

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2012

Thèse n°

THESE

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

présentée et soutenue publiquement
le 04/10/2012 à Poitiers
par Melle 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

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pascal Roblot

Membres :

Monsieur le Professeur José Gomes
Madame le Docteur Catherine Cornillon

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Marc Paccalin

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2012

Thèse n°

THESE

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

présentée et soutenue publiquement
le 04/10/2012 à Poitiers
par **Melle 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

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pascal Roblot

Membres :

Monsieur le Professeur José Gomes
Madame le Docteur Catherine Cornillon

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Marc Paccalin



Le Doyen,

Année universitaire 2012 - 2013

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(détachement)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique **(surnombre)**
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie **(surnombre)**
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIOT Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
8. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury de thèse,

Le président, Monsieur le Professeur P. Roblot pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Monsieur le Professeur J. Gomes et Madame le Docteur C. Cornillon, pour leur disponibilité et pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de ma vive reconnaissance et de mon profond respect.

Au Directeur de Thèse,

Monsieur le Professeur M. Paccalin,
Merci de m'avoir accompagné dans la réalisation de ce travail.
Vos conseils et votre disponibilité m'ont été d'un grand profit.

A ma famille,

Mes parents, mes frères qui m'ont soutenue et supportée durant toutes mes études.

A Ivan,

Merci d'être resté près de moi, de m'avoir soutenue. Merci de ta patience tous les jours et de tes conseils.

A mes amis,

Qui, tous, d'un bout à l'autre de la France m'ont été de bon conseil, et d'un grand soutien.

Aux différents services qui m'ont accueillie,

A l'équipe de gériatrie de Poitiers, l'équipe du service des urgences de Niort et à l'équipe mobile de soins palliatifs de Niort, qui tous, m'ont apporté beaucoup dans mon parcours.

PLAN

I- INTRODUCTION p 4

II- MATERIEL ET METHODE..... p 6

1) Objectif

2) Elaboration de la grille d'évaluation

3) Sélection des médecins généralistes interrogés

Critères d'inclusion

Modalité de communication

4) Analyse de la grille de réponse et des critères essentiels

Analyse des questionnaires

Définition des critères de qualité

5) Sélection et analyse des courriers de sortie

Critères d'inclusion des courriers

Critères d'exclusion des courriers

Analyse des courriers

III-	RESULTATS	p 17
1)	<u>Diagramme de l'étude</u>	
2)	<u>Attentes des médecins généralistes</u>	
3)	<u>Synthèse des 10 critères de qualité sélectionnés</u>	
4)	<u>Analyse des courriers de sortie</u>	
	Description des courriers	
	Présence de ces critères dans les courriers de sortie du service	
5)	<u>Réponse à Q3 et commentaires libres</u>	
IV-	DISCUSSION	p 29
V-	CONCLUSION	p 42
VI-	BIBLIOGRAPHIE	p 44
VII-	ANNEXES	p 48
VIII-	RESUME-MOTS CLES	p 53

GLOSSAIRE

- Atcd : antécédents
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation
- ECP : examen complémentaire
- MG : médecin généraliste
- MT : médecin traitant
- Ttmt : traitement

I- INTRODUCTION

La transmission efficace des informations entre professionnels de santé représente un enjeu majeur de la qualité du système de soins et un élément indispensable à une prise en charge optimale du patient. Sa nécessité est en outre rappelée dans les codes de déontologie et de santé publique.

Le courrier de sortie d'hospitalisation se trouve dans ce cadre, être un élément primordial. Certes les patients sont le plus souvent capables de restituer à leur médecin traitant le ou les diagnostics posés, mais ils ne connaissent généralement pas la surveillance à effectuer ni l'exactitude du traitement prescrit [1]. D'autre part, les communications entre médecins généralistes (MG) et médecins hospitaliers concernant un patient durant son hospitalisation sont insuffisantes voire inexistantes [1-4].

Le médecin généraliste ayant un rôle central de coordonnateur dans la poursuite des soins après une hospitalisation, le compte rendu d'hospitalisation (CRH) doit lui permettre d'exercer aux mieux cette fonction, en mentionnant de façon pertinente les informations nécessaires [3].

Différentes études françaises et étrangères ont montré que les comptes-rendus d'hospitalisation des patients n'étaient pas toujours adaptés à une bonne continuité des soins en raison d'informations incomplètes et d'erreurs [4-10], et qu'ils ne répondaient que partiellement aux attentes des médecins généralistes [2, 11-14]. Le problème du délai de réception de l'information est récurrent dans la littérature [1-3, 12, 15, 16]. Certaines études se sont intéressées aux informations qui, du point de vue des médecins généralistes, ont le plus d'importance pour organiser la suite de la

prise en charge et doivent donc être systématiques dans les comptes-rendus d'hospitalisation. [4, 14, 15]

En effet les imperfections d'informations amènent à un risque de prises en charge sous optimales, pouvant avoir des répercussions sur l'état de santé et le plan de soins des patients. [4, 9] Une étude a montré une diminution du risque de ré-hospitalisation des patients dans les 3 mois lorsque, lors de la visite après hospitalisation, le médecin traitant était en possession du compte-rendu de sortie. [17].

Les patients âgés qui sont hospitalisés sont le plus souvent des sujets fragiles, avec de multiples comorbidités. Une mauvaise transmission des informations peut avoir des conséquences néfastes sur leur santé [18].

C'est ainsi que nous avons cherché à évaluer si les courriers de sortie du service de gériatrie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Poitiers répondaient aux attentes des médecins généralistes et permettaient alors la transmission des informations et la continuité des soins chez les patients sortant d'hospitalisation.

Pour cela, nous avons dans un premier temps cherché les attentes des médecins généralistes concernant les courriers de sortie du service de gériatrie (modalité de transmission, informations contenues) par le biais d'un questionnaire. Dans un second temps, nous avons regardé si ces attentes exprimées étaient respectées dans les comptes-rendus d'hospitalisation du service.

II- MATERIEL ET METHODE

1) Objectifs

L'objectif principal est de répertorier, au travers d'un questionnaire, les critères qui apparaissent pour les médecins généralistes, les plus pertinents à mentionner dans le compte-rendu d'hospitalisation.

Les objectifs secondaires sont :

- de voir si les comptes-rendus habituellement réalisés intègrent ces critères
- d'envisager si besoin, une amélioration des pratiques par la réalisation d'un compte-rendu « type » incluant les critères pertinents retenus par les médecins généralistes.

2) Elaboration de la grille d'évaluation

Dans un premier temps nous avons adressé un questionnaire aux médecins généralistes. (Annexe 1)

Ce questionnaire a été réalisé à partir de différentes études françaises et étrangères sur l'attente des médecins généralistes et les critères de qualité d'un courrier de sortie [2, 4, 6, 13, 14, 15, 19].

Le questionnaire comportait 4 parties :

La première partie consistait en questions à choix simple, ciblées sur les modalités de transmission, la taille et l'exhaustivité des informations contenues dans les courriers de sortie.

1. *Concernant le délai de réception du courrier de sortie, quel est le délai maximum acceptable ?*

- ≤ 7 jours
- ≤ 15 jours
- ≤ 21 jours

2. *Concernant le mode de transmission, lequel est le plus adapté ?*

- Courrier postal
- Fax
- Email

3. *Concernant la longueur du courrier de sortie :*

- 1 page recto maximum
- 1 page recto verso maximum
- Sans importance

4. *Concernant l'examen clinique, quelles sont les données que vous attendez ?*

- Seulement les signes positifs
- Les signes positifs et les signes négatifs

5. *Concernant les examens complémentaires paracliniques (ECP) réalisés : quels résultats souhaitez-vous ?*

- Seulement les résultats pathologiques
- Seulement les résultats pathologiques mais avec la liste de tous les ECP réalisés
- Les résultats de tous les ECP réalisés, pathologiques et normaux

Le délai de réception

Le compte-rendu d'hospitalisation est un élément obligatoire du dossier médical comme le rappelle le code de Santé Publique [20]. Le délai de réception prévu par le code de santé publique et le code de déontologie médicale est de 8 jours maximum [20-22]. Les diverses études réalisées sur les attentes des médecins généralistes s'accordent sur le fait que le délai réel de réception du courrier de sortie est trop long [1, 2, 3, 9, 12], et souvent supérieur au délai entre la sortie d'hospitalisation et la première consultation avec le médecin traitant [4, 8, 15]. D'autres ont montré que ce délai pouvait être préjudiciable pour les patients ou affecter leur prise en charge [4, 17]. Le but de cette question était de rechercher quel était en pratique, le délai maximum acceptable pour les médecins généralistes.

Le mode de transmission

Si le mode classique de transmission des comptes-rendus d'hospitalisation en France est actuellement le courrier postal, il ne prédomine pas dans tous les pays. Des études se sont attachées à le comparer à d'autre mode de transmission comme l'email et le fax [11, 23]. Le but serait de gagner en délai et en taux de réception afin d'améliorer la prise en charge post hospitalière. Avec l'augmentation de l'utilisation de l'informatique dans l'exercice médical, nous avons cherché à savoir si les médecins généralistes pensent qu'un mode de transmission autre que le courrier postal serait plus adapté à la pratique actuelle.

Longueur du courrier et exhaustivité de l'information

Les médecins généralistes passent un temps important hors des consultations médicales à la gestion du courrier reçu (notamment comptes-rendus d'hospitalisation, résultats d'examens, papiers administratifs...). La question était de

savoir si un compte-rendu plus court avec une sélection des informations correspondrait plus à leur besoin. Cette donnée regroupait trois questions : la taille du courrier, l'exhaustivité des données de l'examen clinique et des examens complémentaires réalisés.

La deuxième partie consistait en une liste de 19 données du courrier de sortie, élaborée à partir des résultats d'études antérieures sur les données attendues dans un CRH [4, 13-15]. Il était demandé aux médecins généralistes de sélectionner et de hiérarchiser, les 5 données leur paraissant les plus importantes pour assurer la prise en charge post hospitalière.

Afin de ne pas surcharger le questionnaire, il a été décidé de ne pas mentionner certaines données qui sont systématiquement saisies dans les courriers de sortie du service de gériatrie de Poitiers : Nom, prénom du patient, âge ou date de naissance, dates d'entrée et de sortie du service, identification du service et du rédacteur, date du courrier.

Parmi les 19 critères suivants : Numérotez de 1 à 5 ceux qui vous paraissent le plus important (par ordre d'importance).

Concernant la présentation générale

- Courrier structuré
- Les points importants en **surgras**

Plusieurs études ont montré que les médecins généralistes préféraient les courriers structurés par rubriques plutôt que de style narratif [24, 25]. Etait ajoutée ici l'écriture en surgras pour mettre en avant les informations principales, le but étant toujours une lecture facilitée et rapide du compte-rendu d'hospitalisation.

Concernant les données administratives

- Mode d'admission du patient dans le service (entrée directe, par les urgences ou transfert depuis un autre service)
- Mode de sortie du service (domicile, convalescence, Ehpad, autre)

Concernant les données médicales

- Antécédents personnels et familiaux
- Motif d'admission
- Contexte social et habitude de vie
- Traitement à l'admission
- Anamnèse

Concernant le ou les diagnostic(s) posé(s) ou suspecté(s)

- Traitement instauré à l'hôpital
- Explication du traitement instauré
- Explications aux changements de traitement de fond (risque d'iatrogénie, reco HAS...)
- Evolution du patient dans le service
- Traitement de sortie
- Durée du traitement de sortie
- Modalité d'organisation du suivi post hospitalier
- Informations données au patient et à son entourage
- Projet social
- PEC par les différents intervenants du service : kiné, ergo, diététicienne, infirmière psy

La troisième partie consistait en 2 questions annexes à choix simple, ciblant deux autres aspects de la communication entre hôpital et médecins généralistes : informations quant à l'hospitalisation et au décès d'un patient. En effet des études françaises ont montré l'insatisfaction des médecins généralistes concernant la transmission de ces deux informations [1, 2].

1. *Au cours de l'année écoulée, combien de fois un de vos patients a été hospitalisé (plus d'une nuit) sans que vous ne le sachiez ?*

0 fois

<3 fois

≥3 fois

2. *Combien de fois est il arrivé qu'un de vos patient décède et que vous l'appreniez avec du retard (après avoir vu ses proches) ?*

0 fois

<3 fois

≥3 fois

La quatrième partie était un espace destiné à recevoir les commentaires éventuels des médecins généralistes interrogés.

3) Sélection des médecins généralistes interrogés

Il a été arbitrairement décidé d'adresser le questionnaire à 100 médecins généralistes.

a- Critères d'inclusion

Une requête a été adressée au Département d'Informatique Médicale de l'hôpital afin de recueillir les noms des 100 derniers médecins généralistes ayant reçu un compte rendu d'hospitalisation du service, autre qu'un courrier de décès.

b- Modalité de communication

La communication avec les médecins généralistes s'est déroulée par voie postale.

Chacun a reçu à son adresse professionnelle, un courrier explicatif (annexe 2), le questionnaire et une enveloppe timbrée pour le renvoi du questionnaire.

4) Analyse de la grille de réponse et des critères essentiels

a- Analyse du questionnaire

Chaque questionnaire envoyé était numéroté de façon aléatoire : de médecin traitant (MT) 1 à MT n.

Le traitement des données a été réalisé sur tableur Excel® et l'analyse des résultats a été essentiellement descriptive.

Première et troisième partie

Pour la première et la troisième partie du questionnaire (5 questions à choix simple et à 3 propositions), un tableau répertoriant les différentes réponses était réalisé pour chaque question.

Pour chaque question, la réponse ayant obtenu le plus de voix était assimilée à un critère de qualité de courrier de sortie.

Ex : question 1

	Réponse 1	Réponse 2	Réponse 3
MT n°X		X	
MT n°Y	X		
Total	Nombre de réponse 1	Nombre de réponse 2	Nombre de réponse 3

Deuxième partie :

La deuxième partie correspondait à la sélection des données les plus pertinentes du courrier de sortie selon l'avis des médecins généralistes interrogés.

Un tableau à double entrée a été réalisé avec en ordonnée les différentes données et en abscisse les questionnaires de MT 1 à MT n. Le rang d'importance attribué à chaque donnée était répertorié pour chaque questionnaire.

Nous avons ensuite attribué à chaque rang d'importance, un nombre de point croissant selon le plan suivant :

- Critère classé 1^{er} : 5 points
- Critère classé 2^{ème} : 4 points
- Critère classé 3^{ème} : 3 points
- Critère classé 4^{ème} : 2 points
- Critère classé 5^{ème} : 1 point
- Critères non classés : 0 point

Le tableau permettait ainsi de calculer pour chaque donnée le nombre total de points obtenus.

Les 5 données ayant obtenu le plus de points ont également été assimilées comme critères de qualité du courrier de sortie.

Une analyse en sous groupe été réalisée pour cette partie du questionnaire. En effet, une partie des médecins généralistes l'ont remplie en sélectionnant non pas les 5 données prioritaires mais en donnant une note (de 1 à 5) à l'ensemble des 19 données. Nous avons décidé à posteriori d'utiliser ces résultats en attribuant un nombre de points selon la note du critère avec le même principe que lors de l'analyse précédente (note 1 = 5 points, note 2 = 4 points...). Le nombre total de point obtenu a été calculé pour chaque donnée. Cette analyse en sous groupe n'a cependant pas été utilisée pour la définition des critères de qualité, de par le risque d'erreur d'interprétation.

b- Définition des critères essentiels du courrier

A l'issu de cette analyse, 10 critères de qualité ont été retenus comme correspondant le plus à l'attente des médecins généralistes.

Parmi ces 10 critères se trouvaient les réponses aux 5 questions à choix simple de la première partie du questionnaire et les 5 données ayant obtenu le plus de points dans la deuxième partie du questionnaire.

5) Sélection et analyse des courriers de sortie

a- Critères d'inclusion des courriers

Pour chaque médecin généraliste enquêté correspondait un ou plusieurs courriers identifié(s), rattaché(s) à une hospitalisation donnée d'un patient.

Nous avons inclus l'ensemble de ces CRH.

b- Critères d'exclusion des courriers

Les courriers exclus étaient les suivant :

- Lorsque pour un même MG plusieurs courriers étaient inclus, seul le dernier était retenu, les autres étaient exclus.

Nous avons donc expertisé le dernier compte rendu d'hospitalisation adressé à chaque médecin généraliste.

Cela permettait que pour chaque médecin généraliste interrogé, corresponde un seul courrier analysé.

c- Analyse des courriers

Une analyse rétrospective de ces 100 courriers a ensuite été réalisée pour chercher la présence de chacun des 10 critères de qualité retenus après exploitation des questionnaires.

Les courriers ont été retirés sous le format adressé à partir du logiciel TELEMAQUE qui est utilisé au centre hospitalier universitaire de Poitiers pour la gestion des dossiers médicaux.

Le traitement des données a été réalisé sur tableur Excel® et l'analyse des résultats a été essentiellement descriptive.

III- RESULTATS

1) Diagramme de l'étude

Pour l'analyse des questionnaires

Au total, les 100 derniers médecins généralistes ayant reçu un compte rendu d'hospitalisation (hors courrier de décès) à la date du début de l'étude, ont été inclus. Les 100 ont reçu le questionnaire par voie postale et 60 ont renvoyé le questionnaire. (Figure 1)

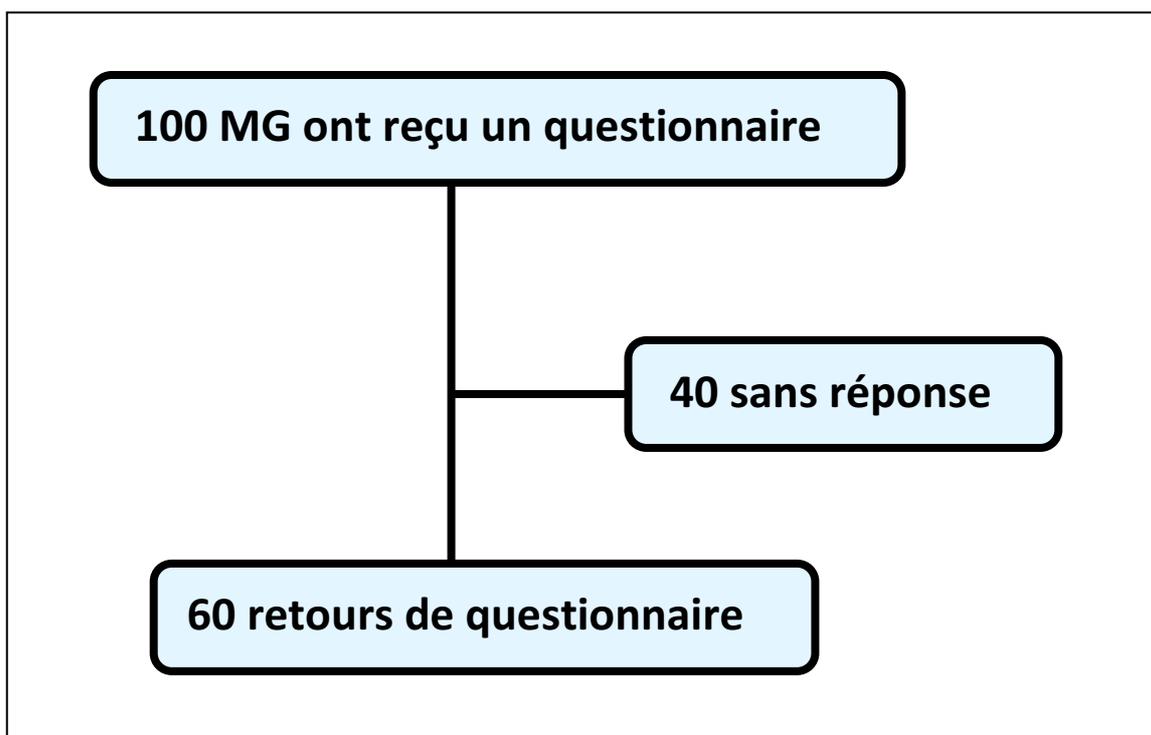


Figure 1 : Sélection des médecins généralistes interrogés et questionnaires analysés

Pour les courriers

Aux 100 médecins généralistes interrogés, correspondaient 144 compte rendu d'ospitalisation.

Parmi ces courriers, 44 ont été exclus car ils n'étaient pas le dernier envoyé au médecin. (Figure 2)

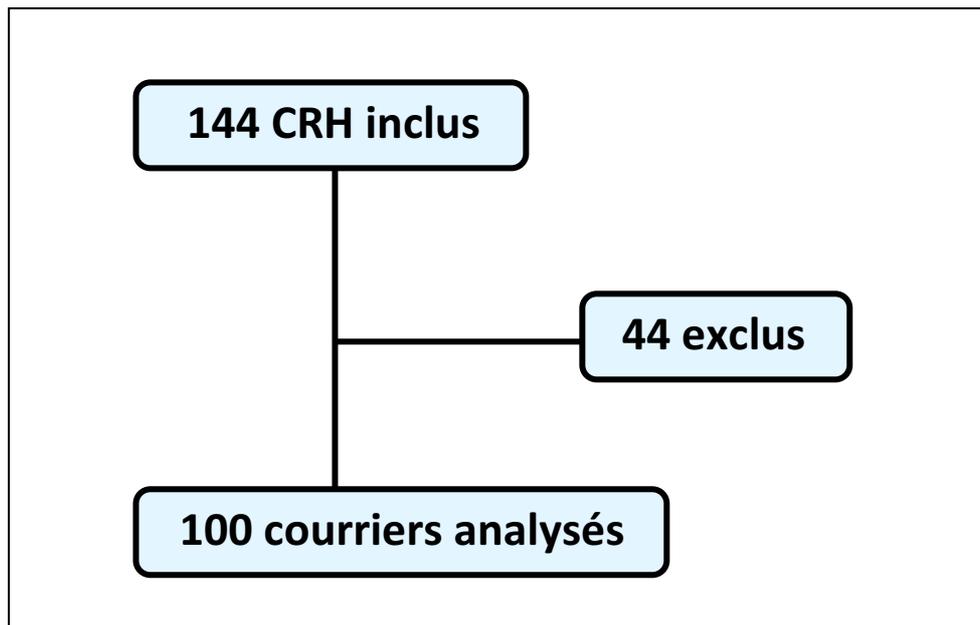


Figure 2 : sélection des courriers analysés

2) Attentes des médecins généralistes

Les résultats de la première partie du questionnaire sont regroupés dans le tableau 1. Pour chaque question, une réponse prédominante a été mise en exergue.

Concernant le délai de réception, le délai maximum envisageable est de 7 jours (65%).

Concernant le mode de transmission, la voie préférée est le courrier postal (60%).
La deuxième voie retenue est l'email (31,7%).

La longueur du courrier ne semble pas importante pour les médecins généralistes et l'exhaustivité paraît être priorisée. En effet l'ensemble des données de l'examen clinique et des examens complémentaires est attendue par la majorité des médecins généralistes.

Tableau 1 : Attente des médecins généralistes

QUESTIONS		NOMBRE DE REPONSES	
		Total	Pourcentage
1- Délai de réception	≤ 7 jours	39	65%
	≤ 15 jours	20	33,3%
	≤ 21 jours	1	1,7%
2- Mode de transmission	Courrier	36	60%
	Fax	4	6,7%
	Email	19	31,7%
	Sans avis	1	1,6%
3- Longueur maximale	1 recto	3	5%
	1 recto-verso	16	28,7%
	Sans importance	41	68,3%
4- Examen clinique	Signes positifs seuls	21	35%
	Signes positifs et négatifs	39	65%
5- Résultats ECP	Pathologiques seulement	4	6,7%
	Pathologiques + liste de tous les ECP	33	55%
	Tous les résultats	23	38,3%

Concernant les données les plus attendues par les médecins généralistes dans un courrier de sortie, l'ensemble des résultats est regroupé dans les figures 3 et 4.

La donnée du courrier de sortie qui a reçu le plus de points par les médecins généralistes est le traitement de sortie (N=95).

Les 4 autres données avec un score élevé sont :

- le motif d'admission (N=53),
- l'explication du traitement instauré (N=39),
- l'explication du changement de traitement de fond (N=38),
- la mise en relief des points importants **en surgras** (N=36).

Plusieurs autres données suivent ensuite avec des scores rapprochés : le traitement instauré (N=34), les modalités de suivi post hospitalier (N=33), la structure du courrier (N=31), l'évolution dans le service (N=30).

Vingt-cinq MG ont donné un score à toutes les données de la deuxième partie. Les 5 données ayant obtenues le plus de point sont : le mode d'admission (79 points), le motif d'admission (79 points), le mode de vie ou habitus (76 points), l'évolution dans le service (75 points) et le traitement d'entrée (73 points).

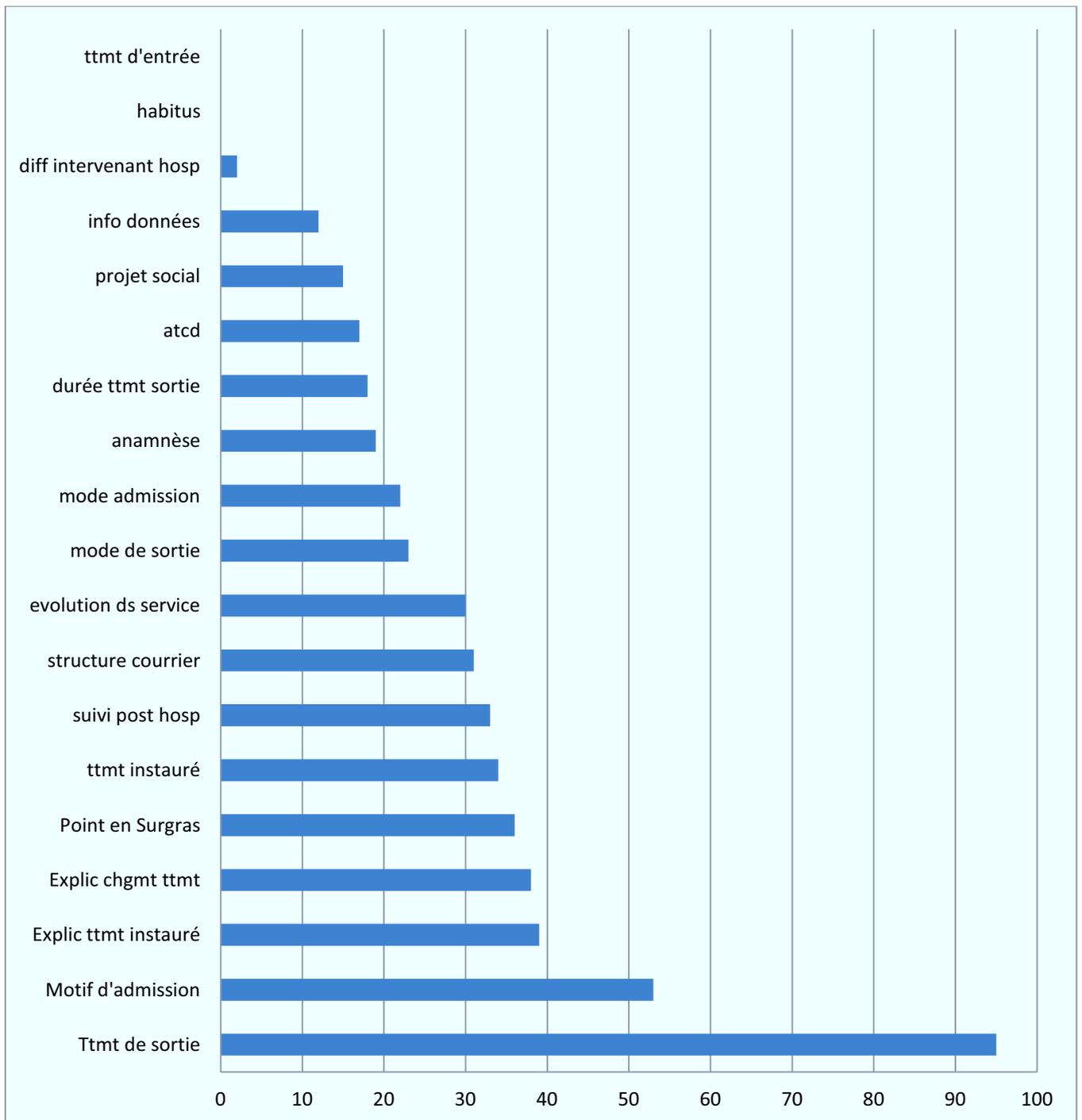


Figure 3 : classification des données selon les médecins généralistes

Légende : Ttmt : traitement ; Explic chgmt ttmt : explication au changement de traitement de fond ; Suivi post hosp : suivi post hospitalisation ; diff intervenant hosp : différents intervenants hospitaliers ; Info : information ; atcd : antécédents

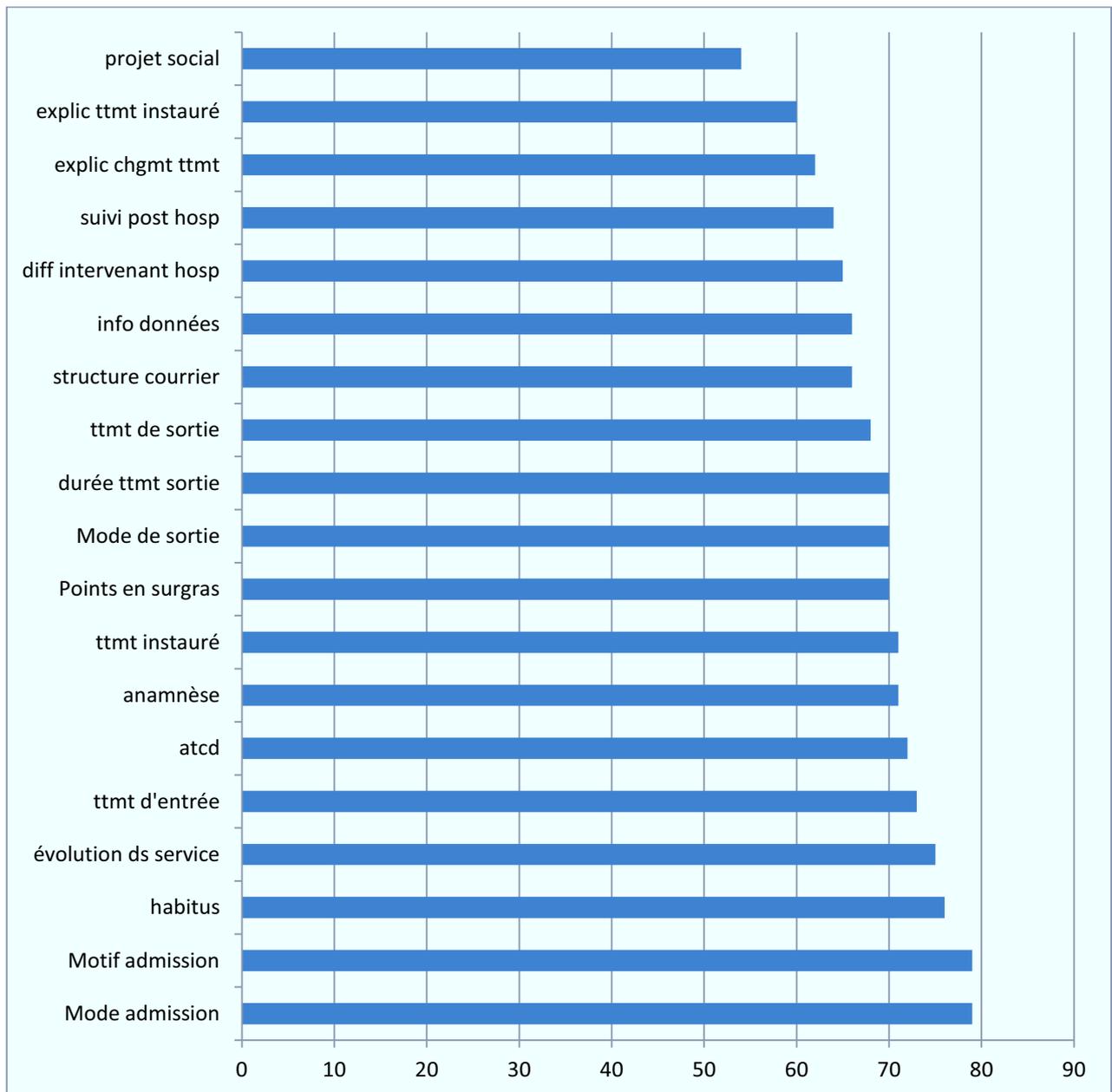


Figure 4 : classification des données dans le sous groupe de médecins généralistes ayant noté toutes les données

Légende : Ttmt : traitement ; Explic chgmt ttmt : explication au changement de traitement de fond ; Suivi post hosp : suivi post hospitalisation ; diff intervenant hosp : différents intervenants hospitaliers ; Info : information ; atcd : antécédents

3) Synthèse des 10 critères de qualité sélectionnés

Au total, le regroupement des réponses aux 2 premières parties du questionnaire a permis de sélectionner 10 critères :

- Délai de réception inférieur ou égal à 7 jours
- Mode de transmission : voie postale
- Longueur maximale : sans importance
- Description des signes positifs et négatifs de l'examen clinique
- Liste de tous les examens complémentaires réalisés avec les résultats pathologiques seulement
- Description du traitement de sortie
- Précision du motif d'admission
- Explication au traitement instauré
- Explication aux changements de traitement de fond
- Points importants en surgras

4) Analyse des courriers de sortie

a- Description des courriers

Les principales caractéristiques des 100 courriers analysés sont regroupées dans le tableau 2.

Il s'agissait majoritairement de courriers après une hospitalisation dans une unité aigue, rédigés par un interne. Le délai moyen de frappe du courrier était de 5,2 jours avec une grande variabilité (0 à 29 jours). La taille moyenne est de 2,3 pages.

Tableau 2 : description des courriers analysés

Rédacteur	Médecin sénior	18%
	Interne	82%
Unité	Médecine aigue	90%
	Soins de suite	10%
Délai moyen (jours)		5,2
Taille moyenne (page)		2,3

b- Présence de ces critères dans les courriers de sortie du service

L'ensemble des résultats est regroupé dans le tableau 3.

Parmi les 100 courriers analysés, 7 des 10 critères sélectionnés par les médecins généralistes étaient le plus souvent retrouvés (plus de 70%). Il s'agissait de la transmission par voie postale, du motif d'admission, du traitement de sortie, de l'examen clinique complet, de l'explication au traitement instauré, du délai de frappe inférieur ou égal à 7 jours. La longueur du courrier étant sans importance, elle a été considérée comme acceptable dans tous les courriers.

Les critères le moins souvent retrouvés sont : la liste exhaustive des ECP et non seulement les résultats pathologiques, l'explication au changement du traitement de fond et l'utilisation du **surgras** pour les éléments importants.

Concernant les explications données au changement de traitement de fond et au traitement débuté, le pourcentage n'a été calculé que sur le nombre de courrier ou un traitement avait été modifié ou instauré (respectivement 73 et 86).

Tableau 3 : présence des critères de qualités dans les courriers analysés

N°	Critère	% de courriers respectant le critère
1	Délai de frappe inférieur à 7 jours	72%
2	Mode de transmission : voie postale	100%
3	Longueur maximale : sans importance	100%
4	Signes positifs et négatifs de l'examen clinique	81%
5	Liste de tous les ECP réalisés avec les résultats pathologiques seulement	14%
6	Traitement de sortie	98%
7	Motif d'admission	100%
8	Explication au traitement instauré	76,7%
9	Explication aux changements de traitement de fond	54,5%
10	Points importants en surgras	16%

5) Réponses à Q3 et commentaires libres

Les réponses aux deux questions annexes, retrouvent un manque de communication concernant l'hospitalisation et le décès d'un patient comme le montrent les résultats du tableau 4.

Tableau 4 : fréquence de hospitalisation et décès d'un patient sans que le médecin traitant en soit informé selon l'avis des médecins généralistes

QUESTIONS		NOMBRE DE REPONSES	
		Total	Pourcentage
Nombre de patient hospitalisés / an sans que MG informé	0 fois	6	10%
	< 3 fois	16	26,7%
	≥ 3 fois	36	60%
	Ne sait pas	2	3,3%
Nombre de patients décédés / an sans que MG informé	0 fois	4	6,7%
	< 3 fois	27	45%
	≥ 3 fois	29	48,3%

Les commentaires des médecins généralistes interrogés comprenaient les réflexions suivantes :

- Le problème du délai de réception des CRH, reçus le plus souvent après avoir revu le patient (celui-ci consulte fréquemment dès le lendemain). Une transmission par fax ou mail la veille de la sortie est suggérée.
- La grande disparité de délai de réception entre les différents services, entre les différents hôpitaux et entre les hôpitaux et les cliniques.
- Le problème de lenteur d'information concernant le décès des patients.
- Le diagnostic final est un critère relevé comme un des plus importants.
- Proposition d'un CRH type pour tous les services avec comme autres données proposées : statut vaccinal, réalisation d'une transfusion, examens complémentaires prévus.
- La fréquence des changements de traitement de fond non justifiés.
- L'importance du résumé de séjour écrit avec le traitement de sortie donné au patient le jour de la sortie.
- La nécessité d'utiliser une messagerie sécurisée en cas de transmission par email.
- Le souhait de pouvoir hospitaliser directement des patients dans les services sans passer par les urgences.
- La difficulté à joindre les médecins hospitaliers.

- L'importance d'une communication avec le médecin généraliste avant la sortie afin de mieux la préparer et d'éviter des ré-hospitalisations précoces.
- Proposition de faire des ordonnances de sortie d'une durée de 8 jours afin de favoriser un suivi post hospitalisation précoce.
- Problème de compréhension pour la deuxième partie du questionnaire.

IV- DISCUSSION

Une communication efficace entre les professionnels de santé est indispensable à la continuité des soins. Cela nécessite notamment que le compte rendu envoyé au médecin généraliste après une hospitalisation, lui apporte les informations nécessaires à la poursuite des soins. L'amélioration de cette communication a pour objectif de limiter les événements indésirables auxquels le patient peut être exposé à la sortie d'hospitalisation. Le but de ce travail était d'améliorer la continuité des soins en hiérarchisant les dix critères essentiels d'un compte rendu de sortie d'hospitalisation aux yeux des médecins généralistes.

Pour cela un questionnaire portant sur les données attendues et les modalités de transmission a été envoyé à 100 médecins généralistes.

Synthèse des résultats principaux

Le taux de réponse des médecins généralistes était de 60%.

Les dix critères sélectionnés comme indispensables par les médecins généralistes interrogés étaient :

- Délai de réception inférieur à 7 jours
- Mode de transmission par voie postale
- Pas d'importance quant à la longueur
- Description des signes positifs et négatifs de l'examen clinique

- Liste de tous les examens complémentaires réalisés avec les résultats pathologiques seulement
- Description du traitement de sortie
- Précision du motif d'admission
- Explication au traitement instauré
- Explication aux changements de traitement de fond
- Points importants en **surgras**

100 comptes rendus d'hospitalisation du service de gériatrie ont été ensuite analysés. 7 des critères sélectionnés par les médecins généralistes étaient retrouvés dans plus de 70% des courriers. Les principales insuffisances par rapport aux souhaits des MT concernaient le manque d'explication au changement de traitement de fond, l'absence de lecture facilitée des données importantes (pas de surgras) et l'absence d'exhaustivité quant aux examens complémentaires.

Comparaison aux données de la littérature

Concernant les attentes des médecins généralistes, les résultats obtenus dans cette étude correspondent assez bien aux données des études antérieures. En effet les résultats des examens complémentaires, le traitement de sortie et les changements de traitements sont régulièrement cités comme des données attendues par les médecins généralistes dans les courriers de sortie [4, 11, 14, 15].

La modalité de suivi et de prise en charge post hospitalisation est une donnée du courrier de sortie qui n'a pas été sélectionnée lors de cette étude parmi les 10 critères indispensables alors qu'elle est très souvent citée dans la littérature comme

attendue par les médecins généralistes et insuffisante dans les courriers [4, 11, 14, 15]. Cependant dans la deuxième partie du questionnaire, elle est classée au 7ème rang des 19 données présentées, attestant d'une importance non négligeable aux yeux des médecins généralistes interrogés dans notre étude.

Le diagnostic est une autre donnée du courrier de sortie attendue par les médecins généraliste au vu de la littérature [4, 15] insuffisamment mis en avant par notre étude. En effet l'item « diagnostic » ne constituait pas un critère indépendant dans le questionnaire. Cependant on peut supposer qu'il a été assimilé lors de l'étude, au motif d'admission, qui apparaissait comme le deuxième critère le plus important aux yeux des médecins généralistes (deuxième partie du questionnaire). D'autre part l'importance du diagnostic a été relevée à plusieurs reprises dans cette étude dans les commentaires libres des médecins généralistes.

L'utilisation d'une police en **surgras** pour faciliter la lecture et la mise en avant des points importants n'a jamais été rapportée à notre connaissance dans la littérature. Cependant on retrouve dans le même but d'une lecture facilitée, des études concernant le format du courrier. Celles-ci retrouvent systématiquement une préférence des médecins généralistes pour les courriers hiérarchisés par rubriques plutôt que de style narratif [24, 25].

Dans cette étude, la présence dans les comptes rendus de sortie des données sélectionnées par les médecins généralistes était bonne (présente dans plus de 70% des CRH) concernant la description de l'examen clinique, du traitement de sortie, du motif d'admission, et l'explication au traitement débuté. En revanche les corrélations étaient moins bonnes concernant la liste des examens complémentaires réalisés et l'explication au changement de traitement de fond. Dans les études antérieures,

toutes ces données n'ont pas toujours été répertoriées. Cependant, on retrouve de façon concordante, une forte présence dans les CRH du traitement de sortie (de 59 à 96% et dans 4 études sur 5 à plus de 70%) [4, 6, 8, 10, 13], et des données de l'examen clinique (55 à 99,1% et à plus de 70% dans 3 études sur 4) [4, 6, 10]. La présence d'une explication au traitement débuté a été peu étudiée et est variable (de 55 à 85,5%) [4, 13]. Le taux de présence des résultats des examens complémentaires est supérieur dans la littérature par rapport à notre étude (57,1 à 80%) [4, 10, 13]. Toutefois dans les études antérieures, il n'est recherché que la présence des résultats principaux ou pertinents et non la liste de tous les examens réalisés, ce qui peut expliquer la différence de résultats avec notre étude. La présence dans les courriers de sortie d'hospitalisation, d'une explication au changement de traitement de fond ainsi que du motif d'admission a été peu étudiée ne permettant pas de comparaison.

Deux données sont relevées comme importantes aux yeux des médecins généralistes dans la littérature et mal mises en évidence dans notre étude. L'une, le diagnostic principal, est le plus souvent bien retrouvé (73 à 92%) [4, 8, 10, 13], et l'autre, le suivi post hospitalisation, est le plus souvent mal tracé mais avec des écarts importants selon les études (2 à 94,3%) [4, 6, 8, 10, 13].

Une étude a montré en outre que les comptes rendu d'hospitalisation était plus complets quand ils étaient réalisés à partir des données informatique de l'hôpital que lorsqu'ils étaient dictés, notamment concernant des données très attendues par les médecins généralistes : le diagnostic principal (100% vs 65% $P=0,001$), les données pertinentes de l'examen clinique (99% vs 87% $P= 0,001$), les résultats des examens radiologiques (47% vs 39% $P= 0,08$) et biologiques (30%vs 17% $P= 0,01$), le

traitement de sortie (100% vs 96 % P= 0,006) et les modalités de suivi post hospitalisation (99% vs 95% P= 0,57) [4].

Concernant le délai de réception, la plupart des études antérieures concluent simplement à un délai de réception estimé trop long par les médecins généralistes [1, 2, 15] et cela en rapport avec la date de la première visite post-hospitalisation, réalisée le plus souvent sans le CRH [4, 8, 15]. Cependant les résultats des études qui se sont attachées à quantifier le délai maximal souhaité par les MG, sont concordants avec notre étude, le délai attendu étant de maximum 7 jours [1, 4]. Dans notre étude ce délai était généralement bien respecté (72% des courriers frappés avant 7 jours avec un délai moyen de 5,2 jours), ce qui est plutôt supérieur aux données de la littérature (de 28,3 à 65% des courriers reçus avant 7 jours selon les études mais un délai moyen de 24 jours) [8, 9, 11, 12]. La variabilité du délai de réception était cependant importante ici, comme on le retrouve dans la littérature [2, 9, 11]. Il faut toutefois noter que lors de l'étude nous ne disposions pas de moyens permettant de connaître la date à laquelle le courrier de sortie était effectivement reçu par le médecin généraliste mais simplement de la date à laquelle il avait été frappé par la secrétaire. Il faut donc ajouter au délai calculé, 3-4 jours pour la signature et l'envoi du courrier. Il faut enfin préciser que le délai de 8 jours pour la transmission des informations médicales au médecin généraliste à la suite de l'hospitalisation d'un patient, est le délai prévu par les textes de loi [20-22].

Le mode de transmission du CRH préféré par les médecins généralistes dans notre étude était le courrier postal (60%). Cette préférence n'est pas retrouvée dans une étude australienne où la préférence allait au fax (82,7%) [23]. Il faut cependant noter qu'en Australie le mode habituel de transmission des courriers de sortie est le fax, ce qui peut expliquer au moins en partie les différences de résultats. La

transmission par email du courrier de sortie arrive en deuxième position dans notre étude, avant le fax, alors qu'il est peu souhaité par les médecins généralistes dans les études antérieures [11, 23]. L'augmentation de l'utilisation de l'informatique dans la discipline médicale ne semble pas expliquer cette différence car ces études sont assez récentes (respectivement 2007 et 2010). En outre il s'agit là aussi de deux études australiennes ce qui peut amener à supposer que les habitudes de communication peuvent expliquer en partie ces différences de résultats. Une étude s'est attachée à comparer en plus l'efficacité des différents modes de transmission en évaluant le taux de réception à 7 jours [23]. Elle note une efficacité comparable de l'email et du fax (respectivement 73,9% et 69,4% de réception à J7) avec une supériorité par rapport au courrier postal (43,8% de réception à J7). Nous n'avions pas proposé comme mode de transmission dans notre questionnaire, la remise en main propre du courrier au MT par le patient. Son efficacité est variable selon les études, taux de réception à 7 jours inférieur aux autres modes dans une étude [23] mais diminution du délai de réception retrouvé dans d'autres études [4, 26].

Concernant **la taille et l'exhaustivité** des compte rendus de sorti, les résultats de notre étude montre une nette préférence pour un courrier complet avec une concordance entre les réponses aux trois questions concernées. Ce n'était pas le résultat supposé lors de la préparation de cette étude et il n'existe pas d'évaluation similaire retrouvée dans la littérature.

Les différentes remarques retrouvées dans la dernière partie du questionnaire sont concordantes avec les attentes des médecins généralistes retrouvées dans la littérature : manque de communication [1, 4], souhait d'être prévenu de l'hospitalisation d'un patient (73 à 95%) [1, 4, 15], souhait d'être prévenu avant la sortie d'un patient (78% à 94,6%) [1, 15], possibilité d'hospitaliser un patient

directement sans passer les urgences [1], difficultés à joindre les médecins hospitaliers [1].

Les résultats des deux questions annexes (3^{ème} partie du questionnaire) concernant la communication au moment de l'hospitalisation et du décès d'un patient confirment le manque de communication déjà relevé dans la littérature. Dans notre questionnaire, 90% des MG déclaraient avoir eu dans l'année écoulée au moins un patient hospitalisé sans en avoir été informé et 93,3% au moins un patient décédé sans en avoir été informé. Dans une étude française de 2009, seulement 12% des médecins généralistes interrogés déclaraient être prévenus du décès d'un de leur patient et 36% de l'hospitalisation, sans précision du délai [2].

Concernant l'analyse en sous groupe dans la deuxième partie du questionnaire, seul un résultat est concordant avec l'analyse principale. En effet, le motif d'admission est la seule donnée classée dans les 5 premières dans les deux analyses. Le mode de classement des données dans cette analyse en sous groupe était cependant moins discriminant avec une faible variabilité du score entre la première et la dernière donnée. Enfin, cette analyse comportait un biais de mesure important car l'ordre d'importance attribué par chiffre n'était pas bien défini (score 1 le plus fort ou le plus faible ?).

Limites de l'étude

- Concernant l'effectif, il était petit, tant pour le questionnaire que pour le nombre de courriers étudiés malgré bon taux de réponse des médecins généralistes (60%)
- Il existe un biais de sélection : les médecins généralistes et les courriers n'ont pas été sélectionnés au hasard mais il semblait plus pertinent d'interroger des médecins qui avaient reçu récemment un CRH du service de gériatrie. D'autre part, l'absence de description des MG interrogés ne permet pas de savoir si l'échantillon était représentatif des médecins généralistes français. Une partie supplémentaire au questionnaire concernant les MG interrogés et leur mode d'activité aurait pu permettre une meilleure connaissance de la population étudiée mais aurait alourdi le questionnaire.
- L'utilisation d'un auto-questionnaire déclaratif constitue un biais d'information.
- Le manque de clarté au niveau de la partie 2 du questionnaire a eu pour conséquences un problème de compréhension et la réalisation d'une analyse en sous groupe non prévue antérieurement, entraînant un biais de mesure. De plus, on peut noter un possible manque d'exhaustivité du questionnaire initial avec oubli de données importantes comme notamment le diagnostic principal dans la deuxième partie du questionnaire. Ces imperfections auraient pu être limitées par une évaluation préliminaire du questionnaire auprès d'un petit groupe de MG, différents de ceux interrogés dans l'étude.

- Il existe un biais de mesure au moment du calcul du délai de réception des comptes rendu d'hospitalisation du service. La date prise en compte pour le délai de réception est en effet, la date ou le CRH est frappé (date de réception impossible à connaître). Il est nécessaire d'ajouter 3-4 jours avant la réception réelle pour la relecture et l'acheminement.
- Bien que laissant un espace d'expression libre, le questionnaire était « verrouillé » et non exhaustif

Propositions, suggestions

Afin d'améliorer la présence dans les CRH du service des différentes données attendues par les médecins généralistes, un compte rendu type (figure 5) a été réalisé à partir des résultats de cette enquête, incluant les données sélectionnées. Les résultats des différents articles étudiés pour la comparaison des résultats ainsi que d'un article proposant un modèle de CRH adapté à la personne âgée, ont été pris en compte [4, 11, 14, 15, 27].

Plusieurs suggestions sont possibles afin de limiter le délai de transmission de l'information : courrier provisoire faxé ou envoyé par email au médecin généraliste dès qu'il est tapé sans attente de la relecture et de la signature, résumé de sortie manuscrit (déjà utilisés dans le service) rédigé le jour ou la veille de la sortie, donné au patient et/ou faxé au médecin généraliste, lui permettant d'être en possession des informations essentielles lors de la première visite suivant l'hospitalisation.

Ce travail a permis d'élaborer dans un premier temps un compte rendu type concernant les patients décédés (Figure 6). Ce compte rendu est adressé par la secrétaire au médecin traitant dès le jour du décès.

Enfin, dans le but d'améliorer la communication concernant l'hospitalisation d'un patient, on pourrait imaginer lorsque le médecin traitant n'est pas au courant de l'hospitalisation, un mini courrier type pré rempli et complété le jour de l'entrée dans le service. Il contiendrait l'identité du patient, le motif d'admission, le nom du service et du médecin responsable ainsi que les coordonnées du service. Il serait faxé et/ou adressé par voie postale le jour même (figure 7).

Retour d'information

Il est prévu d'envoyer un résumé des résultats de cette étude à tous les médecins généralistes interrogés.

Le compte rendu type élaboré dans cette étude sera distribué à tous les médecins et internes du service de gériatrie de Poitiers.

Cher confère,

Monsieur/Madame *nom, prénom*, *âge*, a été hospitalisé(e) du..... au.....dans notre service pour *motif d'admission*.

Principaux antécédents

Traitement habituel :

Mode de vie :

Patient vivant dom/ehpad, *statut marital, aides en place, autonomie*

Histoire de la maladie :

Examen clinique à l'arrivée

(avec signes positifs et négatifs et signes importants en surgras)

Examens complémentaires réalisés durant l'hospitalisation:

Liste des ECP

Evolution dans le service

Reprise des différents problèmes évolutifs avec le diagnostic retenu ou évoqué (en surgras), les résultats des ECP pathologiques et les traitements instaurés avec explication.

Puis modifications thérapeutiques avec explication au changement de traitement de fond.

Ex :

- 1) **Infection urinaire** avec ECBU + à E coli de phénotype sauvage, d'évolution favorable sous Rocéphine
- 2) **Décompensation cardiaque**.....
- 3)
- 4) Modification thérapeutiques

Traitement de sortie

Surveillance et consultations prévues :

Figure n°5 : Proposition de CRH type



SERVICE DE GERIATRIE
PÔLE GERIATRIE - MEDIPOOL

Médecine Gériatrique Aiguë (unités A, B, D) - Soins de Suite (unités A, B, C, D, E)
Unité Cognitive-Comportementale (unité E) - Consultations
Soins de Longue Durée, Unité d'Hébergement Renforcé, EHPAD

Pr Marc Paccalin
Chef de Service

PAVILLON
AUGUSTE RODIN
Secrétariat : ☎ 05 49 44 44 27
Fax : 05 49 44 44 29

UNITE A : ☎ 05 49 44 47 27
Dr Cornillon / Dr Migeon-Duballet

UNITE B : ☎ 05 49 44 47 41
Dr Bellarbre / Dr Priner

UNITE D : ☎ 05 49 44 47 35
Dr Pradère / Dr Valéro

PAVILLON
CAMILLE CLAUDEL
Secrétariat : ☎ 05 49 44 43 89
Fax : 05 49 44 40 01

UNITE C : ☎ 05 49 44 43 39
Dr Delelis / Dr Seité

UNITE E : ☎ 05 49 44 47 43 (ou 30 27)
Dr Merlet-Chicoine / Dr Poupet

PAVILLON
ARISTIDE MAILLOL
Unités de Soins de Longue Durée
Unité d'Hébergement Renforcé
EHPAD
Dr Delelis / Dr Priner / Dr Seité

CONSULTATIONS SPECIALISEES
Secrétariat : ☎ 05 49 44 43 09
Chutes - Escarres - Médecine Interne -
Mémoire - Gériatrie-psychiatrie -
Oncogériatrie (poste 05 49 44 41 53)

Infirmières de liaison et équipe mobile
Mme Laurence BESSE : ☎ 05 49 44 37 35
Mme Lisa ALONSO : ☎ 05 49 44 32 96

POITIERS, le

Cher(e) collègue,

Nous avons le regret de vous annoncer le décès de votre patient(e),

Mr/Mme.....né(e) le/...../.....

survenu le/...../.....

Un courrier vous parviendra ultérieurement. Si vous souhaitez plus de renseignements, vous pouvez contacter le Dr.....

Cordialement.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE POITIERS
2 Rue de la Millètrie - B.P. 577 - 86021 POITIERS CEDEX

Figure 6 : mini courrier de décès

Lieu, Date

Cher confrère,

Votre patient, Monsieur/ Madame

Est hospitalisé(e) dans notre service de

Pour

.....

Le médecin référent durant l'hospitalisation est le Dr

Coordonnées du service :

Coordonnées du médecin hospitalier :

Bien confraternellement

Figure 7 : proposition de mini courrier prévenant de l'hospitalisation d'un patient

V- CONCLUSION

Ce travail a permis de faire pour la première fois une analyse des comptes rendu d'hospitalisation du service de gériatrie avec une expertise en miroir des attentes des médecins généralistes.

Dix critères d'un CRH paraissant essentiels aux yeux des MG interrogés ont été répertoriés. Parmi eux, certains étaient déjà bien retrouvés dans les CRH du service: délai de réception inférieur à 7 jours, mode de transmission postal, taille (indifférente), description de l'examen clinique complet, présence du motif d'admission, d'une explication au traitement introduit et du traitement de sortie. Cependant il existait une insuffisance concernant la liste des examens complémentaires réalisés, l'utilisation d'une police en surgras pour mettre en avant les éléments importants et les explications au changement de traitement de fond.

Ces résultats sont dans l'ensemble concordant avec la littérature, cependant des améliorations paraissent indispensables afin d'augmenter la qualité du transfert d'informations entre services hospitaliers et médecins généralistes ainsi que la continuité des soins.

L'utilisation d'un compte rendu de sortie type pourrait à la fois permettre une meilleure hiérarchisation des données, et limiter les défauts d'information. Une proposition de CRH type a, dans ce but, été élaborée avec les résultats des attentes des MG à la fin de cette étude.

Un travail important semble encore nécessaire pour réduire les délais de transmission des informations et notamment la communication au médecin traitant

de l'hospitalisation ou du décès d'un patient. L'utilisation de l'informatique pourrait apporter des outils nouveaux. En effet la réduction du temps de transmission et l'augmentation du taux de réception avec l'utilisation de l'email ou du fax nous incite à développer ces modes de transmissions. Cependant, bien que l'email ait été souvent cité par les médecins généralistes interrogés, le courrier postal reste actuellement la nette préférence. Un plus grand recul et une utilisation développée avec mise en place de messageries sécurisées sont peut être nécessaires avant la réévaluation de l'email comme mode de transmission.

Le dossier médical informatisé paraît aussi pouvoir apporter une aide en augmentant l'exhaustivité des courriers. Il peut en outre permettre une diminution du délai de réception si les courriers sont créés directement à partir du dossier et ne nécessitent alors que quelques modifications. Une étude dans un service utilisant ce type de dossiers permettrait d'évaluer les bénéfices qu'ils apportent dans la continuité des soins.

VI- BIBLIOGRAPHIE

- 1) Beden C, Francois P, Beaudouin-Bertrand D, Caligula F. Attentes et satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis d'un hôpital universitaire. *Journal de l'économie médicale* 2001;19:263-278
- 2) 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;38:1404-1409
- 3) Long A, Atkins JB. Communication between general practitioners and consultants. *Br Med J* 1974;4:456-459
- 4) Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physician: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA* 2007;297:831-841
- 5) Wilson S, Ruscoe W, Chapman M, Miller R. General practitioner-hospital communication: a review of discharge summaries. *J Qual Clin Pract* 2001;21:104-108
- 6) Garasen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. *BMC Health Serv Res* 2007;7:133

- 7) Callen J, McIntosh J, Li J. Accuracy of medication documentation in hospital discharge summaries: a retrospective analysis of medication transcription errors in manual and electronic discharge summaries. *Int J Med Inform* 2010;79:58-64
- 8) Mageean RJ. Study of « discharge communication » from hospital. *British Med Journal* 1986;293:1283-1284
- 9) Harding J. Study of discharge communications from hospital doctors to an inner London general practice. *J R Coll Gen Pract* 1987;37:494-495
- 10) van Walraven C, Weinberg AL. Quality assessment of a discharge summary system. *CMAJ* 1995;159:1437-1442
- 11) Lane N, Bragg MJ. From emergency department to general practitioner: evaluating emergency department communication and service to general practitioners. *Emerg Med Australas* 2007;19:346-352
- 12) Williams EI, Fitton F. General practitioner response to elderly patients discharged from hospital. *BMJ* 1990;300:159-151
- 13) Bertrand D, François P, Bosson J-L, Fauconnier J, Weil G. Quality assessment of discharge letters in a French university hospital. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 1998;11:90-95
- 14) Gagliardi A. Use of Referral Reply Letters for Continuing Medical Education: A Review. *J Contin Educ Health Prof* 2002; 22:222-229

- 15) Pantilat SZ, Lindenauer PK, Katz PP, Wachter RM. Primary care physician attitude regarding communication with hospitalists. *Am J Med* 2001;111:15S-20S
- 16) Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G. A study of communication between general practitioners and specialists. *Br J Gen Pract* 1990;40:445-449
- 17) van 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;17:186-192
- 18) Wintherington EM, Pirzada OM, Avery AJ. Communication gaps and readmissions to hospital for patients aged 75 years and older: observational study. *Qual Saf Health Care* 2008;17:71-75
- 19) Hall C, Bjorner T, Martinsen H, Stavem K, Weberg R. The good discharge summary: criteria and evaluation. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2007;127:1049-1052
- 20) Article R 1112-1. Annexe du décret n°2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du Code de la Santé Publique. Code de La Santé Publique
- 21) Article R 1112-2. Annexe du décret n°2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du Code de la Santé Publique. Code de La Santé Publique
- 22) Article 63 (article R 4127-63 du Code de la Santé Publique). Code de déontologie médicale. 1995

- 23) Chen Y, Brennan N, Magrabi F. Is email an effective method for hospital discharge communication? A randomized controlled trial to examine delivery of computer-generated discharge summaries by email, fax, post and patient hand delivery. *Int J Med Inform* 2010;79:167-172
- 24) Rawal J, Barnett P, Lloyd BW. Use of structured letters to improve communication between hospital doctors and general practitioners. *BMJ* 1993;307:1044
- 25) van Walraven C, Duke SM, Weinberg AL, Wells PS. Standardized or narrative discharge summaries, which do family physicians prefer? *Can Fam Physician* 1998;44:62-69
- 26) Sandler DA, Mitchell JR. Interim discharge summaries: How are they best delivered to general practitioners? *Br Med J* 1993;295:1523-1525
- 27) Kergoat MJ, Latour J, Julien I, et al. A discharge summary adapted to the frail elderly to ensure transfer of relevant information from the hospital to community settings: a model. *BMC Geriatrics* 2010;10:69

VII- ANNEXES

Annexe 1 : courrier explicatif adressé aux médecins généralistes

Annexe 2 : questionnaire adressé aux médecins généralistes

Annexe 1 : courrier explicatif adressé aux médecins généralistes

	SERVICE DE GERIATRIE PÔLE GERIATRIE - MEDIPOOL
	<i>Médecine Gériatrique Aiguë (unités A, B, D) - Soins de Suite (unités A, B, C, D, E)</i> <i>Unité Cognitive-Comportementale (unité E) - Consultations</i> <i>Soins de Longue Durée, Unité d'Hébergement Renforcé, EHPAD</i>
	POITIERS, le 23/03/2012
PAVILLON AUGUSTE RODIN Secrétariat : ☎ 05 49 44 44 27 Fax : 05 49 44 44 29 UNITE A : ☎ 05 49 44 47 27 UNITE B : ☎ 05 49 44 47 41 UNITE D : ☎ 05 49 44 47 35	Madame, Monsieur
PAVILLON CAMILLE CLAUDEL Secrétariat : ☎ 05 49 44 43 89 Fax : 05 49 44 40 01 UNITE C : ☎ 05 49 44 43 39 UNITE E : ☎ 05 49 44 47 43 (ou 30 27)	Actuellement interne en Gériatrie, j'ai choisi de réaliser mon travail de Thèse sur les relations entre médecins hospitaliers et médecins généralistes. La question de ce travail est de savoir si le courrier de sortie du service de Gériatrie, correspond à vos attentes. Le Pr Marc Paccalin est mon directeur de Thèse.
PAVILLON ARISTIDE MAILLOL Soins de Longue Durée Unité d'Hébergement Renforcé EHPAD	Une partie de mon travail consiste à définir les items qui vous semblent les plus importants à tracer dans le courrier de sortie.
CONSULTATIONS SPECIALISEES Secrétariat : ☎ 05 49 44 43 09 Chutes - Escarres - Médecine Interne - Mémoire - Gériatrie-psychiatrie - Oncogériatrie (poste 05 49 44 41 55)	Je joins une enveloppe pré-timbrée en espérant une réponse dès que possible.
Infirmières de liaison et équipe mobile Mme Laurence BESSE : ☎ 05 49 44 37 35 Mme Lisa ALONSO : ☎ 05 49 44 32 96	Je vous adresserai la synthèse des résultats. Vos réponses seront prises en compte pour optimiser la qualité du courrier de sortie.
	Avec mes remerciements.
	Très cordialement,
	Marie-Laure BUREAU DES médecine Générale
	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE POITIERS ☎ 2 Rue de la Milétrie - B.P. 577 - 86021 POITIERS CEDEX

Critères qualités des relations médecins hospitaliers-médecins libéraux

1) Questions à choix simples : cocher 1 seule réponse

Concernant le délai de réception du courrier de sortie, quel est le délai maximum acceptable ?

- ≤ 7 jours
- ≤ 15 jours
- ≤ 21 jours

Concernant le mode de transmission, lequel est le plus adapté ?

- Courrier postal
- Fax
- Email

Concernant la longueur du courrier de sortie :

- 1 page recto maximum
- 1 page recto verso maximum
- Sans importance

Concernant l'examen clinique, quelles sont les données que vous attendez ?

- Seulement les signes positifs
- Les signes positifs et les signes négatifs

Concernant les examens complémentaires paracliniques (ECP) réalisés : quels résultats souhaitez-vous ?

- Seulement les résultats pathologiques
- Seulement les résultats pathologiques mais avec la liste de tous les ECP réalisés
- Les résultats de tous les ECP réalisés, pathologiques et normaux

2) Contenu du courrier

Parmi les 19 critères suivants : Numérotez de 1 à 5 ceux qui vous paraissent le plus important (par ordre d'importance).

Certaines données non pas été prises en compte car considérées systématiques : *Nom, prénom du patient, Age ou date de naissance, dates d'entrée et de sortie du service, identification du service et du rédacteur, date du courrier.*

Concernant la présentation générale

- Courrier structuré
- Les points importants apparaissant en **surgras**

Concernant les données administratives

- Mode d'admission du patient dans le service (entrée directe, par les urgences ou transfert depuis un autre service)
- Mode de sortie du service (domicile, convalescence, Ehpad, autre)

Concernant les données médicales

- Antécédents personnels et familiaux
- Motif d'admission
- Contexte social et habitude de vie
- Traitement à l'admission
- Anamnèse

Concernant le ou les diagnostic(s) posé(s) ou suspecté(s)

- Traitement instauré à l'hôpital
- Explication du traitement instauré
- Explications aux changements de traitement de fond (risque d'iatrogénie, reco HAS...)
- Evolution du patient dans le service
- Traitement de sortie
- Durée du traitement de sortie
- Modalité d'organisation du suivi post hospitalier
- Informations données au patient et à son entourage
- Projet social
- PEC par les différents intervenants du service : kiné, ergo, diététicienne, infirmière psy

3) Questions annexes

Au cours de l'année écoulée, combien de fois un de vos patients a été hospitalisé (plus d'une nuit) sans que vous ne le sachiez ?

0 fois

<3 fois

≥3 fois

Combien de fois est il arrivé qu'un de vos patient décède et que vous l'appreniez avec du retard (après avoir vu ses proches) ?

0 fois

<3 fois

≥3 fois

4) Remarques libres

VIII- RESUME - MOTS CLES

ABSTRACT

BACKGROUND

Continuity of care depends on an efficient transmission of the medical information. Discharge summary sent to general practitioners (GPs) should provide the information necessary for the best health care continuation. However, several studies have shown that the discharge summaries are not optimal and might increase the risk of adverse events. The main objective of our study was to investigate the ten most important criteria to appear in the discharge summary according to the primary care physicians.

METHOD

Questionnaire on the expected data and method of transmission was sent to 100 GPs. We selected the 10 most important criteria reported by GPs. We then sought if these 10 criteria were present in last letter sent, before the study, to each participative GP.

RESULTS

The response rate was 60%. The ten criteria selected by the interviewed GPs were: unimportant length (68.3%), delay for receiving < 7 days (65%), positive and negative examination findings (65%), transmission by post (60%), list of all investigations performed with only the pathologic findings (55%), treatment on discharge, ground for admission, explanation on treatment initiated, explanation for changes in treatment, important points highlighted.

Among the discharge summaries analyzed, seven of the 10 selected criteria were found in more than 70% of the letters: length (unimportant), delay for receiving < 7 days, positive and negative examination findings, transmission by post, treatment on discharge, ground for admission, explanation on treatment initiated.

CONCLUSIONS

Our study allowed us to better understand GPs expectations after hospital discharge. Reducing the transmission delay seems to be the main problem. Next step could be a model of discharge summary to improve the relations between GPs and hospital practitioners.

KEY-WORDS

Continuity of care ; discharge summary ; quality ; general practitioners ; general and hospital practitioners communication

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, 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 !



RESUME

INTRODUCTION

Une transmission efficace des informations est indispensable à la continuité des soins. Le compte rendu d'hospitalisation (CRH) envoyé aux médecins traitants après une hospitalisation, doit apporter les informations nécessaires à la qualité de la poursuite des soins. Cependant plusieurs études ont montré que le CRH n'était pas toujours adapté, augmentant ainsi le risque de survenue d'évènements indésirables auxquels le patient est exposé. L'objectif principal de notre étude était de répertorier les dix critères essentiels d'un CRH aux yeux des médecins généralistes (MG).

METHODE

Un questionnaire portant sur les informations attendues et les modalités de transmission d'un CRH a été envoyé à 100 MG. Nous avons répertorié les 10 critères sélectionnés comme les plus importants par les MG. Dans un second temps nous avons recherché la présence de ces 10 critères dans le dernier CRH, antérieur à l'étude, adressé à chacun des 100 MG participants.

RESULTATS

Le taux de réponse des MG a été de 60%. Les dix critères sélectionnés par les MG étaient : pas d'importance quant à la longueur (68,3%), délai de réception du CRH inférieur à 7 jours (65%), description des signes positifs et négatifs de l'examen clinique (65%), mode de transmission par voie postale (60%), liste de tous les examens complémentaires réalisés avec seulement transmission des résultats pathologiques (55%), description du traitement de sortie, précision du motif d'admission, explication au traitement instauré, explication aux changements de traitement de fond, points importants en surgras.

Parmi les CRH analysés dans la seconde partie de l'étude, 7 des 10 critères étaient retrouvés dans plus de 70% des courriers : longueur (sans importance), délai de réception inférieur à 7 jours, description des signes positifs et négatifs de l'examen clinique, mode de transmission par voie postale, description du traitement de sortie, précision du motif d'admission, explication au traitement instauré.

CONCLUSION

Cette évaluation des pratiques nous a permis de cibler les attentes des MG. La réduction du délai de transmission paraît être la principale difficulté. L'établissement d'un CRH type pourrait constituer la prochaine étape de cette réflexion afin d'optimiser la relation ville-hôpital.

MOT CLES

Continuité des soins ; Compte rendu d'hospitalisation ; Qualité ; Médecins généralistes ; relation Ville-Hôpital