

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE

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

présentée et soutenue publiquement
le 25 juin 2018 à Poitiers
par Mlle Claire LAMBERT

Continuité des soins dans un service de gériatrie : avis des médecins généralistes concernant les modifications réalisées sur le compte rendu d'hospitalisation

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

Membres : Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT
Monsieur le Professeur François BIRAULT

Directrice de thèse : Madame le Docteur Sophie ELMALEM



Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- 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
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- 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, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- 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
- RIGOARD 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
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

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
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (**mission 09/2017 à 03/2018**)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité de 10/2017 à 01/2018**)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- SIMMONDS Kevin, maître de langue étrangère

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 (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- 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
- 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
- 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

Je tiens tout d'abord à te remercier, **Sophie**, d'avoir accepté de m'accompagner et de diriger ce travail de thèse. Merci pour la formation que tu m'as apportée durant mon semestre en gériatrie. Tu as ensuite été une superbe directrice, toujours disponible et bienveillante. Tu as su me motiver et m'épauler dans mes périodes de doute et de stress.

Merci à vous, **Monsieur le Pr M. PACCALIN** de me faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. **Merci aux Professeurs M.C PERAULT et F. BIRAULT**, d'avoir accepté si gentiment de juger ce travail de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect.

Je remercie également **l'équipe du service de gériatrie**, ainsi que **le Dr ALLIX BEGUEC**, qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail.

Merci aux **différents services et médecins généralistes qui m'ont accueillie** durant mon internat : les équipes de médecine polyvalente de Royan, des urgences et de pédiatrie de Poitiers, de gériatrie de La Rochelle, ainsi que les Docteurs G. BRU, E. SURY, F. OUNDA-MEYBI, C. LAFARGUE et C. INGRAND. Vous avez partagé avec moi votre expérience, votre savoir-faire et votre savoir-être, je vous en suis reconnaissante.

Merci à mes **amis et à mes co-internes** (qui se reconnaîtront), et tout particulièrement Lisa, qui me supporte depuis la première année de médecine. Désolée d'être parfois si pénible !

Merci à ma **famille, mes parents, ma sœur et mon frère**, pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je ne vous remercierai jamais assez. Merci également à ma **belle-famille**, pour votre présence et votre soutien.

Merci à toi, **Clément**, pour ta présence à mes côtés depuis tant d'années, dans les meilleurs comme dans les moments les plus difficiles. Merci pour ton soutien et tes précieux conseils. Avec tout mon amour.

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : motifs d'hospitalisation selon la classification CIM-10
- Tableau 2 : réponses aux questions 1, 2, 3, 4, 8 et 9
- Tableau 3 : nombre de lignes de traitement à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation
- Tableau 4 : classes médicamenteuses les plus prescrites à la sortie d'hospitalisation selon la classification ATC
- Tableau 5 : modifications thérapeutiques faites par les MT à 1 mois de la sortie d'hospitalisation, selon la classification anatomique

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 : chronologie de l'étude
- Figure 2 : diagramme de flux de l'étude
- Figure 3A : modes de vie avant l'hospitalisation
- Figure 3B : modes de vie après l'hospitalisation
- Figure 4 : nombre de réponses à 1 mois par les médecins
- Figure 5 : modalités de réponses au questionnaire
- Figure 6 : nombre de réponses à 1 mois par les médecins, pour la 2^{ème} partie de l'étude

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : courrier accompagnant le CRH
- Annexe 2 : classification des motifs d'hospitalisation selon la CIM-10
- Annexe 3 : classification ATC niveau 1
- Annexe 4 : questionnaire envoyé aux médecins traitants

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ATC : Anatomique, Thérapeutique et Chimique

BMR : Bactérie Multi Résistante

CIM : Classification Internationale des Maladies

CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

CSG : Court Séjour Gériatrique

CSP : Code de Santé Publique

DMP : Dossier Médical Partagé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

MG : Médecin Généraliste

MT : Médecin Traitant

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

TABLE DES MATIERES

I- INTRODUCTION	10
II- MATERIEL ET METHODES	14
A- Type de l'étude	14
B- Objectifs	14
C- Chronologie de l'étude	14
D- Elaboration de la nouvelle trame du CRH.....	15
E- Critères d'inclusion et d'exclusion	15
F- Courrier accompagnant le CRH	16
G- Recueil des données à la sortie d'hospitalisation.....	16
H- Elaboration du questionnaire	17
I- Recueil des réponses aux questionnaires	17
J- Analyse des modifications thérapeutiques.....	18
K- Analyse statistique	18
III- RESULTATS.....	19
A- Première partie	19
1. Constitution de la cohorte de patients	19
2. Caractéristiques des patients inclus	20
a. Motifs d'hospitalisation.....	20
b. Modes de vie	22
3. Descriptif des médecins traitants interrogés.....	23
4. Diagramme de l'étude	23
5. Réponses aux questions 1, 2, 3, 4, 8 et 9	24
B- Seconde partie	27
1. Analyse des traitements de sortie	27
a. Analyse quantitative.....	27
b. Analyse qualitative	29
2. Avis des MT sur les modifications réalisées durant l'hospitalisation (question 5)	31
3. Constitution de la deuxième cohorte de patients.....	31
4. Analyse des modifications thérapeutiques réalisées par les MT à 1 mois de la sortie d'hospitalisation	32
a. Analyse quantitative.....	32
b. Analyse qualitative	32
5. Commentaires libres (question 10).....	35

IV- DISCUSSION	36
A- Synthèse des résultats principaux / comparaison aux données de la littérature.....	36
1. <i>Délai de réception</i>	36
2. <i>Contenu du CRH</i>	37
a. Réponses au questionnaire de la première partie	37
b. Réponses au questionnaire de la deuxième partie	38
B- Limites de l'étude.....	39
C- Propositions, suggestions pour l'amélioration de la coordination des soins	41
V- CONCLUSION	44
VI- ANNEXES	45
VII- BIBLIOGRAPHIE	51
VIII- RESUME	56
SERMENT	57

I- INTRODUCTION

Le médecin généraliste (MG) a un rôle central dans la prise en charge du patient, en particulier dans la coordination des soins (1–3). Celle-ci est définie comme l'«organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé [...]» (4,5). L'échange d'informations entre les intervenants est un élément indispensable à celle-ci, il permet d'assurer une meilleure qualité et sécurité des soins.

Lorsqu'un patient est hospitalisé, la communication entre le médecin hospitalier et le médecin traitant (MT) est très limitée. Cet échange se fait essentiellement à travers les comptes rendus d'hospitalisation (CRH) et/ou les lettres de liaison (6,7).

Le CRH est un document primordial lors du retour à domicile du patient. Le manque d'informations pour le MG lors de ces visites entraîne une perte de temps mais peut aussi impacter la prise en charge des patients (8,9). Il peut être à l'origine d'évènements indésirables, de redondance d'examen, voire d'une ré-hospitalisation précoce dans les mois suivant la sortie (6,10,11).

Il a été mis en évidence plusieurs problématiques dans les CRH, pouvant impacter la prise en charge. Le délai de réception est souvent élevé, au-delà d'une ou plusieurs semaines, et parfois absent. Le MT n'a alors pas de CRH disponible lors de sa première visite. L'absence partielle voire totale d'éléments importants comme le diagnostic principal, les résultats d'examen complémentaires, ou les traitements de sortie est également soulevée (8,12–17). Plus d'un patient sur trois présente une erreur ou un oubli d'information considéré comme important dans son CRH (15,17).

Ces anomalies entraînent une insatisfaction des MG dans un quart des cas (8). Dans une étude réalisée à Grenoble (13), les MG ont noté à 45 sur 100 leur satisfaction concernant la coordination des soins et à 35,9 sur 100 le CRH. Ceci est tout à fait compréhensible puisqu'ils

redeviennent responsables de leurs patients à leur sortie. Ils ont également un rôle de ré-explication des informations médicales qui paraît difficilement réalisable dans ces conditions.

Des études et enquêtes récentes ont permis de connaître les avis et attentes des MG (18–20). Plusieurs éléments paraissent importants : le délai de réception, le motif d'admission, le diagnostic principal, le traitement de sortie et les suites à donner en termes de prise en charge diagnostique ou thérapeutique.

D'un point de vue législatif, le CRH est défini par les articles R 1112-1-2 et R 1112-2, modifiés par le décret n°2006-119 du 6 février 2006 (21) du code de santé publique (CSP). « A la fin de chaque séjour hospitalier, une copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins » doit être donnée au patient ou au praticien, « dans un délai de huit jours maximum ».

Selon l'article R1112-60 du CSP (22) « le médecin traitant est informé [...] après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales » ainsi que « la surveillance du malade ».

Plus récemment, depuis le 01 janvier 2017, il existe une obligation de rédaction d'un document de sortie (lettre de liaison), remis aux patients le jour de la sortie (23), correspondant à un CRH provisoire.

L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), précurseur de la haute autorité de santé (HAS), a réalisé en 2003 un document concernant la réglementation et la documentation du dossier médical (24). Elle mentionne l'obligation de CRH à la sortie d'hospitalisation de chaque patient. Un listing d'éléments est décrit, comme devant figurer dans ce CRH : « identification du patient, date et lieu du contact, mode d'entrée et motif, antécédents du patient, mode de vie, histoire de la maladie, examen clinique, [...], résultats des examens complémentaires, traitements réalisés, évolution dans le service et discussion, mode de sortie, [...], traitement de sortie, suite à donner et conclusion sous forme de synthèse ».

En 2014, la HAS a édité un nouveau document, dans lequel elle insiste sur le délai maximal de transmission du CRH à 8 jours. Elle oblige la présence dans le CRH du motif d'hospitalisation, de la synthèse médicale du séjour, des actes techniques et examens complémentaires ainsi que des traitements de sortie, et leurs justifications si modification (25). Cette obligation réglementaire est suivie par un indicateur dans le cadre du programme national d'indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins (IPAQSS).

La justification des modifications thérapeutiques est un élément clé qui apparaît depuis peu de temps dans les critères obligatoires du CRH.

Au cours d'une hospitalisation, les traitements médicamenteux sont souvent modifiés. Dans la population gériatrique, souvent polypathologique et polymédiquée, ces modifications sont encore plus fréquentes (26). Il existe ainsi des risques iatrogéniques importants, majorés par leur fragilité liée au vieillissement. Ainsi la iatrogénie médicamenteuse est à l'origine de 20 % des hospitalisations en urgence des patients de plus de 75 ans et 25 % chez les plus de 85 ans (27), expliquant la nécessité de justification (28).

De multiples causes de modifications peuvent être énumérées : liste de traitement incomplète à l'arrivée, substitution par d'autres traitements disponibles à l'hôpital, réévaluation de l'ordonnance, pathologies aiguës obligeant la réalisation de modifications au cours de l'hospitalisation (17). S'il n'existe pas de justification dans le CRH, les modifications réalisées peuvent ne pas être comprises par le MT. Il est d'ailleurs montré une tendance à la poursuite des thérapeutiques lorsqu'une explication est donnée dans les CRH (29).

C'est dans ce contexte que nous avons modifié la trame des CRH dans le service de court séjour gériatrique (CSG) à La Rochelle, en ajoutant certains éléments manquants qui paraissaient indispensables. Suite à cela, nous avons obtenu l'avis des MG concernant ces modifications.

Dans une deuxième partie de l'étude, nous avons accentué nos recherches sur les thérapeutiques, et souhaité savoir si les traitements de sortie étaient maintenus un mois après la sortie d'hospitalisation par les MT.

II- MATERIEL ET METHODES

A- Type de l'étude

Nous avons réalisé une étude de cohorte, prospective, monocentrique, au sein du Groupe Hospitalier La Rochelle Ré Aunis, dans le service de court séjour gériatrique de La Rochelle.

Ce service compte actuellement 30 lits. Le nombre d'entrée dans le service en 2016 était de 1323 patients, avec une durée moyenne de séjour de 9,14 jours.

B- Objectifs

L'objectif principal était de recueillir l'avis des médecins généralistes sur les modifications réalisées sur le compte rendu d'hospitalisation type.

L'objectif secondaire était d'observer s'il existait une poursuite des traitements par les médecins généralistes un mois après la sortie d'hospitalisation.

C- Chronologie de l'étude (figure 1)

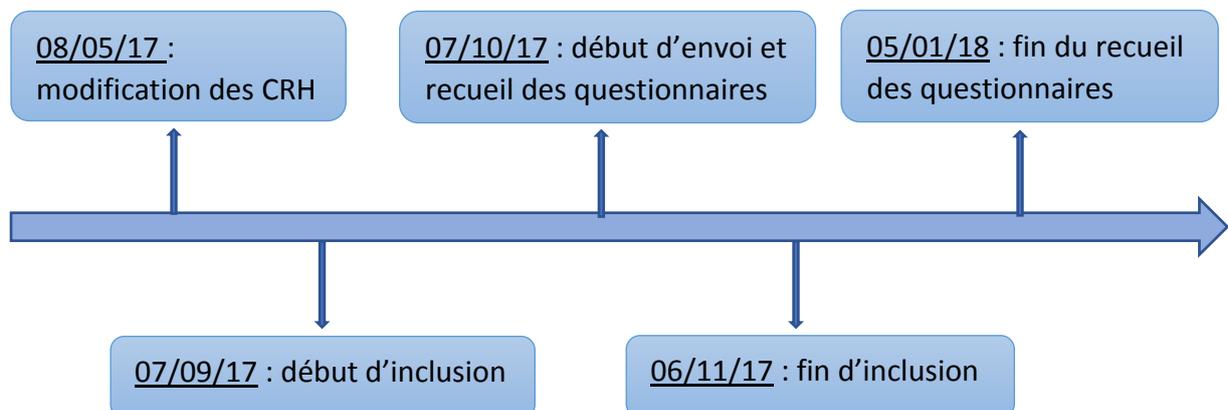


Figure 1: chronologie de l'étude

D- Elaboration de la nouvelle trame du CRH

Nous avons modifié la trame du CRH, en nous appuyant sur les recommandations de l'HAS et les attentes des MG (20,25). Ainsi, nous avons ajouté :

- Le type d'admission.
- Le mode de sortie.
- Le médecin référent du séjour.
- L'examen clinique à l'entrée dans le service.
- Les modifications thérapeutiques réalisées durant le séjour ainsi que leurs justifications.
- Les suites à donner à la sortie d'hospitalisation.
- La synthèse du séjour.
- La présence ou non de transfusion.
- La présence ou non de bactéries multi-résistantes (BMR).

E- Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons inclus les patients sortis du court séjour gériatrique à La Rochelle, du 07 septembre 2017 au 06 novembre 2017.

Nous avons exclu :

- Les patients décédés.
- Les patients vivant à l'étranger.
- Les patients dont le CRH n'a pas été envoyé au MT quelle qu'en soit la raison (exemple : transfert dans un autre service, absence de MT...).
- Les patients hospitalisés au long court dans un autre service de soins.
- Les patients ayant été réhospitalisés moins d'un mois après la sortie d'hospitalisation au CSG.

Concernant la 2^{ème} partie de l'étude, sur la poursuite des thérapeutiques, nous avons également exclu les patients sortant en Soins de Suite et Réadaptation (SSR), soins palliatifs, ou transférés dans un autre service.

F- Courrier accompagnant le CRH

Chaque patient sortait d'hospitalisation avec un CRH donné en mains propres. De plus, pour chaque patient sortant, un CRH était envoyé au MT, accompagné d'une lettre les prévenant de la réception d'un questionnaire à 1 mois de la sortie d'hospitalisation du patient (Annexe 1).

G- Recueil des données à la sortie d'hospitalisation

A la sortie d'hospitalisation, chaque patient était numéroté, selon la date de sortie, de patient 1 à patient n.

Pour chaque patient, nous avons recueilli sur le CRH : le sexe, l'âge, la durée d'hospitalisation, le motif d'hospitalisation, le nombre de lignes de traitement à l'entrée et à la sortie, le traitement de sortie, les modes de vie avant et après hospitalisation et le nom du médecin traitant.

Nous avons également classé les motifs d'hospitalisation selon la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) (Annexe 2).

Nous avons réalisé un classement des traitements de sortie selon la classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC) (Annexe 3). Nous avons exclu les traitements antalgiques de palier 1 afin d'éviter les biais liés à l'automédication.

H- Elaboration du questionnaire

Nous avons réalisé un questionnaire à partir des modifications faites sur le CRH type (Annexe 4).

Les deux premières questions concernaient le délai de réception.

Ensuite, plusieurs questions sont en lien direct avec le nouveau plan du CRH : les examens complémentaires et l'évolution, les modifications thérapeutiques, la synthèse, la qualité globale du CRH (questions 3, 4, 8 et 9).

Ces questions étant plus globales, nous avons ajouté une possibilité de réponse « j'ai déjà répondu à la question dans un questionnaire précédent » permettant d'éviter plusieurs réponses identiques de la part d'un même MG.

La deuxième partie du questionnaire est axée sur les modifications thérapeutiques réalisées durant l'hospitalisation, leurs avis sur ces modifications, et la poursuite ou non des traitements à un mois de la sortie d'hospitalisation.

La dernière question est ouverte, et vise à obtenir des avis, conseils et pistes d'amélioration de nos CRH.

I- Recueil des réponses aux questionnaires

Lors de la sortie d'hospitalisation, nous avons contacté les MT des patients sortant d'hospitalisation pour obtenir une adresse mail ou un numéro de fax afin de leur envoyer le questionnaire.

1 mois (J 30) après la sortie de chaque patient, nous avons envoyé les questionnaires, par mail ou par fax. En l'absence de réponse, nous avons envoyé un rappel à J 45.

A J 60 de la sortie d'hospitalisation, en l'absence de réponse, nous avons appelé les MT afin de, soit réaliser le questionnaire en direct par téléphone, soit leur rappeler l'importance de leur réponse. Lorsque nous réalisons le questionnaire par téléphone, il était demandé au

MG d'avoir le CRH sous les yeux afin de limiter les biais de mémorisation. Lorsque les MG n'avaient pas le temps nécessaire pour répondre par téléphone, un nouvel envoi du questionnaire, par mail ou par fax selon leur convenance, était réalisé.

J- Analyse des modifications thérapeutiques

Pour cet item, nous avons exclu les modifications thérapeutiques qui étaient prévues, telles que l'arrêt des traitements anti-infectieux, ou les suppléments vitaminiques et minéraux.

K- Analyse statistique

Les résultats ont été analysés à l'aide du logiciel Xlstat 2015.

Les statistiques descriptives sont exprimées par des moyennes plus ou moins les écarts types. Pour les variables qualitatives, elles sont exprimées en nombres et pourcentages, en excluant du dénominateur les données manquantes.

III- RESULTATS

A- Première partie

1. Constitution de la cohorte de patients

Entre le 07 septembre et le 06 novembre 2017, 181 patients sont sortis d'hospitalisation du court séjour gériatrique de l'hôpital de La Rochelle (figure 2).

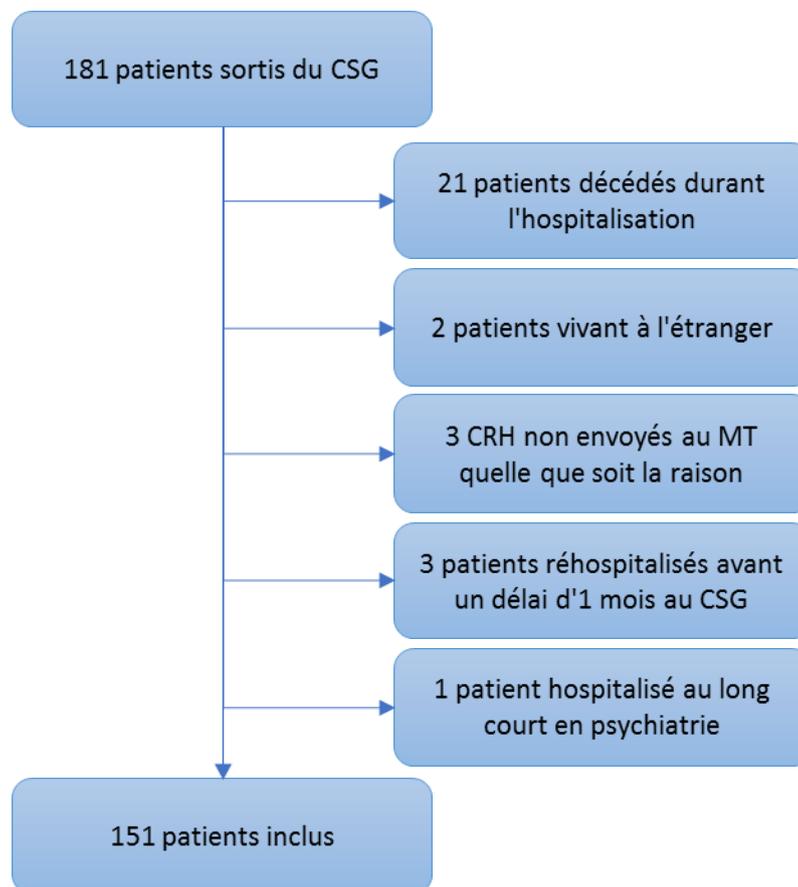


Figure 2: diagramme de flux de l'étude

2. Caractéristiques des patients inclus

L'âge moyen de notre population est de 87,5 ans (+/- 5,5 ans). Sur les 151 patients inclus, 91 / 151 sont des femmes, soit 60,3 %. La durée moyenne d'hospitalisation est de 10,7 jours (+/- 8,8 jours).

a. Motifs d'hospitalisation

Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents (tableau 1) sont, en premier lieu, ce qui est classé dans la CIM 10 en R « symptômes non classés par ailleurs » (30,5 %). Dans cette catégorie nous retrouvons les chutes (62,5 %), les malaises inexplicables (10,4 %) ou l'altération de l'état général (10,4 %).

Les maladies circulatoires sont également une cause d'hospitalisation fréquente, avec les décompensations cardiaques (67,8 %), accidents vasculaires cérébraux (14,2 %), malaises hypotensifs (10,7 %).

Les maladies de l'appareil génito-urinaire (infection urinaire ou rétention aiguë d'urine) et les maladies de l'appareil respiratoire avec les pneumopathies sont également des motifs fréquents.

Motifs d'hospitalisation	n	(%)
R: symptômes anormaux non classés ailleurs	46	(30,5)
I: maladies de l'appareil circulatoire	28	(18,5)
N: maladies de l'appareil génito-urinaire	20	(13,2)
J: maladies de l'appareil respiratoire	17	(11,3)
D: maladies du sang et des organes hématopoïétiques	8	(5,3)
K: maladies de l'appareil digestif	8	(5,3)
S-T : lésions traumatiques	7	(4,6)
G: maladies du système nerveux	5	(3,3)
A - B: certaines maladies infectieuses et parasitaires	3	(2,0)
Z: facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	3	(2,0)
E: maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	2	(1,3)
M: maladies du système ostéoarticulaire	2	(1,3)
C: tumeurs	1	(0,7)
L: maladies de la peau et du tissu cellulaire sous cutané	1	(0,7)

Tableau 1: motifs d'hospitalisation selon la classification CIM-10

b. Modes de vie

Avant l'hospitalisation, parmi les 151 patients inclus, 103 vivaient à domicile, soit 68,2 % de cette population. 27,2 % des patients vivaient en Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), 4 % en foyer logement et 0,7 % en famille d'accueil (figure 3a).

A la sortie d'hospitalisation, 45,7 % des patients rentrent à domicile, 30,5 % à l'EHPAD. 15,9 % des patients sont transférés en SSR et 1,3 % en EHPAD temporaire avant soit un retour à domicile, soit un placement en foyer logement, en EHPAD ou dans une famille d'accueil (figure 3b).

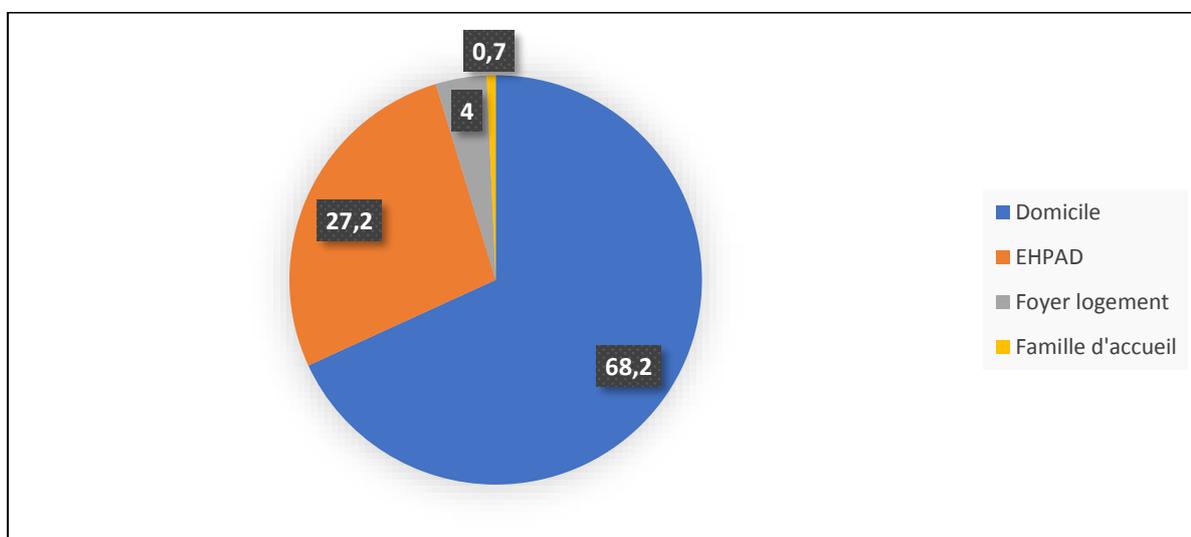


Figure 3a: modes de vie avant l'hospitalisation

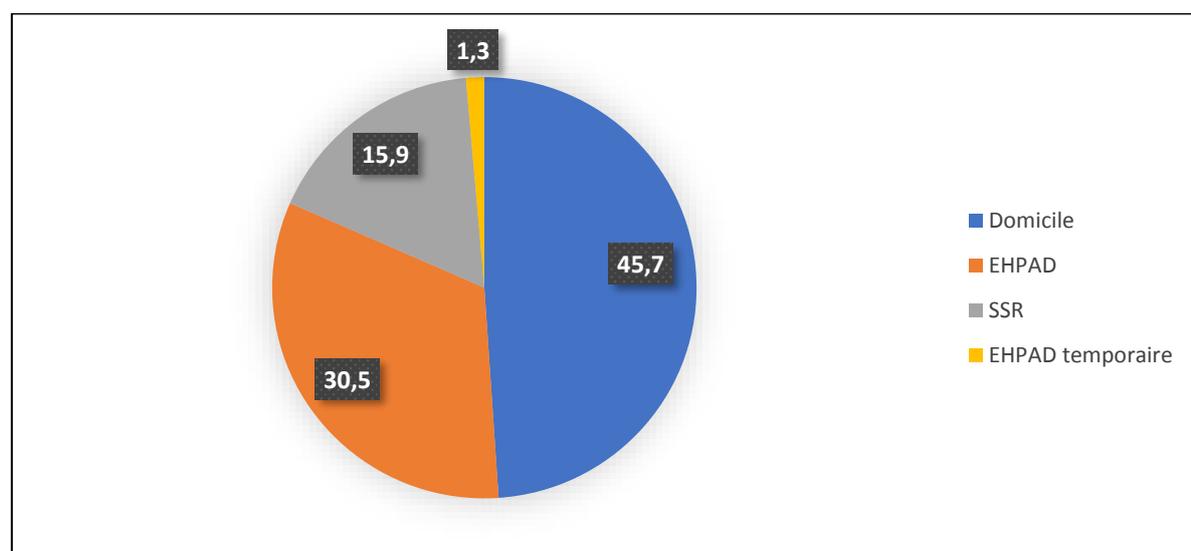


Figure 3b: modes de vie après l'hospitalisation

3. Descriptif des médecins traitants interrogés

Parmi les 151 patients inclus, plusieurs ont le même médecin traitant. Ainsi, 30 MT ont été interrogés plusieurs fois : 23 médecins ont reçu des questionnaires pour 2 patients différents, et 7 médecins pour 3 patients différents.

Au total, 114 MT différents ont été interrogés dans cette étude.

4. Diagramme de l'étude

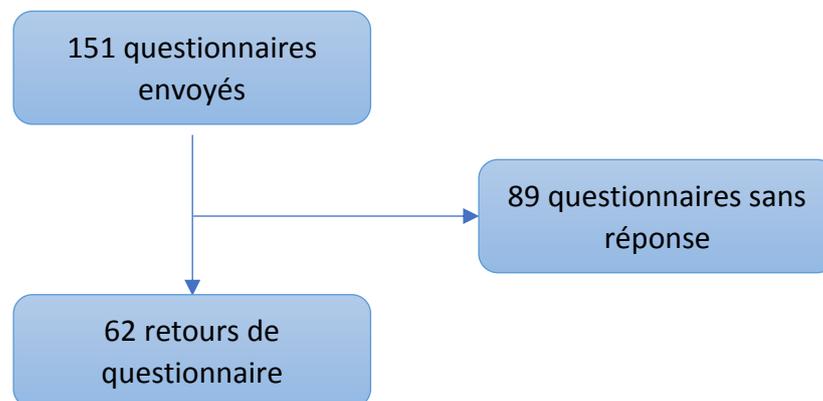


Figure 4 : nombre de réponses à 1 mois par les médecins

Parmi l'ensemble des questionnaires envoyés, nous avons obtenu 62 réponses, soit un taux de réponse de 41,1 % (figure 4).

Seulement 4 MT ont répondu à plusieurs questionnaires. Au total, parmi les 62 réponses, 58 sont obtenues de MT différents.

Concernant les questions 3, 4, 8 et 9, nous avons obtenu un taux de réponse à 50,9 % (58 réponses sur les 114 MT différents interrogés).

Les réponses obtenues ont été recueillies soit par mail (32 %), soit par fax (19 %), soit par téléphone (49 %) (figure 5).

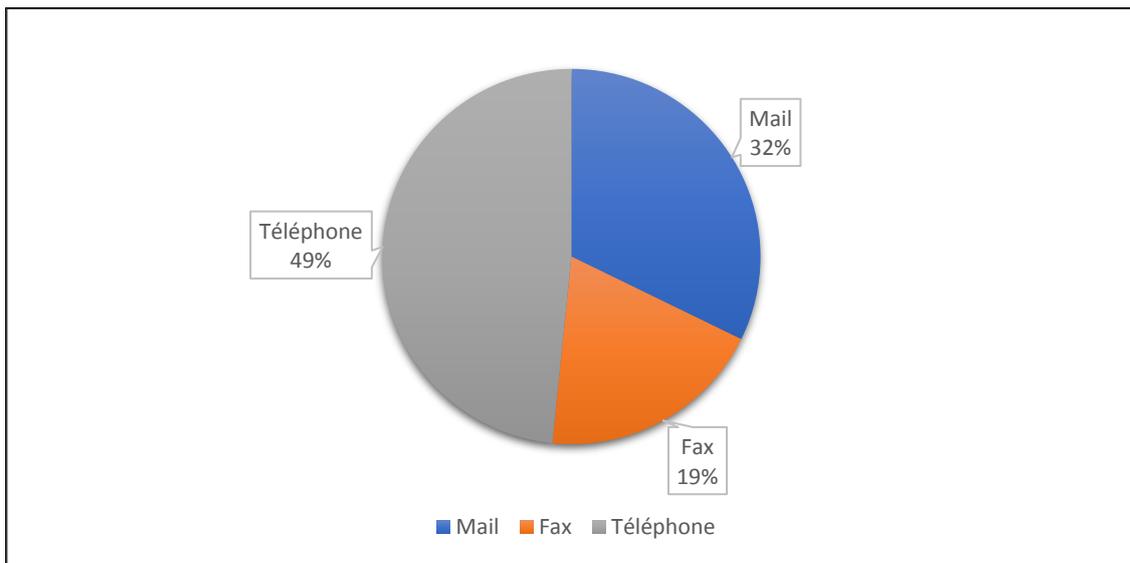


Figure 5: modalités de réponses aux questionnaires

5. Réponses aux questions 1, 2, 3, 4, 8 et 9

Concernant le délai de réception des CRH, (question 1), la majorité des MT a reçu le CRH dans un délai de moins de 7 jours (58,1 %). 16,1 % des MT ne se souvenaient plus du délai de réception du CRH.

3 MT n'ont pas reçu le CRH (soit 4,8% des MT répondeurs). Parmi eux, un seul n'a pas récupéré le CRH, et n'a donc pas pu répondre à la suite du questionnaire. Les réponses aux questions suivantes seront donc calculées sur $n = 61$.

Concernant l'accès au CRH, (question 2), la majorité des MT (73,8 %) avaient reçu le CRH lors de la première visite de leur patient après l'hospitalisation.

Concernant les items « examens complémentaires » et « évolution », (question 3), 71,9 % des MG préfèrent que les examens complémentaires soient insérés au fil de l'évolution. 4 % préfèrent un listing dans un paragraphe distinct, 17,5 % n'ont pas de préférence.

Concernant le paragraphe « modifications thérapeutiques », (question 4), une large majorité des MG (53 sur 57 soit 93 %) ont trouvé un intérêt à celui-ci.

Concernant le paragraphe « synthèse » (question 8), tous les MG répondent qu'ils trouvent un intérêt à celui-ci.

Concernant l'avis global des MG sur le nouveau CRH type, (question 9), 73,7 % des MG considèrent qu'il est pertinent, voire très pertinent pour 17,5 %.

L'ensemble des résultats est disponible dans le tableau 2.

	Réponses n (%)
Q1- Délai de réception du CRH (n = 62)	
< 7 jours	36 (58,1)
> 7 jours	13 (21)
Ne sait pas	10 (16,1)
Pas de réception	3 (4,8)
Q2 - Accessibilité du CRH lors de la première consultation après hospitalisation (n = 61)	
Oui	45 (73,8)
Non	8 (13,1)
Patient non revu	6 (9,8)
Ne sait plus	2 (3,3)
Q3 - Souhait des examens complémentaires au fil de l'évolution (n = 57)	
Oui	41 (71,9)
Pas de préférence	10 (17,5)
Non	4 (7)
Autre	2 (3,5)
Q4 - Intérêt du paragraphe "modifications thérapeutiques" (n = 57)	
Oui	53 (93)
Non	1 (1,8)
Autre	3 (5,3)
Q8 - Intérêt du paragraphe "synthèse" (n = 57)	
Oui	57 (100)
Q9 - Avis sur les modifications globales du nouveau CRH (n = 57)	
Très pertinentes	10 (17,5)
Pertinentes	42 (73,7)
Indifférentes	3 (5,3)
Inutiles	1 (1,8)
Autre	1 (1,8)

Tableau 2: réponses aux questions 1, 2, 3, 4, 8 et 9

B- Seconde partie

1. Analyse des traitements de sortie

a. Analyse quantitative

A l'arrivée dans le service, les ordonnances des patients comprennent entre 0 et 19 lignes de médicaments, avec une moyenne de 6,764 médicaments (+/- 3,5).

A la sortie, les ordonnances comprennent entre 1 et 20 lignes de traitements, avec une moyenne de 7,306 (+/- 3,4).

La différence du nombre de ligne de traitements entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation n'est pas statistiquement significative ($p > 0.05$).

A l'entrée, 56 patients prennent de 0 à 5 médicaments, 73 patients entre 6 et 10 médicaments et 22 patients prennent plus de 10 médicaments.

A la sortie, 52 patients ont une ordonnance comprenant de 0 à 5 médicaments, 73 patients entre 6 et 10 traitements, et 26 patients, plus de 10 médicaments (figure 6, tableau 3).

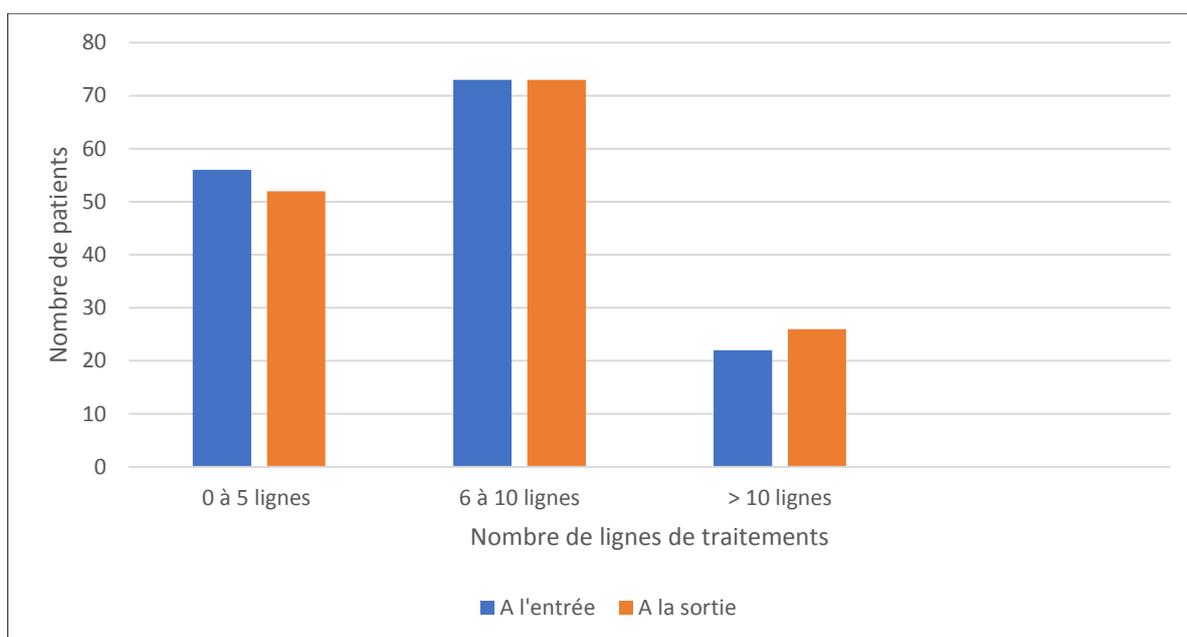


Figure 6: lignes de traitements à l'entrée et à la sortie

	A l'entrée	A la sortie	p
Nombre de lignes de traitement, moyenne (écart type)	6,764 (± 3,5)	7,306 (± 3,4)	0,179
Nombre de lignes de traitement, n (%)			
0 à 5 médicaments	56 (37,1)	52 (34,4)	0,786
6 à 10 médicaments	73 (48,3)	73 (48,3)	
Plus de 10 médicaments	22 (14,6)	26 (17,2)	

Tableau 3: nombre de lignes de traitement à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation

b. Analyse qualitative

Le tableau 4 représente les classes médicamenteuses les plus prescrites à la sortie d'hospitalisation, selon la classification ATC.

Les classes anatomiques les plus prescrites sont, en majorité, les médicaments « des voies digestives et métabolisme » (n = 277), du « système cardio-vasculaire » (n = 241) et du « système nerveux » (n = 222).

Les classes thérapeutiques les plus prescrites sont les antithrombotiques (B01) (n = 105) et psycholeptiques (N05) (n = 105).

Classes médicamenteuses	Nombre de lignes	(%) N=1073
<u>Classes anatomiques</u>		
A Voies digestives et métabolisme	277	(25,8)
C Système cardio-vasculaire	241	(22,5)
N Système nerveux	222	(20,7)
B Sang et organes hématopoïétiques	159	(14,8)
J Antiinfectieux généraux à usage systémique	41	(3,8)
H Hormones systémiques, hormones sexuelles exclues	34	(3,2)
G Système génito-urinaire et hormones sexuelles	28	(2,6)
R Système respiratoire	22	(2,1)
S Organes sensoriels	18	(1,7)
M Muscle et squelette	13	(1,2)
D Médicaments dermatologiques	11	(1,0)
V Divers	4	(0,4)
L Antinéoplasiques et immunomodulateurs	3	(0,3)
P Antiparasitaires, insecticides	0	(0,0)
<u>Classes thérapeutiques</u>		
B01 Antithrombotiques	105	(9,8)
N05 Psycholeptiques	105	(9,8)
A06 Médicaments de la constipation	98	(9,1)
A02 Médicaments des troubles de l'acidité	75	(7,0)
C07 Bêtabloquants	61	(5,7)
C03 Diurétiques	59	(5,5)
N06 Psychoanaleptiques	49	(4,6)
J01 Antibactériens à usage systémique	41	(3,8)
C08 Inhibiteurs calciques	41	(3,8)
C09 Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine	37	(3,4)
A11 Vitamines	35	(3,3)
N02 Analgésiques	32	(3,0)
A10 Médicaments du diabète	31	(2,9)
B03 Préparations antianémiques	31	(2,9)
G04 Médicaments urologiques	28	(2,6)
H03 Médicaments de la thyroïde	27	(2,5)
B05 Substituts du sang et solutions de perfusion	23	(2,1)
C01 Médicaments en cardiologie	23	(2,1)
N03 Antiépileptiques	22	(2,1)
R03 Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes	20	(1,9)
C10 Hypolipidémiant	19	(1,8)
S01 Médicaments ophtalmologiques	18	(1,7)
A12 Suppléments minéraux	18	(1,7)
N04 Antiparkinsoniens	12	(1,1)
A07 Antidiarrhéiques, antiinflammatoires et antiinfectieux intestinaux	11	(1,0)
M04 Antigoutteux	10	(0,9)
H02 Corticoïdes à usage systémique	7	(0,7)

A03 Médicaments des désordres fonctionnels gastro-intestinaux	6	(0,6)
Autres	29	(2,9)

Tableau 4: classes médicamenteuses les plus prescrites à la sortie d'hospitalisation selon la classification ATC

2. Avis des MT sur les modifications réalisées durant l'hospitalisation (question 5)

Sur les 61 réponses obtenues au questionnaire, 38 MT (soit 62,3 %) pensent que les modifications thérapeutiques réalisées durant l'hospitalisation sont pertinentes, voire très pertinentes (7 MT soit 11,5 %). 3 MT ont trouvé que les modifications étaient indifférentes (soit 4,9 %).

13 MT (21,3 %) ont répondu « autre » à cette question. Parmi ces réponses, 4 ont précisé qu'il n'y avait pas eu de modification thérapeutique, un MT a expliqué qu'il avait totalement confiance dans les modifications faites par les gériatres, et qu'il n'avait donc pas d'avis. 2 MT ont mentionné les difficultés à mettre en œuvre ces modifications thérapeutiques à domicile.

3. Constitution de la deuxième cohorte de patients

Parmi les 151 patients inclus initialement, 24 sont sortis d'hospitalisation en SSR, et 3 patients ont été transféré dans un autre service. Ils ont donc été exclus. Au total, 124 patients ont été inclus pour cette 2^{ème} partie.

Sur les 124 questionnaires envoyés aux MT des patients inclus dans cette 2^{ème} partie, nous avons reçu 46 réponses (figure 6).

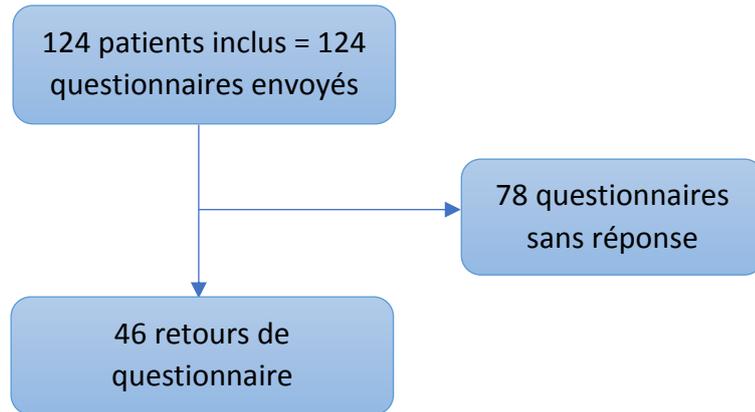


Figure 6 : nombre de réponses à 1 mois par les médecins, pour la 2^{ème} partie de l'étude

4. Analyse des modifications thérapeutiques réalisées par les MT à 1 mois de la sortie d'hospitalisation

a. Analyse quantitative

Parmi les 45 réponses, 29 MT ont poursuivi les traitements 1 mois après la sortie des patients à domicile, soit 64,4 %. 13 MT n'ont pas poursuivi à l'identique les traitements, et 3 MT n'ont pas revu leur patient lorsqu'ils répondent au questionnaire, soit au moins 1 mois après leur sortie.

b. Analyse qualitative

Sur les 45 réponses obtenues, 3 MT n'ont pas revu leur patient, donc n'ont pas eu la possibilité de modifier leur traitement. Au total, pour les 42 patients inclus, 295 lignes de traitement ont été prescrites à la sortie d'hospitalisation.

Après exclusion des thérapeutiques dont l'arrêt était prévu après la sortie (anti-infectieux ou supplémentation en minéraux), 18 lignes de traitements ont été modifiées par les MT (tableau 5).

Modifications thérapeutiques à 1 mois (selon classe anatomique)	Nombre de lignes (n = 18)
Traitements arrêtés (n = 8)	
N Système nerveux	4
C Système cardio-vasculaire	2
M Muscle et squelette	1
R Système respiratoire	1
Traitements ajoutés (n = 5)	
N Système nerveux	2
A Voies digestives et métabolisme	1
C Système cardio-vasculaire	1
H Hormones systémiques, hormones sexuelles exclues	1
Augmentation posologie (n = 5)	
N Système nerveux	2
A Voies digestives et métabolisme	2
C Système cardio-vasculaire	1

Tableau 5 : modifications thérapeutiques faites par les MT à 1 mois de la sortie d'hospitalisation, selon la classification anatomique

Parmi les 8 traitements arrêtés à 1 mois de la sortie d'hospitalisation, nous retrouvons :

- 4 traitements classés « système nerveux », comprenant l'oxazépam, l'halopéridol, et le zopiclone. 3 des 4 traitements ont été rajoutés pendant l'hospitalisation, le quatrième avait été augmenté
- 2 traitements classés « système cardio-vasculaire » : amlodipine et molsidomine, ajoutés durant l'hospitalisation, le deuxième arrêté à la demande de la patiente
- 1 traitement classé « muscle et squelette » : colchicine, arrêté comme proposé dans le CRH

- 1 traitement classé « système respiratoire », associant fénotérol et ipratropium bromure, ajouté dans un contexte de décompensation respiratoire.

5 traitements ont été ajoutés :

- 2 traitements classés « système nerveux » : bromazépam et une association tramadol et paracétamol, arrêtés durant l'hospitalisation
- 1 traitement classé « système cardio-vasculaire » : nicardipine, ajouté lors d'une poussée hypertensive à domicile
- 1 traitement classé « hormones systémiques, hormones sexuelles exclues », prednisolone, ajouté comme proposé dans le CRH
- 1 traitement classé « voies digestives et métabolisme » : nifuroxazide, arrêté durant l'hospitalisation.

5 traitements ont vu leurs posologies augmentées :

- 2 traitements classés « voies digestives et métabolisme » : ésoméprazole, augmentés comme auparavant au domicile
- 2 traitements classés « système nerveux » : alprazolam (comme auparavant) et mirtazapine, traitement instauré pendant l'hospitalisation
- 1 traitement classé « système cardio-vasculaire » : furosémide, ajouté pendant l'hospitalisation.

Finalement, les classes les plus modifiées à la sortie sont les thérapeutiques concernant le système nerveux (n = 8) soit 44,4 %.

11 traitements parmi les 18 ont été repris, comme auparavant, au domicile.

5. Commentaires libres (question 10)

Nous avons recueilli 15 commentaires libres par 14 MG :

- 5 MG donnent des appréciations favorables sur le CRH : « améliorations appréciables », « relativement performants et bien améliorés », « les courriers de médecine sont en général bien rédigés », « objectif clair et concis » et « beaucoup plus clair et synthétique »
- 3 MG commentent la longueur du CRH, qui ne doit pas être trop long
- 2 MG souhaitent un adressage du CRH par mail
- 2 MG souhaitent que le patient sorte du service avec un CRH provisoire ou définitif
- 2 MG souhaitent avoir une copie des examens complémentaires réalisés pendant l'hospitalisation
- 1 MG souhaite avoir l'ordonnance de sortie accompagnant le CRH envoyé

IV- DISCUSSION

La trame des CRH se modifie au fil des années, ayant pour objectif de répondre au mieux aux attentes des MG afin d'optimiser la sortie des patients de l'hôpital.

Nous avons voulu, au travers de notre enquête, connaître l'avis des MT sur notre CRH au CSG à La Rochelle.

A- Synthèse des résultats principaux / comparaison aux données de la littérature

1. Délai de réception

Il s'agit d'un élément souvent souligné par les MG, car considéré comme trop long (8,13,30). Le délai de 7 jours recommandé par la HAS et inscrit dans la loi semble correct pour les MG (6,20,21,25).

Dans notre service, le CRH est déjà rédigé lorsque le patient sort d'hospitalisation, permettant de minimiser ce délai.

95,2 % des MG répondent ont reçu un CRH. 58,1 % des MT ont reçu le CRH dans un délai d'une semaine, ce qui est correct par rapport aux études retrouvées (28,3 % et 45 % dans les études citées respectivement (8,31)).

73,8 % des MG ont réceptionné le CRH lors de la première consultation après l'hospitalisation. Nous retrouvons des résultats très variables dans la littérature. Nos résultats concordent avec ceux d'une thèse réalisée à Grenoble en 2012 (29). Ils sont équivalents voir supérieurs à ceux obtenus dans une revue systématique publiée dans le JAMA en 2007, qui constatait des résultats entre 12 et 34 % (6).

Au CSG, lorsque les patients sortent d'hospitalisation, une copie du CRH leur est donnée en mains propres. La rédaction du CRH avant la sortie du patient permet d'éviter la rédaction de deux documents (lettre de liaison et CRH). Il permet également au MT d'avoir accès à celui-ci lors de la 1^{ère} visite post hospitalisation même s'il ne l'a pas encore reçu (1 MG sur 4 environ dans notre étude).

A noter : l'un des 3 MG n'ayant pas reçu de CRH n'a pas répondu au questionnaire à partir de la question 2, expliquant pourquoi nous avons seulement 61 réponses à la question 2.

2. Contenu du CRH

a. Réponses au questionnaire de la première partie

Concernant les questions 3, 4, 8 et 9, nous n'attendions qu'une seule réponse par MT. En effet, les MG ayant déjà répondu à ce questionnaire devaient répondre « j'ai déjà répondu au questionnaire ». Nous avons donc 57 réponses pour ces questions (4 doublons de MT et 1 MG n'ayant pas répondu car n'a pas reçu le CRH).

Globalement, les MT préfèrent une lecture des examens complémentaires au fur et à mesure de l'évolution à 71,9 %, contre 7 % qui préfèrent le listing.

Les premiers préfèrent au fil de l'évolution pour une meilleure compréhension de l'intérêt des examens. Les deuxièmes argumentent sur la rapidité de lecture, et la facilité à retrouver à posteriori les résultats des examens en un coup d'œil, par exemple lorsque l'on recherche le résultat d'un examen complémentaire précis. Une telle disposition permet, selon eux, d'éviter la relecture de l'ensemble du courrier. Certains souhaiteraient même avoir des photocopies des comptes rendus, ou des examens (exemple : ECG). Cela éviterait la réalisation en doublons d'examens dont les MG n'ont pas les résultats, et dont parfois ils ne connaissent pas l'existence.

De manière unanime, les MT souhaitent la présence d'une synthèse à la fin du CRH, ce qui était presque toujours fait auparavant dans le service.

La grande nouveauté de cette nouvelle trame de CRH est la présence du paragraphe « modifications thérapeutiques ». Jusqu'à présent, l'explication des modifications était incluse dans l'évolution. Mais beaucoup de modifications thérapeutiques n'étaient pas, ou mal expliquées. Il a pourtant été démontré l'importance de ces explications pour le suivi du patient notamment dans la réduction de la iatrogénie (10,26). C'est d'ailleurs l'un des axes de travail que propose la HAS pour la réduction des risques de ré-hospitalisation chez les personnes âgées (28).

93 % des MG interrogés trouvent un intérêt à ce nouveau paragraphe, permettant une meilleure visibilité des changements thérapeutiques. Ceci s'explique car le CRH est souvent le seul contact du MG avec l'équipe hospitalière et permet très rapidement de savoir ce qui a été modifié.

Les MG sont satisfaits des modifications thérapeutiques et de l'amélioration du contenu du CRH. Cela confirme que le CRH est un support indispensable pour la bonne transmission de l'information et la meilleure prise en charge des patients à leur sortie d'hospitalisation. Comme le montre Mudge et al. , lorsque le CRH est complet il y a moins de ré-hospitalisations (32).

b. Réponses au questionnaire de la deuxième partie

Parmi les 46 réponses, l'un des MT n'a pas répondu à l'ensemble des questions, comme précisé précédemment, expliquant un total de 45 réponses.

Sur le plan des thérapeutiques, nous avons demandé aux MG leurs avis sur notre prise en charge de leurs patients dans le service, et plus particulièrement sur les traitements de sortie. 62,3 % des MG trouvent que les modifications thérapeutiques réalisées sont pertinentes, voire à 11,5 % très pertinentes, soit 73,8 % de MG satisfaits. Cette question nous paraissait intéressante afin de pouvoir interpréter de façon plus précise pourquoi les MG n'ont pas poursuivi les traitements à la sortie d'hospitalisation. Parmi les réponses « autre » à cette question, certains nous ont expliqué que les modifications étaient difficiles à mettre en œuvre à domicile.

Des MG souhaiteraient obtenir la copie de l'ordonnance de sortie avec le CRH. Il est vrai qu'il existe parfois des différences entre l'ordonnance donnée au patient et la liste des traitements dans le CRH, à l'origine de confusion pour les MT. En effet, dans notre service, les CRH sont souvent dictés dans les jours précédents la sortie, et peuvent être mal corrigés par les médecins hospitaliers.

Parmi les 295 lignes de thérapeutiques à la sortie d'hospitalisation, seulement 18 lignes ont été modifiées. La plupart des modifications ont été réalisées pour des traitements du système nerveux (8/18). Parmi les 8, 6 d'entre eux ont été rajoutés, ôtés ou leur posologie a été augmentés en vue d'une reprise du traitement comme avant l'hospitalisation. La justification des MG lors du questionnaire ne nous permet pas de savoir s'il s'agit d'une demande des patients ou si l'état clinique des patients était réellement impacté.

B- Limites de l'étude

Notre étude est unicentrique, avec un effectif réduit de 151 patients inclus. Malgré un sujet concernant la pratique quotidienne des MG, nous avons un faible taux de réponse (41,1 %). Le faible nombre de MG interrogés est à l'origine d'une perte de représentativité, avec des résultats difficilement généralisables.

Nous avons également fait face à une problématique lors de la rédaction des CRH par les internes et gériatres du service. Le paragraphe « modifications thérapeutiques » n'a pas été réalisé de manière exhaustive. Malgré une surveillance étroite, et un rappel régulier auprès des gériatres du service, 3 MG répondeurs n'avaient pas ce paragraphe dans le CRH reçu. Nous n'avons également pas vérifié la présence des justifications des modifications thérapeutiques pour tous les traitements dans chaque courrier. Bien que ce nouveau paragraphe soit apprécié par les MG, sa rédaction est relativement chronophage par les médecins hospitaliers.

Devant le faible taux de réponse initial par mail ou par fax, nous avons dû contacter les MG par téléphone. Les réponses des MG ont donc été recueillies par plusieurs voies : mail, fax ou téléphonique. Nous sommes donc face à un biais de recueil d'information, puisqu'il y a un risque de réponse partielle prédominante au téléphone. Afin de limiter ce biais, nous demandions aux MT répondeurs par téléphone d'avoir le CRH sous les yeux. De plus, le délai de réception du CRH était souvent oublié par les MT ou inexact. La plupart des médecins répondaient en fonction de la date d'inclusion du CRH dans leur logiciel (souvent faite le jour même de la réception).

Cette étude présente un deuxième biais d'information : la récupération des ordonnances des patients a été très difficile. Les MG ne nous ont presque jamais envoyé les ordonnances des traitements à M+1 anonymisées, comme demandées lors du questionnaire. Par téléphone, les MG n'avaient souvent pas les ordonnances car prescrites en visites à domicile, chez cette patientèle gériatrique. Nous n'avons ainsi pas pu vérifier les réponses des MG à cette question.

C- Propositions, suggestions pour l'amélioration de la coordination des soins

Les modalités de réception des CRH sont souvent discutées par les MG. Les enquêtes auprès des MG français montrent des résultats assez dispersés. Selon les études françaises, on note une préférence pour la voie postale entre 45 et 86,5 % (13,18,20).

Nous n'avons pas posé de question spécifique aux MT dans notre étude, mais deux MG proposent un envoi par mail, expliquant que ce serait plus rapide (pas de délai de transmission) et plus pratique, car enregistré en quelques clics seulement dans leur logiciel informatique. En effet, les dossiers médicaux des MG sont maintenant de plus en plus souvent informatisés. Dans la revue de la littérature de Clanet et al. (18), 50 % des MG souhaiteraient privilégier un envoi par mail.

On peut imaginer qu'un double par mail pourrait être envoyé aux MT afin qu'ils puissent y avoir accès plus précocement.

Le dossier médical partagé (DMP) est également un outil en cours de déploiement, inscrit dans la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (33). L'objectif est un partage d'informations médicales entre professionnels de santé (34). Il permettra d'obtenir le CRH dès la fin de sa rédaction, sans avoir le délai de transmission actuel de quelques jours par voie postale. D'autres documents tels que les comptes rendus de consultation, de passage aux urgences, résultats d'examens complémentaires etc... seraient disponibles, comme demandé par l'un des MG interrogé dans notre étude.

La justification systématique des modifications thérapeutiques dans le CRH, dans un paragraphe distinct, bien visible pour les MT est un élément qui semble important à poursuivre. Cependant ces justifications sont chronophages pour les médecins hospitaliers qui

rédigent les CRH. Une participation des pharmaciens pourrait être intéressante dans la prise en charge du patient hospitalisé.

A Nantes, dans le service de SSR gériatrique (35), il existe une véritable collaboration entre les pharmaciens et les médecins hospitaliers. Le pharmacien a un rôle primordial : à l'entrée du patient, un appel vers le pharmacien de ville du patient est donné afin de récupérer les traitements récents pris par le patient (sur ordonnance ou non de son MT). Puis, une surveillance des traitements est réalisée quotidiennement, avec une justification nécessaire en cas de modification. A la sortie, les pharmaciens recherchent les galéniques les plus adaptées, les associations de médicaments si possible, reprennent les traitements initiaux (si des équivalences étaient données). Les modifications réalisées sont expliquées au patient et à sa famille, avec un plan de prise. Un « courrier de sortie pharmaceutique » est adressé au MG et au pharmacien dans les 24 heures suivant sa sortie. Ce suivi du traitement permet de corriger des erreurs survenant aux différents points de transition du parcours de soins mais peut être chronophage pour les pharmaciens hospitaliers.

D'autres pistes d'amélioration sont également proposées dans l'étude de Greenwald et al. (36). Il a été réalisé un suivi important du patient par une infirmière au cours de son hospitalisation. Elle participait à l'éducation du patient en expliquant le diagnostic, les traitements, le suivi. A la sortie d'hospitalisation, les patients avaient un document ré-explicatif. A J 3 de la sortie, un pharmacien hospitalier appelait les patients pour faire un point clinique et pharmacologique. Les résultats de cette étude ont été encourageants, puisqu'il a été montré une baisse significative des ré-hospitalisations. Cependant, c'est une organisation qui semble lourde et coûteuse, donc difficile à réaliser.

En pratique, un appel ou un mail type prévenant les MT de la sortie pourrait être un atout dans la coordination des soins. Il permettrait au MT de visiter le patient dans la semaine suivant la sortie d'hospitalisation (20,28), même en l'absence d'appel du patient. Le MT, même s'il n'a pas reçu le CRH, y aurait accès via le patient, sorti avec son CRH.

Sur le plan des thérapeutiques, un travail de conciliation médicamenteuse entre le médecin et le pharmacien hospitalier, à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation ainsi qu'un tableau récapitulatif des traitements d'entrée et de sortie, avec les justifications pour chaque modification, pourraient être des pistes d'amélioration. Ce tableau pourrait être effectué au fur et à mesure de l'hospitalisation et des modifications thérapeutiques pour un gain de temps à la sortie du patient. Un « courrier pharmaceutique de sortie » pour le pharmacien, (qui pourrait être un double du tableau précédent), accompagnant l'ordonnance de sortie, pourrait également sécuriser la sortie d'hospitalisation, en permettant au pharmacien de contrôler l'ordonnance et de pouvoir détecter des erreurs (27,35).

V- CONCLUSION

Les MG sont plutôt favorables aux modifications réalisées dans notre CRH, support de la coordination de soins. Cependant, nous notons plusieurs points améliorables.

Un contact avec le MT le jour de la sortie par mail ou appel, pourrait permettre de prévenir le MT de la sortie de son patient, et de faire un point explicatif sur l'hospitalisation et les modifications thérapeutiques les plus importantes.

De plus, une conciliation pharmaceutique pendant l'hospitalisation et la création d'un tableau récapitulatif des traitements d'entrée et de sortie semblent possibles en pratique et seraient souhaitables pour diminuer les risques d'erreurs et d'iatrogénie.

VI- ANNEXES

Annexe 1 : courrier accompagnant le CRH

Cher confrère, chère consœur,

Le compte rendu d'hospitalisation (CRH) ci-joint fait l'objet d'une thèse, que je réalise actuellement avec le Docteur Sophie ELMALEM, gériatre au court séjour gériatrique à La Rochelle.

En effet, la trame du CRH a été modifiée depuis début mai, selon les recommandations HAS.

Cette thèse vise à améliorer les CRH selon vos attentes, afin d'optimiser la coordination des soins entre la sortie d'hospitalisation et la ville.

Vous allez recevoir dans 1 mois un questionnaire par mail, afin d'obtenir votre avis. Si plusieurs de vos patients sont sortis d'hospitalisation durant la période d'inclusion, plusieurs questionnaires vous seront envoyés. Les réponses au questionnaire seront à adapter en fonction de chaque CRH reçu.

Si vous avez la moindre question, je suis disponible à l'adresse mail suivante : claire.lambert.these@gmail.com.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous accorderez à mon travail,

Les résultats de l'étude vous seront envoyés par mail.

Bien confraternellement,

Claire LAMBERT

Annexe 2: classification des motifs d'hospitalisation selon la CIM -10

A00 - B99	Chapitre I - Certaines maladies infectieuses et parasitaires
C00-D48	Chapitre II - Tumeurs
D50-D89	Chapitre III - Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire
E00-E90	Chapitre IV - Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
F00-F99	Chapitre V - Troubles mentaux et du comportement
G00-G99	Chapitre VI - Maladies du système nerveux
H00-H59	Chapitre VII - Maladies de l'œil et de ses annexes
H60-H95	Chapitre VIII - Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
I00-I99	Chapitre IX - Maladies de l'appareil circulatoire
J00-J99	Chapitre X - Maladies de l'appareil respiratoire
K00-K93	Chapitre XI - Maladies de l'appareil digestif
L00-L99	Chapitre XII - Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
M00-M99	Chapitre XIII - Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
N00-N99	Chapitre XIV - Maladies de l'appareil génito-urinaire

O00-O99	Chapitre XV - Grossesse, accouchement et puerpéralité
P00-P96	Chapitre XVI - Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
Q00-Q99	Chapitre XVII - Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
R00-R99	Chapitre XVIII - Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs
S00-T98	Chapitre XIX - Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes
V01-Y98	Chapitre XX - Causes externes de morbidité et de mortalité
Z00-Z99	Chapitre XXI - Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

Annexe 3: classification ATC niveau 1

CLASSE ATC	GROUPE THERAPEUTIQUE
A	SYSTEME DIGESTIF ET METABOLISME
B	SANG ET ORGANES HÉMATOPOIETIQUES
C	SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE
D	DERMATOLOGIE
G	SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE ET HORMONES SEXUELLES
H	HORMONES SYSTÉMIQUES, A L'EXCLUSION DES HORMONES SEXUELLES ET DES INSULINES
J	ANTI-INFECTIEUX (USAGE SYSTEMIQUE)
L	ANTINÉOPLASIQUES ET AGENTS IMMUNOMODULANTS
M	SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE
N	SYSTÈME NERVEUX
P	ANTIPARASITAIRES, INSECTICIDES ET REPULSIFS
R	SYSTÈME RESPIRATOIRE
S	ORGANES SENSORIELS
V	DIVERS

Annexe 4 : questionnaire envoyé aux médecins traitants

**QUESTIONNAIRE AUX MEDECINS GENERALISTES – THESE COURT
SEJOUR GERIATRIQUE LA ROCHELLE**

1 – Dans quel délai avez-vous reçu le compte rendu d’hospitalisation (CRH) ?

- < ou = 7 jours
- > 7 jours
- Je n’ai pas reçu le CRH
- Autre :

2- Avez-vous accès au CRH lors de la 1^{ère} consultation suite à l’hospitalisation ?

- Oui
- Non
- Je n’ai pas revu le patient
- Autre :

3- Nous avons volontairement décidé de ne pas faire de paragraphe distinct pour les examens complémentaires, mais plutôt de les introduire au fil de l’évolution. Est-ce que cela vous convient ?

- Oui
- Non
- Je n’ai pas de préférence
- J’ai déjà répondu à la question lors d’un questionnaire précédent
- Autre :

4- Nous avons ajouté un paragraphe « modifications thérapeutiques ». Avez-vous trouvé un intérêt à celui-ci ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- J’ai déjà répondu à la question lors d’un questionnaire précédent
- Autre :

5- Comment avez-vous trouvé les modifications thérapeutiques réalisées durant l’hospitalisation ?

- Très pertinentes
- Pertinentes
- Indifférentes
- Inutiles
- Autres

6 - Nous sommes à un mois environ de la sortie d'hospitalisation. Avez-vous été en mesure de poursuivre à l'identique les traitements proposés ?

- Oui
- Non
- Je n'ai pas revu le patient
- Autre :

7 - Si vous avez répondu "non" à la question précédente, quels traitements avez-vous modifiés et pourquoi ?

Traitement initial (avec posologie)	Nouveau traitement / nouvelle posologie	Explication modifications

8- Est-ce pertinent selon vous qu'une synthèse soit réalisée en fin de courrier ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- J'ai déjà répondu à la question lors d'un questionnaire précédent

9- Globalement, que pensez-vous des modifications faites sur le nouveau CRH type, pour l'amélioration de la continuité des soins ?

- Très pertinentes
- Pertinentes
- Indifférentes
- Inutiles
- J'ai déjà répondu à la question lors d'un questionnaire précédent
- Autre :

10- Remarques ou suggestions pour l'amélioration des CRH?

.....

Merci pour vos réponses. Merci de me renvoyer le questionnaire (pages 2 et 3) et de **joindre la copie de la dernière ordonnance anonymisée de renouvellement de traitement** soit par fax : 05.46.45.69.84 soit par mail : claire.lambert.these@gmail.com. Vous pouvez également me contacter au 06.84.70.17.97.

Votre adresse mail ou numéro de fax :

VII- BIBLIOGRAPHIE

1. WONCA. LA DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE - MEDECINE DE FAMILLE [Internet]. 2002 [cited 2018 Mar 10]. Available from: http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA_definition_French_version.pdf
2. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Vol. 108, Exercer. 2013. p. 148–55.
3. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. *Sante Publique (Paris)*. 2008;20(5):489.
4. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA, et al. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination). *Rockv Agency Healthc Res Qual*. 2007;
5. Note méthodologique et de synthèse documentaire «Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? » [Internet]. HAS. 2014 [cited 2018 Mar 10]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf
6. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams M V., Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians. *JAMA*. 2007 Feb 28;297(8):831.
7. Legifrance. Code de la santé publique - Article R1112-1-2, crée par le décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 - art. 1 [Internet]. 2016. [cited 2018 Mar 10]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000032924352&dateTexte=&categorieLien=cid>
8. Harding J. Study of discharge communications from hospital doctors to an inner London general practice. *J R Coll Gen Pract*. 1987 Nov;37(304):494–5.

9. Smith PC. Missing Clinical Information During Primary Care Visits. *JAMA*. 2005 Feb 2;293(5):565.
10. Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med*. 2003 Aug;18(8):646–51.
11. Walraven C, Seth R, Austin PC, Laupacis A. Effect of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital readmission. *J Gen Intern Med*. 2002 Mar;17(3):186–92.
12. Mesteig M, Helbostad JL, Sletvold O, Røssstad T, Saltvedt I. Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study. *BMC Health Serv Res*. 2010 Dec 4;10(1):1.
13. François P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. *Sante Publique (Paris)*. 2014;26(2):189.
14. Van Walraven C, Weinberg AL. Quality assessment of a discharge summary system. *CMAJ*. 1995 May 1;152(9):1437–42.
15. Wilson S, Ruscoe W, Chapman M, Miller R. General practitioner-hospital communications: A review of discharge summaries. *J Qual Clin Pract*. 2001 Dec;21(4):104–8.
16. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? *Presse Med*. 2009 Oct;38(10):1404–9.
17. Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: A review of key issues for hospitalists. *J Hosp Med*. 2007 Sep;2(5):314–23.
18. Clanet R, Bansard M, Humbert X, Marie V, Raginel T. Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes. *Sante Publique (Paris)*. 2015;27(5):701.

19. Bansard M, Clanet R, Raginel T. Proposition d'un contenu standardisé et raisonné pour les lettres de liaison et les comptes-rendus d'hospitalisation à destination du médecin traitant. *Sante Publique (Paris)*. 2017;29(1):57.
20. Marie-Laure Bureau. Continuité des soins à la sortie du service de gériatrie : étude sur les attentes des médecins généralistes pour optimiser le compte rendu d'hospitalisation - UPthÃ¨ses - Les thÃ¨ses en ligne de l'UniversitÃ© de Poitiers. Poitiers; 2012.
21. Code de la santé publique - Article R1112-1 | Legifrance [Internet]. [cited 2018 Mar 10]. Available from:
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=04F85BCE7DDFD8E820AE047C7C97F20F.tpdila10v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006190179&cidTexte=LEGITEXT00006072665&dateTexte=20150702
22. Code de la santé publique - Article R1112-60, modifié par le décret n 2016-995 du 20 juillet 2016 - art. 2 | Legifrance [Internet]. [cited 2018 Mar 10]. Available from:
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=0AB7711503BFE6F3E6F02126B77C4D8F.tplgfr28s_3?idArticle=LEGIARTI000032926034&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=
23. Décret n  2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison | Legifrance [Internet]. [cited 2018 Mar 10]. Available from:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922482&categorieLien=id>
24. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé: dossier du patient: réglementation et recommandations [Internet]. 2003 [cited 2018 Mar 10]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_-_fascicule_1_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf
25. Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h [Internet]. HAS. [cited 2018 Mar 10]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_contenu_metier_23102014.pdf

26. Farbos F. Optimisation thérapeutique dans un service de post-urgence gériatrique : suivi des recommandations hospitalières par le médecin généraliste. 2014.
27. HAS. Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée? [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 10]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/fpcs_prescription_web.pdf
28. HAS. Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 10]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf
29. Emeline Singlard. Adaptation des traitements chez la personne âgée hospitalisée : la justification dans le courrier de sortie est-elle vraiment un atout ? (Fichier d'ordinateur, 2012) [WorldCat.org]. Grenoble 1; 2012.
30. HUBERT Gaël. La circulation de l'information médicale: évaluation du lien complexe ville-hôpital. Bobigny; 2006.
31. Hiance-Delahaye A, Teillet L, Lechowsky L, Aquino J-P, Harboun M. Iatrogénie médicamenteuse, sujet âgé et lien ville-hôpital : enquête sur la transmission médicale hospitalière à la médecine générale. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 2015 Feb;15(85):3–11.
32. Mudge AM, Shakhovskoy R, Karrasch A. Quality of transitions in older medical patients with frequent readmissions: Opportunities for improvement. Eur J Intern Med. 2013 Dec;24(8):779–83.
33. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie | Legifrance [Internet]. [cited 2018 Mar 10]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/13/SANX0400122L/jo/texte>
34. Code de la santé publique - Article L1111-14 et 15 | Legifrance [Internet]. [cited 2018 Mar 10]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8F26102D98137285F6ECCBC2B14235D4.tplgfr25s_3?idArticle=LEGIARTI000036511546&cidTexte=LEGITEX

T000006072665&dateTexte=20180413

35. Berthe A, Fronteau C, Le Fur É, Morin C, Huon J-FO, Rouiller-Furic I, et al. Conciliation médicamenteuse : un outil de lutte contre le risque iatrogène en gériatrie. *Artic Orig Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2017;15(1):19–24.
36. Greenwald JL, Jack BW. Preventing the preventable: reducing rehospitalizations through coordinated, patient-centered discharge processes. *Prof Case Manag*. 2009;14(3):135-40-2.

VIII- RESUME

Continuité des soins dans un service de gériatrie : avis des médecins généralistes concernant les modifications réalisées sur le compte rendu d'hospitalisation

Introduction : Le compte rendu d'hospitalisation (CRH) est un élément indispensable dans la coordination des soins entre l'hôpital et la médecine de ville. En 2014, la HAS proposait de nouveaux items dans les CRH, afin d'améliorer leur rendement. L'objectif principal de notre étude était d'obtenir l'avis des médecins traitants (MT) concernant les modifications que nous avons réalisées. L'objectif secondaire était de savoir si les traitements étaient poursuivis après la sortie d'hospitalisation.

Méthodes : Notre étude est une cohorte prospective, incluant 62 patients hospitalisés au court séjour gériatrique de l'hôpital de La Rochelle entre le 07 septembre et le 06 novembre 2018. Un questionnaire évaluant qualitativement le contenu du CRH et la poursuite des modifications thérapeutiques apportées a été envoyé à leur MT un mois après leur sortie.

Résultats : Le taux de réponse des MG était de 41,1 %. 58,1 % des MG ont reçu le CRH dans un délai de 7 jours, et 73,8 % y avaient accès lors de la première consultation post-hospitalisation. Le paragraphe « modifications thérapeutiques » était apprécié à 93 % et « synthèse du séjour » à 100 %. Globalement, les MG trouvaient que les modifications étaient pertinentes (73,7 %), voire très pertinentes (17,5 %).

64,4 % des MG ont poursuivi les traitements à un mois de la sortie.

Conclusion : Notre travail montre que la modification du contenu du CRH apporte satisfaction auprès des médecins généralistes et contribue à améliorer le lien ville hôpital nécessaire pour une meilleure coordination des soins.

Mots clés : coordination des soins, communication ville-hôpital, compte rendu d'hospitalisation, gériatrie



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



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 !

