22</b>
3.1 L'objectif principal de cette étude est de répondre à la question suivante : .....	22
3.2 Objectifs secondaires : .....	22
<b>4. Déroulement de l'étude .....</b>	<b>23</b>
4.1 Recrutement : .....	23
4.2 Descriptions des questionnaires et supports de travail.....	23
4.3 Analyse des données.....	24
4.4 Autorisations, conflits d'intérêt et financement.....	24
<b>5. Critères de jugement .....</b>	<b>25</b>
5.1 Critère de jugement principal .....	25
5.2 Critères de jugements secondaires .....	25
<b>III. RESULTATS.....</b>	<b>27</b>
1.1 Données démographiques .....	27
1.2 Diagramme de flux .....	28
<b>IV. Discussion.....</b>	<b>85</b>
<b>1. Analyse globale .....</b>	<b>85</b>
1.1 Données épidémiologiques.....	85
1.2 Taux d'inclusion et de participation.....	85
<b>2. Critère de jugement principal .....</b>	<b>88</b>
<b>3. Analyse critères de jugement secondaires.....</b>	<b>88</b>
3.1 Nombre d'antécédents manquants en valeur absolue.....	88
3.2 Nombre d'antécédents manquants en rapport avec le diagnostic des urgences .....	89
3.3 Nature des antécédents manquants.....	90
3.4 Courrier .....	92
3.5 Ordonnance.....	93
3.6 Présence d'un tiers accompagnant.....	93
3.7 Mode d'arrivée.....	94
3.8 Social .....	94
3.9 Heure d'admission .....	95
3.10 Hospitalisation/passage .....	95

3.11	Motif de consultation.....	96
3.12	Degré de gravité .....	97
3.13	Capacité à répondre.....	97
3.14	Interne vs senior.....	98
3.15	Appel à un tiers .....	98
3.16	Degré d'autonomie .....	99
3.18	Tendance générale.....	100
<b>V.</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>107</b>
<b>VI.</b>	<b>Annexes.....</b>	<b>108</b>
<b>VII.</b>	<b>Bibliographie .....</b>	<b>114</b>
<b>VIII.</b>	<b>Résumé .....</b>	<b>119</b>

## I. Introduction : contexte et état des lieux

### 1. Récit de situation clinique authentique

Monsieur A, 77 ans, présente une gêne thoracique avec une sensation de « cœur qui s'emballa » depuis trois jours.

L'inconfort est tel qu'il décide d'appeler son médecin traitant qui lui demande de se rendre aux urgences avec le courrier médical suivant :

*Cher Confrère/Conseur,*

*Merci de prendre en charge Monsieur A, chez qui je trouve une arythmie.*

*En vous remerciant pour ce que vous ferez pour lui, je vous prie de croire en mes salutations confraternelles.*

*PS : Veuillez trouver ci-joint son ordonnance habituelle.*

Nous le recevons donc à cette occasion aux urgences de Thouars. Il est accompagné par sa fille qui nous remet la lettre mais dans la précipitation, ils ont oublié l'ordonnance.

L'examen clinique retrouve bien des bruits du cœur irréguliers confirmés par l'électrocardiogramme qui révèle une fibrillation auriculaire. Monsieur A prend un anti diabétique oral, une statine et un traitement anti hypertenseur.

Après discussion avec le cardiologue, une anticoagulation par rivaroxaban est envisagée. Alors que je m'appête à expliquer tout cela à Monsieur A, je croise le Docteur M, qui travaille dans le service de médecine polyvalente de l'hôpital. Il se

trouve aux urgences car il vient examiner un patient susceptible d'être hospitalisé dans son service. Il connaît bien Monsieur A pour l'avoir pris en charge récemment, et s'enquiert donc de son état de santé. Il nous demande si nous avons retrouvé un antécédent d'hémorragie sévère nécessitant une hospitalisation au CHU de Poitiers récemment, à la suite de laquelle les traitements anti coagulants ont été formellement contre-indiqués.

Monsieur A ne se souvient absolument pas de cet événement et rien de tel n'est mentionné dans son dossier médical. Sa fille nous confirme qu'il a bien été hospitalisé à Poitiers il y a de cela trois mois mais ne sait pas exactement pourquoi.

Ne parvenant pas à joindre le médecin traitant, nous avons contacté, non sans difficulté, le CHU de Poitiers.

In fine, les traitements anti coagulants étaient bel et bien contre-indiqués chez ce patient. Nous n'avons donc pas mis en place de traitement par rivaroxaban.

Il s'en est fallu de peu.

Cet événement a suscité la problématique de cette thèse qui interroge la fréquence de la méconnaissance des antécédents des patients de plus de 75 ans lors de leur prise en charge aux urgences.

## 2. Analyse réflexive

L'analyse de cette situation clinique révèle différentes anomalies dont il ne s'agit pas ici de critiquer les acteurs mais plutôt d'identifier les facteurs qui auraient pu conduire à l'erreur médicale afin d'appliquer le principe « *Primum non nocere* » (1).

### 2.1 Rôle du médecin traitant dans la qualité de l'adressage

En amont de l'admission aux urgences, le médecin généraliste joue un rôle de coordination des soins qui s'est vu renforcé par la loi de modernisation du système de santé français n° 2016-41 du 26 janvier 2016 (2). Le médecin traitant déclaré librement par le patient depuis la Loi relative à l'assurance maladie n°2004-810 du 13 août 2004 (3), succède ainsi au traditionnel médecin de famille et représente le médecin de

premier recours conformément aux compétences qui lui sont attribuées par la WONCA-Europe (4).

C'est donc naturellement que Monsieur A se tourne en première intention vers son médecin traitant et cela d'autant plus qu'il est le médecin le plus facilement et rapidement accessible puisqu'il se déplace à son domicile.

L'étude MAPISE (5) révèle une diminution de la fréquence des déplacements des personnes âgées quel que soit le mode de transport utilisé ainsi qu'une augmentation du risque d'accident. Compte tenu de la baisse de la démographie médicale actuelle, (6–8) les seniors, privilégiant majoritairement la marche (9), rencontrent des difficultés croissantes dans l'accès aux soins. La visite à domicile est une des réponses à cette problématique et joue un rôle primordial dans la promotion du maintien à domicile des personnes âgées (10). Le dossier médical constitue une obligation déontologique (11) et contribue à améliorer la prise en charge des patients à domicile (12). Il est cependant absent dans 43.6 à 54.4 % des cas (13–18).

Les principaux obstacles à la tenue d'un dossier médical lors des visites au domicile de la personne âgée par les médecins généralistes semblent être le manque de temps, le manque de rémunération et l'absence de support idéal. Si le support papier est jugé dépassé, l'outil informatique n'est pas suffisamment abouti pour être utilisé en visite. Les médecins généralistes déplorent l'absence de consensus concernant la définition du dossier médical et de ses objectifs (17,19).

78% des médecins généralistes interrogés lors d'une étude réalisée en 2016 exprimaient rencontrer des difficultés à adresser le patient suivi à domicile vers un spécialiste ou une structure hospitalière en l'absence de dossier médical (14).

La transmission d'information est une obligation légale, ainsi, plusieurs articles du Code de Déontologie (11) et du Code de la Santé Publique (20) abordent la question de la communication écrite entre médecins sans pour autant détailler précisément son contenu.

• □ Article 45 (article R.4127-45 du Code de la santé Publique)

« ...Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins... »

• □ Article 64 (article R.4127-6 du Code de la Santé Publique) :

« Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade ils doivent se tenir mutuellement informés... »

Plusieurs travaux ont évalué la qualité de la correspondance adressée par les généralistes aux autres spécialistes (21–25). Il en ressort que les lettres d'adressage étudiées ne répondent pas aux attentes de leurs destinataires (26) en raison notamment de leur faible qualité, principalement, par manque d'exhaustivité (annexes 1 et 2).

De nombreux auteurs se sont intéressés spécifiquement aux lettres d'adressage destinées aux urgences. Là encore, la qualité n'est pas satisfaisante (27–32).

Pour autant, l'intérêt de cette correspondance n'est pas remis en question (33). Elle diminue le nombre d'erreurs (34,35). Sa présence améliore la prise en charge globale des patients (21) et permet d'accroître le nombre de diagnostics aux urgences confirmés par les services d'aval (36) tout en diminuant la durée de séjour (25). Lorsqu'elle détaille les examens complémentaires réalisés avant l'admission aux urgences elle diminuerait les redondances d'examen permettant ainsi un gain de temps et une diminution des dépenses liées aux soins (37).

Bon nombre de travaux précédemment cités utilisent les critères de Cartier pour juger la qualité des lettres d'adressage. Ces derniers émergent du croisement des données de 49 articles sélectionnés à l'issue d'une revue de la littérature s'intéressant aux courriers des médecins généralistes adressés aux autres médecins spécialistes entre 1969 et 2009.

11 critères de Cartier (21) :

- nom du médecin généraliste
- motif d'adressage
- antécédents
- contexte psycho-social
- histoire de la maladie
- examen clinique
- examens complémentaires réalisés
- diagnostic du médecin généraliste
- apport attendu du spécialiste
- traitement du patient
- position de l'adressage dans l'histoire du patient

La 10<sup>ème</sup> conférence de consensus de la Société Francophone de médecine d'Urgence, sur la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences du 5 Décembre 2003, a permis d'établir 6 critères de qualité pour les urgentistes concernant le document informatif qui accompagne le patient adressé aux urgences par son médecin traitant (38) :

- l'identité et le lieu de vie du patient
- le motif de recours au service des urgences
- la description des circonstances de survenue de la pathologie, du début des symptômes, de leur évolution et de leur éventuelle aggravation
- les antécédents significatifs (par exemple cardiopathie, diabète, autres maladies chroniques, allergie ...)
- le ou les traitements effectivement reçus ou pris, les traitements spécifiques (anticoagulants, antidiabétiques)
- les intervenants du suivi habituel (avec leurs coordonnées) : médecin traitant, spécialiste, réseau et autres.

On constate aisément qu'une partie de ces critères fait écho à l'analyse des quarante années de communication médicale réalisée par Cartier. Pour autant, les règles de rédaction du courrier d'adressage restent floues dans la mesure où elles n'ont fait l'objet d'aucune recommandation scientifique à ce jour. Plusieurs travaux ont été

réalisés sur la base de ce constat afin de proposer un outil de communication standardisé basé sur la méthode Delphi (39,40) et de répondre aux attentes des professionnels libéraux et hospitaliers à l'échelle d'une organisation locale.

Cette volonté d'homogénéisation des courriers est recommandée par plusieurs études (23,27,29,33,36) afin de participer à l'amélioration de la communication entre les principaux acteurs du soin primaire avec les médecins hospitaliers, enjeu majeur (41,42) pour améliorer la qualité du parcours de soins.

Si les informations médicales contenues dans la lettre d'adressage sont déterminantes pour la sécurité des soins accordés au patient hospitalisé (42–44), et cela d'autant plus chez les patients âgés dont le caractère poly- pathologique complexifie la prise en charge (40), le retour de courrier que constitue le Compte-Rendu Hospitalier (CRH) est indispensable pour assurer une continuité des soins dans de bonnes conditions or, plusieurs études font état d'un retour d'information hétérogène (43–45).

70% des médecins généralistes interrogés dans une étude réalisée en 2006 ne s'estiment pas associés au projet thérapeutique hospitalier après y avoir adressé un de leur patient, 64% des généralistes ne sont pas prévenus de la sortie de leurs patients et 94% estiment le délai de réception des CRH trop long (44).

À l'échelle nationale, les échanges entre la médecine générale et la médecine hospitalière ne sont pas satisfaisants : la transmission de l'information est déficiente et la communication ville / hôpital telle qu'elle existe aujourd'hui ne satisfait aucune des deux parties (41).

## 2.2 Anamnèse et difficultés liées aux travers de la mémoire

**Anamnèse** : Issu du grec *ána* (remontée) et *mnémè* (souvenir), ce terme signifie réminiscence, que l'on traduit aussi par ressouvenir. On distingue deux dimensions dans la mémoire :

- l'enregistrement, que les Grecs appelaient « *mnesis* » et les Latins « *memoria* »
- la remémoration que les Grecs appelaient « *anamnesis* » et les Latins « *reminiscentia* »

La mémoire est définie par la capacité qu'a notre cerveau d'enregistrer, stocker et récupérer des informations dans le but d'utiliser à distance des savoirs acquis antérieurement.

La mémoire n'est pas un système unitaire. Elle est composée de plusieurs systèmes, qui sollicitent des régions différentes du cerveau.

Tulving distingue cinq systèmes de mémoire (46) :

- \* la mémoire épisodique qui offre la possibilité de se souvenir des événements personnellement vécus
- \* la mémoire sémantique qui regroupe les connaissances d'ordre général
- \* la mémoire procédurale qui concerne le savoir faire
- \* la mémoire de travail correspond à la mémoire à court terme (20 à 30 secondes) nécessaire à la réalisation de tâches cognitives complexes
- \* l'amorçage permettant de stocker la forme et la structure des objets, des visages et des mots.

Dans son étude du concept même de mémoire, le génie de Platon réside dans la compréhension de son intrication avec l'oubli.

*« Mon beau navire ô ma mémoire  
Avons-nous assez navigué  
Dans une onde mauvaise à boire  
Avons-nous assez divagué  
De la belle aube au triste soir »*

(Apollinaire, *Alcools*, 1913, p.47)

Enregistrer ne suffit pas, il faut ensuite faire remonter ou revenir ce qui a été enregistré.

Dans un passage souvent commenté du *Phèdre*, Socrate rapporte que Theuth, un des dieux anciens des Egyptiens dont l'emblème est l'ibis, se montrait fort ingénieux. Ayant inventé le nombre et le calcul, la géométrie et l'astronomie, le trictrac et les dés, il se trouva fort satisfait de pouvoir présenter au roi Thamous sa dernière trouvaille :

l'écriture. Alors que le roi l'interrogeait sur l'utilité de chacune de ses inventions, Teuth répliqua sans l'ombre d'une hésitation, lorsqu'on en vint à l'écriture : « *L'enseignement de l'écriture, ô roi, accroîtra la science et la mémoire des Egyptiens ; car j'ai trouvé là le remède contre l'oubli et l'ignorance* ».

Lors de l'interrogatoire réalisé aux urgences, le recueil des antécédents est consigné par écrit dans le dossier médical du patient afin d'être en mesure de s'y référer ultérieurement. Cet exercice en plus d'octroyer une possibilité de rappel à la mémoire du praticien permet également la transmission d'informations entre les différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient aux urgences. L'alimentation de la liste d'antécédents s'appuie également sur la lettre d'adressage qui permet de compléter l'interrogatoire qui, bien qu'il soit mené consciencieusement, ne permet pas au praticien d'être exhaustif lorsqu'il est confronté aux travers de la mémoire du patient qui oublie bien souvent une partie des antécédents qu'il serait pertinent de rapporter au praticien. Cela s'explique en partie par le fait que les événements remarquables pour le praticien ne le sont pas toujours pour le patient et vice versa.

Te souviens-tu, disait un capitaine au vétéran qui mendiait son pain,  
Te souviens-tu qu'autrefois dans la plaine  
Tu détournas un sabre de mon sein ? (...)  
Je m'en souviens, car je te dois la vie ; mais toi, soldat, dis-moi,  
T'en souviens-tu ?

Henri Avenel *Chansons et chansonniers*, C. Marpon et E. Flammarion éditeurs Paris 1890, pages 97-99.

Les patients âgés représentent un groupe important et croissant de patients aux urgences. Dans cette catégorie de population, l'interrogatoire est d'autant plus complexe que les troubles cognitifs augmentent avec l'âge (47,48) ce qui rallonge la durée de l'examen clinique et compromet le caractère exhaustif du recueil des antécédents (49).

« Sans la mémoire, que serions-nous ? Nous oublierions nos amitiés, nos amours, nos plaisirs, nos affaires... » (et nos antécédents...)

Chateaubriand, *Mémoires d'outre-tombe*, t.1, 1848, p.69.

### 2.3 L'erreur médicale

L'erreur médicale peut intervenir à tous les stades de la prise en charge. Elle est due à un concours de circonstances. C'est une épreuve dont aucun médecin ne peut sortir indemne lorsqu'il y est confronté.

Dans une société où le droit aux soins est assimilé au droit à la guérison et à la santé, l'erreur est littéralement scandaleuse or il existe bien des intermédiaires entre ce qu'il faut faire, ce que l'on peut faire, ce que l'on peut ne pas faire et ce qu'il ne faut pas faire. L'erreur ne se rapporte en réalité qu'à cette dernière catégorie.

L'erreur peut intervenir à tous les stades de la prise en charge et peut impliquer des processus cognitifs (mémorisation, raisonnement, exécution), sensitivomoteurs et relationnels (notamment lorsque la communication médecin patient est inadaptée).

In fine, la correspondance écrite entre médecins ambulatoires et hospitaliers demeure une source d'insatisfaction. Les défaillances de la mémoire et l'erreur sont inhérentes à la nature humaine (50,51) ; si bien que l'enjeu de cette étude consiste à évaluer le degré de connaissance des antécédents et à étudier les paramètres susceptibles de le modifier positivement ou négativement, dans l'optique d'améliorer notre prise en charge des patients de plus de 75 ans aux urgences.

## II. MATERIELS ET METHODES

### 1. Type d'étude

Cette étude est monocentrique, prospective, observationnelle, transversale, descriptive, quantitative et qualitative. Elle a été réalisée entre le 08 janvier 2018 et le 24 avril 2018.

### 2. Population

Il a été proposé à l'ensemble de l'équipe des urgences du Centre Hospitalier (CH) de THOUARS de remplir un questionnaire (annexes 3 et 4) pour chaque patient de plus de 75 ans admis dans le service.

#### 2.1 Critères d'inclusion :

Etaient inclus tous les patients de plus de 75 ans pour lesquels un questionnaire a été rempli sous réserve qu'ils aient accepté de participer à l'étude.

Dans le cas où le patient était inconscient ou dans l'incapacité de répondre aux questions, le consentement a été recueilli auprès de la personne de confiance désignée.

#### 2.2 Critères d'exclusion :

Etaient exclus :

- les patients de moins de 75 ans,
- les patients pour lesquels aucun questionnaire n'a été rempli par l'équipe des urgences
- les patients qui ont refusé de participer à l'étude,
- les patients inconscients ou dans l'incapacité de répondre aux questions pour lesquels il n'a pas été possible d'obtenir un consentement auprès de la personne de confiance désignée.

### 3. Objectifs de l'étude

3.1 L'objectif principal de cette étude est de répondre à la question suivante :

*La connaissance des antécédents des patients de plus de 75 ans lors de leur prise en charge aux urgences est-elle exhaustive ?*

3.2 Objectifs secondaires :

1. Evaluer le nombre d'antécédents manquants pour chaque patient inclus.
2. Déterminer la proportion des patients pour lesquels il existe un ou plusieurs antécédent(s) manquant(s) en rapport avec le diagnostic des urgences.
3. Etudier la nature des antécédents manquants.
4. Evaluer l'impact de l'existence d'un courrier médical et/ou d'une ordonnance à l'admission des patients sur le degré de connaissance de leurs antécédents aux urgences.
5. Evaluer si les critères suivants modifient ou non le degré de connaissance des antécédents des patients de plus de 75 ans admis aux urgences :
  - présence ou non d'un tiers accompagnant le patient aux urgences
  - mode d'arrivée aux urgences (amené par un tiers ou moyens personnels versus VSL ou ambulance)
  - heure d'admission aux urgences
  - présence ou non d'un problème social lors de l'admission aux urgences
  - hospitalisation ou retour à domicile
  - degré de gravité estimé par la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU)
  - motif de consultation d'ordre traumatologique ou autre
  - capacité à répondre aux questions
  - prise en charge par un interne ou par un médecin senior
  - appel à un tiers pour compléter le dossier
  - GIR
  - la durée d'hospitalisation

## 4. Déroulement de l'étude

### 4.1 Recrutement :

Le personnel médical et paramédical a été informé oralement et par écrit de la réalisation de l'étude. Nous avons effectué des rappels quotidiens lors de nos passages aux urgences concernant l'étude en cours et avons disposé des affiches dans le service afin d'améliorer sa visibilité. Pour chaque patient de plus de 75 ans admis aux urgences de Thouars, un questionnaire devait être rempli par l'équipe paramédicale (pour la première partie) puis vérifiée et complétée par l'équipe médicale qui devait par ailleurs compléter la seconde partie du questionnaire (annexes 3 et 4).

Une étiquette patient était collée sur chaque questionnaire permettant ainsi d'accéder à posteriori au dossier médical du patient afin de recueillir les données complémentaires nécessaires à la réalisation de l'étude dans les logiciels *DMU*<sup>®</sup> (Dossier Médical des Urgences, dédié aux urgences) et *Cristalnet*<sup>®</sup> (dédié aux services d'hospitalisation), (annexes 5 et 6).

### 4.2 Descriptions des questionnaires et supports de travail

Le questionnaire comportait deux parties :

- La première, remplie le plus souvent par l'équipe paramédicale, comportait un emplacement pour coller l'étiquette d'admission du patient permettant ainsi de retrouver ultérieurement son dossier médical ainsi que la date et l'heure du passage aux urgences. Les questions posées permettaient de recueillir le consentement des personnes incluses dans l'étude et des informations concernant les documents apportés (courrier médical et ordonnance), le degré d'autonomie et le mode d'arrivée des patients (en ambulance ou Véhicule Sanitaire Léger (VSL), en taxi, en voiture particulière) seuls ou accompagnés.
- La deuxième, remplie par le médecin, concernait le degré de connaissance des antécédents à l'arrivée des patients et des moyens mis en œuvre le cas échéant pour compléter le dossier médical (appel de l'EHPAD (Etablissement

d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), du médecin traitant, d'un tiers).

Les modalités de réponse au questionnaire étaient, pour certaines, sous forme fermée (oui/non), pour d'autres, à choix multiples, ou encore sous forme de texte libre. (Annexe 3 et 4))

Nous avons complété un deuxième questionnaire à partir des logiciels *DMU*<sup>®</sup> (Annexe et *Cristalnet*<sup>®</sup> afin de colliger des données supplémentaires utiles à notre étude.

(Annexe 5 et 6)

Les réponses aux questionnaires ont été anonymisées dans un tableur *Excel*<sup>®</sup>.

Nous avons procédé à un double codage par deux opérateurs différents afin de diminuer le nombre d'erreurs susceptibles de survenir à cette étape.

#### 4.3 Analyse des données

L'analyse a comporté une première partie descriptive des réponses et une deuxième partie analytique, visant à identifier les éventuelles associations entre les différentes données.

Les analyses ont été réalisées à l'aide des logiciels *Excel*<sup>®</sup> et *XLStat*<sup>®</sup>.

Elles comportaient des fonctions descriptives, des tests de comparaison de pourcentage ( $\text{Chi}^2$ ) et de moyennes (test t).

Le seuil de significativité a été fixé à  $p < 0,05$ .

#### 4.4 Autorisations, conflits d'intérêt et financement

Une demande a été déposée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), afin de s'assurer qu'il n'existait aucun obstacle à la réalisation l'étude.

Cette dernière est référencée sous le numéro suivant : [CNIL-65761-1540144186].

Il n'existe aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Aucun financement n'a été sollicité.

## 5. Critères de jugement

### 5.1 Critère de jugement principal

Il est défini par le nombre de patients pour lesquels la liste des antécédents figurant dans le dossier médical des urgences est incomplète.

Les urgences de Thouars utilisent le logiciel *DMU*<sup>®</sup> dans lequel il existe un onglet dédié aux antécédents. (Annexe imprim écran DMU)

L'hôpital de Thouars utilise par ailleurs le logiciel *Cristalnet*<sup>®</sup> pour gérer les consultations et les hospitalisations. L'ensemble des courriers et comptes rendus contenus dans ce logiciel ont été lus pour chaque patient afin de référencer leurs antécédents.

Les deux listes d'antécédents ainsi obtenues ont été comparées afin de vérifier l'exhaustivité des antécédents présents dans le logiciel des urgences.

Lorsque la liste d'antécédents retrouvés à l'aide de *Cristalnet*<sup>®</sup> permettait d'enrichir celle des urgences, cette dernière a été considérée incomplète.

Si les deux listes étaient comparables, alors les patients et/ou leur médecin traitant ont été appelés afin de vérifier l'exhaustivité des antécédents.

### 5.2 Critères de jugements secondaires

1. Le nombre d'antécédents manquants est exprimé en valeur absolue pour chaque patient.
2. La proportion de patients pour lesquels il existe un ou plusieurs antécédent(s) manquant(s) en rapport avec le diagnostic aux urgences est exprimée en pourcentage.

3. Chaque antécédent manquant est colligé afin de permettre une analyse qualitative de la liste ainsi obtenue.
4. L'impact de la présence ou non d'un courrier médical et ou d'une ordonnance sur le degré de connaissance des patients aux urgences a été évalué par la recherche d'une éventuelle association entre les deux.
5. Le questionnaire et l'étude des dossiers médicaux de chaque patient a permis de recueillir des données modélisables sous la forme d'une réponse binaire (oui/non) de telle sorte que chacune d'entre elles a pu être comparée aux antécédents manquants afin d'établir une éventuelle corrélation :
  - présence ou non d'un tiers accompagnant le patient aux urgences (oui/non)
  - mode d'arrivée aux urgences : amené par un tiers ou moyens personnels versus VSL ou ambulance
  - heures d'admission aux urgences : modélisées sous la forme « admission pendant les heures ouvrables des cabinets de ville » (oui/non)
  - présence ou non d'un problème social à l'admission
  - hospitalisation ou retour à domicile
  - degré de gravité estimé par la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU), modélisé sous la forme de de groupes : CCMU 1 et 2 versus CCMU 3,4 et 5)
  - motif de consultation d'ordre traumatologique ou autre
  - capacité à répondre aux questions (oui/non)
  - prise en charge par un interne ou par un médecin senior
  - appel à un tiers pour compléter le dossier (oui/non)
  - GIR, modélisés sous la forme de deux groupes en fonction de l'éligibilité ou non à une aide personnalisée d'autonomie (APA) : GIR 1, 2, 3, 4 versus GIR 5 et 6
  - la durée d'hospitalisation est modélisée sous la forme de deux groupes : hospitalisation pendant 3 jours ou moins / hospitalisation 4 jours ou plus

### III. RESULTATS

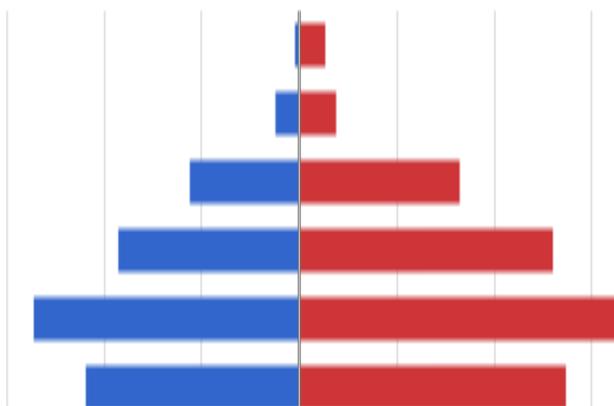
#### 1. Analyse descriptive de la population étudiée

##### 1.1 Données démographiques

La population de notre étude est comparable à la population âgée de plus de 75 ans Deux-Sévrienne.

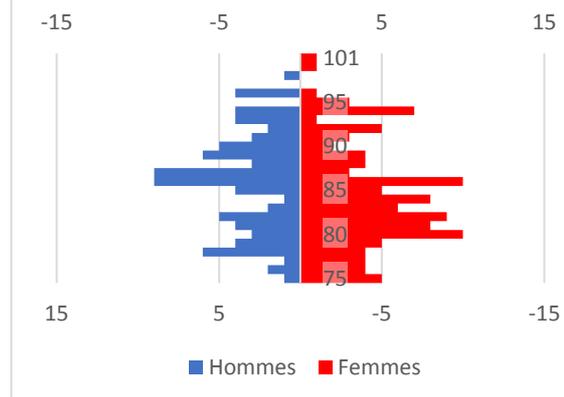
L'âge moyen était de 85,1 ans +/- 5,8 ans, la médiane est de 85 ans.

PYRAMIDE des âges des DEUX-SEVRES

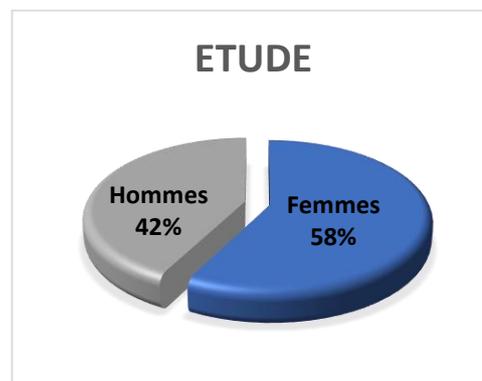


Hommes / Femmes

Pyramide des âges de la population étudiée



La répartition en fonction du sexe de la population de notre étude était semblable à celle des Deux-Sèvres.



Bien que la répartition des âges de notre étude ne suive pas une loi normale, on observe que la population de notre étude était relativement semblable à la population Deux-Sévrienne.

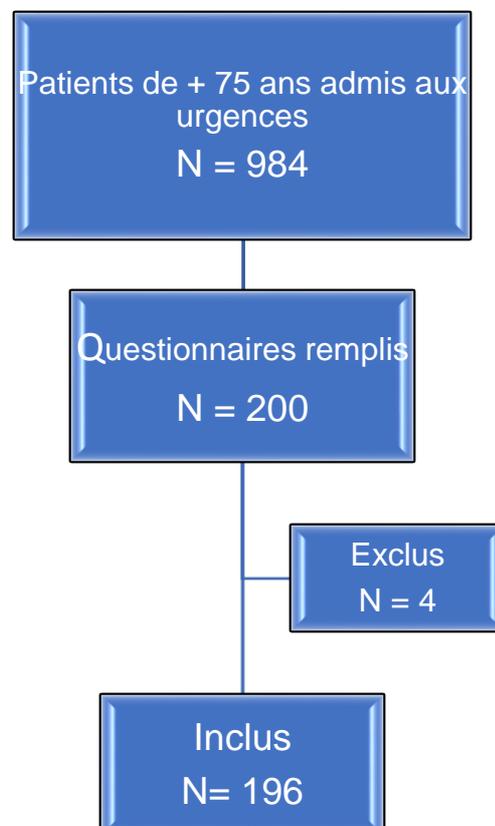
## 1.2 Diagramme de flux

200 questionnaires ont été remplis pour 984 patients de plus de 75 ans admis au service d'accueil des urgences de Thouars pendant la période de l'étude (du 8 janvier au 30 avril 2018).

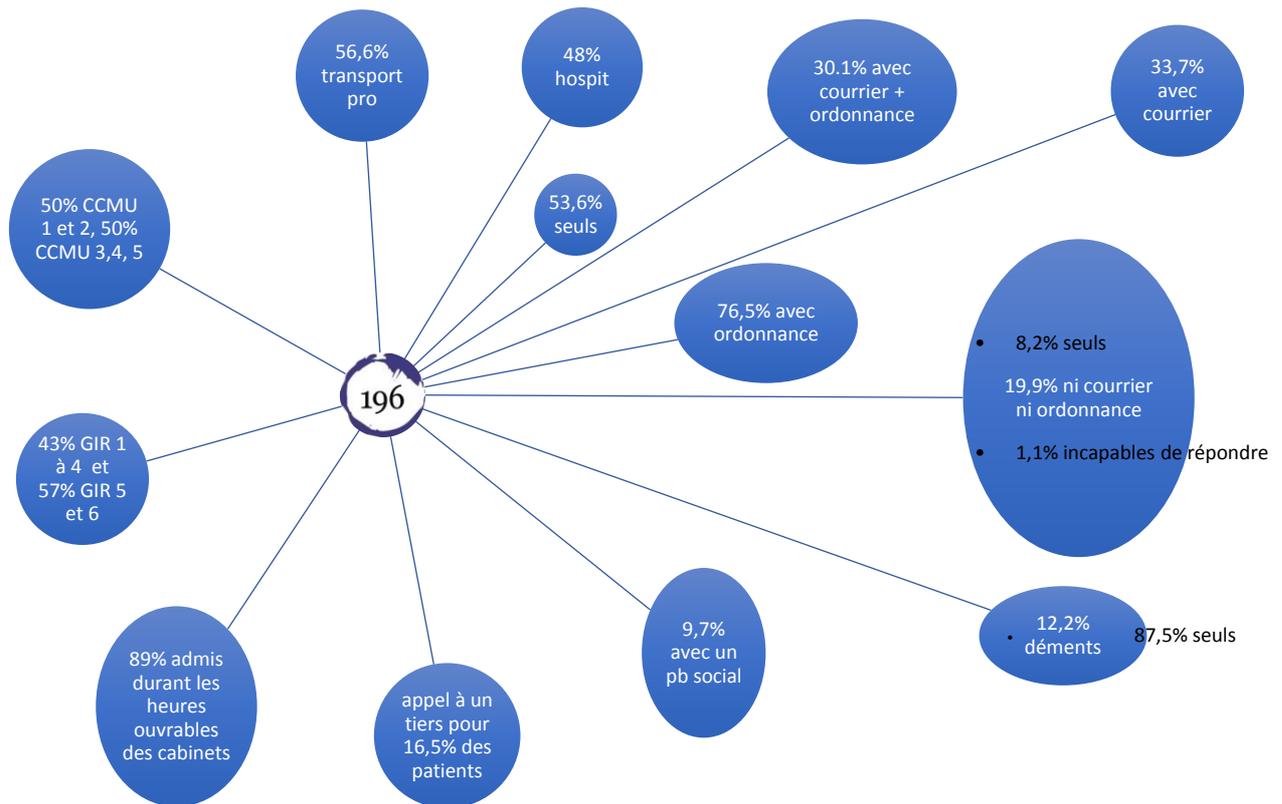
4 patients ont été exclus :

- 1 patient de moins de 75 ans
- 3 patients ayant refusé que leur dossier médical soit consulté dans le cadre de l'étude

196 patients ont été inclus.

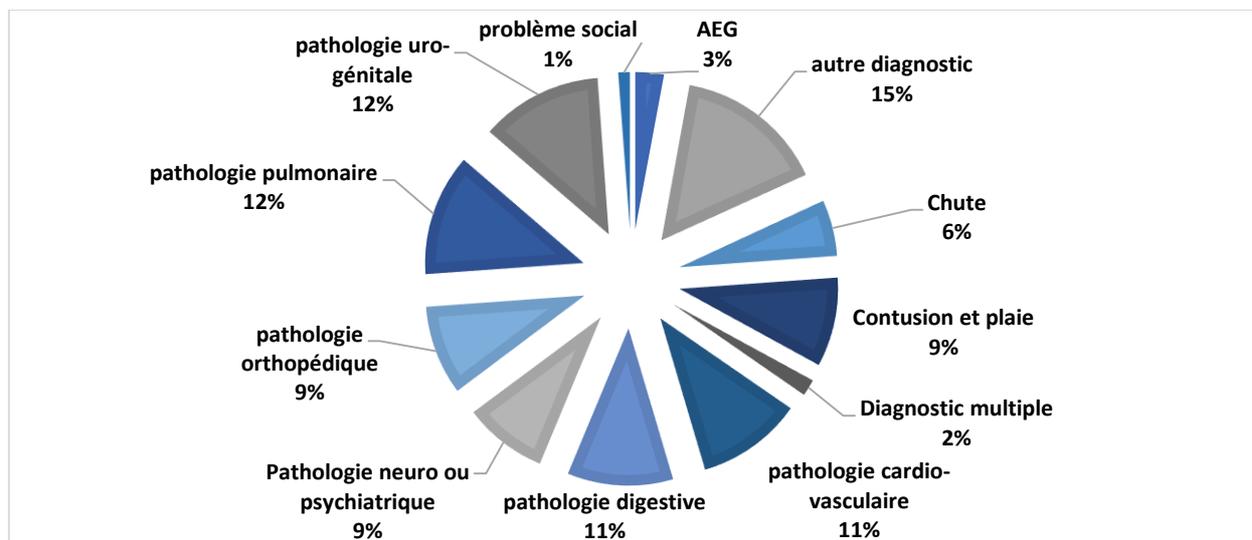


## 2. Vue d'ensemble des principaux résultats



Nous avons référencé un par un les différents diagnostics pour chaque patient inclus.

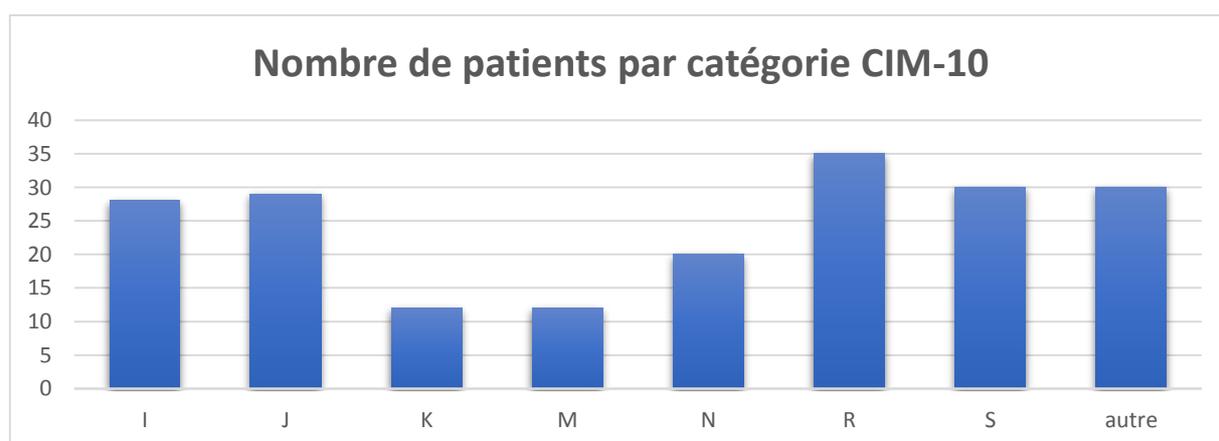
Ces diagnostics se distribuent de la manière suivante :



Les principaux diagnostics concernaient les pathologies uro-génitales (12%) et pulmonaires (12%) ainsi que les pathologies cardio-vasculaires (11%) et digestives (11%).

Nous avons réparti les patients inclus en fonction de leur diagnostic au sein de huit catégories correspondant à la Classification internationale des maladies (CIM-10).

Chapitre	Bloc	Titre
I	A00–B99	Certaines maladies infectieuses et parasitaires
II	C00–D48	Tumeurs
III	D50–D89	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire
IV	E00–E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
V	F00–F99	Troubles mentaux et du comportement
VI	G00–G99	Maladies du système nerveux
VII	H00–H59	Maladies de l'œil et de ses annexes
VIII	H60–H95	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
IX	I00–I99	Maladies de l'appareil circulatoire
X	J00–J99	Maladies de l'appareil respiratoire
XI	K00–K93	Maladies de l'appareil digestif
XII	L00–L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
XIII	M00–M99	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
XIV	N00–N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire
XV	O00–O99	Grossesse, accouchement et puerpéralité
XVI	P00–P96	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
XVII	Q00–Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
XVIII	R00–R99	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs
XIX	S00–T98	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes
XX	V01–Y98	Causes externes de morbidité et de mortalité
XXI	Z00–Z99	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé
XXII	U00–U99	Codes d'utilisation particulière



Les lettres indiquées en abscisse correspondent aux codes des affections de la classification CIM-10. Par souci de visibilité les diagnostics concernant moins de cinq personnes ont été regroupés dans la catégorie « autre » qui comprend les codes A, D, E, F, G, H, Y, Z.

### 3. Le critère de jugement principal

Nous avons retrouvé des antécédents manquants pour 100% des patients.

### 4. Analyse des antécédents manquants

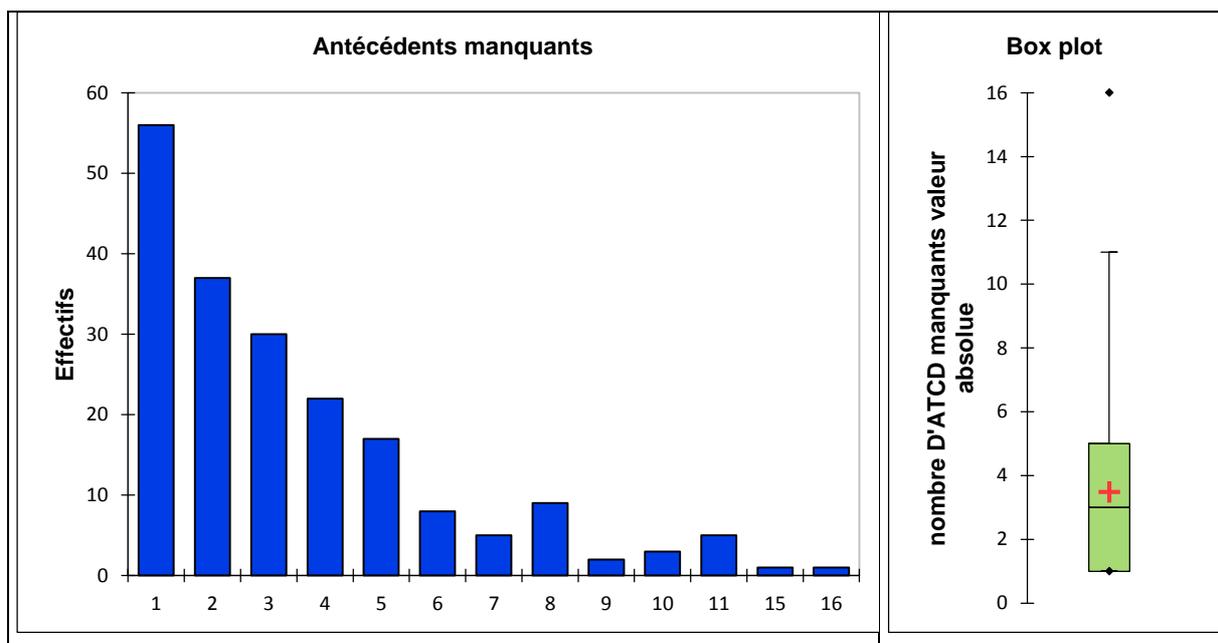
#### 4.1 Proportion de patients pour lesquels il existe un ou plusieurs antécédent(s) manquant(s) en rapport avec le diagnostic aux urgences

Une majorité des antécédents manquants était en rapport avec le diagnostic des urgences soit 58,7% avec un IC95% [51,8-65,6].



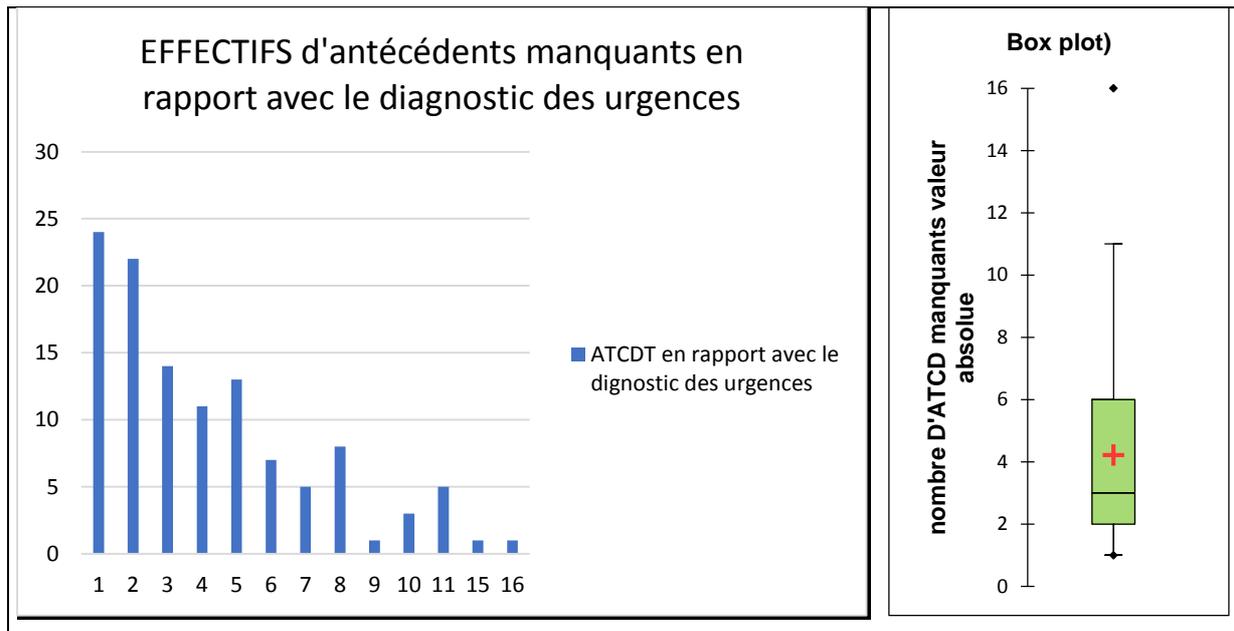
#### 4.2 Nombre d'antécédents manquants et effectifs de patients concernés

Le nombre d'antécédents manquants par patient s'échelonnait entre 1 et 16 avec une moyenne de 3,5 (+/- 2,8) et une médiane de 3.



26% de la population étudiée était concernée par l'absence de 5 antécédents ou plus dans son dossier médical et 71% de la population étudiée est concernée par l'absence de 2 antécédents ou plus.

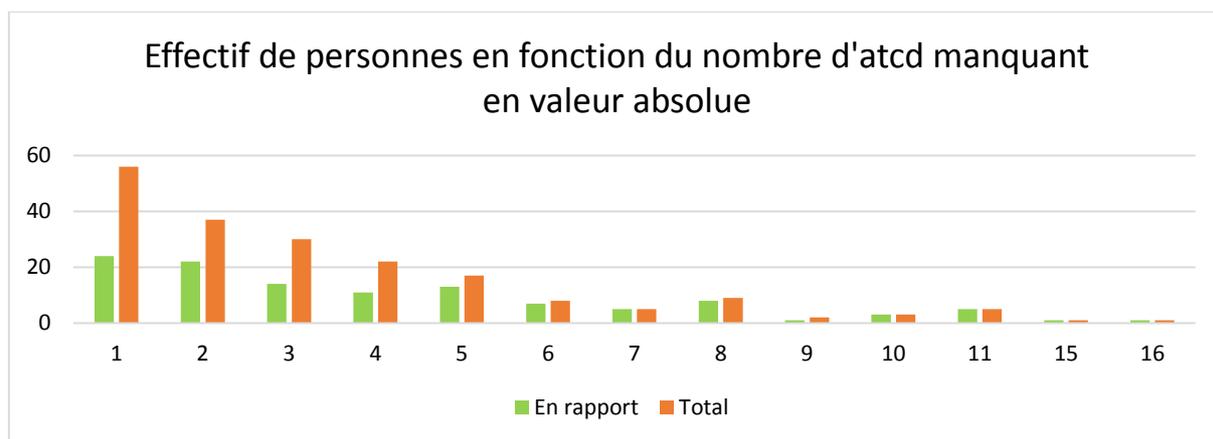
Le nombre d'antécédents manquants en rapport avec le diagnostic des urgences s'échelonnait également entre 1 et 16 avec une moyenne de 4,2 (+/-3,2) et une médiane de 3.



36% de la population étudiée était concernée par l'absence de 5 antécédents ou plus en rapport avec le diagnostic des urgences et 77% de la population étudiée était concernée par l'absence de 2 antécédents ou plus en rapport avec le diagnostic des urgences.

Les effectifs étaient plus importants lorsque le nombre d'antécédents manquants est plus petit et cela que l'on sélectionne ou non les antécédents en rapport avec le diagnostic des urgences. En d'autres termes, il est plus fréquent de passer à côté d'un nombre restreint d'antécédents que de passer à côté d'un grand nombre d'antécédents.

Plus le nombre d'antécédents manquants était élevé, plus la différence entre la population étudiée et le groupe pour lequel les antécédents manquants étaient en rapport avec le diagnostic des urgences était faible.



L'effectif de personnes concernées par un nombre d'antécédents compris entre 1 et 4 est diminué de moitié lorsque l'on sélectionne les antécédents en rapport avec le diagnostic des urgences.

Nombre d'antécédents	Effectif des personnes pour lesquelles il existe un lien entre les antécédents manquants et le diagnostic des urgences	Effectif total
1	24	56
2	22	37
3	14	30
4	11	22
5	13	17
6	7	8
7	5	5
8	8	9
9	1	2
10	3	3
11	5	5
15	1	1
16	1	1

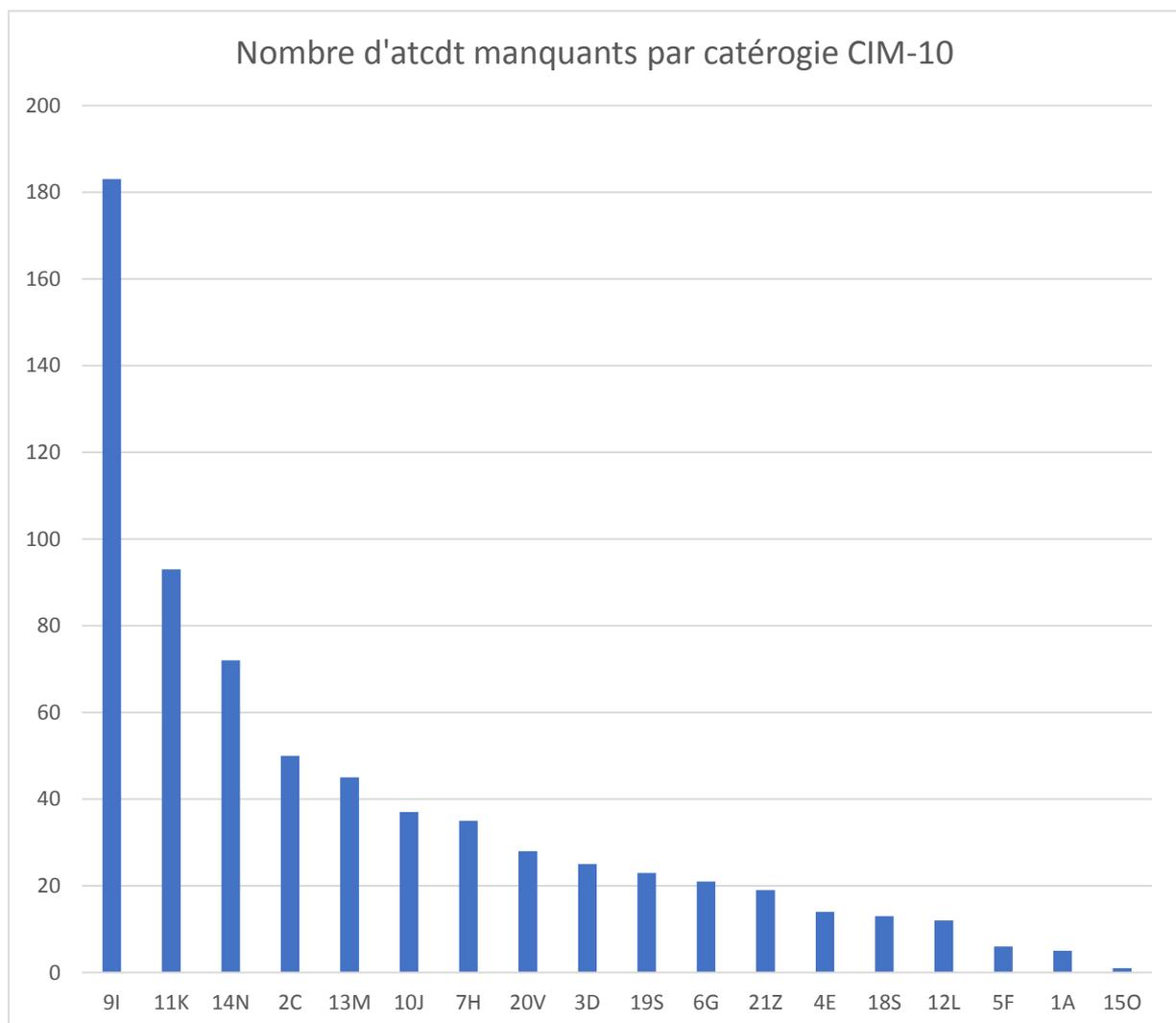
Encore une fois, même constat que précédemment, plus on se rapproche de l'exhaustivité avec un nombre d'antécédents manquants plus faible, plus le risque d'omettre un antécédent en rapport avec le diagnostic des urgences diminue.

### 4.3 Nature des antécédents manquants

L'étude des antécédents manquants a suscité comme principale difficulté de parvenir à en faire une lecture qui permettrait d'en extraire une information pertinente. En effet, le nombre important d'antécédents manquants a rendu cette tâche complexe au premier abord.

L'enjeu a donc été de filtrer les antécédents afin de ne conserver que les antécédents significatifs tels que les qualifie la SFMU (38).

Dans un premier temps, nous avons modélisé les antécédents manquants en fonction de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) :



Cette classification présente l'avantage d'être reconnue au niveau international, raison pour laquelle nous avons tenu à l'utiliser pour analyser les antécédents manquants dans notre étude.

Chapitre	Bloc	Titre
I	A00–B99	Certaines maladies infectieuses et parasitaires
II	C00–D48	Tumeurs
III	D50–D89	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire
IV	E00–E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
V	F00–F99	Troubles mentaux et du comportement
VI	G00–G99	Maladies du système nerveux
VII	H00–H59	Maladies de l'œil et de ses annexes
VIII	H60–H95	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
IX	I00–I99	Maladies de l'appareil circulatoire
X	J00–J99	Maladies de l'appareil respiratoire
XI	K00–K93	Maladies de l'appareil digestif
XII	L00–L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
XIII	M00–M99	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
XIV	N00–N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire
XV	O00–O99	Grossesse, accouchement et puerpéralité
XVI	P00–P96	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
XVII	Q00–Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
XVIII	R00–R99	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs
XIX	S00–T98	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes
XX	V01–Y98	Causes externes de morbidité et de mortalité
XXI	Z00–Z99	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé
XXII	U00–U99	Codes d'utilisation particulière

Ainsi, selon la CIM-10, les antécédents les plus fréquemment recensés correspondaient :

- aux maladies de l'appareil circulatoire (IX-I) retrouvées 183 fois,
- aux maladies de l'appareil digestif (XI-K) retrouvées 93 fois,
- aux maladies de l'appareil génito-urinaire (XIV-N) retrouvées 72 fois,
- aux tumeurs (II-C) retrouvées 50 fois (bénignes et malignes incluses),
- aux maladies du système ostéo-articulaire (XII-M) retrouvées 45 fois,
- aux maladies de l'appareil respiratoires (X-J) retrouvées 37 fois,
- aux maladies de l'œil et de ses annexes (VII-H) retrouvées 35 fois,
- aux causes externes de morbidité et de mortalité (XX-V) retrouvées 28 fois,
- aux maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire (III-D) retrouvées 25 fois,
- aux lésions traumatiques, empoisonnement et certaines autres conséquences de cause externe (XIX-S) retrouvées 23 fois,
- aux maladies du système nerveux (VI-G) retrouvées 21 fois,
- aux facteurs influant sur l'état de santé et au motif de recours aux services de santé (XXI-Z) retrouvés 19 fois,
- aux maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (IV-E) retrouvées 14 fois,
- aux symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire non classés ailleurs (XVIII-S) retrouvés 13 fois,
- aux maladies de la peau et du tissu sous-cutané (XII-L) retrouvées 12 fois,
- aux troubles mentaux et du comportement (V-F) retrouvés 6 fois,
- à certaines maladies infectieuse et parasitaire (I-A) retrouvées 5 fois
- à la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (XV-O) retrouvé 1 fois (il s'agissait d'un ATCD de césarienne).

Cette modélisation des antécédents nous apporte un point de vue intéressant de par la classification consensuelle dont elle est issue, néanmoins, la liste d'antécédents est longue et ne permet pas une excellente visibilité des ATCD compte tenu de l'imprécision de certains diagnostics tels que les « lésions traumatiques, empoisonnement et certaines autres conséquences de cause externe » ou les « symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire non classés ailleurs ».

C'est pourquoi nous avons réfléchi à un autre mode d'étude des données pour préciser la nature des antécédents manquants.

La littérature à ce sujet est rare. Nous nous sommes appuyés sur les critères adoptés par le « programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles de 2002-2005, repris et complétés par A. Principe (52,53). Parmi les informations nécessaires à la prise en charge des personnes de plus de 75 ans aux urgences, Principe cite les antécédents. Il mentionne cependant que leur nature est complexe à définir, faute de littérature à ce sujet.

Critères du programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles :

- le grand âge ;
- les pathologies invalidantes :
  - o les maladies cardio-vasculaires ;
  - o le diabète ;
  - o l'insuffisance rénale ;
  - o l'ostéoporose ;
  - o les syndromes démentiels ;
  - o les troubles de l'équilibre.
- la malnutrition ;
- la poly-médication ;
- les problèmes médico-sociaux et familiaux ;
- l'incontinence.

A ces critères, Principe ajoute la dépression, les troubles cognitifs et l'atteinte d'au moins une des activités de la vie quotidienne.

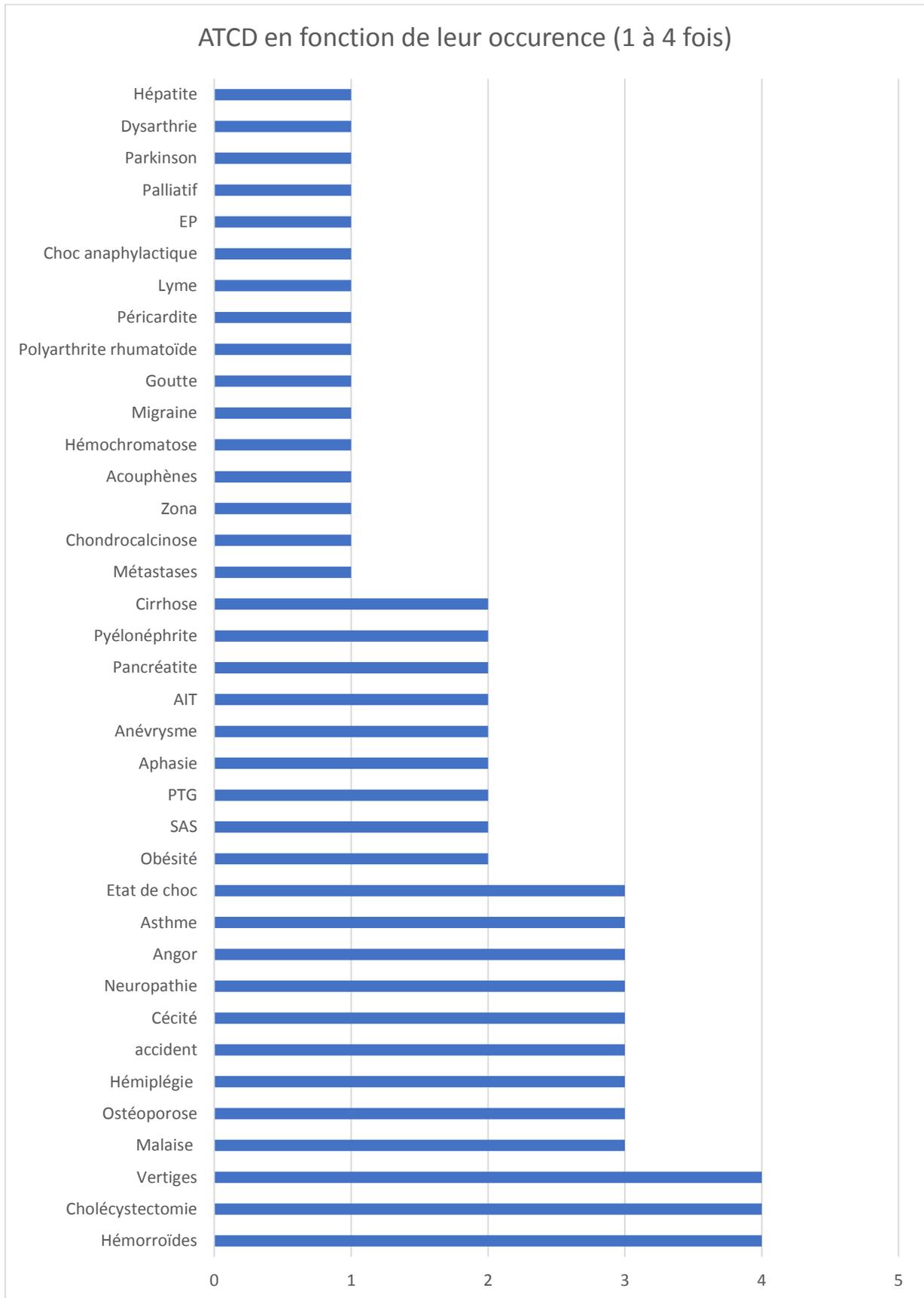
Nous avons donc retenu l'ensemble de ces critères afin d'effectuer une lecture des antécédents manquants retrouvés dans notre étude dans le but d'en extraire une information pertinente quant à leur nature.

Par souci de lisibilité nous avons sélectionné des diagrammes en barre, des tableaux récapitulatifs d'effectifs, des graphiques en camembert et des nuages de mots, permettant ainsi à chacun d'aller vers la présentation à laquelle il serait plus sensible.

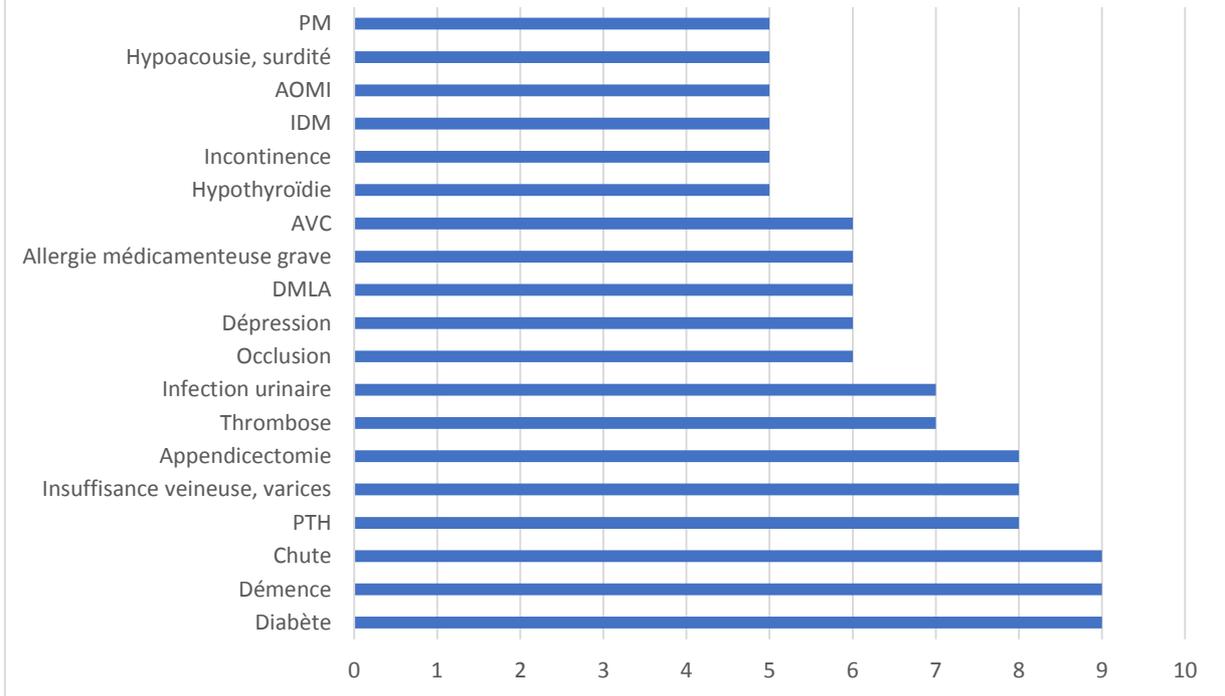
Concernant la notion de contre-indication absolue aux anticoagulants, antécédent manquant chez Monsieur A qui a fait émerger l'idée de cette étude, nous l'avons référencé sous le mot « accident » afin de pouvoir l'intégrer notamment aux nuages de mots qui ne permettent de modéliser que des mots simples, non composés.

Nous avons différencié « Allergie » et « Anaphylaxie ». « Allergie » correspond aux allergies médicamenteuses graves y compris avec choc anaphylactique. « Anaphylaxie » correspond aux chocs anaphylactiques par piqûre de guêpe ou par ingestion de crustacés.

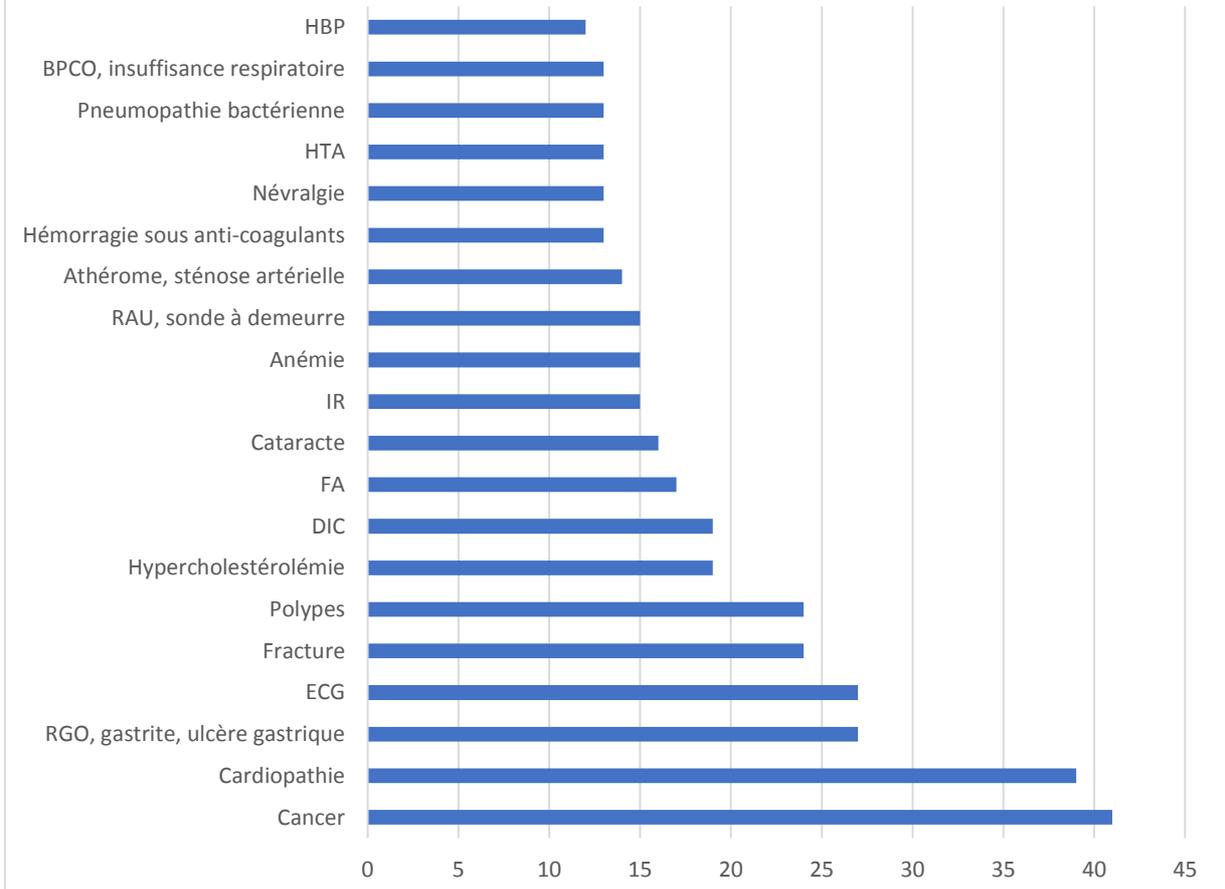
Ensemble des antécédents manquants :



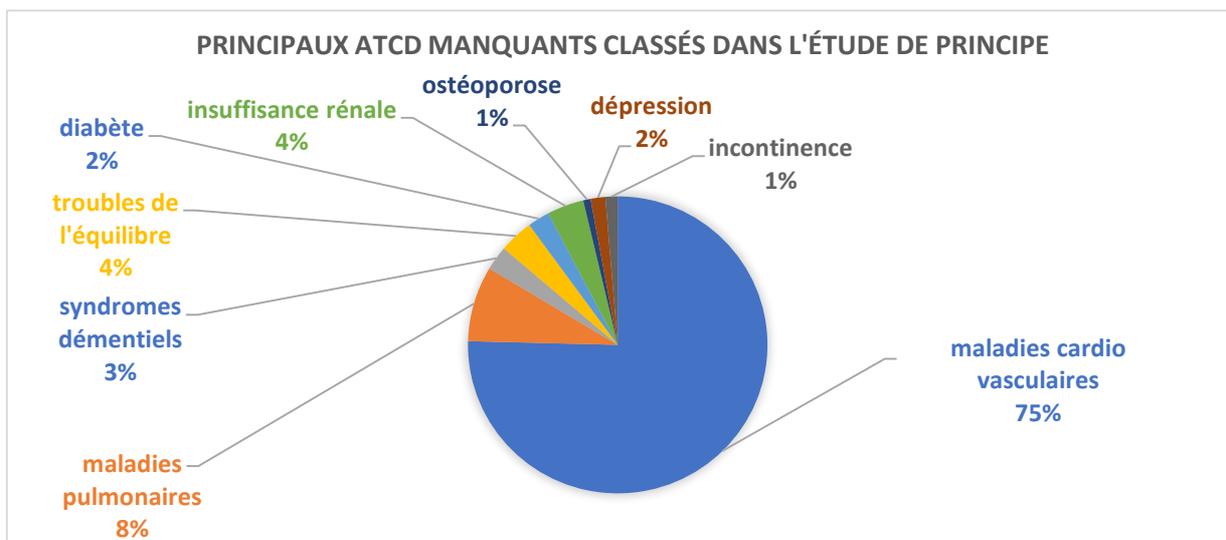
### ATCD en fonction de leur occurrence (5 à 9 fois)



### ATCD en fonction de leur occurrence (12   41 fois)



Pathologies invalidantes de l'étude PRINCIPE	OCCURRENCE de l'ATCD
maladies cardio vasculaires	285
maladies pulmonaires	31
syndromes démentiels	10
troubles de l'équilibre	14
diabète	9
insuffisance rénale	15
ostéoporose	3
Dépression	6
incontinence	5



Nuage de mots dimensionnés en fonction de l'occurrence de chaque antécédent cité dans l'étude de Principe au sein de la population étudiée :



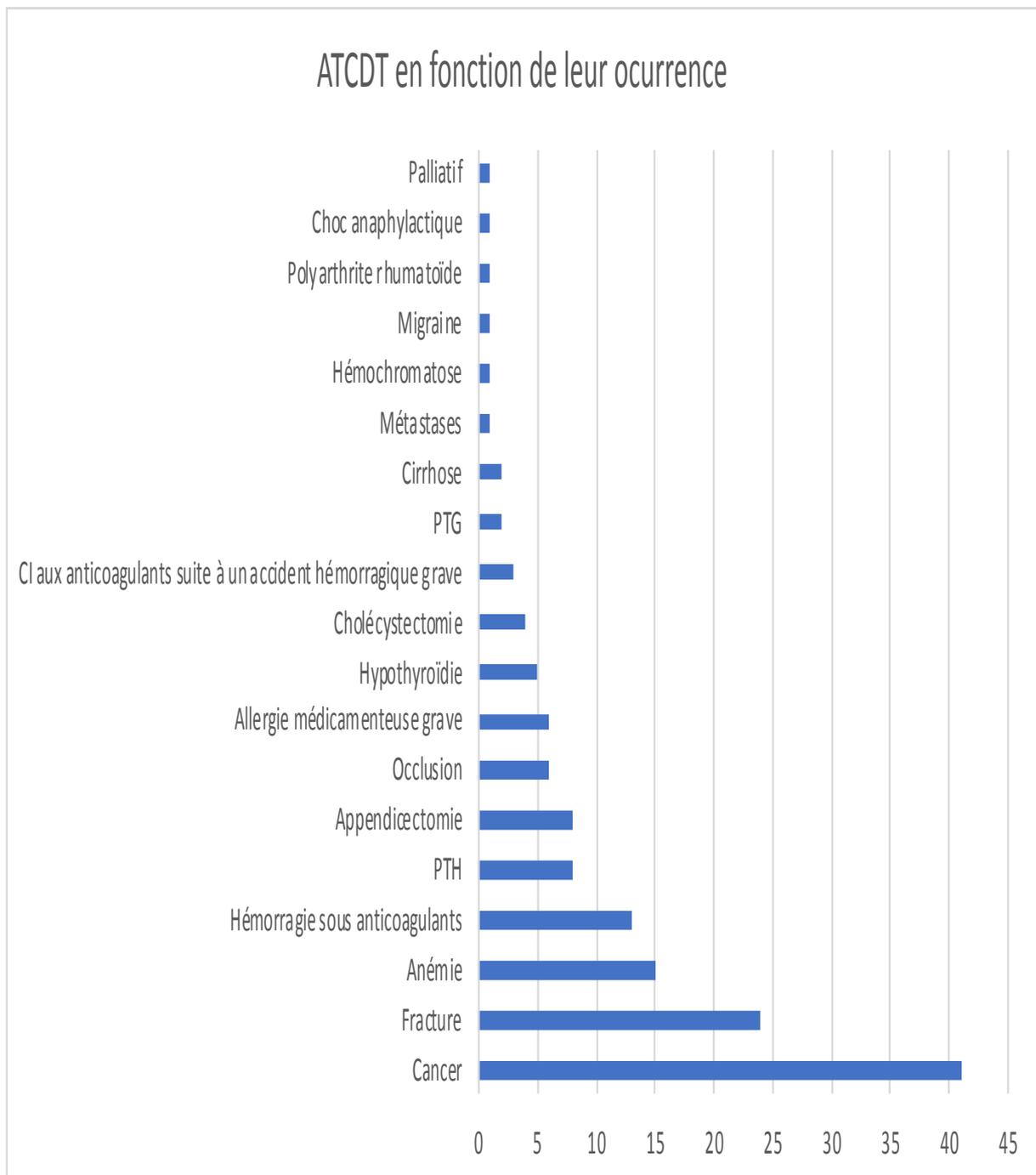
Si l'on reprend la liste des antécédents manquants retrouvés dans notre étude après en avoir retiré les antécédents référencés par l'étude de Principe, on s'aperçoit que la liste est toujours longue et peu lisible :

ATCDT	Effectifs
Cancer	41
RGO, gastrite, ulcère gastrique	27
Fracture	24
Polypes	24
Cataracte	16
Anémie	15
RAU, sonde à demeure	15
Hémorragie sous anticoagulants	13
Névralgie	13
HBP	12
PTH	8
Appendicectomie	8
Infection urinaire	7
Occlusion	6
DMLA	6
Allergie médicamenteuse grave	6
Hypothyroïdie	5
Hypoacousie, surdité	5
Hémorroïdes	4
Cholécystectomie	4
Malaise	3
CI aux anticoagulants suite à un accident hémorragique grave	3
C�civit�	3
Neuropathie	3
Etat de choc	3
PTG	2
Pancréatite	2
Pyélonéphrite	2
Cirrhose	2
Métastases	1
Chondrocalcinose	1
Zona	1
Acouphènes	1
Hémochromatose	1
Migraine	1
Goutte	1
Polyarthrite rhumatoïde	1
Lyme	1
Choc anaphylactique	1
Palliatif	1
Hépatite	1

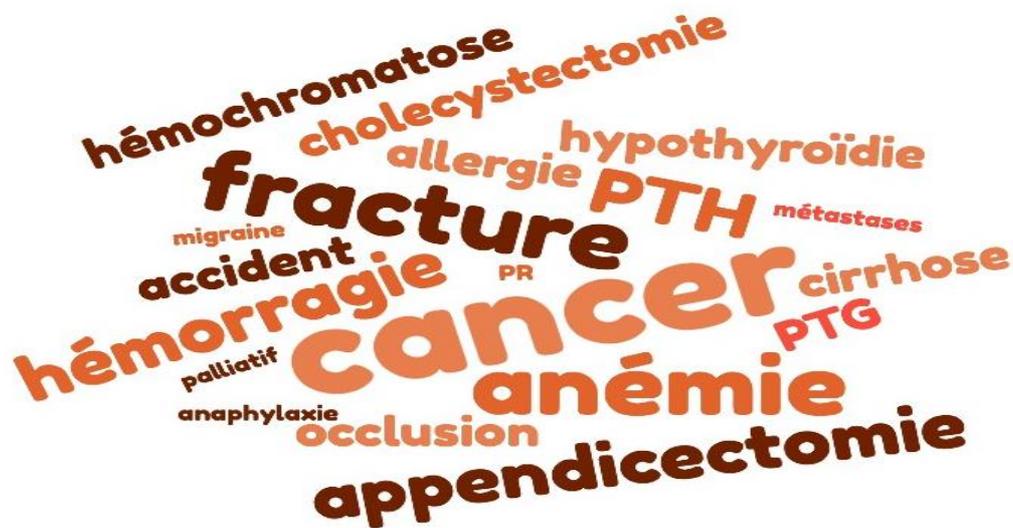


Le choix de conserver les antécédents tels que « fracture », « prothèse de hanche » (PTH) et « prothèse totale de genou » (PTG) s'explique par leur impact sur certaines prises en charges, notamment lorsque les patients consultaient pour un motif traumatologique. En effet, certains patients ont été admis pour une fracture sur un segment osseux déjà fracturé antérieurement, compliquant la prise en charge avec parfois un descellement de prothèse associé.

In fine, on obtient la liste suivante, présentée sous forme de barres groupées :

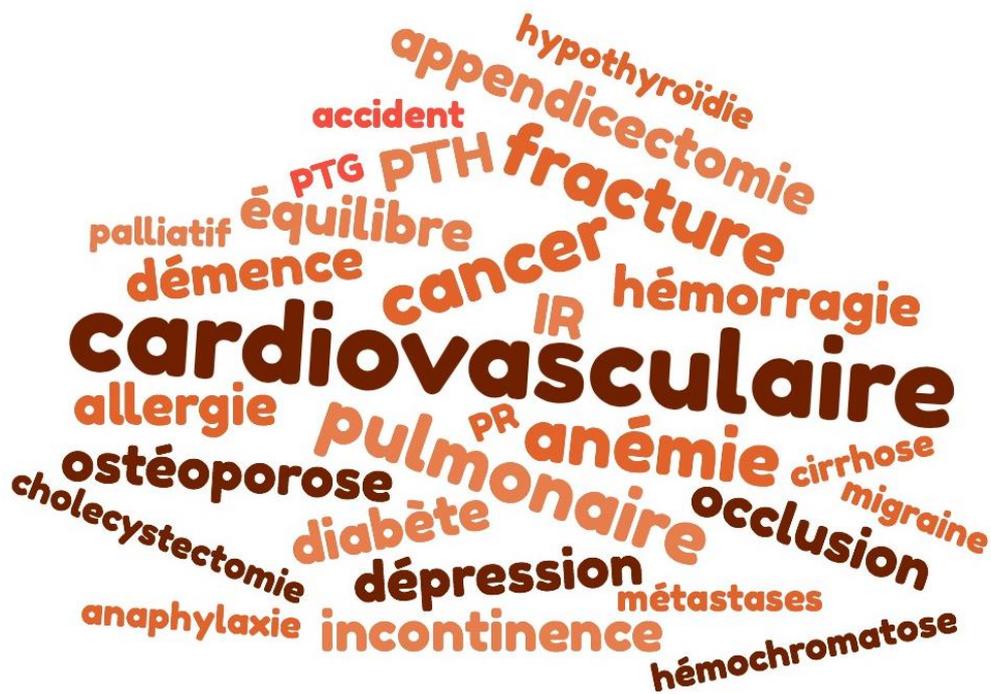


Soit sous la forme d'un nuage de mots de taille proportionnelle à l'occurrence de chaque antécédent :



Au total, nous retiendrons les 9 critères de Principe retrouvés parmi les antécédents de notre étude et les antécédents non répertoriés mais que nous avons estimé être pertinents :

ATCD manquants	Occurrence de l'antécédent
cancer	41
fracture	24
anémie	15
hémorragie sous anticoagulants	13
PTH	8
appendicectomie	8
occlusion	6
allergie médicamenteuse grave	6
hypothyroïdie	5
cholécystectomie	4
CI aux anticoagulants suite à un accident hémorragique grave	3
PTG	2
cirrhose	2
métastases	1
hémochromatose	1
migraine	1
PR	1
choc anaphylactique	1
palliatif	1



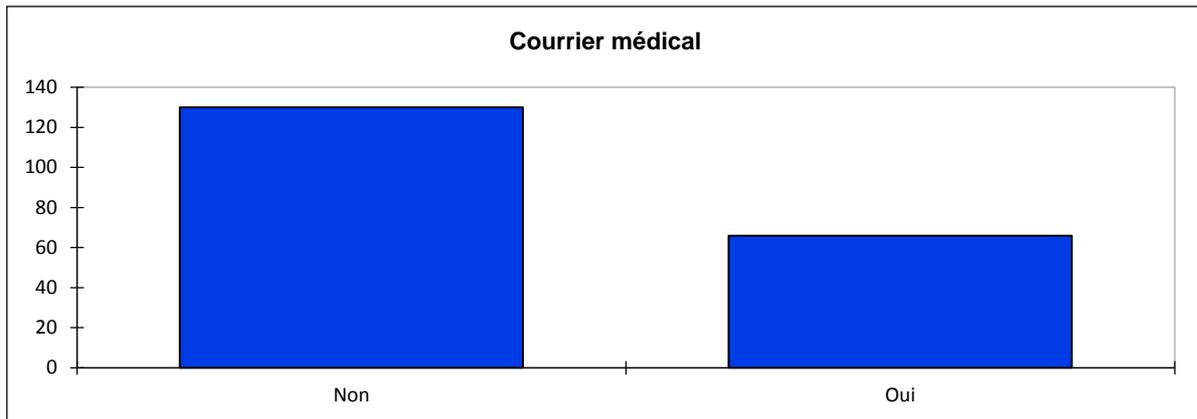
In fine, ces antécédents manquants peuvent être classés en quatre catégories correspondants aux motifs de consultation pour lesquels ils pourraient s'avérer pertinents :

Traumatisme	Douleurs abdominales	Neurologie	TOUS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- fracture</li> <li>- PTH</li> <li>- PTG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cholécystectomie</li> <li>- appendicectomie</li> <li>- occlusion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- migraine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CI aux anticoagulants suite à un</li> <li>- accident hémorragique grave</li> <li>- hémorragie sous anticoagulants</li> <li>- allergie médicamenteuse grave</li> <li>- choc anaphylactique</li> <li>- palliatif</li> <li>- métastases</li> <li>- cancer</li> <li>- anémie</li> <li>- hémochromatose</li> <li>- cirrhose</li> <li>- PR</li> <li>- Hypothyroïdie</li> </ul>

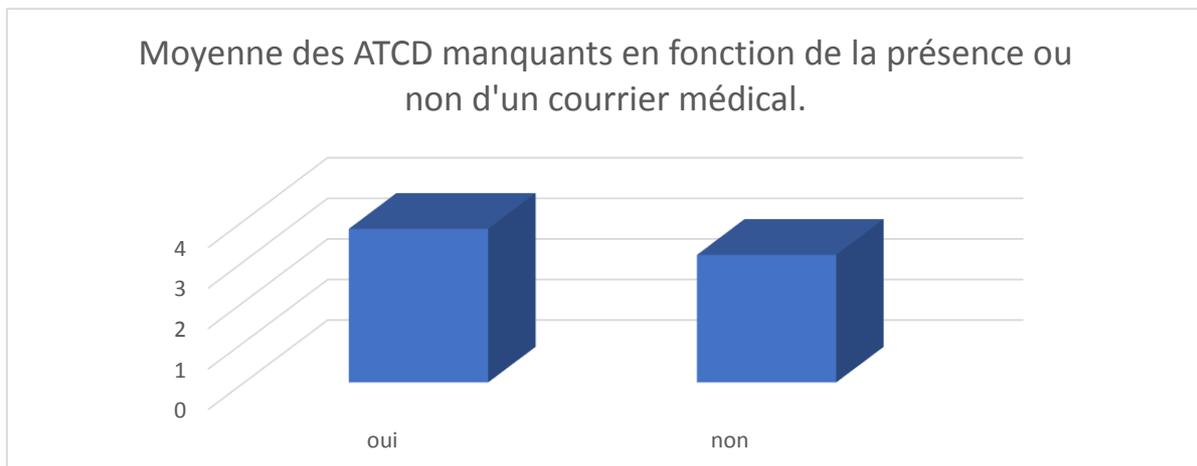
## 5. Critères de jugement secondaires

### 5.1 Retentissement de la présence ou non d'un courrier médical sur le degré de connaissance des antécédents

Une majorité de patients s'est présentée sans courrier médical soit 66, 3% avec un IC 95% [59,7-72,9].

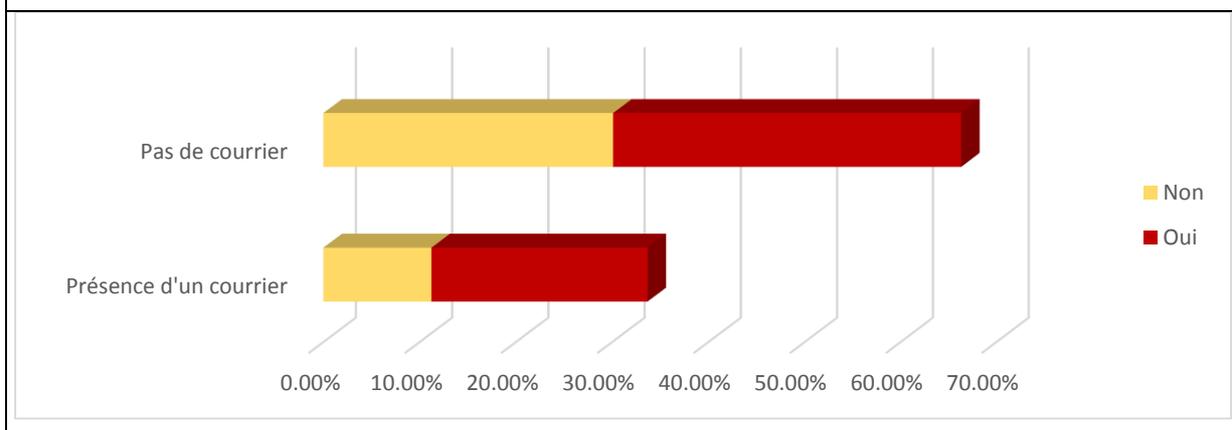


La moyenne du nombre d'antécédents manquants était de 3,8 lorsqu'il existait un courrier et de 3,1 en l'absence de courrier mais cette différence n'était pas significative (Ecart réduit = 1,10 et  $p < 0,27$ ).



Les antécédents manquants étaient majoritairement en lien avec le diagnostic des urgences (58,7%) qu'il y ait ou non un courrier médical accompagnant le patient à son admission.

ATCD manquants en rapport avec le diagnostic des urgences (Non/Oui) en fonction de la présence ou non d'un courrier médical à l'admission du patient.



En l'absence de courrier la différence est faible (30,1% des antécédents manquants n'ont pas de rapport avec le diagnostic des urgences tandis que 36,2% des antécédents manquants ont un rapport avec le diagnostic des urgences).

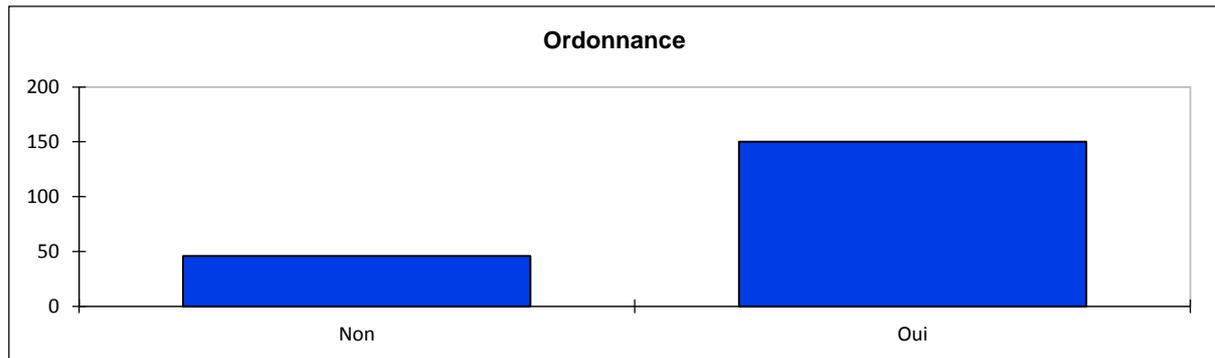
En revanche lorsqu'il existe un courrier médical, la différence varie du simple au double (11,2% des antécédents manquants n'ont pas de rapport avec le diagnostic des urgences tandis que 22,5% des antécédents manquants ont un rapport avec le diagnostic des urgences).

	En lien avec le diagnostic : NON	En lien avec le diagnostic : OUI	TOTAL
Pas de courrier	30,1%(59)	36,2%(71)	66,3%(130)
Courrier	11,2%(22)	22,5%(44)	33,7%(66)
<b>TOTAL</b>	<b>41,3%(81)</b>	<b>58,7%(115)</b>	<b>100,0%(196)</b>

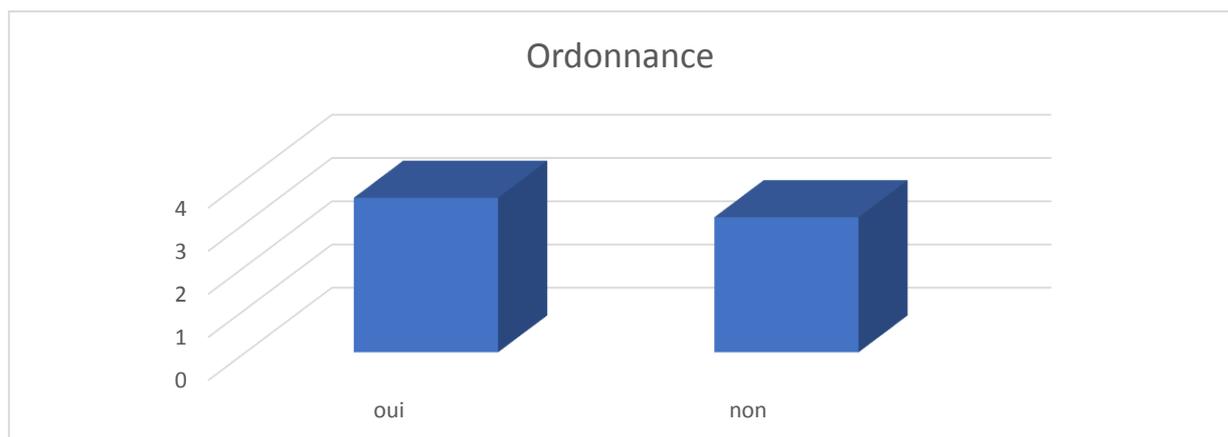
Ces différences ne sont cependant pas statistiquement significatives (Chi2 = 2,6 et  $p < 0,10$ ).

## 5.2 Retentissement de la présence ou non d'une ordonnance sur le degré de connaissance des antécédents.

Une majorité de patients s'est présentée avec une ordonnance soit 76, 53%, IC95% [70,6-82,5].



La moyenne du nombre d'antécédents manquants était de 3,6 lorsqu'il existait une ordonnance et de 3,1 en l'absence d'ordonnance mais cette différence n'était pas significative (Ecart réduit=1,2 et  $p < 0,23$ ).

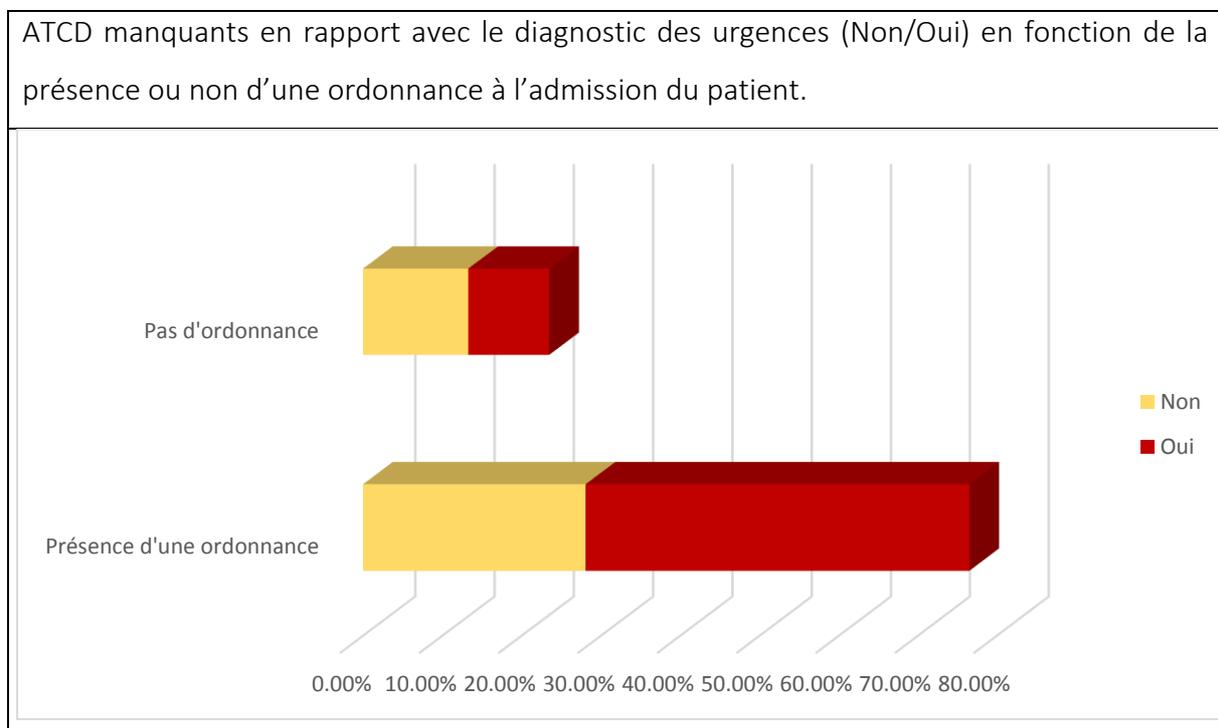


Les antécédents manquants étaient majoritairement en lien avec le diagnostic des urgences (58,7% avec un IC95% [70,6-82,5]).

	En lien avec le diagnostic : NON	En lien avec le diagnostic : OUI	TOTAL
Pas d'ordonnance	13,3%(26)	10,2%(20)	23,5%(46)
Ordonnance	28,0%(55)	48,5%(95)	76,5%(150)
<b>TOTAL</b>	<b>41,3%(81)</b>	<b>58,7%(115)</b>	<b>100,0%(196)</b>

En l'absence d'ordonnance, la différence est faible (13,3% des antécédents manquants n'ont pas de rapport avec le diagnostic des urgences tandis que 10,2% des antécédents ont un rapport avec le diagnostic des urgences).

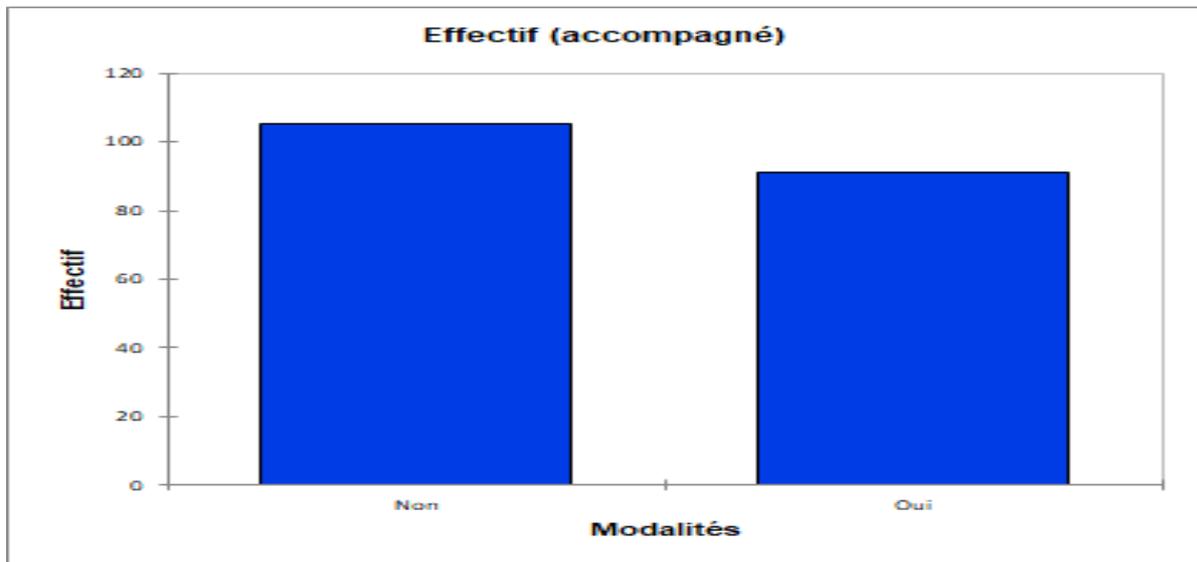
En revanche lorsqu'il existe une ordonnance, la différence est plus importante (28,0% des antécédents manquants n'ont pas de rapport avec le diagnostic des urgences tandis que 48,5% des antécédents manquants ont un rapport avec le diagnostic des urgences).



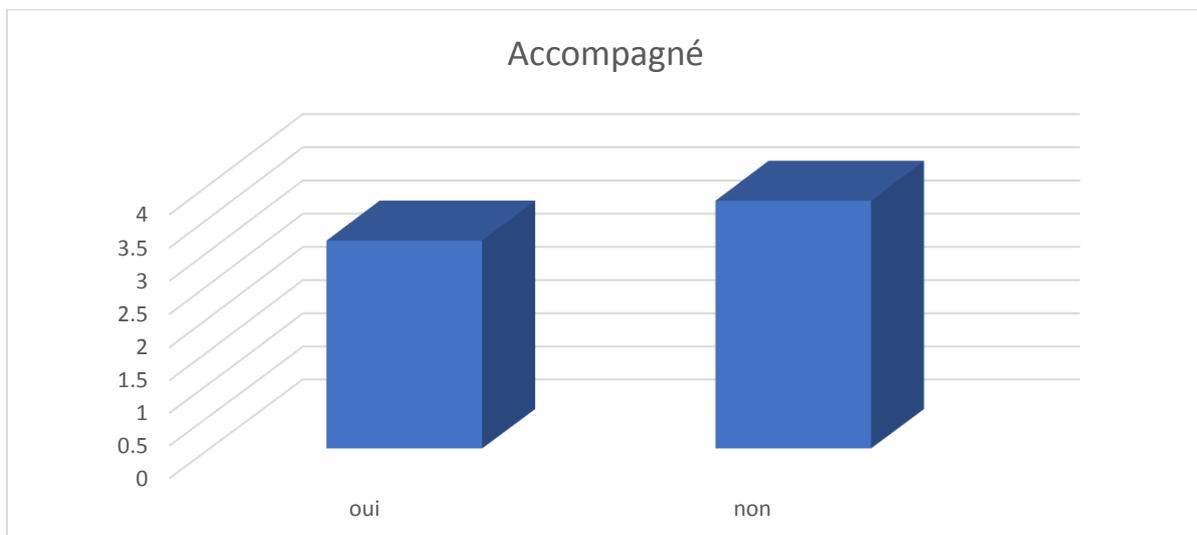
Ces différences sont statistiquement significatives (Chi2 = 5,73, p<0,02)

### 5.3 Impact de la présence ou non d'un tiers accompagnant sur le degré de connaissance des antécédents.

Les patients se présentaient plus fréquemment seuls aux urgences. 105 patients n'étaient pas accompagnés soit 53,57% de la population étudiée avec un IC95% [46,6-60,6].



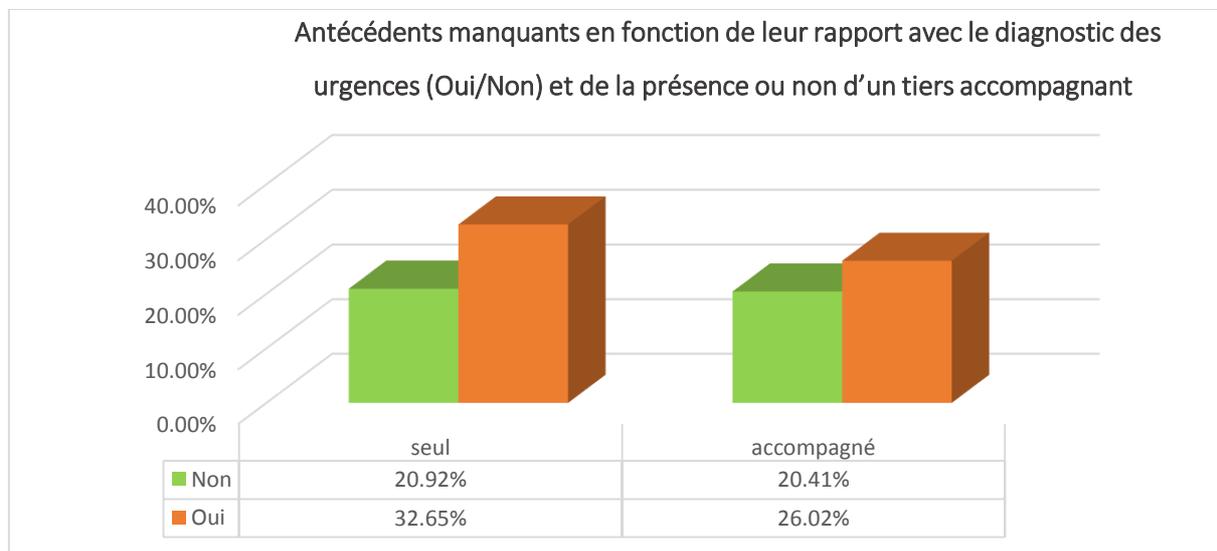
La moyenne du nombre d'antécédents manquants était de 3,2 lorsque le patient était accompagné et de 3,8 lorsqu'il était seul mais cette différence n'était pas significative (Ecart réduit = 1,52 et  $p < 0,13$ ).



ATCD en rapport avec le diagnostic des urgences	seul	accompagné	TOTAL
NON	20,9%(41)	20,4%(40)	41,3%(81)
OUI	32,7%(64)	26,0%(51)	58,7%(115)
<b>TOTAL</b>	<b>53,6%(105)</b>	<b>46,4%(91)</b>	<b>100,0%(196)</b>

La présence ou non d'un tiers accompagnant ne modifie pas le pourcentage d'antécédents manquants sans rapport avec le diagnostic des urgences (20, 9% chez les patients seuls et 20,4% chez les patients accompagnés).

En revanche, lorsque les patients sont accompagnés, le pourcentage d'antécédents en rapport avec le diagnostic des urgences est plus faible (36,6% chez les patients seuls et 26,0% chez les patients accompagnés).



Ces différences ne sont cependant pas statistiquement significatives ( $\chi^2 = 0,47$ ,  $p < 0,5$ ).

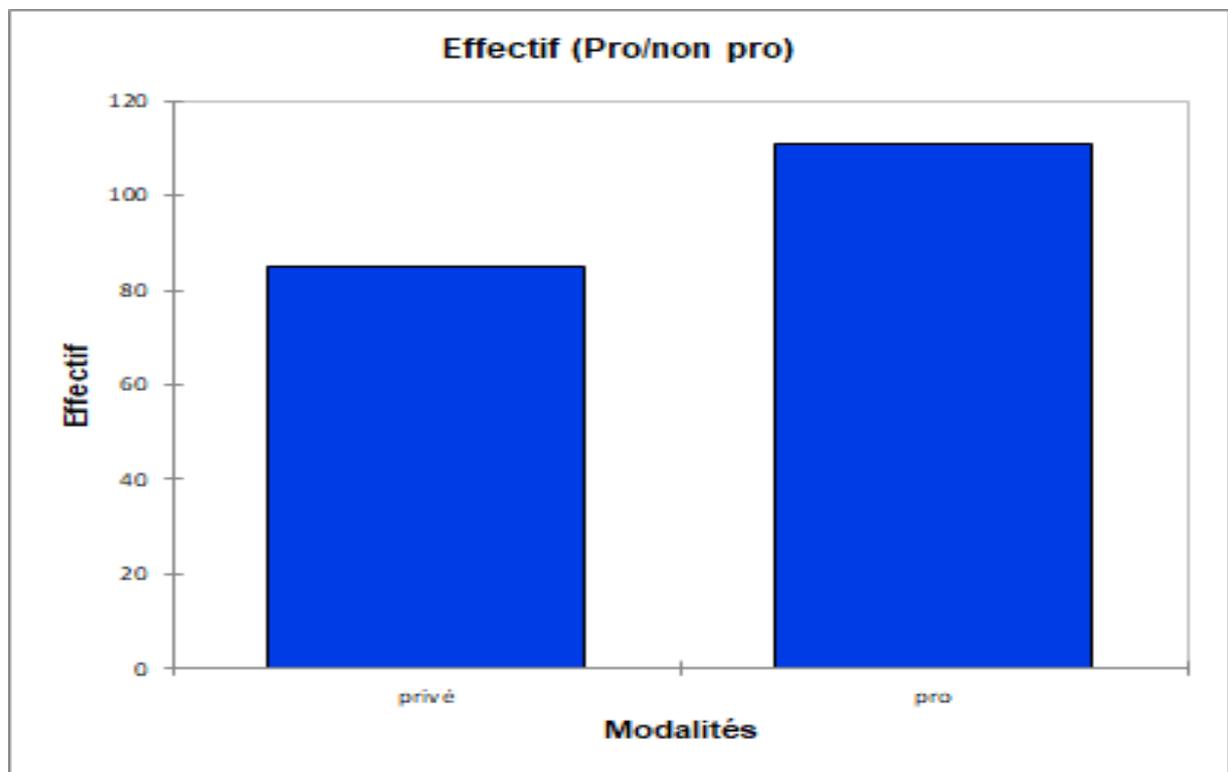
#### 5. 4 Impact du mode d'arrivée aux urgences sur le degré de connaissance des antécédents.

Le transport aux urgences était effectué soit par des professionnels soit par les patients eux-mêmes ou par un proche.

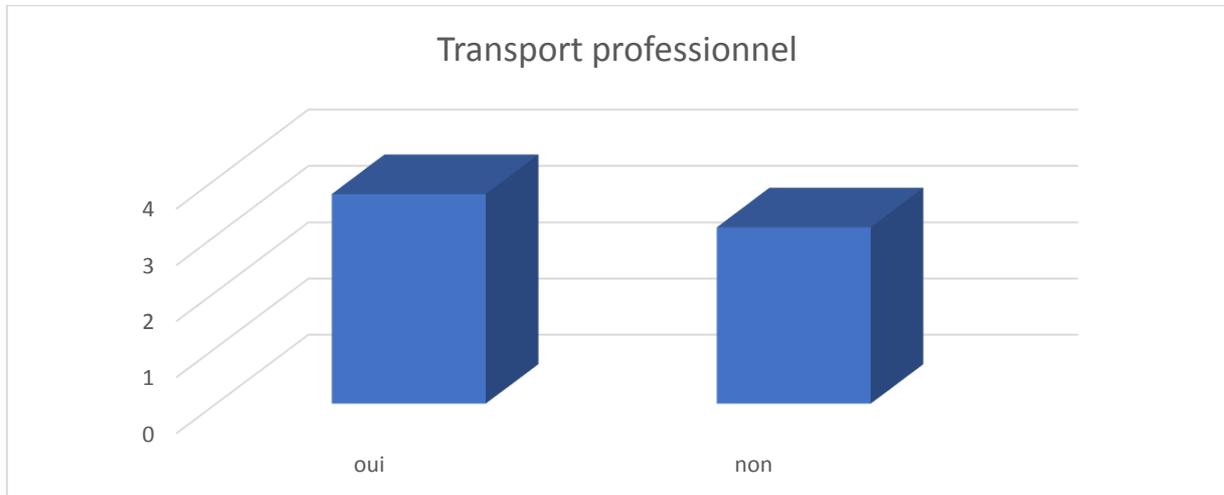
Nous avons considéré deux groupes :

- 1) Transports professionnels : ambulances, pompiers et SAMU
- 2) Transports privés : « perso » ou personnel lorsqu'il est assuré par le patient lui-même et « Tiers » lorsqu'il était assuré par un proche du patient.

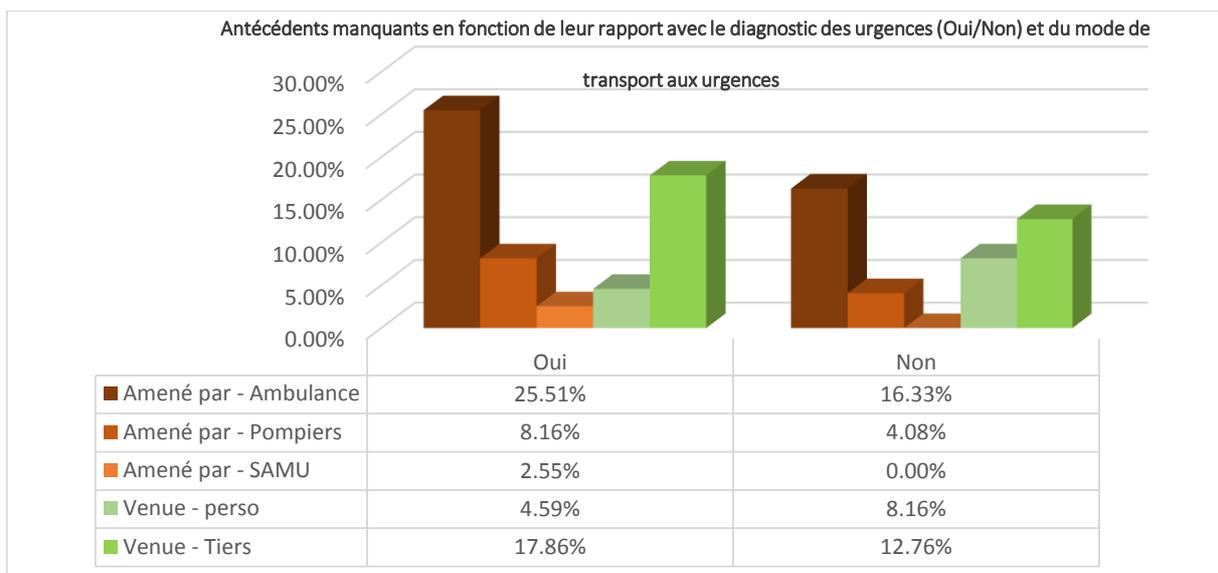
Les patients étaient plus fréquemment amenés aux urgences par un transport professionnel, soit 56,6% de la population avec IC95% [49,7-63,6].



La moyenne du nombre d'antécédents manquants était de 3,7 lorsque le patient était amené aux urgences par un transport professionnel et de 3,1 dans le cas contraire mais cette différence n'était pas significative (Ecart réduit = 0,58 et  $p < 0,57$ ).



En dehors des patients amenés par une ambulance, chez qui il existe une petite différence, les antécédents manquants étant un peu plus souvent en rapport avec le diagnostic des urgences (25,51% versus 16,33%), les pourcentages d'antécédents manquants en rapport ou non avec le diagnostic des urgences sont très proches pour chaque moyen de transport pris séparément.



ATCDT en rapport avec le diagnostic	Transport professionnel			Transport professionnel	Transport privé		Transport privé Total	Total général
	Ambulance	Pompiers	SAMU		perso	Tiers		
Oui	25,51%	8,16%	2,55%	36,22%	4,59%	17,86%	22,45%	58,67%
Non	16,33%	4,08%	0,00%	20,41%	8,16%	12,76%	20,92%	41,33%
<b>Total général</b>	<b>41,84%</b>	<b>12,24%</b>	<b>2,55%</b>	<b>56,63%</b>	<b>12,76%</b>	<b>30,61%</b>	<b>43,37%</b>	<b>100,00%</b>

ATCDT en rapport avec le diagnostic	Transport professionnel			Transport professionnel Total	Transport privé		Transport privé Total	Total général
	Ambulance	Pompiers	SAMU		perso	Tiers		
Oui	50	16	5	71	9	35	44	115
Non	32	8		40	16	25	41	81
<b>Total général</b>	<b>82</b>	<b>24</b>	<b>5</b>	<b>111</b>	<b>25</b>	<b>60</b>	<b>85</b>	<b>196</b>

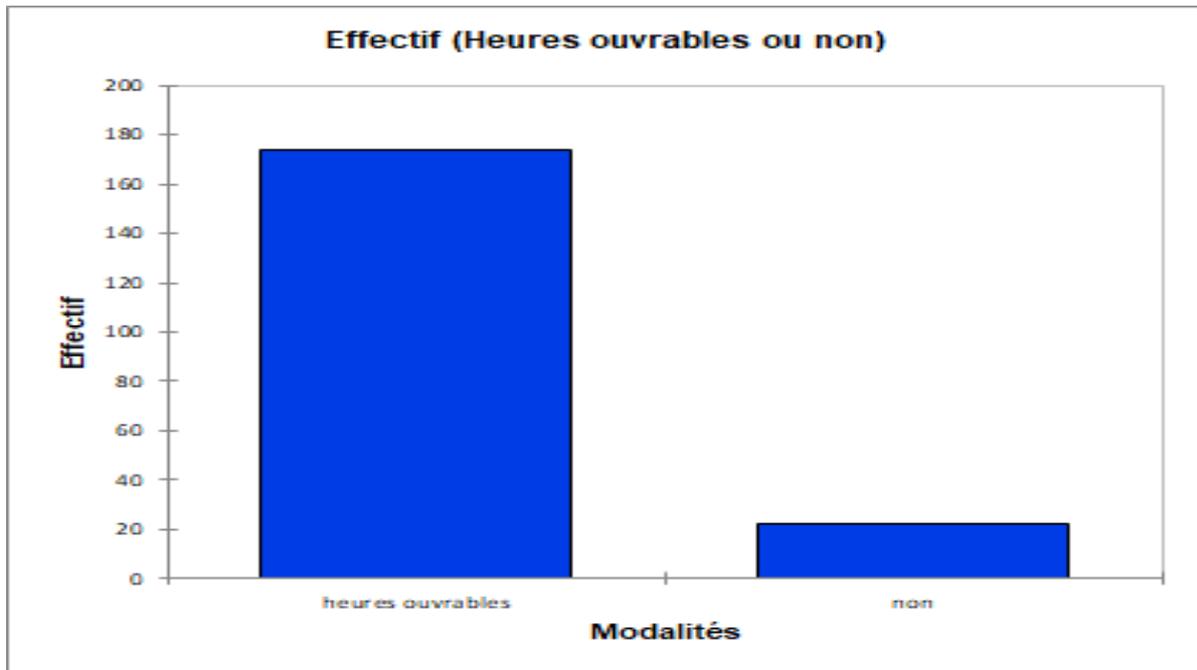
Dans le groupe « Transport professionnel », 36,22% des antécédents manquants étaient en rapport avec le diagnostic des urgences tandis que 20,41% ne l'étaient pas.

Dans le groupe transport privé il n'y a pour ainsi dire pas de différence (22,45% des antécédents manquants sont sans rapport avec le diagnostic des urgences et 20,92% des antécédents manquants sont en rapport avec le diagnostic des urgences).

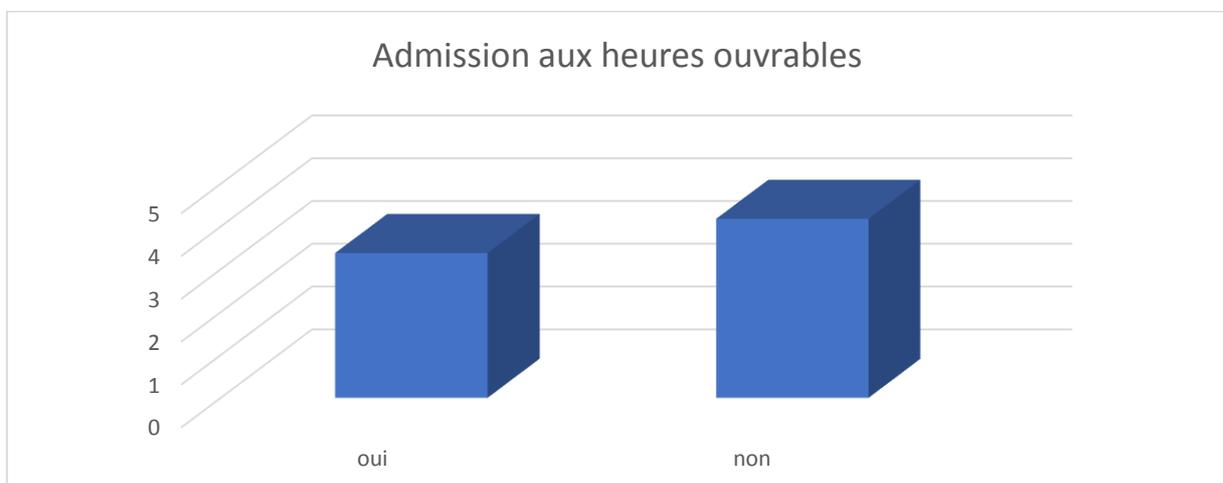
Ces différences ne sont pas statistiquement significatives (Chi2=2,99, p<0,10).

### 5.5 Impact de l'heure d'admission aux urgences sur le degré de connaissance des antécédents.

Les patients se sont présentés principalement aux heures ouvrables des cabinets médicaux soit 89% avec IC95% [84,3-93,2].

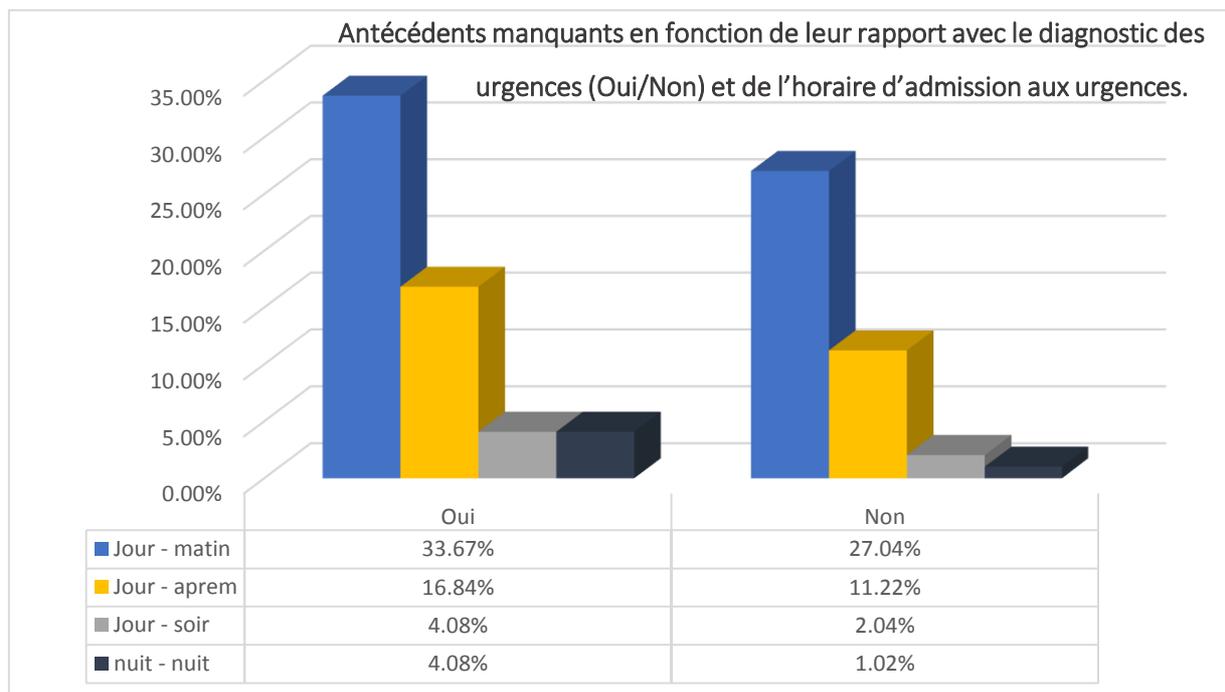


La moyenne du nombre d'antécédents manquants était de 3,4 lorsque le patient s'était présenté pendant les heures ouvrables des cabinets médicaux et des maisons de retraite et de 4,2 dans le cas contraire mais cette différence n'était pas significative (Ecart réduit = 1,17 et  $p < 0,30$ ).



Le degré de fréquentation était décroissant au fil du jour avec une fréquentation maximale le matin (60,71%) et minimale la nuit (5,10%).

Les horaires d'ouverture des cabinets médicaux et des maisons de retraite correspondent aux créneaux horaires étiquetés matin et après-midi tandis que les créneaux étiquetés soir et nuit correspondent aux horaires de fermeture.



En dehors des horaires d'ouverture, le pourcentage d'antécédents manquants en rapport avec le diagnostic des urgences est multiplié par 2 le soir et par 4 la nuit par rapport aux pourcentages d'antécédents manquants qui ne sont pas en rapport avec le diagnostic des urgences (4,08% versus 2,04% le soir et 4,08% versus 1,02% la nuit).

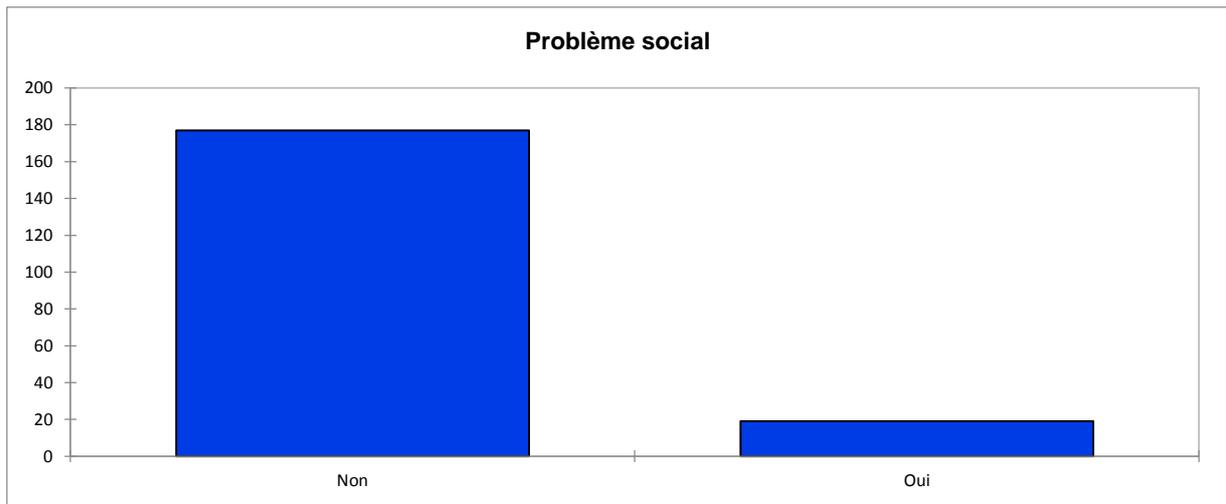
Force est de constater qu'il s'agit cependant de pourcentages très faibles ce qui limite les possibilités de reproductibilité d'une telle comparaison.

ATCDT	Moment du Jour			Jour (total)	Hors horaires ouvrables nuit	Hors horaires ouvrables (total)	Total général
	⊗ Jour						
en rapport avec le diagnostic aux urgences	matin	aprem	soir				
Oui	33,67%	16,84%	4,08%	54,59%	4,08%	4,08%	58,67%
Non	27,04%	11,22%	2,04%	40,31%	1,02%	1,02%	41,33%
<b>Total général</b>	<b>60,71%</b>	<b>28,06%</b>	<b>6,12%</b>	<b>94,90%</b>	<b>5,10%</b>	<b>5,10%</b>	<b>100,00%</b>

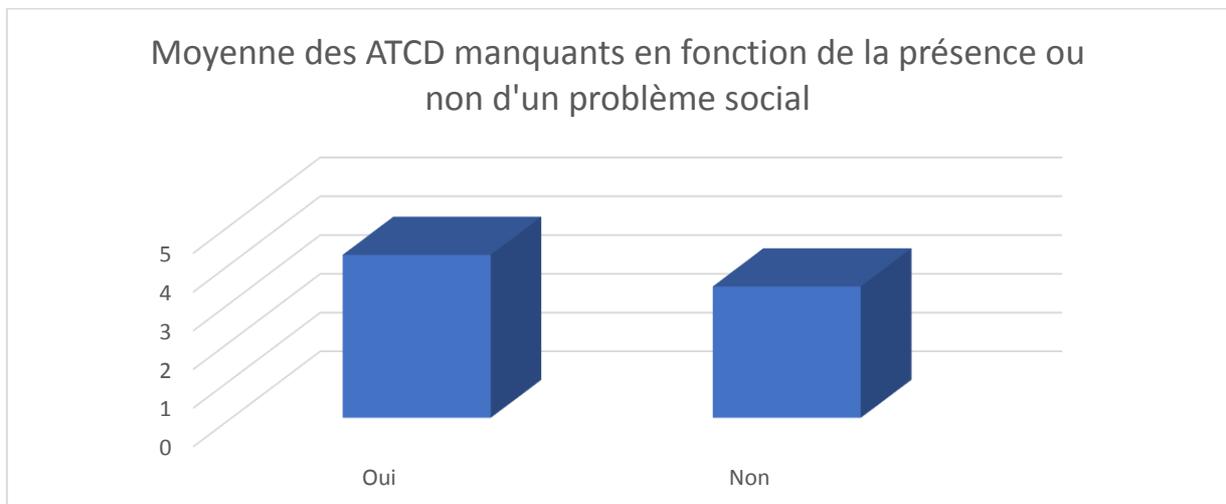
De fait, ces quelques différences observées ne sont pas statistiquement significatives (Chi2 modifié=1,12,  $p < 0,30$ ).

### 5.6 Retentissement de l'hospitalisation sur le degré de connaissance des antécédents en fonction de l'existence ou non d'un motif social associé au motif d'admission.

Une minorité de patients présentait un problème social associé au motif d'admission soit 9,7% avec un IC95% [5,6-13,8].



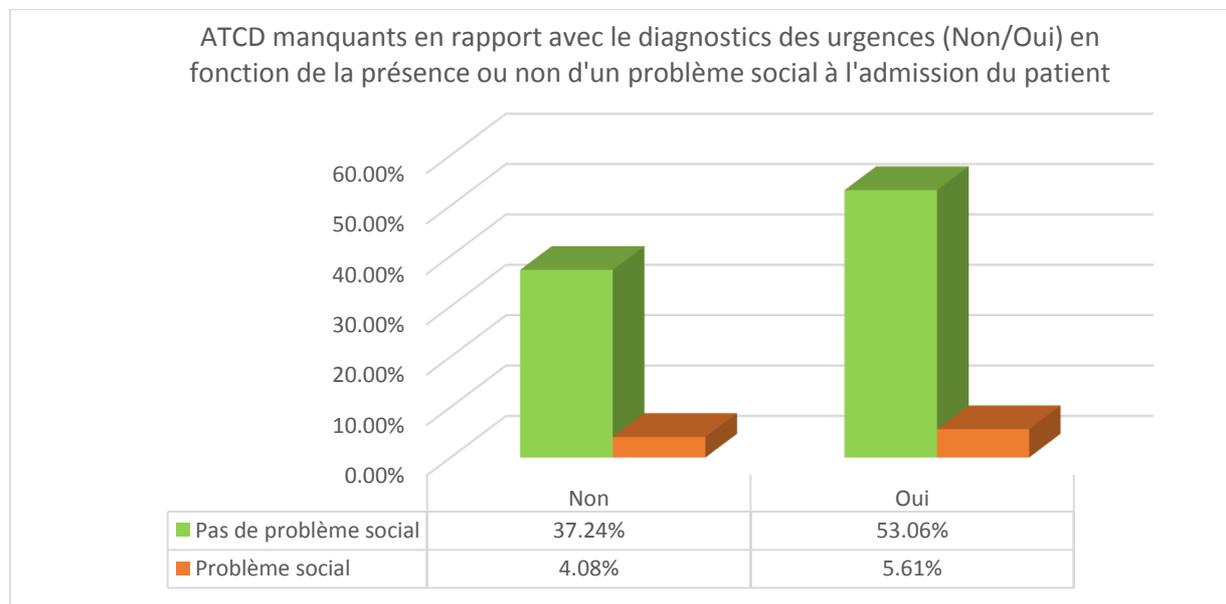
La moyenne du nombre d'antécédents manquants était de 4,2 lorsqu'il existait un problème social associé au motif d'admission et de 3,4 dans le cas contraire mais cette différence, n'était pas statistiquement significative (Ecart réduit = 1,15 et  $p < 0,25$ ).



La présence d'un motif social ou non ne semblait pas modifier la proportion d'antécédents en rapport ou non avec le diagnostic des urgences. Dans les deux cas, le pourcentage d'antécédents en rapport avec le diagnostic des urgences était supérieur.

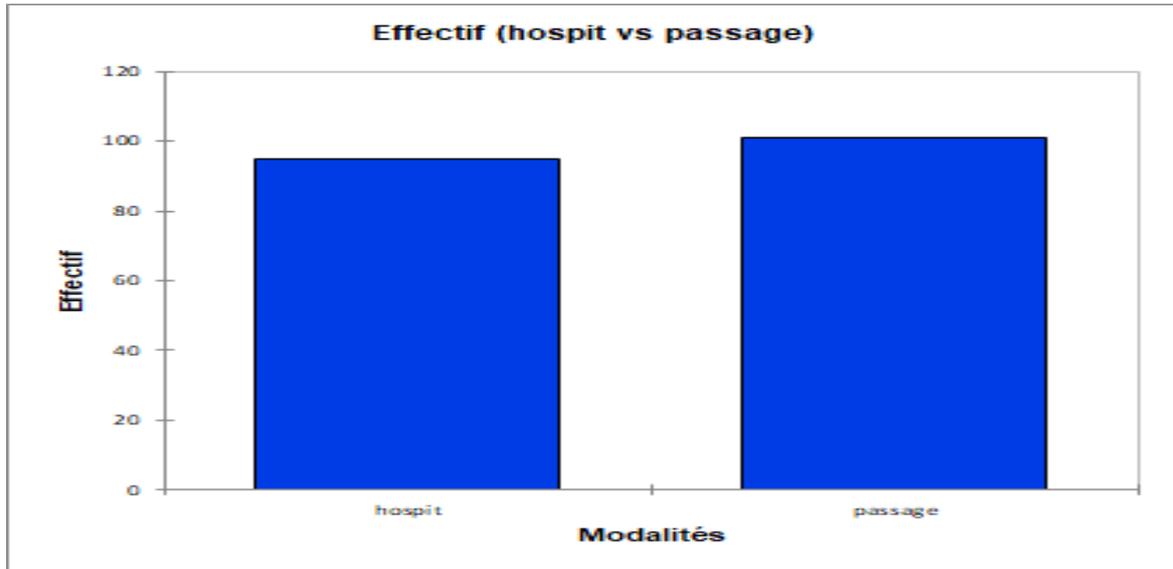
<b>ATCD</b>			
	<b>Pas de problème social</b>	<b>Problème social</b>	<b>Total général</b>
<b>En rapport avec le diagnostic des urgences</b>			
Non	37,24%	4,08%	41,33%
Oui	53,06%	5,61%	58,67%
<b>Total général</b>	<b>90,31%</b>	<b>9,69%</b>	<b>100,00%</b>

Ces différences ne sont cependant pas statistiquement significatives (Chi2 = 0,05 et  $p < 0,94$ ).



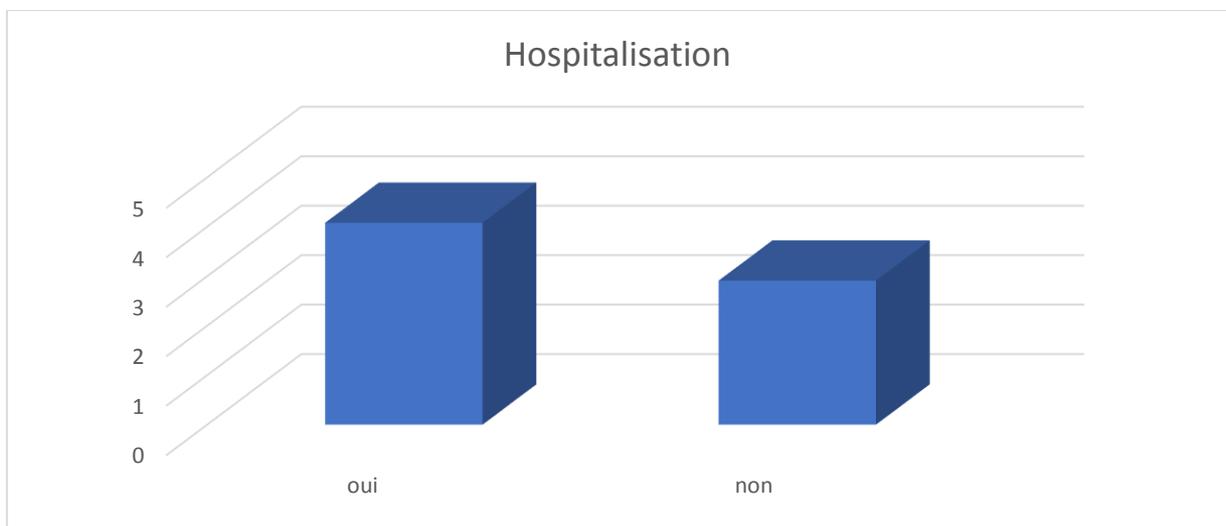
### 5. 7 Retentissement de l'hospitalisation sur le degré de connaissance des antécédents par rapport à un simple passage aux urgences.

La majorité des patients n'était pas hospitalisés et rentraient à domicile soit 52% avec un IC95% [44,5-58,5].



La moyenne du nombre d'antécédents manquants était de 4,1 lorsque le patient était hospitalisé et de 2,9 lorsqu'il s'agissait d'un simple passage.

Cette différence est statistiquement significative (Ecart réduit = 2,93 et  $p < 0,01$ ).

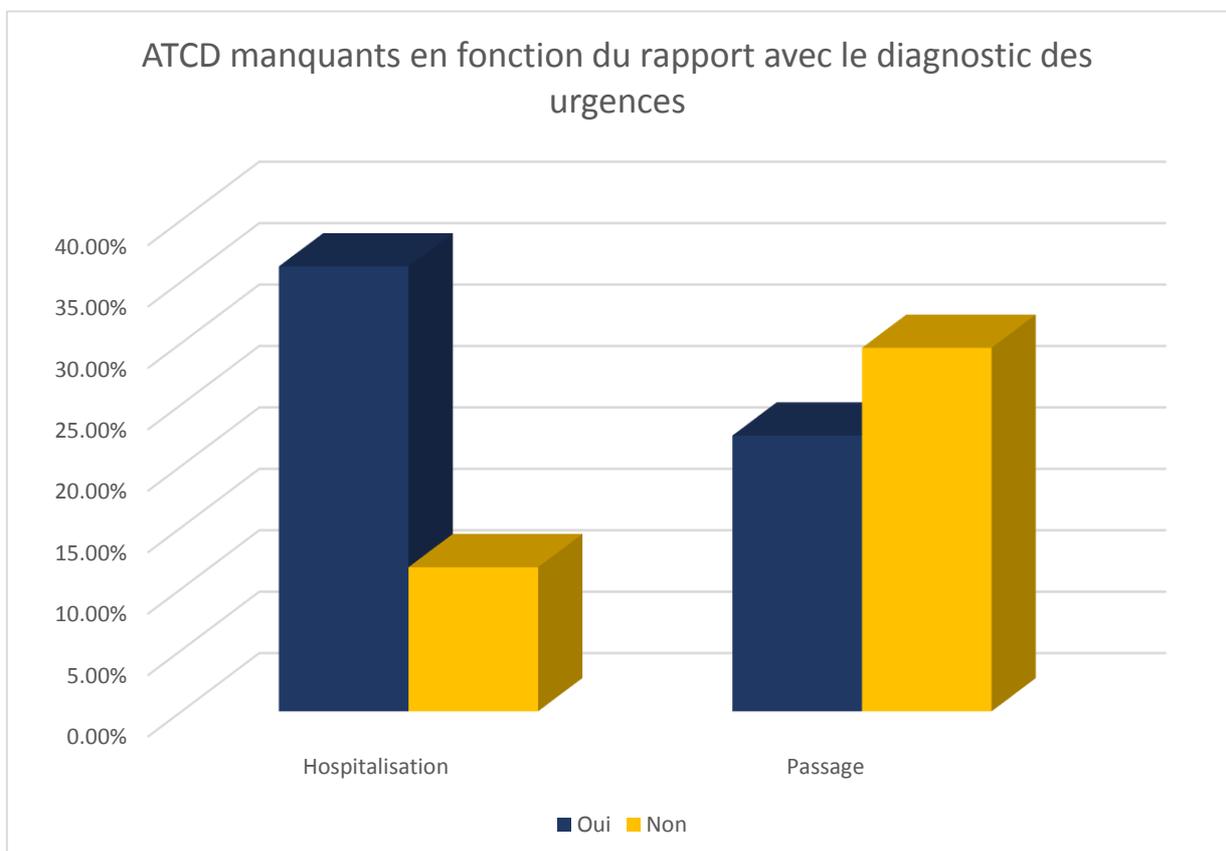


Le pourcentage de patients hospitalisés (47,96%) est proche de celui des patients ayant effectué un simple passage aux urgences (52,04%).

ATCD en rapport avec le diagnostic des urgences	Hospitalisation		Hospitalisation TOTAL	Passage non trauma		Passage TOTAL	TOTAL GENERAL
	non trauma	trauma		non trauma	trauma		
NON	11,7%	0,0%	11,7%	18,9%	10,7%	29,6%	41,3%
OUI	32,7%	3,5%	36,2%	15,8%	6,6%	22,4%	58,7%
TOTAL GENERAL	44,4%	3,5%	47,9%	34,7%	17,3%	52,0%	100,0%

Les antécédents manquants sont plus souvent en rapport avec le diagnostic des urgences lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation (36,22% versus 11,73%).

C'est l'inverse lorsqu'il s'agit d'un simple passage aux urgences ou autrement dit lorsque les patients retournent à leur domicile (22,45% versus 29,59%). (Chi<sup>2</sup>=20,74, p<0,001)



## 5. 8 Impact du niveau de gravité sur le degré de connaissance des antécédents.

Nous avons utilisé la classification clinique des malades des urgences afin d'établir des groupes de population en fonction du degré de gravité des diagnostics établis aux urgences.

### **Classification clinique des malades des urgences (CCMU) :**

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

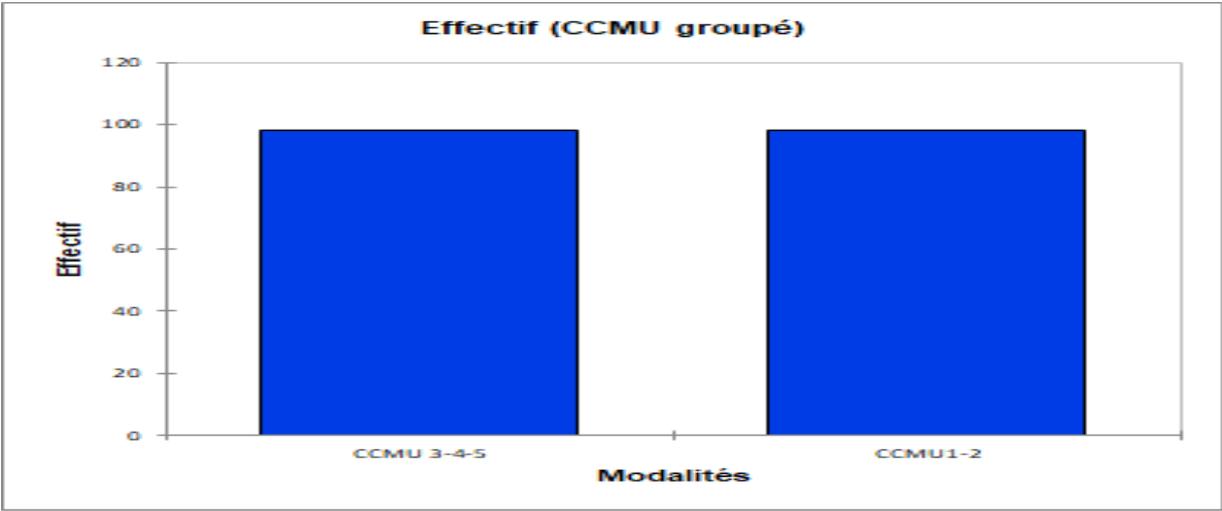
**CCMU 2** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

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

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

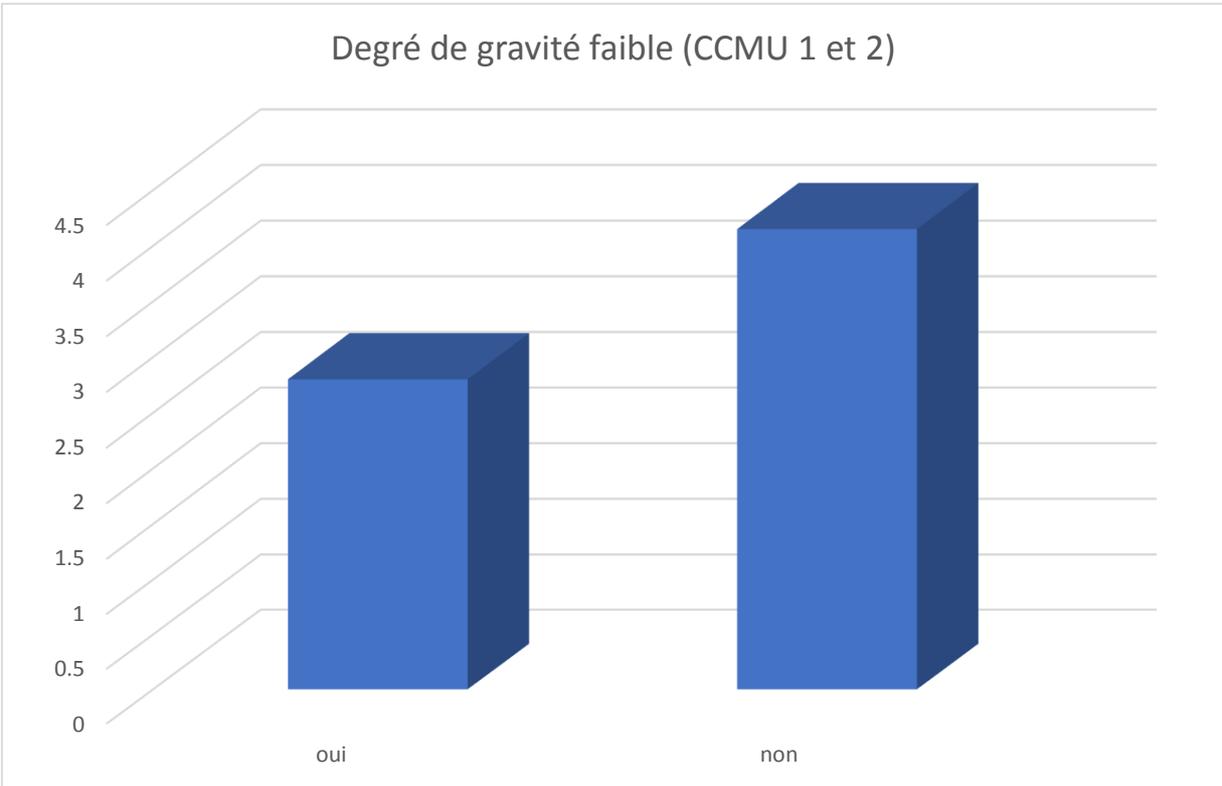
**CCMU 5** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

Il y avait autant de patients dans le groupe CCMU 1 et 2 que dans le groupe CCMU 3,4 et 5 soit exactement 50% avec un IC95% [43-57].



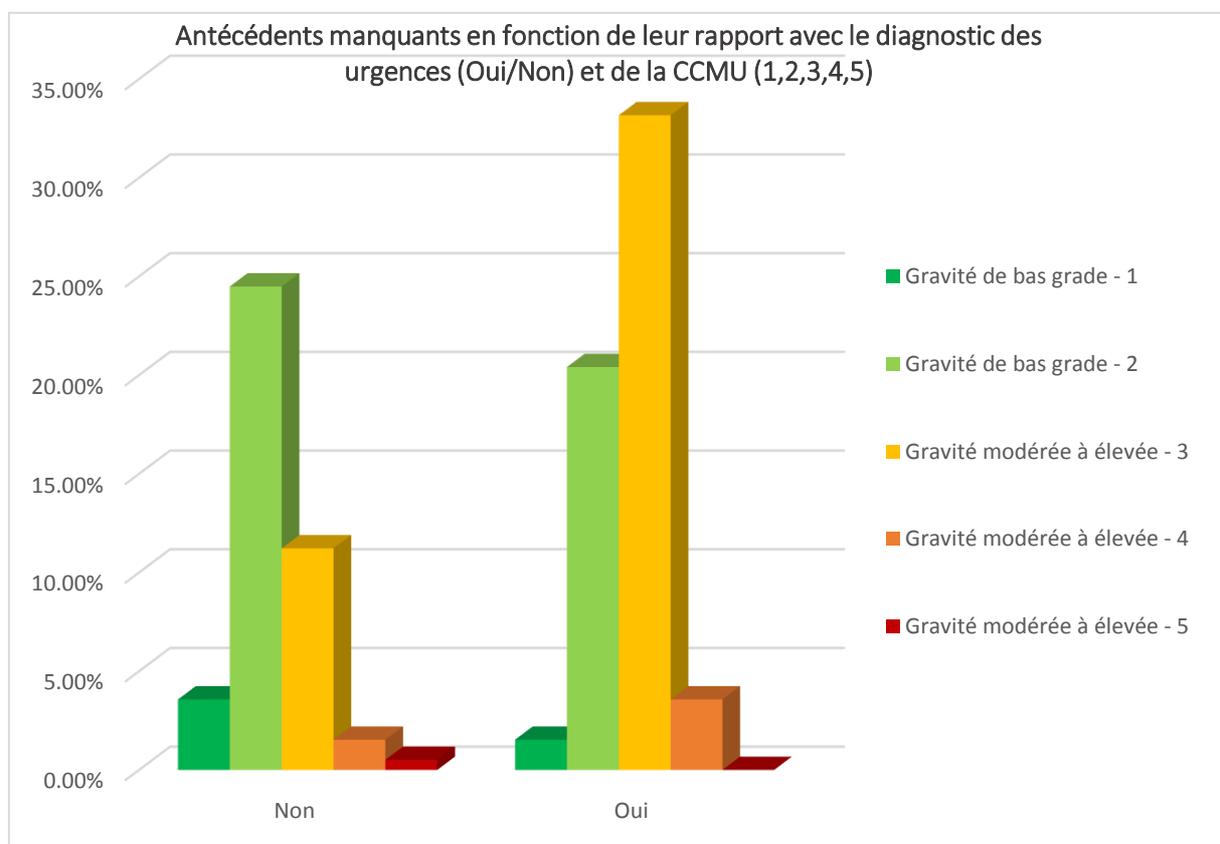
Il y avait moins d'antécédents manquants lorsque le niveau de gravité était faible (CCMU 1 et 2).

Cette différence est statistiquement significative (Ecart réduit=3,47,  $p < 0,01$ ).



Lorsque l'on analyse les niveaux de gravité en fonction de la CCMU, on constate que quand la gravité était modérée (CCMU 3), les antécédents manquants étaient principalement en rapport avec le diagnostic des urgences.

Pour les autres niveaux de gravité, les pourcentages d'antécédents manquants en rapport avec le diagnostic des urgences étaient semblables à ceux des antécédents manquants sans rapport avec le diagnostic des urgences.



50% des patients étaient concernés par un diagnostic de gravité faible (CCMU 1 et 2) et 50% des patients étaient concernés par un diagnostic de gravité modérée à élevée. Nous avons ainsi constitué deux groupes comparables en termes d'effectifs.

ATCDT	CCMU							Total général
	peu élevée		peu élevée : Total	CCMU moyenne à élevée			CCMU moyenne à élevée : Total	
en rapport avec le diagnostic aux urgences	1	2		3	4	5		
Non	3,57%	24,49%	28,06%	11,22%	1,53%	0,51%	13,27%	41,33%
Oui	1,53%	20,41%	21,94%	33,16%	3,57%	0,00%	36,73%	58,67%
<b>Total général</b>	<b>5,10%</b>	<b>44,90%</b>	<b>50,00%</b>	<b>44,39%</b>	<b>5,10%</b>	<b>0,51%</b>	<b>50,00%</b>	<b>100,00%</b>

ATCDT	CCMU							Total général
	peu élevée		peu élevée : Total	CCMU moyenne à élevée			CCMU moyenne à élevée : Total	
en rapport avec le diagnostic aux urgences	1	2		3	4	5		
Non	7	48	55	22	3	1	26	81
Oui	3	40	43	65	7		72	115
<b>Total général</b>	<b>10</b>	<b>88</b>	<b>98</b>	<b>87</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>98</b>	<b>196</b>

Le pourcentage d'antécédents manquants en rapport avec le diagnostic des urgences (28,06%) était équivalent au pourcentage d'antécédents manquants sans rapport avec le diagnostic des urgences dans le groupe de gravité de bas grade (CCMU 1 et 2).

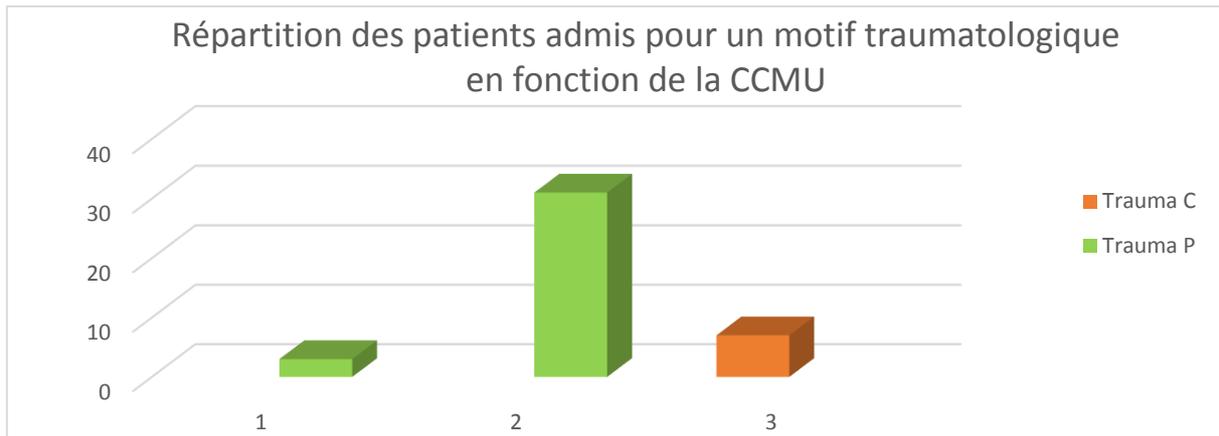
Il y avait plus d'antécédents manquants en rapport avec le diagnostic des urgences dans le groupe de gravité modérée à élevée (CCMU 3, 4 et 5) soit 36,73% d'antécédents manquants en rapport avec le diagnostic des urgences versus 13,27% d'antécédents manquants sans rapport avec le diagnostic des urgences.

Ces différences sont statistiquement significatives ( $\chi^2=17,70$ ,  $p<0,001$ ).

Il y a plus d'antécédents manquants pour les CCMU 3 à 5 et ils ont plus fréquemment en rapport avec le diagnostic des urgences. Le degré de connaissance des patients plus grave est donc moins bon.

## 5.9 Impact du motif de consultation (traumatologique ou non) sur le degré de connaissance des antécédents

Nous nous sommes intéressés à l'impact des motifs d'admission traumatologiques ou non sur le degré de connaissance des antécédents en raison du lien manifestement existant entre ce paramètre et le degré de gravité des diagnostics des urgences (CCMU).



Trauma C = trauma hospitalisé pour chirurgie ; Trauma P = trauma passage

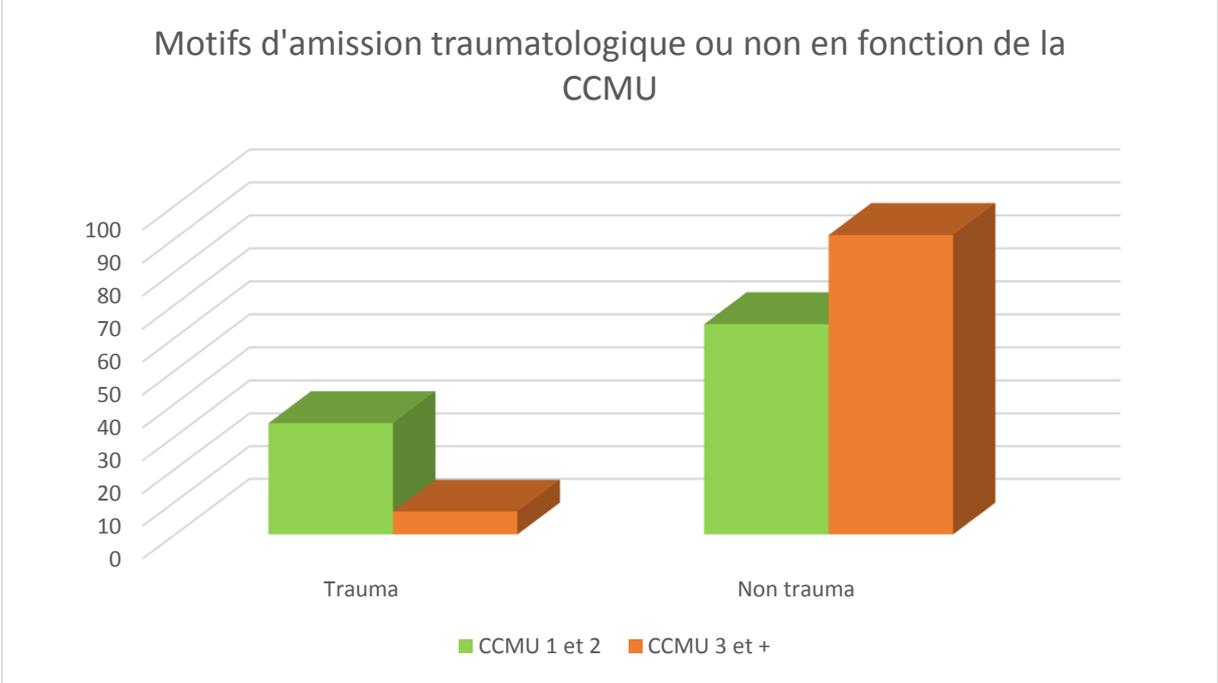
Nous avons en effet constaté que le degré de gravité différait selon le motif de consultation.

CCMU	Trauma		Total général
	C	P	
1		3	3
2		31	31
3	7		7
<b>Total général</b>	<b>7</b>	<b>34</b>	<b>41</b>

Il n'y avait pas de CCMU élevée (4 et 5) parmi les patients hospitalisés pour un motif traumatologique et très peu de CCMU 3.

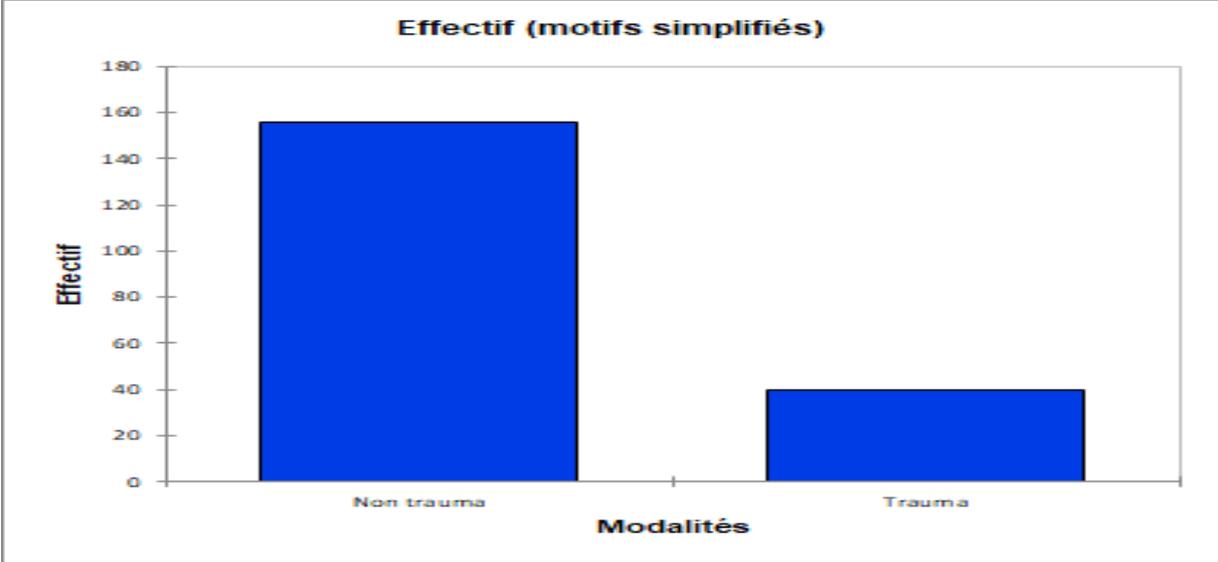
	Trauma	Non trauma	Total
CCMU 1 et 2	34	64	98
CCMU 3 et +	7	91	98
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>155</b>	<b>196</b>

Les CCMU des motifs d'admission d'ordre non traumatologique étaient plus élevées que celles des motifs d'admission autres. Cette différence est statistiquement significative ( $\chi^2=22,48$   $p<0,001$ ).

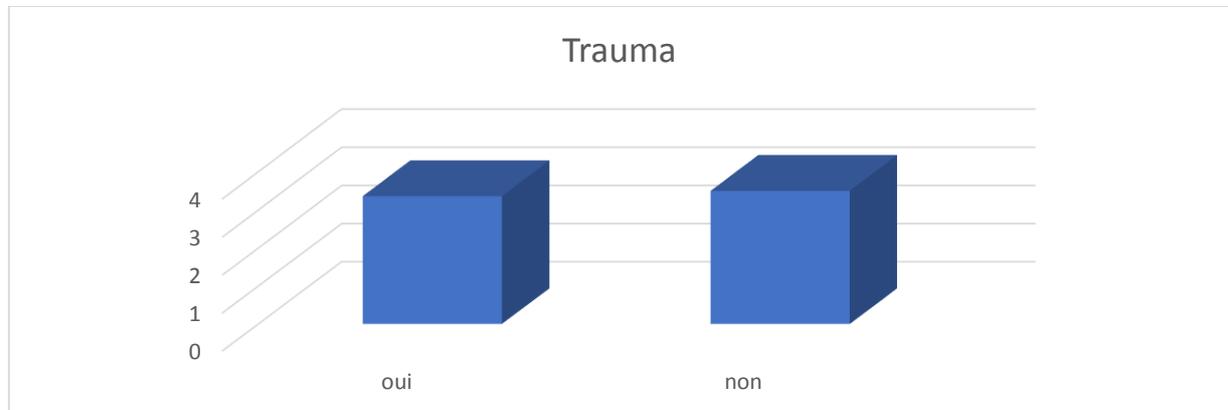


Ainsi, les patients admis pour un motif traumatologique sont « moins graves » que les autres. A partir de ce constat, quel est l'impact du motif d'admission (traumatologique ou non) sur le degré de connaissance des antécédents ?

La majorité des motifs de consultation n'étaient pas d'ordre traumatologique soit 79,0% avec un IC95% [73,9-85,2].



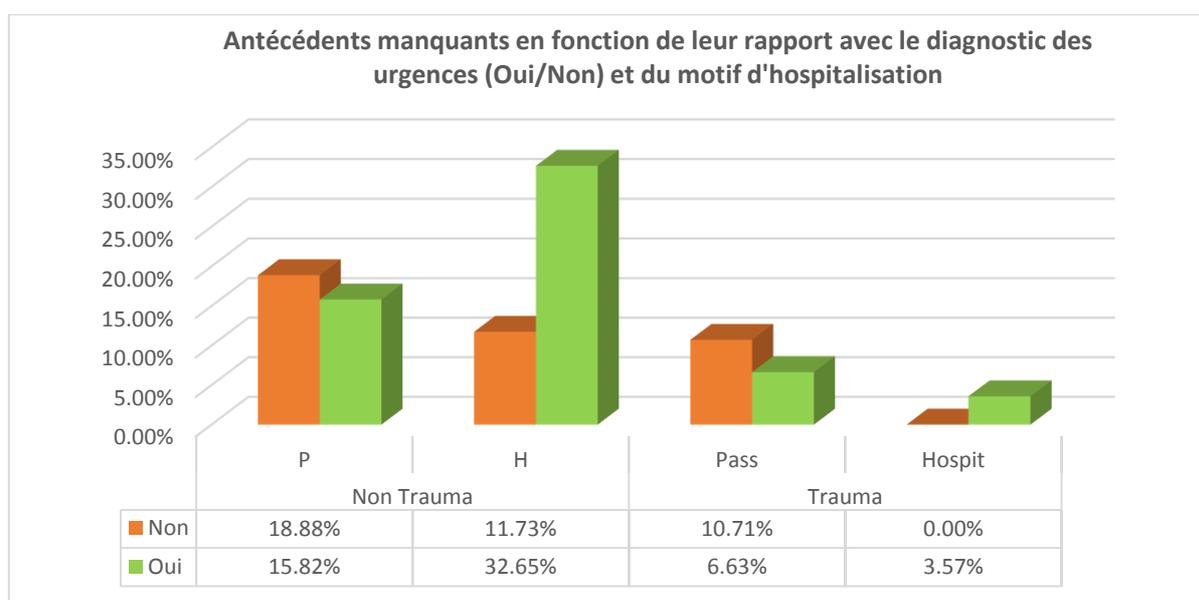
La moyenne du nombre d'antécédents manquants était de 3,4 lorsque le patient consultait pour un motif d'ordre traumatologique et de 3,5 lorsqu'il consultait pour un autre motif mais cette différence n'était pas significative (Ecart réduit = 0,89 et  $p < 0,38$ ).



Les patients étaient plus souvent hospitalisés lorsqu'ils étaient admis pour un motif non traumatologique.

Chez les patients hospitalisés ayant consulté pour un motif non traumatologique, il y avait plus d'antécédents manquants en rapport avec le diagnostic des urgences (32,61% versus 17,73%).

En revanche lorsque les patients qui étaient admis pour un motif non traumatologique rentraient à domicile, les antécédents manquants étaient moins souvent en rapport avec le diagnostic des urgences (15,82% versus 18,88%).



Tous les antécédents manquants chez les patients hospitalisés consultant pour un motif traumatologique étaient en rapport avec le diagnostic d'entrée.

Il manquait, par exemple, un ou plusieurs antécédents de chute chez les patients admis pour une entorse ou une fracture post chute.

Nous avons également considéré pertinent de tenir compte des antécédents manquants tels que les cardiopathies à fraction d'éjection altérée lorsque le traumatisme nécessitait une intervention chirurgicale sous anesthésie générale.

De même que pour les patients admis pour un motif non traumatologique, les antécédents des patients admis pour un motif traumatologique étaient moins souvent en rapport avec le diagnostic des urgences lorsqu'ils rentraient à domicile (6,63% versus 10,71%).

ATCDT en rapport avec le diagnostic aux urgences	Non Trauma		Non Trauma Total	Trauma		Trauma Total	Total général
	P	H		Hospit	Pass		
	Non	18,88%	11,73%	30,61%	0,00%	10,71%	10,71%
Oui	15,82%	32,65%	48,47%	3,57%	6,63%	10,20%	58,67%
<b>Total général</b>	<b>34,69%</b>	<b>44,39%</b>	<b>79,08%</b>	<b>3,57%</b>	<b>17,35%</b>	<b>20,92%</b>	<b>100,00%</b>

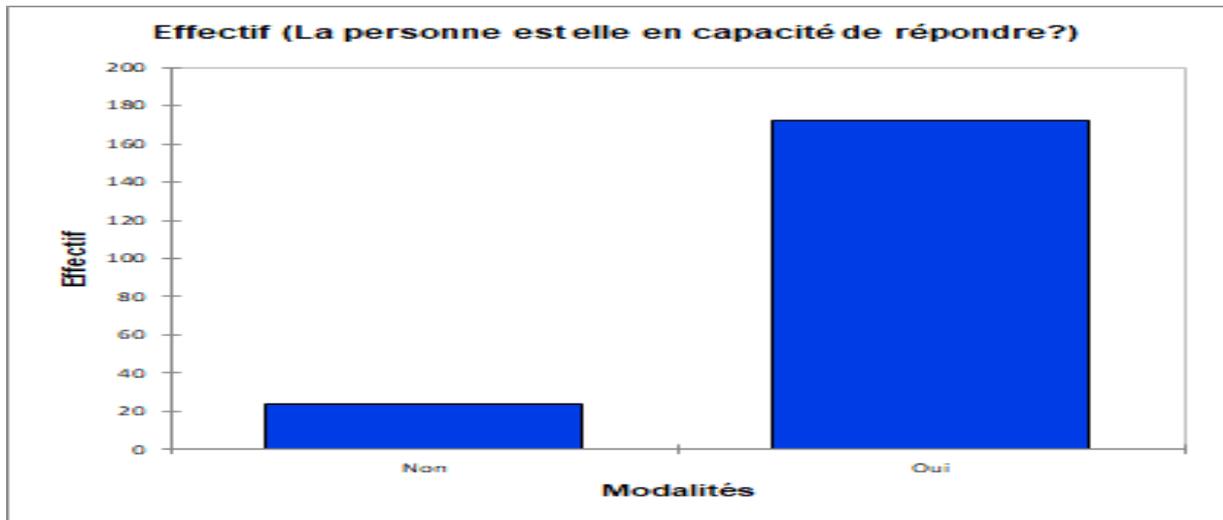
Lorsque l'on considérait l'ensemble des patients admis pour un motif non traumatologique, la majorité des antécédents manquants étaient en rapport avec le diagnostic des urgences (48,47% versus 30,61%).

Chez les patients admis pour un motif d'ordre traumatologique les pourcentages d'antécédents en rapport ou non avec le diagnostic des urgences étaient semblables (10,20 versus 10,71%).

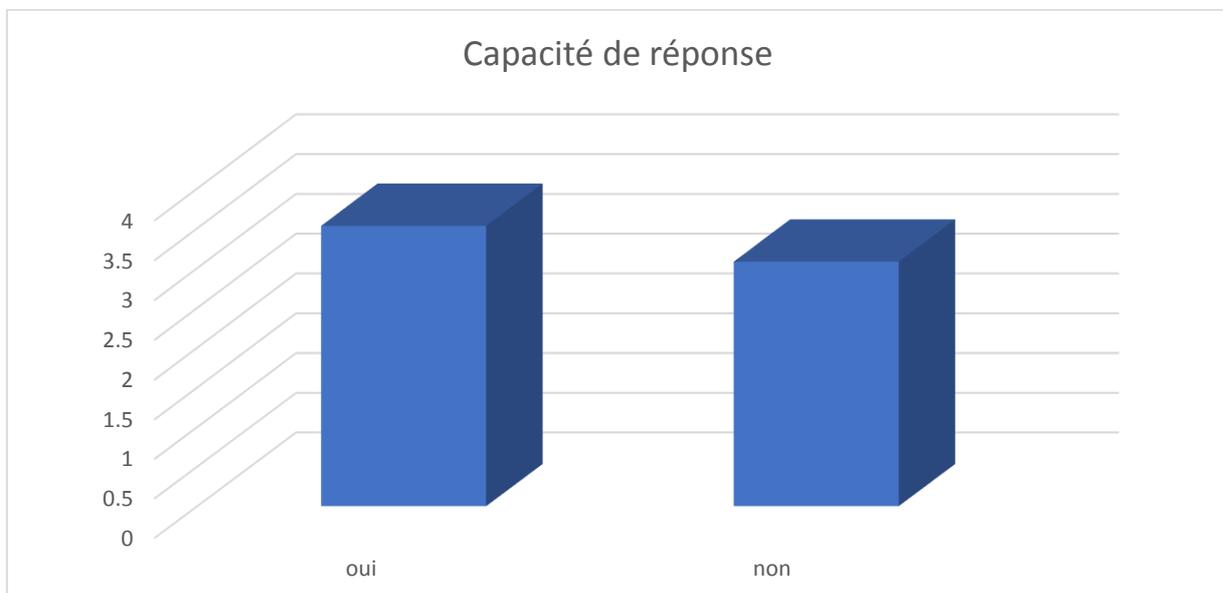
Les différences observées entre ces deux sous-groupes (trauma versus non trauma) ne sont cependant pas statistiquement significatives ( $\chi^2=2,05$ ,  $p<0,20$ ).

## 5. 10 Impact de la capacité à répondre aux questions sur le degré de connaissance des antécédents.

La majorité des patients était en capacité de répondre aux questions soit 87,76% avec un IC95% [83,2-92,3].



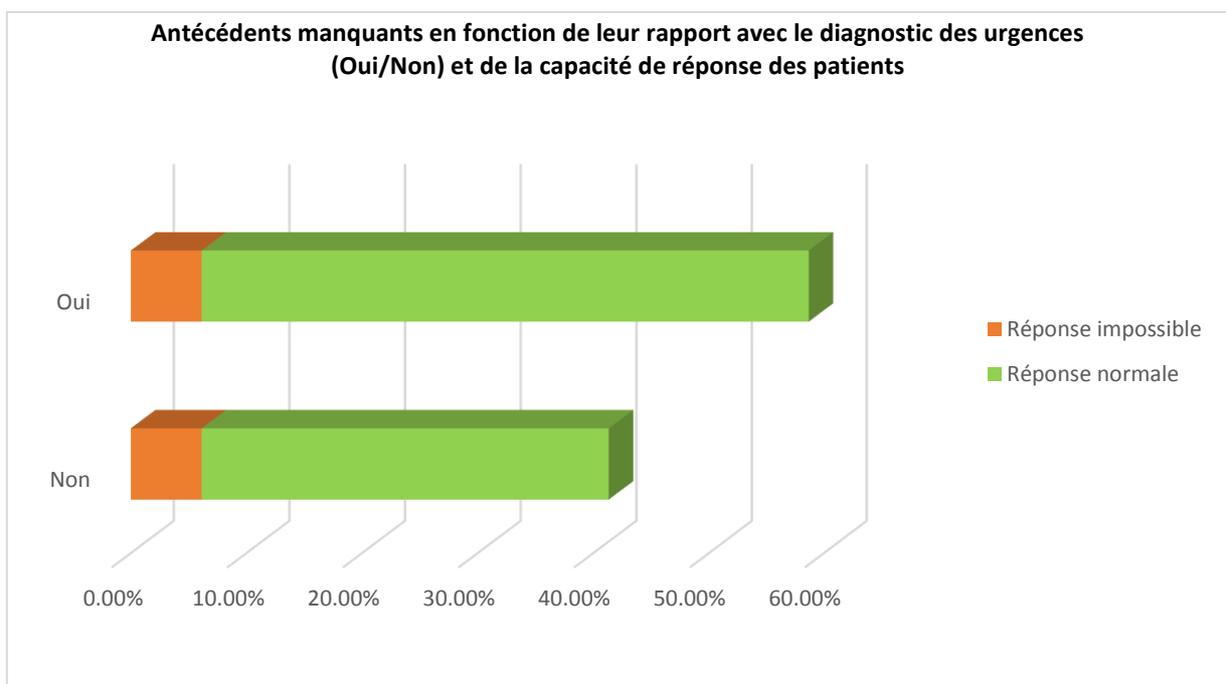
La moyenne du nombre d'antécédents manquants était de 3,5 lorsque le patient était en capacité de répondre aux questions et de 3,1 dans le cas contraire mais cette différence n'était pas significative (Ecart réduit = 0,75 et  $p < 0,45$ ).



ATCDT			
en rapport avec le diagnostic aux urgences	Réponse impossible	Réponse normale	Total général
Non	12	69	81
Oui	12	103	115
<b>Total général</b>	<b>24</b>	<b>172</b>	<b>196</b>

Lorsque les patients étaient en mesure de répondre aux questions, il y avait proportionnellement plus d'antécédents manquants en rapport avec le diagnostic d'entrée (52,55% versus 35,20%).

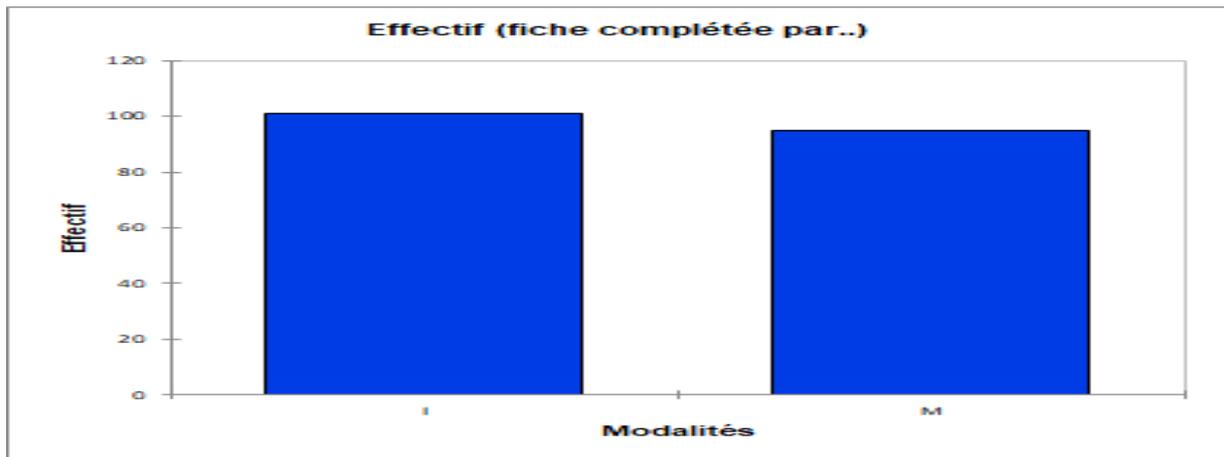
Lorsque les patients n'étaient pas en mesure de répondre aux questions, il y avait autant d'antécédents manquants en rapport avec le diagnostic des urgences que d'antécédent sans rapport avec le diagnostic des urgences (6,12% dans les deux cas).



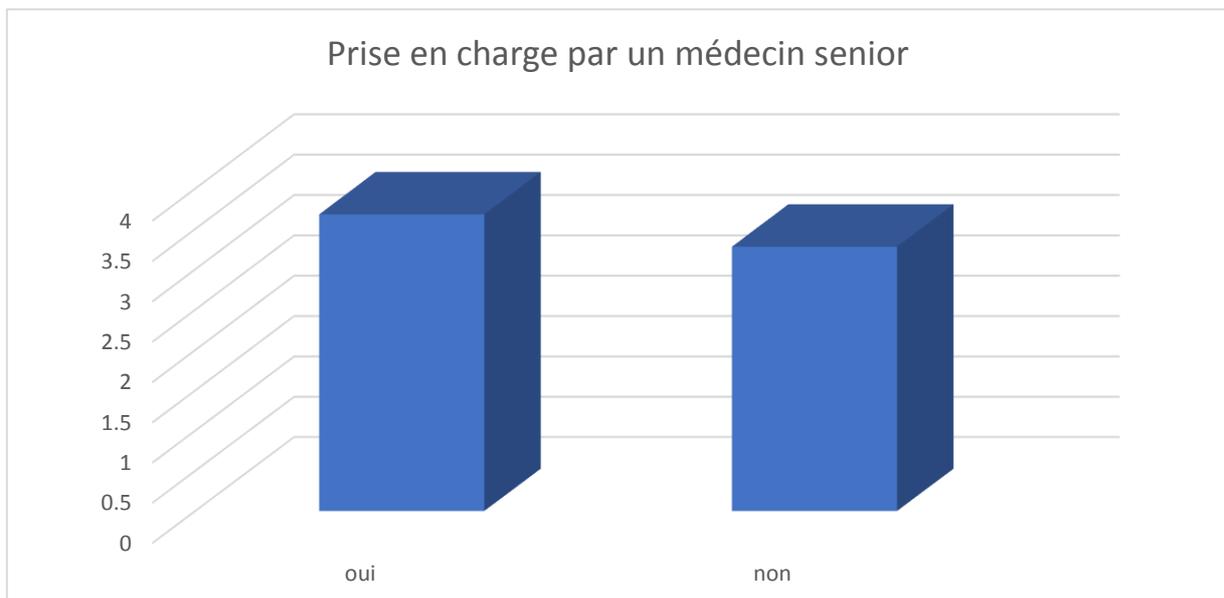
Ces différences ne sont cependant pas statistiquement significatives ( $\chi^2=0,83$ ,  $p<0,5$ ).

### 5.11 Impact de la prise en charge par un interne ou par un médecin senior sur le degré de connaissance des antécédents.

48,47% des patients ont été pris en charge par un médecin senior avec un IC95% [41,5-55,5].



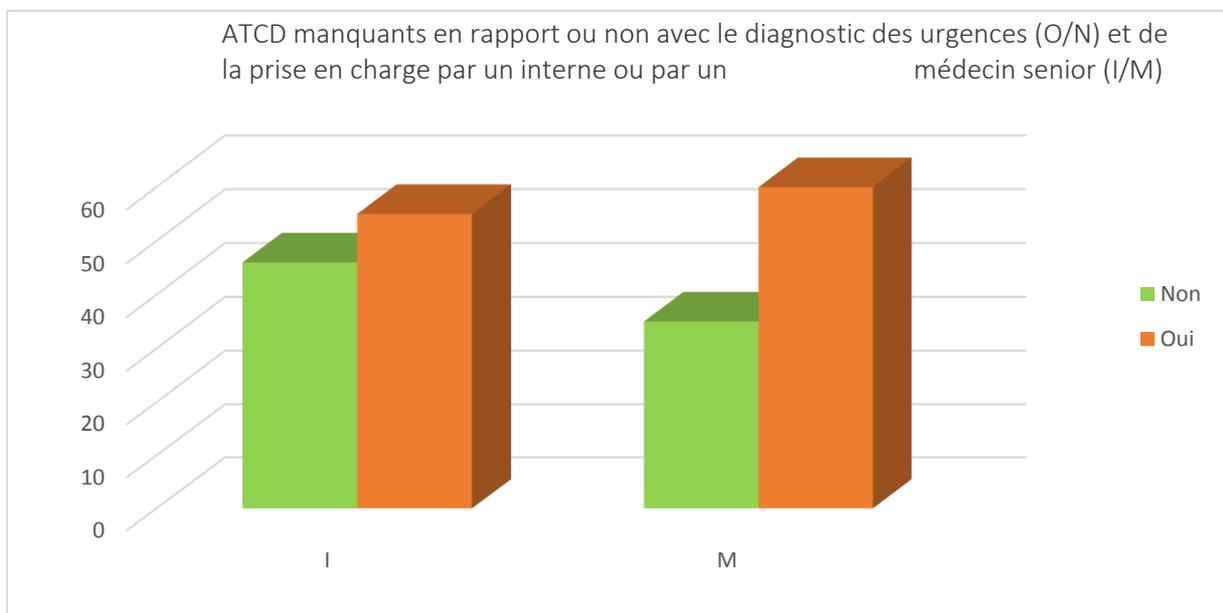
La moyenne du nombre d'antécédents manquants était de 3,7 lorsque le patient était pris en charge par un médecin senior et de 3,3 lorsqu'il était pris en charge par un interne mais cette différence n'était pas significative (Ecart réduit = 1,01 et  $p < 0,32$ ).



ATCDT			
en rapport avec le diagnostic aux urgences	I	M	Total général
Oui	28,06%	30,61%	58,67%
Non	23,47%	17,86%	41,33%
<b>Total général</b>	<b>51,53%</b>	<b>48,47%</b>	<b>100,00%</b>

Lorsque les patients avaient été pris en charge par un interne le pourcentage d'antécédents manquants en rapport avec le diagnostic des urgences (28,06%) était proche du pourcentage d'antécédents manquants sans rapport avec le diagnostic des urgences (23,47%).

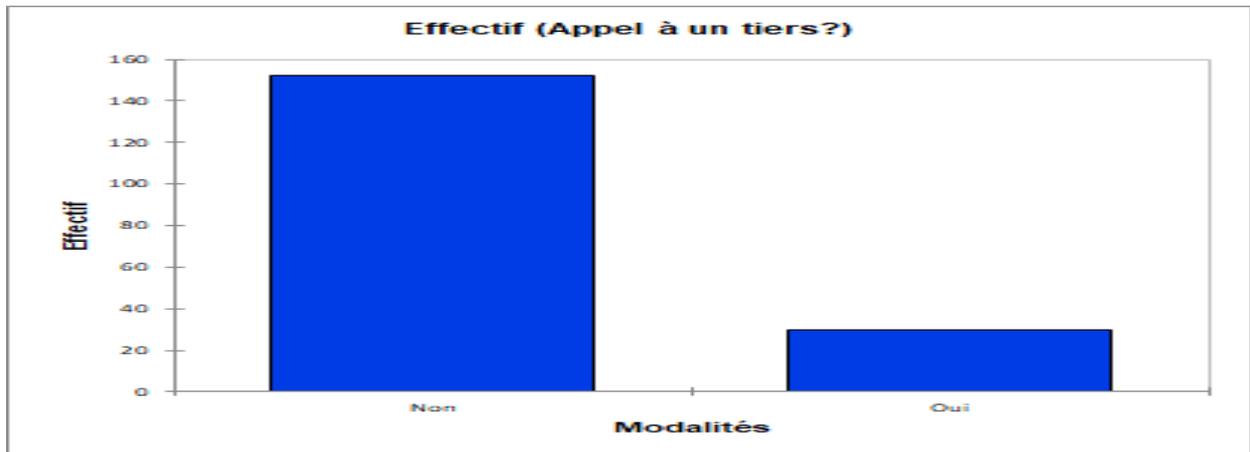
Lorsque les patients avaient été pris en charge par un médecin senior, le pourcentage d'antécédents manquants en rapport avec le diagnostic des urgences était plus élevé par rapport à celui des antécédents manquants sans rapport avec le diagnostic des urgences (30,61% versus 17,86%).



Ces différences ne sont cependant pas statistiquement significatives ( $\chi^2=1,49$ ,  $p<0,30$ ).

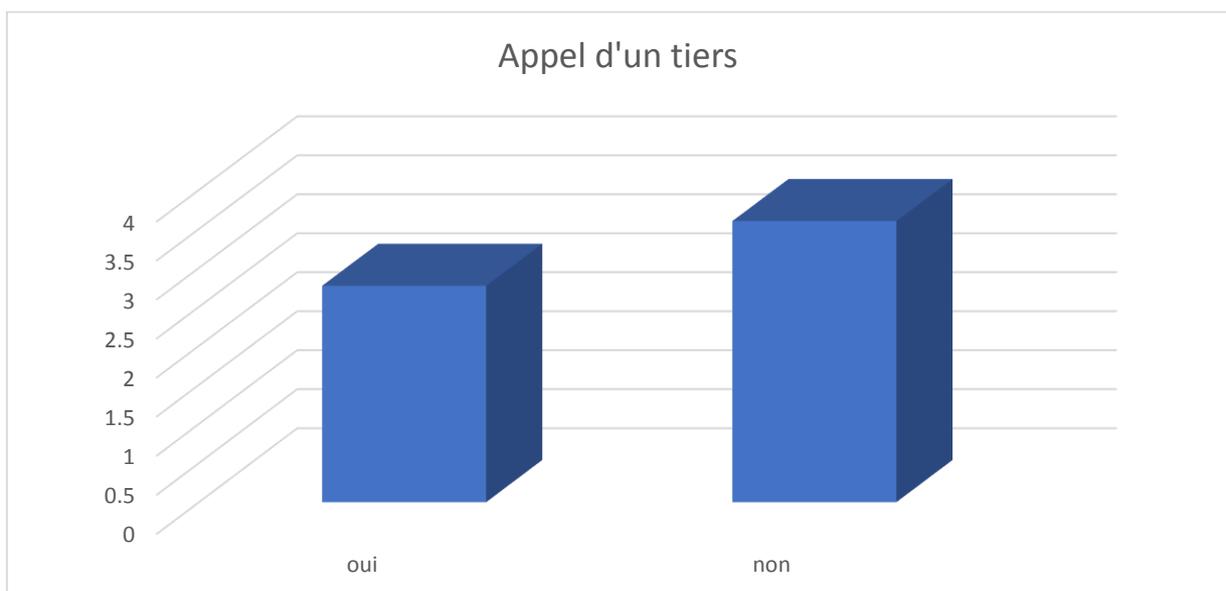
### 5.12 Impact de l'appel à un tiers pour compléter le dossier sur le degré de connaissance des antécédents.

Dans la plupart des cas, les urgentistes n'avaient appelé personne soit 84,69% avec un IC95% [78,1-88,9].



Il y avait moins d'antécédents manquants lorsqu'un tiers avait été appelé lors de la prise en charge aux urgences (médecin traitant, EHPAD ou proche) soit une moyenne de 2,8 antécédents manquants versus 3,6 lorsqu'il que personne n'avait été appelé.

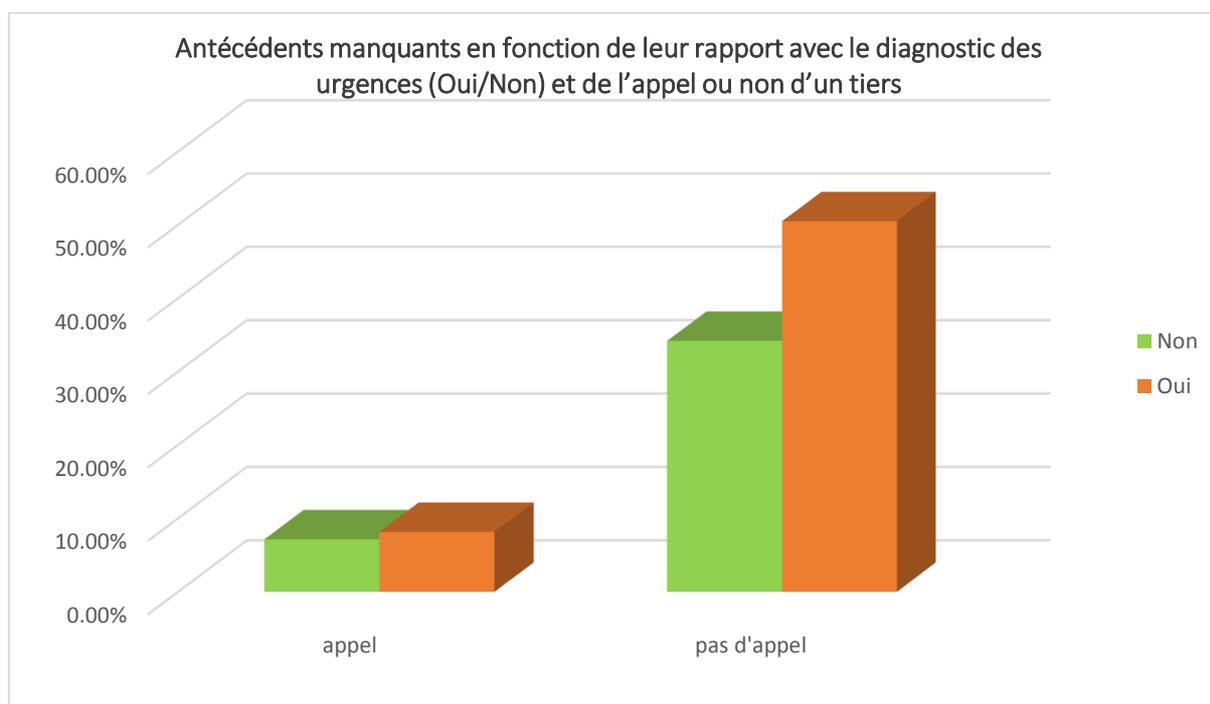
La comparaison des moyennes du nombre d'antécédents manquants en fonction de l'appel ou non d'un tiers lors de la prise en charge aux urgences est statistiquement significative (Ecart réduit=2,  $p < 0,05$ ).



APPEL D'UN TIERS	ATCDT en rapport avec le diagnostic des urgences		Total général
	Oui	Non	
appel	8,16%	7,14%	15,31%
pas d'appel	50,51%	34,18%	84,69%
<b>Total général</b>	<b>58,67%</b>	<b>41,33%</b>	<b>100,00%</b>

Lorsqu'un tiers avait été appelé (15,31%), le pourcentage d'antécédents manquants en rapport avec le diagnostic des urgences (8,16%) est équivalent à celui des antécédents manquants sans rapport avec le diagnostic des urgences.

En revanche, lorsque personne n'avait été appelé le pourcentage d'antécédents en rapport avec le diagnostic des urgences est plus important (50,51%) que celui des antécédents sans rapport avec le diagnostic des urgences (34,18%).



Ces différences ne sont cependant pas statistiquement significatives ( $\chi^2=0,42$ ,  $p<0,5$ ).

### 5.13 Impact du degré d'autonomie sur le degré de connaissance des antécédents.

L'évaluation du degré d'autonomie a été établie à partir de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources).

La grille nationale AGGIR permet de mesurer le degré de perte d'autonomie de la personne âgée. Les degrés de perte d'autonomie sont classés en 6 groupes dits "iso-ressources" (GIR).

Elle mesure les capacités de la personne âgée à accomplir :

- 10 activités corporelles et mentales, dites *activités discriminantes*,
- 7 activités domestiques et sociales, dites *activités illustratives*.

Seules les 10 activités *discriminantes* sont utilisées pour déterminer le GIR dont relève la personne âgée.

Les 7 activités *illustratives* sont destinées à apporter des informations complémentaires à l'évaluateur pour mieux appréhender la situation globale de la personne.

La grille AGGIR est intégrée à un référentiel d'évaluation qui permet de recueillir l'ensemble des informations nécessaires à l'élaboration du plan d'aide de la personne âgée.

Activités corporelles et mentales (dites "discriminantes")

- Communiquer verbalement et/ou non verbalement, agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société
- Se repérer dans l'espace et le temps
- Faire sa toilette
- S'habiller, se déshabiller
- Se servir et manger
- Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale
- Se lever, se coucher, s'asseoir, passer de l'une de ces 3 positions à une autre
- Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie

- Se déplacer en dehors du lieu de vie
- Utiliser un moyen de communication à distance (téléphone, alarme, sonnette, etc.) dans le but d'alerter en cas de besoin

Activités domestiques et sociales (dites "illustratives")

- Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis
- Gérer ses affaires, son budget et ses biens, reconnaître la valeur monétaire des pièces et des billets, se servir de l'argent et connaître la valeur des choses, effectuer les démarches administratives, remplir les formulaires
- Effectuer l'ensemble des travaux ménagers courants
- Utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel
- Acheter volontairement des biens
- Respecter l'ordonnance du médecin et gérer soi-même son traitement
- Pratiquer volontairement, seul ou en groupe, diverses activités de loisir

En fonction de son degré de perte d'autonomie, la personne âgée est classée selon son GIR.

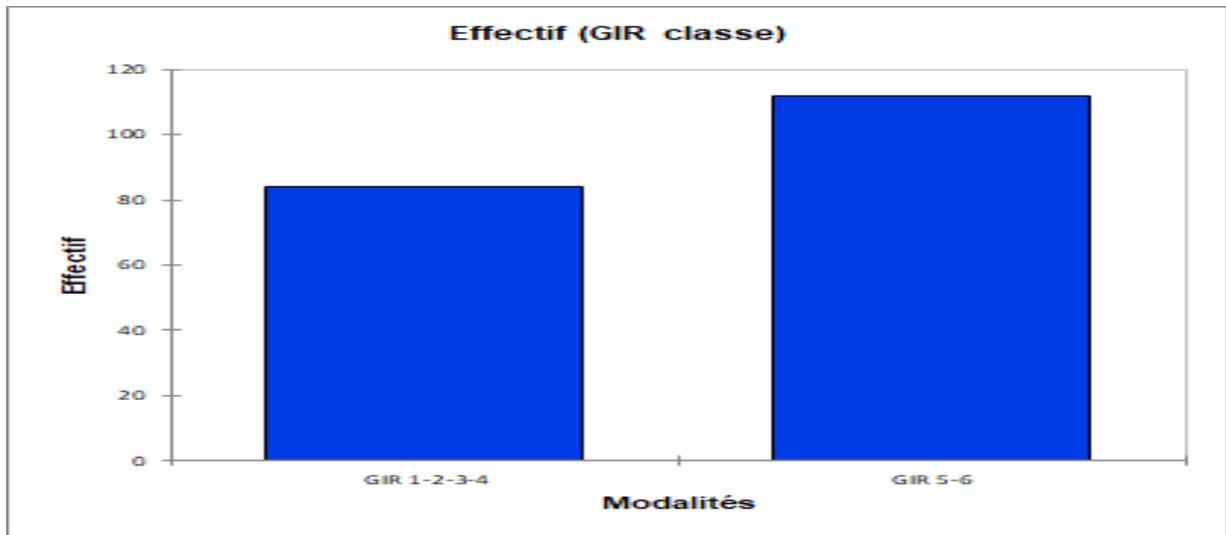
Il existe 6 GIR.

Seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

GRILLE AGGIR :

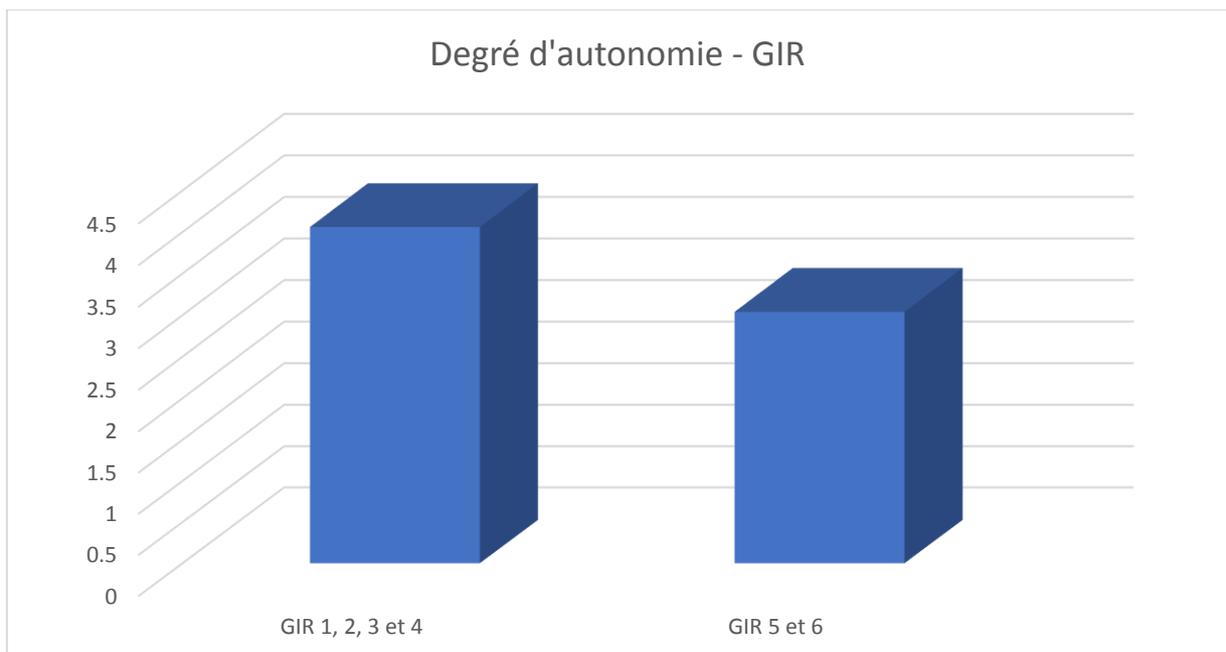
Groupes iso-ressources	Degrés de dépendance et aide adéquate
GIR 1	<p>Fonctions intellectuelles et motrices gravement altérées : individu en fin de vie, ou immobilisé dans un lit ou dans un fauteuil et dont les facultés mentales sont très atteintes.</p> <p><i>Nécessite une présence constante car la personne est totalement dépendante.</i></p>
GIR 2	<p>Fonctions intellectuelles ou motrices sérieusement altérées : individu immobilisé mais dont les facultés intellectuelles sont intactes, ou individu pouvant se déplacer mais dont les facultés mentales sont atteintes.</p> <p><i>Nécessite la présence d'une tierce personne quasi constante.</i></p>
GIR 3	<p>Fonctions motrices altérées : individu qui ne peut effectuer certains gestes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se lever, se coucher...) mais qui a conservé toutes ses facultés mentales.</p> <p><i>Nécessite une aide partielle mais quotidienne pour les gestes de la vie quotidienne.</i></p>
GIR 4	<p>Fonctions motrices légèrement altérées : individus pouvant effectuer les gestes de la vie quotidienne mais qui ne peut pas se déplacer seul ou, individu qui peut se déplacer seul mais qui ne peut pas effectuer certains gestes.</p> <p><i>Nécessite une aide partielle et éventuellement quotidienne selon les cas.</i></p>
GIR 5	<p>Fonctions motrices occasionnellement diminuées.</p> <p>Nécessite une aide occasionnelle uniquement pour certains gestes.</p>
GIR 6	Personnes autonomes.

Les patients relevant d'un GIR compris entre 1 et 4 représentaient 42,9% des patients admis avec un IC 95% [35,8-49,8].



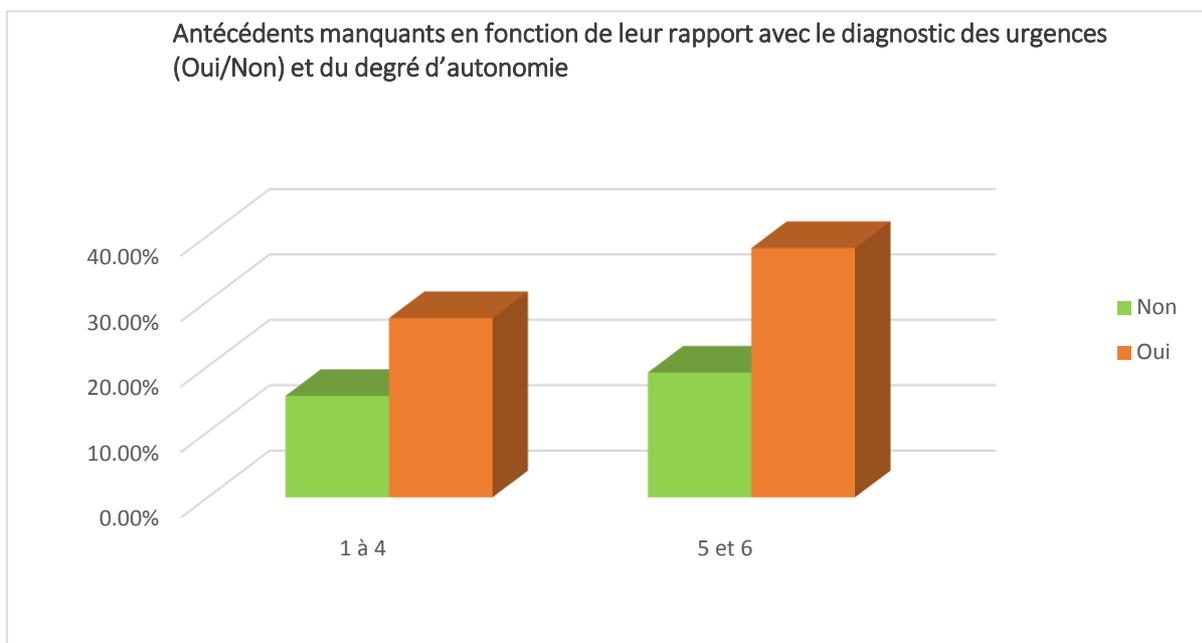
Il y avait moins d'antécédents manquants lorsque le degré d'autonomie était plus élevé (GIR 5 et 6) c'est-à-dire pour les catégories ne relevant pas d'une aide personnalisée d'autonomie.

La comparaison des moyennes du nombre d'antécédents manquants en fonction du niveau d'autonomie est statistiquement significative (Ecart réduit = 2,48,  $\alpha < 0,02$ ).



Degré d'autonomie en fonction du GIR	ATCD en rapport ou non avec le diagnostic des urgences		TOTAL GENERAL
	NON	OUI	
1 à 4	15,5%	27,4%	42,9%
5 et 6	19,0%	38,1%	57,1%
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>34,5%</b>	<b>65,5%</b>	<b>100,0%</b>

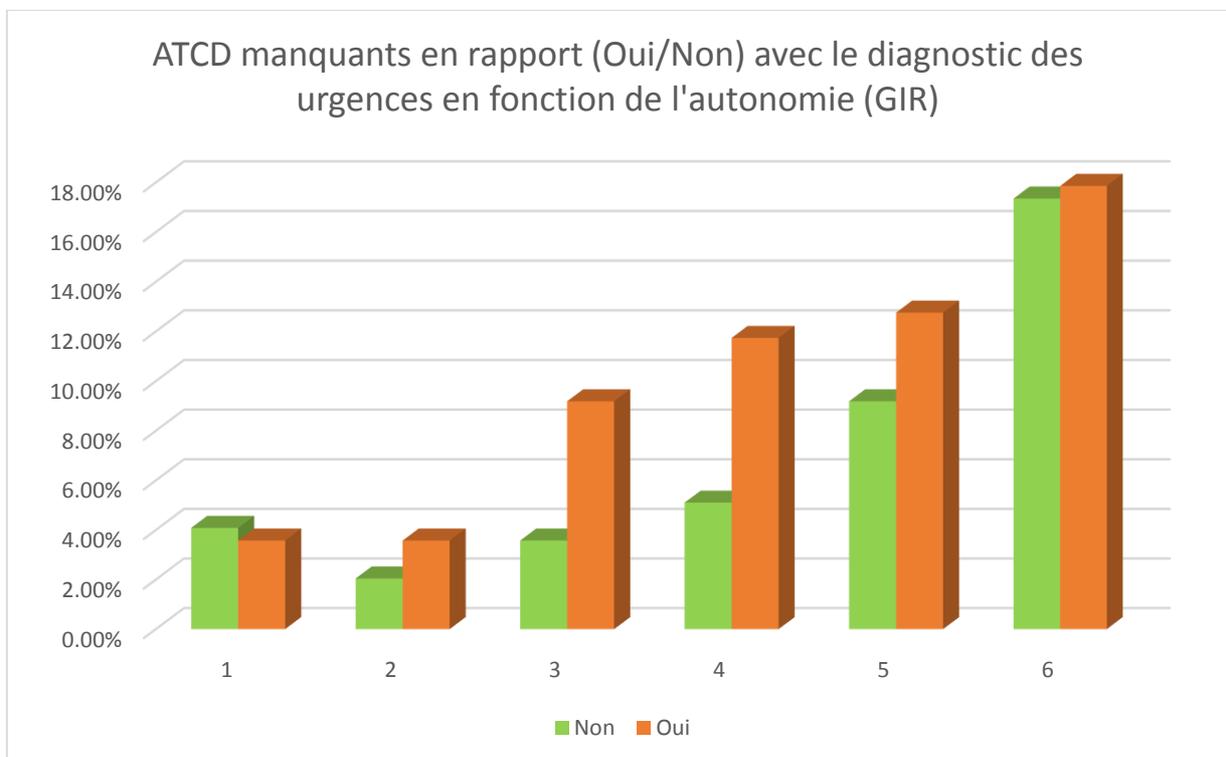
Les antécédents manquants étaient plus souvent en rapport avec le diagnostic des urgences que le niveau d'autonomie relève de l'APA (GIR 1 à 4) ou non (GIR 5 et 6).



Ces différences ne sont cependant pas statistiquement significatives ( $\chi^2=0,16$ ,  $p<0,90$ ).

L'analyse des données par niveau de GIR et non plus en sous-groupes retrouve des pourcentages d'antécédents manquants plus élevés lorsque ces derniers étaient en rapport avec le diagnostic des urgences sauf pour les personnes appartenant au GIR1.

ATCDT en rapport avec le diagnostic des urgences	GIR						Total général
	1	2	3	4	5	6	
Non	4,08%	2,04%	3,57%	5,10%	9,18%	17,35%	41,33%
Oui	3,57%	3,57%	9,18%	11,73%	12,76%	17,86%	58,67%
<b>Total général</b>	<b>7,65%</b>	<b>5,61%</b>	<b>12,76%</b>	<b>16,84%</b>	<b>21,94%</b>	<b>35,20%</b>	<b>100,00%</b>



### 5.13 Evaluation de la durée d'hospitalisation en fonction du degré d'autonomie sur le degré de connaissance des antécédents.

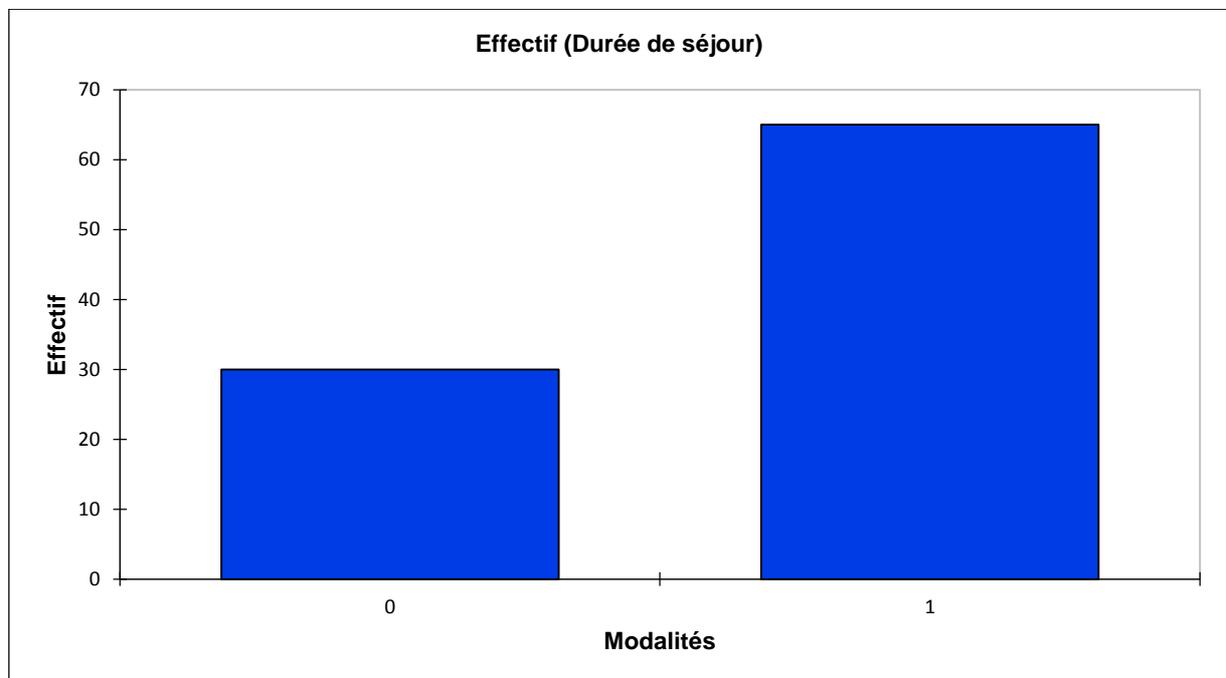
La durée moyenne d'hospitalisation à l'UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) était de 2,3+/- 5,1 jours.

95 patients avaient été hospitalisés sur 196.

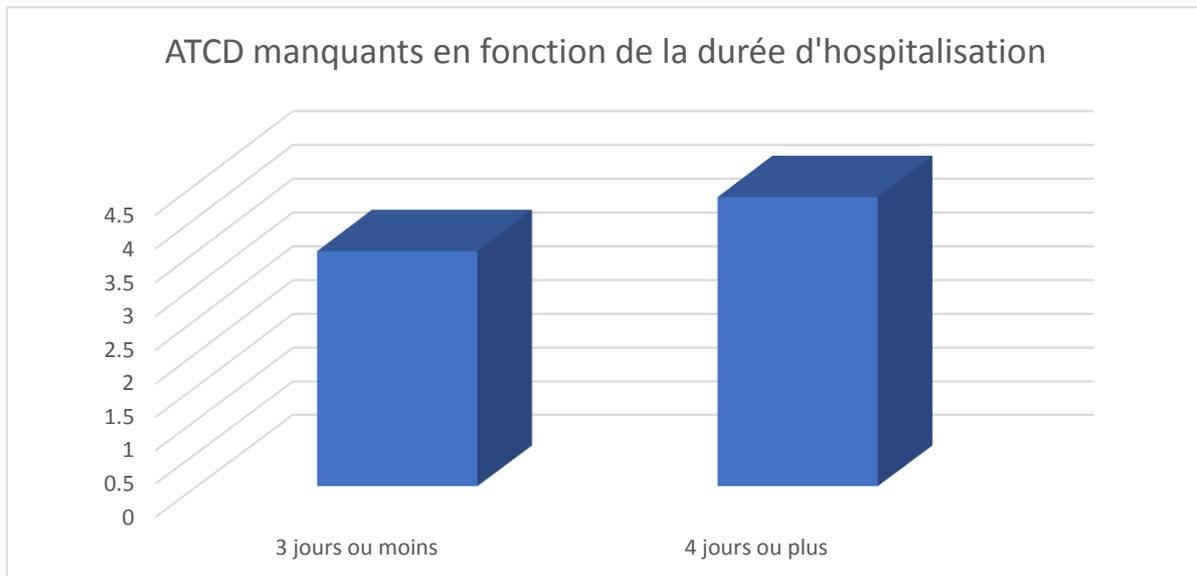
Nous avons constitué deux groupes de patients en fonction de leur durée d'hospitalisation :

- hospitalisation de courte durée (moins de 3 jours) ou 0 dans le schéma ci-dessous
- hospitalisation de plus longue durée (4 jours ou plus) ou 1 dans le schéma ci-dessous

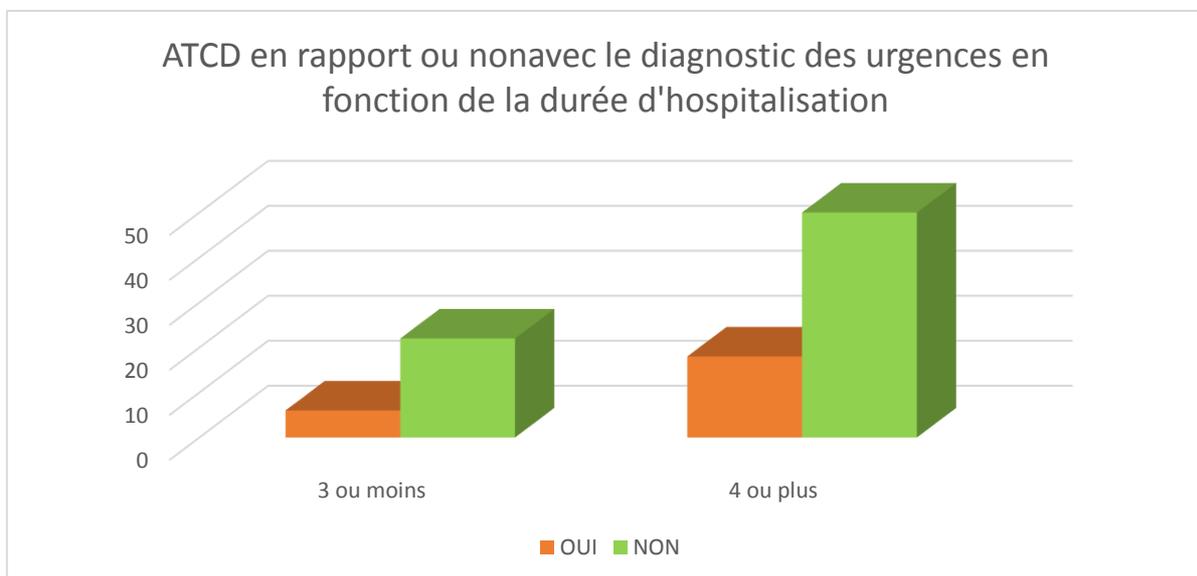
Parmi les patients hospitalisés, 65% sont restés 4 jours ou plus, IC 95% [59,1 ; 68,4].



La moyenne du nombre d'antécédents manquants était de 3,5 pour les hospitalisations de courte durée et de 4,3 pour les hospitalisations longues mais cette différence n'était pas significative (Ecart réduit=1,40,  $\alpha < 0,02$ ).



On retrouvait plus souvent des antécédents en rapport avec le diagnostic des urgences dans le groupe de patients hospitalisés pour une durée de 4 jours ou plus.



Cette différence n'était cependant pas statistiquement significative ( $\text{Chi}^2=0,27$ ,  $p < 0,5$ ).

## IV. Discussion

### 1. Analyse globale

#### 1.1 Données épidémiologiques

La pyramide des âges de la population de + de 75ans dans le Nord Deux-Sèvres est proche de celle de la population française de + de 75 ans ainsi que de la population de notre étude.

La population de notre étude est semblable à celle des Deux-Sèvres bien que l'on ne puisse pas établir de comparaison, les répartitions ne suivant pas une loi normale.

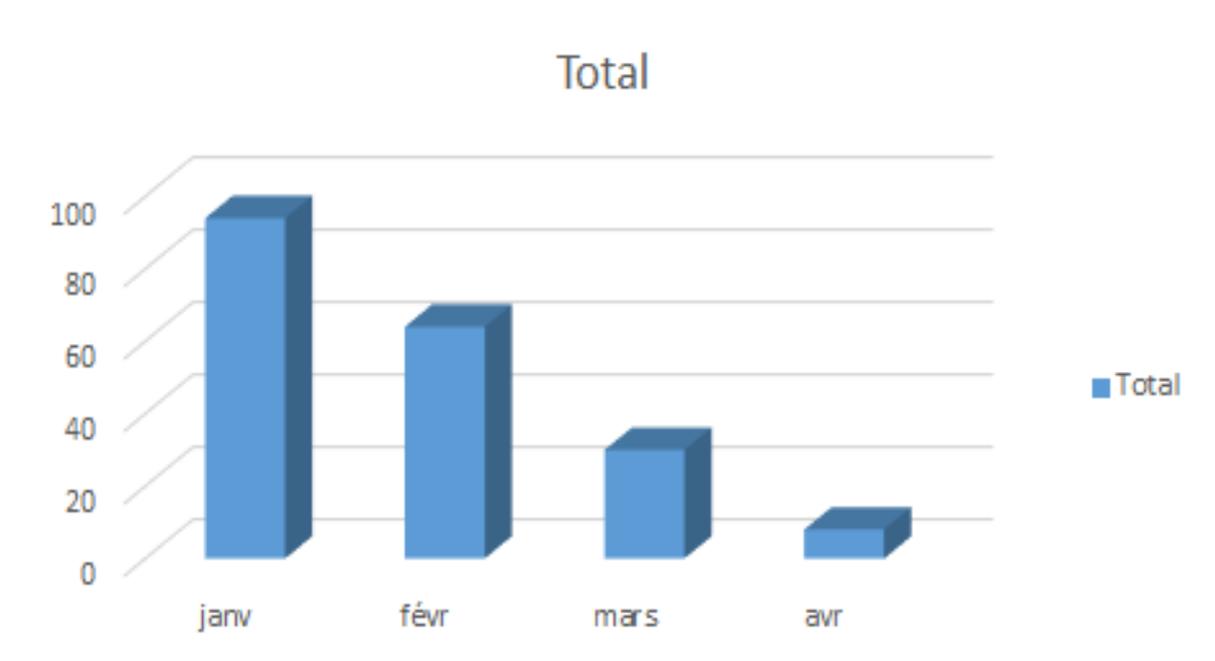
Les données recueillies dans cette étude pourraient néanmoins être utiles au niveau national régional et national pour d'autres départements à prédominance rurale.

#### 1.2 Taux d'inclusion et de participation

Le taux d'inclusion est élevé (98%) du fait d'une excellente acceptation de l'étude par les patients à qui cette dernière a été proposée. Seuls 4 patients ont refusé que leur dossier médical soit consulté dans le cadre de notre étude.

L'étude a été réalisée dans un centre hospitalier de petite envergure au sein duquel les études sont rares ce qui pourrait expliquer un taux de participation limité (20%) lié au faible taux de questionnaires remplis par les professionnels du service par rapport au nombre de passage des personnes de plus de 75 ans aux urgences.

Le nombre de questionnaires remplis a diminué au fil des mois. La moitié des patients a été incluse au cours du premier mois tandis qu'au 4<sup>ème</sup> mois, seulement 8 patients ont été inclus, raison pour laquelle nous avons clôturé l'étude fin avril.



### 1.3 Biais

Notre étude comportait plusieurs biais.

Il s'agissait d'une première expérience de recherche sur les antécédents, les données de la littérature étant rares en ce qui concerne ce sujet d'étude ce qui ne permettait pas de se baser sur d'autres recherches.

#### ***Biais de méthodologie :***

Le promoteur et l'investigateur n'étaient pas différenciés puisque nous avons à la fois imaginé et conçu l'étude tout en participant à remplir des questionnaires pendant nos gardes aux urgences au même titre que les autres médecins de l'équipe de Thouars. En tant qu'investigateurs nous avons consciencieusement rempli les questionnaires et veillé à ce que les dossiers soient complets ce qui entraînait un biais.

*Biais lié au codage de données :* le codage manuel des données est une source potentielle d'erreur. Ce biais est nuancé par le double codage des données par deux opérateurs différents dans le cas de notre étude.

### **Biais de confusion :**

*Biais d'interprétation* des données. Nous avons pu conclure à tort qu'il existait un lien entre deux variables qui, en vérité, pouvaient être liées à être paramètre que nous n'aurions pas identifié. Il est possible que nous ayons omis une ou plusieurs données utiles.

### **Biais de sélection :**

*Biais d'échantillonnage* : aucune valeur ne suit une loi normale donc nous ne pouvons pas extrapoler nos données à la population générale

*Biais d'échantillonnage* : la plupart des patients ont été inclus le matin alors que l'affluence dans le service était moins importante. On comprend bien que pour cette raison, il s'agissait d'un créneau horaire plus propice pour prendre le temps de remplir notre questionnaire. Par conséquent, les données recueillies pouvaient être biaisées. Concernant la notion de motif social associé au motif d'admission par exemple, on sait qu'il est plutôt prépondérant la nuit, les urgences étant ouvertes 24 heures sur 24, d'accès facile, y compris sans moyens financiers (54,55). Par ailleurs, on peut imaginer que les médecins aient tendance à moins remplir nos questionnaires lorsqu'ils étaient occupés à prendre en charge un patient grave ce qui pourrait sous-estimer le nombre de ces patients.

*Biais de non réponse* : Nous avons obtenu grâce à notre étude 200 questionnaires pour 984 passages. Il y a donc une majorité de patients pour lesquels nous n'avons pas obtenu de réponse. Parmi ces patients il est possible qu'il y ait des données qui modifieraient complètement les tendances que nous avons mises en évidence.

### **Biais d'information :**

*Biais de qualité des données disponibles* : la qualité des données disponible peut être faussée par le fait que les médecins puissent compléter différemment les dossiers en sachant qu'ils remplissaient un questionnaire à visée de recherche clinique.

*Biais de suggestion* : Le questionnaire comportait des exemples notamment en ce qui concerne la question du motif social associé aux soins (par exemple « problème de maintien à domicile » ou « épuisement de l'aidant »). Il existe donc un risque que la réponse à la question « Existe-t-il une problématique sociale associée au motif d'admission ? » n'ait été complétée qu'en fonction de ces deux exemples

## **2. Critère de jugement principal**

Tous les patients de notre cohorte avaient au moins un antécédent manquant dans l'historique de leur état de santé, avec une moyenne égale à 3,5 (+/- 2,8) et une médiane égale à 3.

Tous les antécédents n'ont cependant pas la même valeur dans la prise en charge médicale des personnes âgées. Nous préciserons cette notion par la suite.

Le constat de ce manque de données concernant les antécédents pose la question de la transmission des informations médicales entre professionnels de santé, avec ses contraintes, en particulier en matière de confidentialité.

## **3. Analyse critères de jugement secondaires**

### 3.1 Nombre d'antécédents manquants en valeur absolue

Le nombre d'antécédents manquants en valeur absolue est considérable puisque nous en avons retrouvé au maximum 16.

Si aspirer à un idéal est un but noble, il est difficile à atteindre en pratique. En ce sens, il paraît concevable d'envisager qu'il puisse parfois manquer un antécédent dans les dossiers médicaux des patients, encore que cela puisse tout de même être

problématique si cet antécédent est en rapport avec le diagnostic des urgences. C'est pour cette raison que nous avons cherché à colliger les données des patients pour lesquels il manquait plus de 2 antécédents. Cet effectif représente 71% de la population sur 196 patients inclus ce qui est non négligeable.

Devant le constat que la moitié des patients ont été inclus en 1 mois, 70 patients par mois sont concernés par l'oubli de plus de 2 antécédents dans leur dossier médical.

En suivant le même raisonnement et sachant que 5 antécédents ou plus avaient été oublié pour un quart de la population de l'étude cela représenterait 25,5 patients par mois.

Plus le nombre d'antécédents manquants est élevé plus l'effectif de patients concernés est faible mais il n'en reste pas moins considérable. En d'autres termes, on se trompe souvent beaucoup et très souvent un petit peu.

L'étude des facteurs susceptibles d'influencer à la baisse ces résultats devient alors indispensable afin de tendre, autant que faire se peut, vers une meilleure prise en charge des patients de plus de 75 ans aux urgences.

### 3.2 Nombre d'antécédents manquants en rapport avec le diagnostic des urgences

Partant du principe que les antécédents manquants en rapport avec le diagnostic établi aux urgences auraient été susceptibles de le modifier s'ils avaient été connus, il nous a semblé pertinent d'extraire cette donnée afin de la corrélérer aux différents critères de jugement secondaires par la suite.

Lorsque l'on s'intéresse aux antécédents manquants en rapport avec le diagnostic d'entrée, on s'aperçoit que les effectifs des patients concernés par l'oubli d'un à quatre antécédents diminuait.

Les effectifs des patients concernés par l'omission d'un nombre d'antécédents supérieur ou égal à 5 sont nettement plus proches de ceux retrouvés lorsqu'aucune

distinction n'avait été faite en fonction de leur rapport ou non avec le diagnostic des urgences.

Ces résultats nous semblent être dus à plusieurs facteurs.

D'une part, plus le nombre d'antécédents oubliés est important, plus les effectifs de patients concernés sont réduits (ce que nous avons déjà constaté précédemment). En effet, il paraît assez logique d'omettre plus fréquemment un nombre restreint d'antécédents plutôt que l'inverse si l'on prend pour postulat de départ que nous avons pour vocation d'exercer au mieux notre métier de soignant.

D'autre part, plus le nombre d'antécédents manquants est important plus la probabilité que l'un d'entre eux soit en rapport avec le diagnostic des urgences est élevée et inversement.

Ainsi, on peut espérer que la diminution du nombre d'antécédents manquants diminue également la probabilité que l'un d'entre eux soit en rapport avec le motif de recours aux soins afin de prendre les décisions les plus adaptées aux besoins des patients en fonction de leur état global de santé.

Cet objectif est d'autant plus important que les personnes âgées de plus de 75 ans sont exposées à une plus grande fragilité et que la fréquence des sujets poly pathologiques dans cette population particulière nécessite une vision et une prise en charge holistiques (56).

### 3.3 Nature des antécédents manquants

Si la quantité d'antécédents omis est importante, leur nature l'est également.

En effet, pour Monsieur A, l'unique antécédent manquant était celui d'un épisode hémorragique sévère contre-indiquant toute anticoagulation. Pourtant, l'omission de cette information aurait pu lui coûter la vie sans parler de l'impact sur la personne à l'origine d'un tel événement indésirable s'il avait eu lieu.

C'est pourquoi nous avons répertorié chaque antécédent afin de mettre en évidence les plus fréquents et de repérer les plus importants du fait de leur susceptibilité à modifier une prise en charge et/ou de leur potentielle gravité.

Les données de la littérature à ce sujet, bien que rares, ont permis de mettre en évidence 9 antécédents manquants dans notre étude en lien avec les données existantes, reprises par Principe. Nous avons retenu 19 antécédents supplémentaires qui nous ont semblés pertinents suite à l'analyse qualitative de l'ensemble des antécédents manquants. Parmi eux se trouve la contre-indication absolue aux anticoagulants post accident hémorragique grave.

Concernant l'étude des critères du programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles complétés par Principe, un élément important est le grand âge.

Principe parle de « grand âge ». L'âge est une donnée, dont nous disposons systématiquement, qu'il semble pertinent de définir plus précisément. Nous n'avons pas constitué de sous-groupes en fonction des différentes tranches d'âge de telle sorte que nous ne savons pas si cette analyse aurait été pertinente vis-à-vis des antécédents manquants (57).

Les pathologies invalidantes citées par Principe ont toutes été identifiées parmi les antécédents manquants de notre étude.

L'existence d'une malnutrition peut être mise en évidence notamment en reprenant les valeurs de l'IMC systématiquement calculé pour chaque patient par le logiciel des urgences.

Nous n'avons pas retrouvé parmi les antécédents manquants, la notion de dénutrition ou de malnutrition. Il aurait été pertinent d'extraire du logiciel des urgences l'IMC de chaque patient, afin de s'assurer de l'absence de ce paramètre ou, au contraire, de calculer sa prévalence dans la population étudiée si ce critère existait sans avoir été mentionné dans les antécédents. Il semble important de repérer cette donnée, qui constitue un élément de fragilité de la personne âgée, pour chacun de ses passages aux urgences, d'autant plus qu'il s'agit d'un élément qui peut varier dans le temps.

La poly-médication aurait pu être établie à partir de l'onglet « Traitements » du logiciel des urgences. Il aurait alors été intéressant de colliger ces données afin de les confronter, d'une part à l'ordonnance du patient lorsqu'il l'avait apportée et d'autre part au traitement effectivement pris par le patient. On aurait pu envisager, pour ce faire, de rappeler chaque patient ainsi que son médecin traitant.

Les problèmes médico-sociaux ont été recensés par le questionnaire distribué dans le cadre de notre étude. Ils nous paraissent néanmoins sous-estimés. Il aurait donc fallu s'assurer de leur présence ou non par plusieurs autres moyens (enquête auprès du patient à posteriori, sollicitation de la famille et du médecin traitant).

L'incontinence faisait partie des éléments recueillis par notre questionnaire. Il aurait été intéressant d'analyser ce paramètre en fonction des antécédents.

L'atteinte d'au moins une activité a été prise en compte par l'intégration des différents GIR. Cette classification, bien qu'elle soit relativement pratique d'utilisation, comporte cependant des limites. Il aurait donc été pertinent d'inclure d'autres critères d'évaluation du degré d'autonomie.

Les principaux antécédents manquants mis en évidence par notre étude, en plus de ceux cités par Principe, ont été classés en quatre groupes correspondants aux motifs de consultation pour lesquels ils pourraient être pertinents.

Afin d'établir une liste d'antécédents importants à référencer qui puisse être utile aux généralistes pour améliorer leurs lettres d'adressage et pour la pratique des urgentistes, il aurait été intéressant de réaliser une étude multicentrique à plus grande échelle.

#### 3.4 Courrier

On observe une tendance à oublier plus d'antécédents lorsqu'il existe un courrier et les antécédents manquants sont plus fréquemment en lien avec le diagnostic des urgences, ce qui pourrait modifier la prise en charge médicale.

Lorsqu'il existe un courrier, les médecins urgentistes approfondissent peut-être moins leur recherche des antécédents, se fiant à tort aux éléments de la lettre d'adressage dont le manque d'exhaustivité a été montré par de nombreuses études.

### 3.5 Ordonnance

La tendance observée ici est identique à celle des courriers.

Ainsi, selon le même raisonnement que précédemment concernant les courriers d'adressage, les urgentistes recherchent probablement moins assidument les antécédents lorsqu'ils disposent d'une ordonnance.

Il est vrai que la présence d'une ordonnance permet de déduire en partie de celle-ci les pathologies du patient mais cette-dernière ne saurait être suffisamment informative pour lister ses antécédents de manière exhaustive.

### 3.6 Présence d'un tiers accompagnant

Il semblerait qu'il y ait moins d'antécédents manquants dans les dossiers médicaux lorsque le patient est accompagné par un tiers et ils sont moins fréquemment en rapport avec le diagnostic des urgences.

Ainsi, la présence d'un tiers diminuerait le risque d'omettre des données pertinentes pour la prise en charge en plus de diminuer le nombre d'antécédents manquants.

Le tiers accompagnant serait donc un élément susceptible d'accroître le degré de connaissance des antécédents aux urgences.

Cette tendance pourrait s'expliquer par la plus forte prévalence de troubles cognitifs chez les personnes de plus de 75 ans. En effet, on comprend aisément que ces troubles puissent complexifier la tâche de l'urgentiste lors du recueil des antécédents par l'interrogatoire du patient. La discussion avec un proche constituerait alors un

moyen de diminuer leur impact sur le degré de connaissance des antécédents du patient (47,48,58,59).

### 3.7 Mode d'arrivée

Lorsque les patients étaient accompagnés par un professionnel, le nombre d'antécédents manquants semblait être plus important, de même que le pourcentage de ceux qui étaient en lien avec le diagnostic des urgences alors que l'on n'observait pas de différence lorsque les patients avaient eu recours à un moyen de transport privé.

Ce résultat est surprenant. On aurait pu s'attendre à retrouver la tendance inverse si l'on considère que ces professionnels ont l'habitude de rappeler au patient de prendre ses ordonnances, ses examens complémentaires, et son dossier médical d'une manière générale pour les remettre aux urgentistes.

Il pourrait cependant s'expliquer par le fait que la présence même de ces documents inciterait moins les urgentistes à mener leurs propres recherches.

### 3.8 Social

On ne retrouvait pas fréquemment un problème social associé au motif d'admission. L'étude de la nécessité ou non de mise en place d'aides montre cependant que la prévalence des problématiques sociales dans la population étudiée était supérieure à la valeur retrouvée pour ce paramètre. Il s'agit donc d'un élément majeur à considérer chez les personnes âgées de plus de 75 ans admises aux urgences.

Les difficultés sociales étaient notamment en lien avec des difficultés de maintien à domicile ou un épuisement de l'aidant principal, et un isolement de la personne âgée.

Elles sont un facteur favorisant la précarité de la personne âgée qui complexifie sa prise en charge. Il est donc important de les identifier comme une fragilité, pour améliorer la qualité des soins et le recueil des antécédents aux urgences.

Les résultats de notre étude semblent abonder en ce sens. On retrouve en effet, plus d'antécédents manquants chez les personnes chez qui il existait un problème social associé au motif d'admission et ces antécédents semblaient être plus fréquemment en lien avec le diagnostic des urgences.

### 3.9 Heure d'admission

La plupart des patients consultent plutôt la journée aux heures ouvrables des cabinets médicaux. Plusieurs études retrouvent la même tendance quant à la fréquentation des urgences en général (60) et en particulier en ce qui concerne les personnes âgées (47,53,58).

Il y aurait plus d'antécédents manquants en dehors des heures ouvrables et ils seraient plus fréquemment en rapport avec le diagnostic des urgences.

Ce résultat pourrait s'expliquer par des difficultés accrues pour recueillir l'ensemble des informations compte tenu de l'horaire, qui rend impossible l'appel du médecin traitant par exemple, mais également par une tendance à un profil plus précaire la nuit (61)(47,53) avec un motif social associé au motif d'admission plus fréquent.

### 3.10 Hospitalisation/passage

La décision de laisser rentrer un patient à domicile peut s'avérer lourde de conséquences ce qui implique de s'assurer de le faire en toute sécurité et justifie une attention particulière.

Lorsque le patient est hospitalisé, le dossier médical est repris dans les services ce qui est rassurant.

La prise en charge hospitalière s'effectue en équipe. L'appréhender comme un continuum entre les différents services pourrait justifier que le nombre d'antécédents manquants aux urgences soit plus élevé en cas d'hospitalisation. Cependant, le pourcentage d'antécédents manquants en rapport avec le diagnostic des urgences est, lui aussi, plus élevé, ce qui signifie que la possibilité que l'un d'entre eux puisse modifier la prise de décision médicale aux urgences existe et ne permet donc pas de se satisfaire d'un tel raisonnement.

Il paraît donc indispensable de veiller à accorder le même degré d'attention aux dossiers médicaux des patients qu'ils soient hospitalisés ou non.

### 3.11 Motif de consultation

Le degré de connaissance des antécédents est meilleur lorsque les patients rentrent à domicile or, les patients admis pour un motif traumatologique rentrent plus souvent chez eux du fait de la faible prévalence de diagnostics modérément sévères et sévères (CCMU 3, 4 et 5) chez ces patients.

Pourtant, le degré de connaissance des antécédents chez les patients hospitalisés pour un motif traumatologique ne paraissait pas meilleur que celui des patients admis pour un autre motif.

Les quelques différences observées au sein du tableau croisé dynamique regroupant les données des patients admis pour un motif traumatologique ou non, en séparant les notions d'hospitalisation et de simple passage, semblent liées à d'autres facteurs que celui du motif d'hospitalisation en lui-même.

Un de ces facteurs est certainement la notion d'hospitalisation ou non compte tenu des résultats retrouvés précédemment.

La CCMU pourrait également être un élément déterminant compte tenu de l'inégalité de répartition des degrés de gravité, les patients admis pour un motif traumatologique étant nettement moins graves que les autres.

### 3.12 Degré de gravité

Le degré de connaissance des patients de sévérité modérée à élevée (CCMU 3 à 5) est moins bon.

Ce constat est cohérent avec les résultats retrouvés précédemment concernant les patients hospitalisés pour lesquels la CCMU est plus élevée et le degré de connaissance des antécédents moins bon ainsi qu'avec la tendance retrouvée chez les patients admis pour un motif d'ordre non traumatologique.

Ce résultat apparaît également dans d'autres études qui l'expliquaient par le fait que l'interrogatoire est plus difficile chez ces patients, notamment parce que la prévalence des troubles de la conscience est plus forte.

Chez les patients concernés par une CCMU élevée, il est plus souvent nécessaire de rechercher leurs antécédents par plusieurs moyens qui peuvent, pour certains, être chronophages ; or, ces patients nécessitent un niveau d'intervention supérieur et une surveillance rapprochée qui ne permettent pas toujours de se libérer du temps supplémentaire.

### 3.13 Capacité à répondre

Lorsque les patients étaient en capacité de répondre aux questions, il semblait y avoir plus d'antécédents manquants et ils paraissaient plus souvent en rapport avec le diagnostic des urgences.

Ce résultat porte à croire que de la même manière que lorsqu'il existait un courrier et une ordonnance, les urgentistes auraient tendance à se fier aux informations

recueillies auprès des patients sans douter de leur qualité et/ou de leur exhaustivité. Ils auraient ainsi, moins tendance à aller rechercher des informations supplémentaires.

#### 3.14 Interne vs senior

Il semblait y avoir, au vu de cette étude, plus d'antécédents manquants qui paraissaient par ailleurs plus souvent en rapport avec le diagnostic des urgences lorsque les patients avaient été pris en charge par médecin senior et non par un interne.

Les dossiers des patients étaient systématiquement plus longs lorsqu'ils avaient été remplis par un interne. En effet, les internes sont plus scolaires et écrivent beaucoup plus ce qui semble, en ce qui concerne le degré de connaissance des antécédents, jouer en leur faveur et par là même, bénéficier au patient.

#### 3.15 Appel à un tiers

Lorsque les médecins avaient fait appel à un tiers, on retrouve moins d'antécédents manquants.

Le tiers appelé pouvait être le médecin généraliste ou bien l'EHPAD dans la plupart des cas.

Ce paramètre améliore le degré de connaissance des antécédents.

Les dossiers des médecins généralistes au cabinet et des EHPAD, également complétés par le médecin traitant, semblent être plutôt bien tenus puisqu'ils représentent une aide lorsqu'on les sollicite.

### 3.16 Degré d'autonomie

Lorsque les personnes étaient plus autonomes (GIR 5 et 6), on retrouvait moins d'antécédents manquants dans les dossiers médicaux.

Le pourcentage d'antécédents manquant était par ailleurs plus important pour les personnes les plus dépendantes (GIR 1).

Ainsi, la perte d'autonomie pourrait être identifiée comme un facteur aggravant le degré de connaissance des antécédents de même qu'elle est déjà considérée comme un facteur de fragilité dans la prise en charge de la personne âgée aux urgences (47,53,58).

### 3.17 Duré d'hospitalisation

Bien qu'il n'y ait pratiquement pas de données bibliographiques concernant l'étude des antécédents aux urgences, nous avons tout de même retrouvé une thèse qui comparait antécédents manquants aux urgences et durée d'hospitalisation (62). Dans sa thèse, DELLENBACH considérait que les antécédents n'étaient pas exhaustifs lorsque l'urgentiste mentionnait un doute à leur sujet (par un point d'interrogation par exemple). Son objectif était de déterminer si l'existence d'antécédents manquants modifiait ou non la durée d'hospitalisation. Nos résultats sont similaires à ceux retrouvés dans cette thèse, à savoir que la durée d'hospitalisation semble plus longue lorsque le degré de méconnaissance des antécédents est plus important sans que l'on ait retrouvé de différence statistiquement significative pour autant.

On pourrait supposer que la tendance observée serait en lien avec un état de santé que l'on peut supposer plus précaire lorsque le nombre d'antécédents est plus élevé qu'ils soient connus ou non.

### 3.18 Tendances générales

Lorsqu'il existe un recueil d'informations facilité au départ par un courrier, une ordonnance, une personne cohérente qui répond aux questions ou encore un tiers ou un professionnel accompagnant, le degré de connaissance des antécédents semble paradoxalement moins bon.

Nous devons donc rester vigilant et accorder à tous les dossiers le même niveau d'attention.

Lorsque les dossiers sont complétés par un interne, ils sont plus complets, les médecins seniors accordant moins d'importance à l'écriture. Il serait intéressant de chercher à comprendre ce qui nous conduit à accorder moins d'importance aux dossiers médicaux et à la transmission d'information au fil des années afin de nous améliorer sur ce point.

Les patients se présentant en dehors des horaires d'ouverture des cabinets, de même que les patients cliniquement plus sévères et les patients moins autonomes sont des patients à considérer à risque pour lesquels il est important de redoubler de vigilance et d'approfondir nos recherches des antécédents de manière accrue.

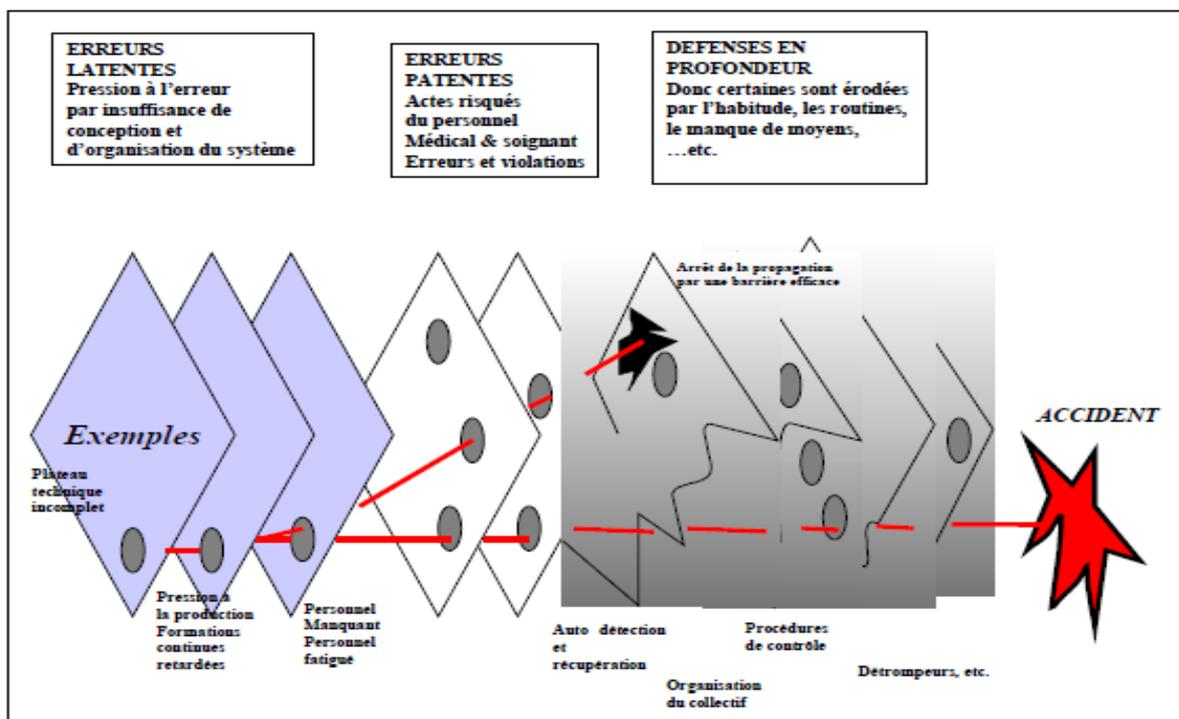
L'appel à un tiers comme le médecin traitant par exemple, constitue une aide précieuse. Il semble cependant surprenant que cette communication, qui paraît être un facteur aidant lorsqu'elle se fait par téléphone, ne le soit pas lorsqu'elle a lieu par écrit, de nombreuses études que nous avons abordées précédemment ayant montré sa qualité insuffisante.

L'amélioration de la qualité de la transmission de l'information est un sujet récurrent dans la littérature des cinquante dernières années. Pour autant, les médecins ambulatoires et hospitaliers demeurent mécontents en ce qui concerne leurs échanges écrits respectifs (lettre ou courriers d'adressage et courriers de sortie ou comptes rendus hospitaliers).

Le nombre de personnes âgées tend à augmenter avec les années et on sait que la prévalence des troubles cognitifs dans cette population est supérieure à celle des autres tranches d'âge. Nous serons donc de plus en plus confrontés aux défaillances mnésiques qu'ils entraînent.

Enfin, nul n'étant à l'abri de commettre une action regrettable, seule la levée des tabous peut permettre aux médecins de reconnaître et de prévenir leurs erreurs en développant une pratique réflexive personnelle et collective afin d'accroître la qualité de leur exercice (50,50).

Les événements graves sont habituellement précédés de plusieurs événements mineurs comme l'illustre le modèle suivant (63):



Modèle (de dynamique de survenue d'un accident (ou « en gruyère suisse ») de James Reason, traduit par R. Amalberti (65) Schéma du guide HAS (2009) « Revue de mortalité et de morbidité (RMM) »

65. Amalberti R, Pibarot ML. La sécurité du patient revisitée avec un regard systémique. Gest Hosp 2003; 422:18-25.

Une approche positive et non punitive permet d'analyser sereinement la série d'événements qui a pu conduire à l'accident donnant accès à une réflexion visant à mettre en place des conduites préventives personnelles et collectives.

### 3.18 Nouvelles perspectives

Dans l'optique d'accroître la qualité des soins, l'Agence Régionale de Santé (ARS) a financé pendant une période de 18 mois un projet porté par Madame Sandrine GEFRIAUD, diplômée d'un Master professionnel en méthodologie de projet afin de mettre en place une messagerie sécurisée pour faciliter la communication entre professionnels ambulatoires et hospitaliers et de travailler sur l'amélioration de la qualité des lettres d'adressage et des comptes rendus hospitaliers en se basant sur les attentes de chacun. L'objectif était d'améliorer la coordination ville/hôpital. Si ce projet a permis des améliorations dans ce domaine, notamment grâce à la réussite de la mise en place de la messagerie sécurisée, il n'a cependant pas été possible d'aboutir à un consensus quant à un format standardisé de la correspondance écrite qui aurait pour but d'améliorer la transmission d'informations entre professionnels ambulatoires et hospitaliers.

La problématique qui nous occupe reste intacte bien que ce projet est l'immense avantage d'avoir amorcée un dialogue qu'il semble urgent de rétablir entre ambulatoires et hospitaliers.

De telles initiatives sont donc à encourager et à préserver afin d'avancer vers un terrain d'entente entre professionnels de la santé, d'autant que notre aspiration commune et d'apporter la meilleure prise en charge possible aux patients en général et aux personnes âgées en particulier.

Au niveau national, le dossier médical personnel a été imaginé au lendemain de la crise sanitaire liée à la canicule en 2003 et a donné lieu à la promulgation d'une loi le 13 août 2004 (64). Son développement s'est trouvé freiné par des raisons techniques d'une part, puisque l'on a d'abord pensé le mettre sur la carte vitale puis sur internet (... mais en 2004 Internet était bien loin, en matière de sécurité et de rapidité de ce qui existe aujourd'hui) ainsi que par des raisons organisationnelles, d'autre part avec nombre de débats entre associations de patients et de médecins, sous l'égide du ministère de la Santé. En 2009, Internet faisait état de débits suffisants et d'une sécurité accrue alors que, parallèlement, la réflexion organisationnelle avait progressé. Le dossier médical personnel devient alors le dossier médical partagé (DMP) et son

déploiement peut commencer. Il s'appuie sur une nouvelle agence, l'Agence des systèmes d'informations partagés de santé (Asip) créée fin 2009 sous l'égide du Ministère de la Santé.

Envisagé comme la clef de voûte du parcours de soins, le DMP est un service public proposé gratuitement aux bénéficiaires de l'Assurance maladie, sans aucun lien avec ses serveurs de données, pour les accompagner tout au long de leur vie. Le patient a tous les droits sur son DMP : il est le seul à pouvoir le créer ou le faire créer et à préciser à quels professionnels de santé il donne l'autorisation d'y accéder pour consulter et/ou y intégrer toutes les données utiles à une prise en charge et une continuité des soins optimisées car documentée et coordonnée. En facilitant ce partage entre professionnels de santé et structures de soins, le DMP développe ou renforce la collaboration ville-hôpital tout en respectant le secret médical (64).

Porté dans le Code de la santé publique (20), instauré par la loi du 13 août 2004 (3), le DMP participe à l'évolution des pratiques professionnelles et à la modernisation du système de santé.

L'Asip a d'abord décidé de mener, en 2010/2011, une action ciblée sur 5 régions pilotes (Alsace, Aquitaine, Franche-Comté, Picardie, Rhône-Alpes) qui n'apporte pas les résultats escomptés en termes de volume et de méthodologie. Elle propose donc fin 2011 un nouveau projet, porté par des établissements de santé choisis par rapport à la pertinence de leur projet dans leur bassin de santé. Certains de ces établissements étaient publics, d'autres privés. On retrouve parmi ces structures de soins de courte durée, des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), des services d'hospitalisation à domicile (HAD) et des établissements hospitaliers pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). L'objectif était de déterminer la faisabilité du projet quel que soit le lieu de soins et de faire émerger les éventuels freins à sa mise en place pour les résoudre et faciliter ainsi son déploiement à plus grande échelle.

C'est selon une démarche volontaire et nullement obligatoire que, seul, le patient décide ou non de créer son DMP. Cette création peut se faire lors d'un passage dans un établissement de santé ou par le médecin traitant. Le DMP peut être créé et consulté soit à partir du logiciel du professionnel de santé sous réserve qu'il soit « DMP

compatible », soit sur le site internet dédié. Il reprend à parti de la carte vitale (sans y être stocké pour autant), un identifiant nationale de santé (INS), différent du numéro de sécurité sociale et qui est exclusivement utilisé pour la conservation et l'échange de données de santé à caractère personnel. Cet INS garantit que les données sont bien celles du patient.

À tout moment, le patient peut fermer son DMP, qui sera alors conservé pendant dix ans avant d'être supprimé. Pendant ces dix ans, il peut le réactiver ou au contraire demander sa suppression définitive sans délai.

Concernant le contenu de ce DMP, le patient autorise les professionnels de santé de son choix à consulter et à alimenter son DMP en y ajoutant tous renseignements et/ou documents produits à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic ou de soins :

- Antécédents et pathologies significatives
- Allergies
- Résultats biologiques
- Comptes rendus de consultation, d'hospitalisation et d'examens
- Traitements en cours

Le patient dispose également d'un espace d'expression personnelle lui permettant d'entrer lui-même toutes les informations qu'il juge utile d'y faire figurer :

- Directives anticipées
- Don d'organes

Sont autorisées à accéder au DMP :

- Son titulaire
- Les professionnels auxquels le titulaire a autorisé l'accès
- Les médecins SAMU, si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, dispose d'un accès en cas d'urgence sauf s'y le titulaire s'y est opposé
- En cas de décès, les ayants droit du titulaire sauf s'il s'y est opposé

En dehors de ces cas prévus par la loi, l'accès au DMP est interdit et sévèrement puni par des sanctions pénales (65).

L'accès est interdit aux banques et aux assurances. Malgré tout, la question du piratage se pose bel et bien, et il est clair qu'il aura probablement lieu bien que les accès soient tracés.

Le Comité consultatif National d'éthique (CCNE) a été saisi le 19 mars 2008 par Madame le Ministre de la santé Roselyne Bachelot à propos du développement des technologies de l'information dans le domaine médical (66). La saisine évoque les risques induits par 'accès électronique des dossiers du patient par les professionnels de santé au regard du respect de son droit à la confidentialité des données. Elle interroge le Comité sur les mesures concrètes susceptibles de concilier la nécessité d'un accès des acteurs de soin aux informations qui s'y trouvent consignées avec le droit du patient à garder le contrôle de leur diffusion.

Le comité met en évidence plusieurs limites au DMP :

- Il n'a pas vocation à remplacer le dossier médical
- L'exhaustivité semble impossible à exiger
- Certains patients peuvent préférer rester dans l'ignorance d'un diagnostic
- Les informations concernant un diagnostic ou un pronostic grave ne devraient être versées qu'après la consultation d'annonce
- Personne n'est réellement prêt pour entrer dans ce dispositif
- Il n'est pas évident que le DMP permettra de faire des économies majeures

Ainsi que des risques :

- Atteinte à la confidentialité
- Banques de données qui pourraient se constituer dont on ne peut préjuger l'usage, par l'industrie pharmaceutique, les assurances, la sécurité, l'Etat
- Usage trop partiel

Une revue de la littérature nous permet d'appréhender une vision plus globale des avis de chacun. Certains encouragent sa mise en place à l'instar des autres pays d'Europe (67) où il est utilisé depuis plusieurs années avec des retours qui sont positifs. La prudence nous semble cependant de mise lorsqu'il s'agit de comparer la France aux autres pays car les nouvelles propositions ne sont pas accueillies de la même manière.

D'autres ont coûté élevé alors même qu'il a été pensé pour permettre de réduire les dépenses de santé (68,69).

Enfin, son acceptabilité est partagée en ce qui concerne les médecins généralistes qui craignent l'aspect chronophage lié à son alimentation, d'autant qu'il n'est pas toujours compatible avec leurs logiciels métier, bien que ce problème ait été signalé à plusieurs reprises sans que cet aspect ne soit amélioré (70,71).

Les hospitaliers ont, quant à eux, également soulevé le problème de l'accès au dossier via leurs logiciels qui demeurent trop complexes.

## **V. Conclusion**

Nous ne connaissons pas tous les antécédents lors de la prise en charge des patients de plus de 75 ans aux urgences. Certains antécédents manquants sont d'une importance majeure et enfin, le nombre d'antécédents manquants est trop souvent élevé et en rapport avec le diagnostic des urgences.

Il semble donc urgent d'envisager des solutions susceptibles d'améliorer la qualité des dossiers médicaux, afin de prévenir la survenue d'erreurs et d'assurer aux patients de plus de 75 ans une meilleure prise en charge aux urgences.

Les initiatives locales doivent être encouragées car, si elles n'aboutissent pas toujours à l'objectif escompté, elles permettent d'amorcer le dialogue ville-hôpital et de recréer un lien, dans l'intérêt des malades et des professionnels de santé.

Au niveau national, le projet du DMP, au cœur de l'actualité, compte tenu de sa mise en place effective cette année, a été pensé dans cette perspective. Il pourrait faciliter la communication entre professionnels de santé notamment en ce qui concerne les antécédents sous réserve que chacun participe à son efficience.

La principale problématique éthique soulevée par ce dispositif est la préservation du secret médical bien que les données soient protégées et que la loi prévoit de lourdes sanctions en cas de manquement.

Afin que le DMP puisse pleinement garantir l'amélioration de la transmission d'informations entre professionnels qu'il promet, il est indispensable qu'il soit facile à agrémenter et à utiliser ; or, à ce sujet les professionnels ont soulevé plusieurs difficultés.

L'évaluation de nos pratiques est primordiale afin de prévenir nos éventuelles erreurs. L'amélioration de notre exercice repose sur son analyse réflexive individuelle et collective. La communication et la transmission d'informations sont, pour ce faire, indispensables.

## VI. Annexes

### Annexe 1 :

Analyse de la présence moyenne de 11 critères dans les lettres d'adressage (Thèse de Cartier) :

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

Plusieurs thèses ont évalué plus particulièrement les courriers des médecins généralistes adressant les patients aux urgences.

## Annexe 2 :

Analyse selon les mêmes critères de qualité des courriers étudiés dans 7 thèses publiées entre 2005 et 2014 (somme des critères, thèse d'Irekti):

	Irekti (22)	Fournier (31)	Galfard (29)	Nhan (42)	Robart (33)	Chauvière (30)	Gaget (32)
ATCD	58	59	49	66	34	48	63
Apport attendu du spécialiste	74						
Contexte psychosocial	25	18	21		7	18	16
Diagnostic du MG	44		43	41			46
Examen clinique	32	38	36	72	14	78	57
Examens complémentaires réalisés	37	19	18	17	14		22
Histoire de la maladie	64		61	85	77	72	83
Motif d'adressage	97	99	91	100	92		100
Nom du médecin généraliste	100	99	99.5	100		100	
Position de l'adressage dans l'histoire du patient	27		13			17	54
Traitement en cours	41	49	46	67	31	59	54

L'ensemble de ces résultats montre une faible qualité des courriers d'adressage selon les critères définis par Cartier.





## Annexe 5

### Questionnaire

Nom .....

Prénom .....

Circonstances : Jour ..... Heure .....

Motif

d'entrée .....

..

Pathologies :

ATCD : sont ils tous connus .....

    besoin d'utiliser Cristal Net .....

    besoin d'une autre source d'information    MT            CH

Autre .....

    Diagnostic aux

urgences : .....

...

CCMU .....

Actes effectués aux urgences :

    Bilan sanguin : .....

    Examens

complémentaires : .....

    Pose de

perfusion : .....

    Traitement

antalgique .....

    Traitement

symptomatique .....

    Traitement

curatif .....

    Limitation des

soins .....

Durée du séjour : .....

Devenir :

    RAD/ Structure

        Des aides ont elles été mises en place

        Si oui les aides étaient-elles déjà nécessaires    Oui            Non

                les aides ont-elles été nécessitées par la pathologie d'entrée    Oui    Non

    EHPAD / Foyer logement

    Long séjour

    Décédé

GIR de sortie :

## Annexe 6 :

### Fenêtre ATCD du logiciel DMU :

UM FURG, URGENCES FLA    UF FURG, URGENCES FLA    Secteur     Mes patients    Dr. Carneiro yaritza

Activité Localisation Patient Recherches CCAM

Au Total Mr A Né le 04/07/1933, 85 Ans Arrivé le 4/ 2/2018 00:52 Domicile CERIZAY

Circonstances Antécédents Personnels - allergies Familiaux - fratrie Vaccinations - Maladies inf. Traitement à l'entrée Liste des séjours

Infos Contacts Antécédents personnels

Mois	Année	Code Clin	Description	Etablissement	Service	Intervenant
			HTA			
			HYPERTROPHE PROSTATIQUE			
			PARALYSIE BRAS DROIT			
			SYNDROME ANXI-DEPRESSIF			
			SURDITE			
			TROUBLE COGNITIF			

Biologie

Thérap. / Actes

Surveillance

Avis Spécialisés Allergies

Mois	Année	Description	Intervenant

Bilan Lésionnel

Diag. Médical

Prescriptions

Certificats

Sortie Externe

Sortie Hospit.

Documents

## VII. Bibliographie

1. Hoerni B. L'éthique médicale. Principales évolutions au fil des siècles. In: Histoire des sciences médicales [Internet]. 2003 [cité 30 nov 2018]. p. 331-8. Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2003x037x003/HSMx2003x037x003x0331.pdf>
2. MINISTERE DE LA SANTE. LOI n° 2016-41 De modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016-41 janv 26, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
3. MINISTERE DE LA SANTE. LOI n° 2004-810 Relative à l'assurance maladie | Legifrance [Internet]. 2004-810 août 13, 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/13/SANX0400122L/jo/texte>
4. WONCA EUROPE. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille [Internet]. 2002 [cité 30 nov 2018] p. 52. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
5. Ministère de l'Environnement de l'Énergie et de la M, Nord-Picardie C d'Etudes T de l'Équipement, documentaire P d'appui national. La marche à pied pour les séniors : un mode de déplacement durable ? Pratiques, contraintes, accessibilité, exposition au risque. Projet MAPISE. Rapport final. Juillet 2014. [Internet]. [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: [http://isidoredd.documentation.developpement-durable.gouv.fr/document.xsp?id=Temis-0081648&n=71&q=%28%2Bdate\\_creat%3A%5B2015-03-22+TO+2016-03-21%5D%29&](http://isidoredd.documentation.developpement-durable.gouv.fr/document.xsp?id=Temis-0081648&n=71&q=%28%2Bdate_creat%3A%5B2015-03-22+TO+2016-03-21%5D%29&)
6. DRESS, ATTAL-TOUBERT K, VANDERSCHULDEN M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Etudes Résultats [Internet]. févr 2009 [cité 30 nov 2018];(679). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>
7. Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). 11ème Atlas de la démographie médicale [Internet]. 2017 [cité 3 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_demographie2017.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_demographie2017.pdf)
8. Barlet M, Fauvet L, Guillaumat-Tailliet F, Olié L. Quelles perspectives pour la démographie médicale ? [Internet]. Insee; 2010 [cité 30 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1372503?sommaire=1372505>
9. INPES, Soleymani D. Compte-rendu de la session Mobilité des personnes âgées : intérêt d'une approche multifactorielle [Internet]. Paris – Centre universitaire des Saints-Pères; 2015 juin [cité 3 déc 2018]. Disponible sur: [http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2015/Synthese\\_Mobilite\\_personnes\\_agees.pdf](http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2015/Synthese_Mobilite_personnes_agees.pdf)
10. Efstathopoulou A, David S, Herzig L. Visite à domicile par le médecin de famille : état des lieux en Europe et en Suisse. Rev Médicale Suisse. 2016;12:1874-8.
11. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code déontologie médicale [Internet]. 2017 [cité 3 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
12. Nourry P. Le dossier médical au cours des visites à domicile: état des lieux : impact sur la qualité des soins en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Purpan; 2011.
13. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé ANAES, Falcoff H. La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations [Internet]. 1996 [cité 3 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Dm.pdf>
14. Deschalliers C. Le dossier médical du patient dépendant vu à domicile: quelles

- pratiques? Quelles difficultés? Quel avenir? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2016.
15. Monier C. Dossier médical pluriprofessionnel informatisé et suivi des patients à domicile: Facteurs individuels déterminant sa mise en place sur la commune de Frontignan (Hérault) [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.
  16. Gallais J-L, éditeur. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. Issy-les-Moulineaux, France, France: Société française de médecine générale, 1997; 1997. 45 p.
  17. Buirette C, Carrot A. Étude des obstacles à la tenue d'un dossier médical lors des visites au domicile de la personne âgée par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2016.
  18. Chevassus C. Le support du dossier médical de la personne âgée dans le cadre de la visite au domicile par le médecin généraliste: état des lieux, perspectives vers le futur dossier médical partagé [Thèse d'exercice]. [France]: Université René Descartes (Paris). Faculté de médecine Necker enfants malades; 2005.
  19. Le Maner A. Le dossier médical libéral et la visite à domicile: quelles sont les problématiques persistantes pour le médecin généraliste ? : une revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2018.
  20. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 3 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>
  21. Cartier T. Les lettres d'adressage des généralistes vers les spécialistes: analyse de la littérature internationale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2010.
  22. Irekti F. Évaluation de la qualité des lettres d'adressage des médecins généralistes à destination des médecins spécialistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2014.
  23. Kong Win Chang A-C. Évaluation qualitative d'un courrier standardisé d'admission à l'hôpital [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2009.
  24. Jenkins RM. Quality of general practitioner referrals to outpatient departments: assessment by specialists and a general practitioner. *Br J Gen Pract.* mars 1993;43(368):111-3.
  25. Mead GE, Cunningham AL, Faulkner S, Russell KJ, Ford MJ. Can general practitioner referral letters for acute medical admissions be improved? *Health Bull (Edinb).* juill 1999;57(4):257-61.
  26. Tattersall MHN, Butow PN, Brown JE, Thompson JF. Improving doctors' letters. *Med J Aust.* 4 nov 2002;177(9):516-20.
  27. Tzebia KC. Analyse de la qualité de la lettre du médecin adressant un patient aux urgences adultes du CHU de Rouene. [France]: Université de Rouen Normandie; 2015.
  28. Garot B, Galfard M. Les courriers d'adressage des médecins généralistes aux urgences des hôpitaux du Hainaut-Cambrésis: étude descriptive et analytique des courriers d'adressage : confrontation des attentes et des difficultés des médecins urgentistes et des médecins généralistes : recommandations et moyens d'amélioration [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2013.
  29. Chauvière G. Etude descriptive et prospective des informations contenues dans les courriers des médecins adressant des patients aux urgences [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2013.
  30. Fournier E. Le courrier des médecins généralistes: la lettre d'admission au Service d'Accueil des Urgences [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2011.
  31. Gaget M. Communication entre les médecins généralistes et les urgentistes. | Base

- documentaire | BDSP [Internet]. [Poitiers]: Université de Poitiers. Faculté de médecine; 2010 [cité 3 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/428684/#>
32. Robart-Playez E. Les courriers des médecins généralistes en vue d'une admission aux urgences: étude prospective sur 312 courriers dans le service des urgences du Centre Hospitalier de Douai [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2005.
  33. Cadat D, Trolong-Bailly C. L'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2006.
  34. Carney SL. Medication accuracy and general practitioner referral letters. *Intern Med J.* févr 2006;36(2):132-4.
  35. Taylor S, Welch S, Harding A, Abbott L, Riyat B, Morrow M, et al. Accuracy of general practitioner medication histories for patients presenting to the emergency department. *Aust Fam Physician.* oct 2014;43(10):728.
  36. Mesnil C. Étude préliminaire descriptive des lettres d'adressage des médecins référents aux urgences de Lariboisière [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2016.
  37. Montalto M, Harris P, Rosengarten P. Impact of general practitioners' referral letters to an emergency department. *Aust Fam Physician.* juill 1994;23(7):1320-1, 1324-5, 1328.
  38. SFMU. 10ème conférence de consensus. Prise en charge de la personnes âgée de plus de 75 ans aux urgences [Internet]. 2013 [cité 3 déc 2018]. Disponible sur: [http://www.sfm.org/upload/consensus/pa\\_urgs\\_long.pdf](http://www.sfm.org/upload/consensus/pa_urgs_long.pdf)
  39. Senger C, Bouton R. Critères de qualité du courrier d'admission d'un patient adressé aux urgences de l'hôpital de Sallanches par un médecin généraliste: obtention d'un consensus par méthode Delphi® [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2018.
  40. Ninive C. L'adressage des personnes âgées aux urgences ou en gériatrie par leur médecin généraliste: analyse des critères nécessaires à la pertinence des lettres selon une étude qualitative et création d'un outil pratique [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2016.
  41. Alao O, et al. Les Cahiers du Numérique La communication ville-hôpital : un modèle pour améliorer la continuité des soins. *Cah Numér.* 2001;2(2):37-55.
  42. Kvamme OJ, Olesen F, Samuelson M, Samuelsson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQuiP). *Qual Health Care QHC.* mars 2001;10(1):33-9.
  43. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA.* 28 févr 2007;297(8):831-41.
  44. Hubert G. La circulation de l'information médicale: évaluation du lien complexe ville-hôpital [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2006.
  45. Nham TT. Etude de la communication médecins généralistes-praticiens hospitaliers [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2010.
  46. Martin S, Guillery-Girard B, Eustache F. Modèles de la mémoire humaine : concepts et modèles en neuropsychologie de l'adulte et de l'enfant. *Epilepsie.* 2006;(18):4-14.
  47. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ Can Med Assoc J.* 30 août 2005;173(5):489-95.
  48. Di Pollina L, Steiner A-S, Gold G. Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) [Internet]. Hôpitaux Universitaires de Genève; 2010 [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.hug->

ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine\_de\_premier\_recours/documents/infos\_soignants/evaluation\_geriatrique\_standardisee12010df.pdf

49. Lindner T, Slagman A, Senkin A, Möckel M, Searle J. Medical History of Elderly Patients in the Emergency Setting: Not an Easy Point-of-Care Diagnostic Marker. *Emerg Med Int.* 2015;2015:490947.
50. Galam E. Dédratiser et travailler nos erreurs. L'erreur médicale. *Rev Prat Médecine Générale.* 2005;19:4.
51. Hadj Mabrouk A, Hadj Mabrouk H. Approche d'intégration de l'erreur humaine dans le retour d'expérience. 2003;(43).
52. Principe A. Quels sont les informations et les éléments immédiats nécessaires à la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans à l'arrivée au service d'urgences ? 2004;17(3):303-9.
53. Kouchner B, GUINCHARD-KUNSTLER P. Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles. 2002-2005. | Base documentaire | BDSP [Internet]. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 2002 2005 [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/250379/>
54. Vandeveld N. Aspects éthiques de l'accueil aux urgences des personnes en situation de vulnérabilité sociale | article | Espace éthique/Ile-de-France. 2003 [cité 4 déc 2018];(12). Disponible sur: <http://www.espace-ethique.org/ressources/article/aspects-%C3%A9thiques-de-laccueil-aux-urgences-des-personnes-en-situation-de>
55. COLORADO LASSERRE. L'évolution de la prise en charge de la précarité aux urgences : un enjeu pour le directeur des soins [Internet] [Mémoire]. [Rennes]: Ecole Nationale Supérieure; 2002 [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: [https://documentation.ehesp.fr/memoires/2002/ig/colorado\\_lasserre.pdf](https://documentation.ehesp.fr/memoires/2002/ig/colorado_lasserre.pdf)
56. HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. 2015 avr [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires)
57. Moritz F, Benez F, Verspyck V, Lemarchand P, Noel D, Moïrot E, et al. Quelle prise en charge des personnes très âgées aux urgences ? Evaluation de 150 patients très âgés au CHU de Rouen. *Presse Médicale.* 2001;30(2):51-4.
58. Leveau P. La personne âgée aux urgences. In: EMC. Paris: Elsevier Masson SAS; 2009. p. 25-060-A-10. (Médecine d'urgence).
59. Wilber ST, Lofgren SD, Mager TG, Blanda M, Gerson LW. An evaluation of two screening tools for cognitive impairment in older emergency department patients. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* juill 2005;12(7):612-6.
60. DRESS, Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 3 déc 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-usagers-des-urgences-premiers-resultats-d-une-enquete-nationale>
61. Vassy C. L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire. *Mouvements.* 2004;n° 32(2):67-74.
62. Dellenbach M, Quoirin E. Évaluation des conséquences médicales de la méconnaissance des antécédents et des traitements des patients lors de leur prise en charge aux urgences adultes. France; 2017. 57 p.
63. Reason J. L'erreur humaine. Presse des mines. 2013.
64. Montagnac R, De Block M, Lasnier P. Le dossier médical personnel (DMP) : un service innovant pour les patients. *Néphrologie Thérapeutique.* 2013;9(3):181-4.
65. Siranyan V. La protection des données personnelles des patients face à la

- modernisation de notre système de santé. *Médecine Droit* [Internet]. 19 oct 2018 [cité 4 déc 2018]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1246739118300861>
66. Comité Consultatif National d’Ethique, Alpévoritch A, Comte-sponville A, Dickelé A-M, Dreifuss-Netter F, Droit R, et al. Le « dossier médical personnel » et l’informatisation des données de santé [Internet]. 2008 [cité 5 déc 2018]. Report No.: 104. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/dossier-medical-personnel-et-linformatisation-des-donnees-de-sante>
67. Kierkegaard P. Electronic health record: Wiring Europe’s healthcare. *Comput Law Secur Rev.* 1 sept 2011;27(5):503-15.
68. Gagneux M, Comble P-H, Folliet A, de Kergommeaux L, Livartowski A, Loth A, et al. Pour un dossier patient virtuel et partagé et une stratégie nationale des systèmes d’information de santé, recommandations à la ministre de la Santé de la Jeunesse et des Sports et de la vie associative [Internet]. 2008 avr [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000279/index.shtml>
69. Lasbordes P. Rapport sur le dossier médical personnel (DMP) : quel bilan d’étape pour quelles perspectives ? (compte rendu de l’audition publique du 30 avril 2009) [Internet]. 2009 [cité 4 déc 2018]. Report No.: 567. Disponible sur: <http://www.senat.fr/notice-rapport/2008/r08-567-notice.html>
70. Hurtaud A, Dépinoy D. Dossier médical personnel : qu’en pensent les médecins ? Une enquête auprès des médecins de l’agglomération de Reims. *Médecine.* 1 juin 2007;3(6):278-82.
71. Enouf S. Obstacles au déploiement généralisé du dossier médical partagé: enquête auprès des médecins généralistes de la Manche [Thèse d’exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2016.

## VIII. Résumé

La communication ville-hôpital est source d'insatisfaction mutuelle. Les lettres d'adressage des médecins traitants ne sont pas exhaustives, notamment en ce qui concerne les antécédents. L'interrogatoire des personnes âgées aux urgences est parfois difficile et ne permet pas de recueillir l'ensemble des antécédents utiles.

L'enjeu de cette étude prospective, observationnelle a été de préciser la nature des antécédents majoritairement omis dans les dossiers médicaux, d'identifier ceux qui sont pertinents et de mesurer l'impact de données multiples sur le degré de connaissance des antécédents afin d'améliorer nos pratiques.

Résultats :

100% des dossiers incomplets

1 à 16 antécédents manquants par personne, 71% de la population étudiée concernée par l'absence de 2 antécédents ou plus

59% des antécédents étaient en rapport avec le diagnostic des urgences

L'amélioration des dossiers médicaux et de la communication interprofessionnelle est enjeu majeur de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées aux urgences.

---

# Serment d'Hippocrate



En présence des Maîtres de cette école, 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 gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne 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. 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 !



