



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ANNÉE 2018 N° 112

**DOCUMENT DE SORTIE D'HOSPITALISATION DE
MÉDECINE GÉRIATRIQUE :
ATTENTES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 31 mai 2018,

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Cécile de JERPHANION
Née le 22/03/1989 à Brignoles

Sous la direction du Dr Nathalie RUET

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président

Frédéric FLEURY

Président du Comité de

Pierre COCHAT

Coordination des Etudes Médicales

Directrice Générale des Services

Dominique MARCHAND

Secteur Santé

UFR de Médecine Lyon Est

Doyen : Gilles RODE

UFR de Médecine Lyon Sud-

Doyen : Carole BURILLON

Charles Mérieux

Institut des Sciences Pharmaceutiques

Directrice : Christine VINCIGUERRA

Et Biologiques (ISPB)

UFR d'Odontologie

Directeur : Denis BOURGEOIS

Institut des Sciences et Techniques

Directeur : Xavier PERROT

De Réadaptation (ISTR)

Département de Biologie Humaine

Directrice : Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie

UFR de Sciences et Technologies

Directeur : Fabien de MARCHI

UFR de Sciences et Techniques des

Directeur : Yannick VANPOULLE

Activités Physiques et Sportives (STAPS)

Polytech Lyon

Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T.

Directeur : Christophe VITON

Institut des Sciences Financières

Directeur : Nicolas LEBOISNE

Et Assurances (ISFA)

Observatoire de Lyon

Directrice : Isabelle DANIEL

Ecole Supérieure du Professorat
Et de l'Education (ESPE)

Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2017/2018

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ovize	Michel	Physiologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honnorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition

Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Filippo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Rouvière Roy	Olivier Pascal	Radiologie et imagerie médicale Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Saoud Schaeffer Scheiber Schott-Pethelaz Tilikete Truy Turjman Vanhems Vukusic	Mohamed Laurent Christian Anne-Marie Caroline Eric Francis Philippe Sandra	Psychiatrie d'adultes Biologie cellulaire Biophysique et médecine nucléaire Epidémiologie, économie de la santé et prévention Physiologie Oto-rhino-laryngologie Radiologie et imagerie médicale Epidémiologie, économie de la santé et prévention Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Bacchetta Boussel Calender Chapurlat Charbotel Chêne Collardeau Frachon Crouzet Crucherat	Justine Loïc Alain Roland Barbara Gautier Sophie Sébastien Michel	Pédiatrie Radiologie et imagerie médicale Génétique Rhumatologie Médecine et santé au travail Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Anatomie et cytologie pathologiques Urologie Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Hématologie ; transfusion
Dargaud David Di Rocco Dubernard Dubourg Ducray Fanton Fellahi Ferry Fourneret Gillet Girard Gleizal Henaine Hot Huissoud Jacquin-Courtois Janier Lesurtel Levrero Maucort Boulch	Yesim Jean-Stéphane Federico Gil Laurence François Laurent Jean-Luc Tristan Pierre Yves Nicolas Arnaud Roland Arnaud Cyril Sophie Marc Mickaël Massimo Delphine	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Neurochirurgie Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Physiologie Neurologie Médecine légale Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Maladie infectieuses ; maladies tropicales Pédopsychiatrie ; addictologie Pédiatrie Pneumologie Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie Chirurgie thoracique et cardiovasculaire Médecine interne Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Médecine physique et de réadaptation Biophysique et médecine nucléaire Chirurgie générale Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Michel Million Monneuse Nataf Peretti Pignat Poncet Poulet	Philippe Antoine Olivier Serge Noël Jean-Christian Gilles Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Chirurgie générale Cytologie et histologie Nutrition Oto-rhino-laryngologie Chirurgie générale Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Ray-Coquard Rheims Richard Rimmele	Isabelle Sylvain Jean-Christophe Thomas	Cancérologie ; radiothérapie Neurologie Réanimation ; médecine d'urgence Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Robert Rossetti Souquet Thaumat Thibault Wattel	Maud Yves Jean-Christophe Olivier Hélène Eric	Chirurgie digestive Physiologie Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie Néphrologie Physiologie Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori Létrilliart Moreau Zerbib	Marie Laurent Alain Yves
--	-----------------------------------

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux Beziat Chayvialle Cordier Daligand Droz Floret Gharib Mauguière Michallet Neidhardt Petit Sindou Touraine Trepo Trouillas Viale	Jacques Jean-Luc Jean-Alain Jean-François Liliane Jean-Pierre Daniel Claude François Mauricette Jean-Pierre Paul Marc Jean-Louis Christian Jacqueline Jean-Paul	Cardiologie Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie Médecine légale et droit de la santé Cancérologie ; radiothérapie Pédiatrie Physiologie Neurologie Hématologie ; transfusion Anatomie Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence Neurochirurgie Néphrologie Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie Cytologie et histologie Réanimation ; médecine d'urgence
--	---	---

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchaib Binguier Chalabreysse Germain Jarraud	Mehdi Pierre-Paul Lara Michèle Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale Cytologie et histologie Anatomie et cytologie pathologiques Physiologie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
--	---	--

Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Charrière	Sybil	Nutrition
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Ezoon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Roman	Sabine	Physiologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Bouchiat Sarabi	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Cour	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
Coutant	Frédéric	Immunologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Josset	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Menotti	Jean	Parasitologie et mycologie
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe
De Fréminville	Humbert

REMERCIEMENTS

Au président de Jury,

Monsieur le professeur Pierre Krolak-Salmon,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie. Je vous suis reconnaissante de l'intérêt que vous portez à mon sujet et de l'aide que vous m'avez apportée pour améliorer la qualité de ce travail.

Aux membres du jury,

Madame le professeur Claire Leger Falandry,

Vous avez été la première à accepter de participer à mon jury de thèse et je vous en remercie. J'espère que ce travail pourra être utile à vos échanges avec vos confrères généralistes.

Monsieur le professeur Alain Moreau,

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury, auquel vous apportez votre expérience de médecin généraliste libéral. Vous avez l'habitude de collaborer avec l'hôpital de Bourgoin-Jallieu, puisse ce travail satisfaire vos attentes quant au document de sortie d'hospitalisation.

Madame le docteur Nathalie Ruet,

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse te lançant pour la première fois dans cet exercice. Merci pour ta grande disponibilité et tes conseils avisés tout au long de ce travail. Merci pour les six mois de stages passés à ton école, occasion d'un véritable coup de cœur pour nos aînés !

À tous les médecins qui ont participé à cette étude.

À mes maîtres en médecine, qui m'ont appris et fait aimer ce métier, en particulier Ygal Griguer, Jean Charvet, Sylviane Biot-Laporte et toute l'équipe du service de médecine gériatrique de Bourgoin-Jallieu.

À ceux qui ont offert de leur temps pour tester mon questionnaire et le perfectionner : Jean, Sylviane, Robert, Denis, Nicolas, Océane, Olivia, Mathilde, Pauline, Magali, Timothée, Blandine, Théophile, Marie, Marthe, Amélie, Caroline, Blandine et Oriane.

À mes compagnons de labeur au cours de ces longues études. Merci à Margot et Pauline pour les heures de travail passées ensemble pendant les trois années de préparation du concours de l'internat. Merci à Oriane, Timothée, Blandine et Marthe, amis thésards et compagnons de bibliothèque durant la préparation de cette thèse.

À mes relecteurs, pour le temps qu'ils m'ont consacré et le sérieux de leur relecture : Marthe, Blandine, Marie et mes parents.

À mes frères de l'Emmanuel, merci pour votre précieux soutien ces derniers mois.

À ma famille, soutien de toujours, merci pour vos attentions et votre présence.

Un merci particulier à mes parents pour votre disponibilité de tous les instants depuis le début de mes études. Vous vous êtes rendus corvéables à merci pour me soutenir, j'espère ne pas en avoir trop abusé.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois couverte d'opprobre et méprisée si j'y manque.

Table des matières

INTRODUCTION	14
CONTEXTUALISATION	16
A. Document de sortie d'hospitalisation.....	16
1. Recommandations de la HAS	16
2. Cadre juridique	17
3. Certification des hôpitaux	18
4. En pratique dans notre étude	19
B. Conciliation médicamenteuse	20
MATÉRIELS ET MÉTHODE	21
A. Analyse de la littérature	21
B. Type d'étude.....	21
C. Population de l'étude :.....	22
1. Critères d'inclusion	22
2. Critères de non inclusion	22
3. Critères d'exclusion	23
4. Modalités de communication et de recueil des données	23
D. élaboration du questionnaire	23
E. Analyse statistique de la grille de réponse	28
F. Réalisation d'un document de sortie standardisé	29
G. Retour d'information.....	29
H. Aspects réglementaires.....	29
RÉSULTATS	30
A. Caractéristiques des médecins interrogés :	30
B. Transmission des CRH.....	32
1. Mode de transmission des CRH.....	32
2. Délai de réception des CRH	33
C. Structure des CRH	34
D. Contenu des CRH	35
3. Rubriques obligatoires selon les recommandations de la HAS.....	35
4. Tableau de conciliation médicamenteuse.....	36
5. Rubriques proposées par la HAS comme facultatives	37
E. Commentaires libres.....	37
F. Analyse statistique.....	38

1. Influence des caractéristiques socio-démographiques	38
2. Corrélation des variables étudiées	38
DISCUSSION	39
A. Élaboration du questionnaire	39
B. Résultats de l'étude	42
1. Population	42
2. Transmission.....	43
2.1 Mode de transmission	43
2.2 Délai de transmission	44
3. Structure	44
4. Contenu	46
4.1 Synthétique.....	46
4.2 Éléments spécifiques à la prise en charge gériatrique	47
4.3 Éléments nécessaires à la continuité des soins : suites à donner et conciliation médicamenteuse	48
C. Limites de l'étude	49
D. Pistes pour améliorer la continuité des soins.....	50
1. Mise en place d'un document de sortie standardisé	50
2. Homogénéisation des documents de sortie sur l'hôpital	51
3. Limiter les fonctions du document de sortie.....	52
4. Organisation de la sortie	52
CONCLUSION	53
ANNEXES	55
Annexe 1 : Référentiel HAS 2014 sur le document de sortie d'hospitalisation.....	55
Annexe 2 : Mail invitant les médecins à participer au questionnaire.....	61
Annexe 3 : Questionnaire	62
Annexe 4 : Accord du CIL du CH de Bourgoin-Jallieu	65
Annexe 5 : Commentaires libres	66
Annexe 6 : Tests exacts de Fisher évaluant l'influence des données socio- démographiques sur les variables étudiées	67
Annexe 7 : Degré de liaison entre les variables étudiées selon le coefficient Phi.....	73
Annexe 8 : Tableau de justification des modifications thérapeutiques utilisé par le service de médecine gériatrique du CHPO	74
Annexe 9 : document de sortie type proposé pour le service de médecine gériatrique du CHPO	75
BIBLIOGRAPHIE	77

Liste des abréviations

- CHPO : Centre hospitalier Pierre Oudot
- CIL : Correspondant informatique et libertés
- CISMeF : Catalogue et index des sites médicaux de langue Française
- CR : Compte-rendu
- CRH : Compte-rendu d'hospitalisation
- CSP : Code de Santé Publique
- DIM : Département d'information médicale
- HAS : Haute autorité de santé
- MeSH : Medical subject heading
- PEC : Prise en charge
- PubMed : Publisher in medecine
- QLS : Qualité de la lettre de liaison à la sortie
- RDV : Rendez-vous
- SISRA : Système d'information en santé de la région Rhône-Alpes
- SUDoc : Système universitaire de documentation
- ZEPRA : Zéro échange papier en Rhône-Alpes

Introduction

La sortie d'hospitalisation constitue un risque de rupture dans la continuité des soins, faisant passer le patient d'un suivi quotidien à l'hôpital à un suivi intermittent en ambulatoire. Pour les patients âgés, il s'agit d'un moment où leur état de santé est particulièrement précaire. De fait, la fragilité liée à l'âge induit un risque plus important de réhospitalisation précoce ou d'évènements indésirables au décours d'une hospitalisation (1,2). Une étude réalisée en 2008 auprès de patients âgés français constatait un taux de réhospitalisation non programmée à 30 jours de 14% (3).

Or, plusieurs études démontrent que la transmission des informations nécessaires à la continuité des soins permet de limiter ces risques et donc de diminuer la morbi-mortalité à la suite d'une hospitalisation (1,2,4-6). Ainsi une étude américaine estimait à 23% la proportion de réhospitalisations évitables (7).

La transition hôpital-ville doit donc faire l'objet d'une attention particulière afin d'assurer la continuité des soins à la sortie d'une hospitalisation.

L'organisation de la sortie d'hospitalisation est d'ailleurs un indicateur de qualité et de sécurité des soins examiné par la Haute Autorité de Santé (HAS) (8). Le site scopesante.fr indique qu'en 2015, 85% des établissements de santé français obtenaient pour cet indicateur le score C, qui correspond au score le plus bas (9). L'organisation de la sortie est donc un point faible du système de santé.

La transmission de l'information entre médecins hospitaliers et médecins généralistes se fait actuellement quasi-exclusivement *via* le document de sortie d'hospitalisation.

Depuis 1974, le Code de Santé Publique (CSP) et la HAS ont édicté des obligations et recommandations pour encadrer la rédaction des documents de sortie d'hospitalisation. Le but étant que le médecin traitant dispose des informations nécessaires à la poursuite de la prise en charge au moment de revoir le patient.

Toutefois, les recommandations de la HAS ne précisent pas les modalités de rédaction du document de sortie d'hospitalisation. Celles-ci sont laissées à l'appréciation des médecins hospitaliers. Ainsi, au gré des rédacteurs, la qualité de l'information transmise est très hétérogène.

Pour pallier ce problème, de nombreux travaux ont conduit à l'élaboration de modèles standardisés de documents de sortie d'hospitalisation. La standardisation semble permettre

de fournir plus rapidement des documents de meilleure qualité. De fait, elle assure le renseignement de tous les éléments essentiels et la mise en valeur des informations les plus pertinentes. Ainsi la standardisation offre une communication plus efficace et plus sécurisée (6,10–12).

Le cadre mis en place par la HAS et le CSP a permis d'améliorer la transmission de l'information entre hôpital et ville. Cependant les médecins généralistes restent globalement insatisfaits des informations transmises par les hôpitaux. C'est ce que montrait l'étude de François et al. dans laquelle la satisfaction des généralistes quant au document de sortie d'hospitalisation obtenait la note de 35,9/100 (4).

Nous avons voulu comparer les recommandations de la HAS et du CSP avec les attentes des médecins généralistes.

L'objectif principal de notre étude était de recueillir les attentes des médecins généralistes quant au document de sortie d'hospitalisation du service de médecine gériatrique du centre hospitalier Pierre Oudot à Bourgoin-Jallieu (CHPO).

L'objectif secondaire était de proposer un document de sortie d'hospitalisation standardisé répondant mieux aux besoins des généralistes.

A. Document de sortie d'hospitalisation

1. Recommandations de la HAS

En 2014, la HAS a rédigé des recommandations sur les documents de sortie d'hospitalisation (13). Elle indique que le document de sortie doit contenir les informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité des soins. Il doit être remis au patient en main propre et transmis aux professionnels de santé amenés à prendre en charge le patient en ville.

Dans la mesure du possible le document doit être remis au patient le jour de la sortie. Si des informations sont manquantes lors de la sortie (résultats en attente, dates de rendez-vous...), une première version doit être remise au patient le jour de la sortie et complétée dans les 8 à 14 jours par un document plus complet.

La HAS précise que : « *ce référentiel s'applique à tout document remis au patient à la sortie d'une hospitalisation et adressé aux professionnels de santé [...] d'aval, quelle qu'en soit la dénomination : compte rendu d'hospitalisation et lettre rédigée à l'occasion de la sortie, lettre ou document de liaison, courrier de fin d'hospitalisation* ».

Concernant le contenu du document de sortie, la HAS distingue des rubriques administratives et des rubriques médicales. Certaines rubriques sont facultatives et laissées aux choix des équipes, d'autres sont obligatoires.

Les rubriques administratives sont les suivantes :

- Identification du patient ;
- Nom et coordonnées du médecin traitant ;
- Date d'entrée et de sortie d'hospitalisation ;
- Hôpital et service d'hospitalisation ;
- Professionnel référent de la prise en charge du patient pendant l'hospitalisation ;
- Mode d'entrée ;

- Destination du patient à la sortie ;
- Coordonnées du rédacteur du document de sortie ;
- Date de rédaction ;
- Liste de diffusion du document de sortie ;
- Statut de ce document ;
- Personne de confiance.

Ces rubriques sont toutes obligatoires à l'exception de la rubrique « personne de confiance ».

Les rubriques médicales obligatoires sont les suivantes :

- Motif d'hospitalisation ;
- Synthèse médicale de séjour ;
- Actes techniques, examens complémentaires et biologiques pertinents ;
- Traitement médicamenteux ;
- Suites à donner ;
- Évènements indésirables survenus au cours de l'hospitalisation.

Les rubriques facultatives sont les suivantes :

- Antécédents ;
- Mode de vie ;
- Histoire de la maladie ;
- Examen clinique et statut fonctionnel ;
- Évolution dans le service ;
- Actes techniques, examens complémentaires et biologiques (résultats additionnels non considérés comme pertinents) ;
- Liste des éléments remis au patient.

Le détail des recommandations effectuées pour chaque rubrique est présenté en annexe (**Annexe 1**).

2. Cadre juridique

Lorsque nous avons débuté notre travail en 2016, le texte de loi de référence était le décret n°2003-462 du 21 mai 2003 du Code de santé publique (14). Celui-ci imposait la rédaction d'un document de sortie contenant les éléments utiles à la continuité des soins à la

fin de chaque séjour hospitalier. Ce document devait être remis au patient ou envoyé au médecin traitant dans un délai de 8 jours maximum.

Le 20 juillet 2016, le Code de santé publique a rendu caduque le décret de 2003, le remplaçant par le décret n°2016-995 (15). Il est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Les notions de « compte-rendu d'hospitalisation » (CRH) et de « lettre rédigée à l'occasion de la sortie » y sont remplacées par le terme de « lettre de liaison ».

Ce décret a rendu obligatoire ce que la HAS recommandait depuis 2014. Ainsi les recommandations suivantes deviennent obligations :

- Un document de sortie d'hospitalisation doit être rédigé pour tout patient à la sortie d'hospitalisation.
- Ce document doit être remis et expliqué au patient et transmis au médecin traitant le jour même de la sortie.
- Il doit contenir les rubriques décrites comme obligatoires dans les recommandations de la HAS précitées (13).

3. Certification des hôpitaux

Nous l'avons dit en introduction, l'organisation de la sortie est un des indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins (8). Ces indicateurs sont utilisés pour la certification des établissements de santé. On peut retrouver les scores obtenus par les différents établissements sur le site de scope-santé (9).

À la suite du décret n°2016-995, l'indicateur « Qualité du document de sortie » a été remplacé par l'indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie (QLS) ».

Cet indicateur est calculé à partir de 14 critères de qualité : 2 critères indispensables, 6 critères médico-administratifs et 6 critères médicaux.

Les critères indispensables sont les suivants :

- Lettre de liaison à la sortie retrouvée ;
- Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie (il s'agit de la date de rédaction et non de la date d'envoi ou de remise de la lettre).

Si l'un de ces deux critères n'est pas rempli, le score total de l'indicateur QLS est égal à 0 et les autres critères ne sont pas recherchés.

Les critères médico-administratifs sont les suivants :

- Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie ;
- Nom et coordonnées du médecin destinataire ;
- Identification du patient ;
- Date d'entrée et date de sortie ;
- Nom et coordonnées du signataire de la lettre de liaison ;
- Destination du patient à la sortie.

Les critères médicaux sont les suivants :

- Motif de l'hospitalisation ;
- Synthèse médicale du séjour ;
- Risques liés à l'hospitalisation (ces risques sont le portage d'une bactérie multi-résistante ou hautement résistante et la réalisation ou non d'une transfusion) ;
- Actes techniques et examens complémentaires ;
- Traitements médicamenteux ;
- Planification des soins.

Il est prévu que deux nouveaux items soient ajoutés pour la campagne nationale 2020. Il s'agit de la présence d'informations sur les dispositifs médicaux implantables et sur la survenue d'évènements indésirables.

4. En pratique dans notre étude

Notre travail a débuté en 2016, avant la parution du décret du 20 juillet 2016. Le terme alors couramment utilisé pour parler du document de sortie d'hospitalisation était « compte-rendu de sortie d'hospitalisation (CRH) ». C'est pourquoi nous l'avons employé dans notre questionnaire.

Ce terme ayant disparu du CSP et des grilles de certification de la HAS au profit de celui de « lettre de liaison », il semblait désuet de continuer à l'utiliser. De ce fait lors de la rédaction nous avons utilisé le terme de « document de sortie d'hospitalisation », qui, comme le définit la HAS englobe les termes de CRH et de lettre de liaison (13).

B. Conciliation médicamenteuse

En mars 2015, la HAS a défini la notion de « conciliation médicamenteuse » (16). Il s'agit d'une « démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses visant à garantir la continuité médicamenteuse du patient dans son parcours de soins. Parce que les multiples points de transition majorent le risque médicamenteux, elle repose sur la transmission et le partage des informations complètes et exactes des traitements du patient entre les professionnels de santé et le patient, tout au long de son parcours ».

Son objectif est de permettre une réduction des erreurs médicamenteuses, une diminution des hospitalisations non programmées et une continuité médicamenteuse à la sortie de l'hôpital.

Elle comprend quatre étapes décrites ci-après :

- Recueillir selon au moins 3 sources d'information différentes les médicaments à prendre et ceux réellement pris par le patient ;
- Rédiger un bilan médicamenteux à partir des informations recueillies ;
- Valider la cohérence de ce bilan conjointement par le médecin et le pharmacien ;
- Informer le patient, son entourage, et l'ensemble des professionnels de santé de ville, notamment le pharmacien d'officine des changements de traitement effectués.

Matériels et méthode

A. Analyse de la littérature

Nous avons débuté notre recherche bibliographique en avril 2016. Nous avons bénéficié de l'aide d'une bibliothécaire de la bibliothèque universitaire Rockefeller de la faculté de médecine Lyon Est.

Nous avons interrogé les bases de données et moteurs de recherche suivants : *Publisher in medicine* (PubMed), le catalogue et index des sites médicaux de langue française (CISMeF), le site cairn.info, la banque de données en santé publique (BDSP), le système universitaire de documentation (SUDoc) et *Google Scholar*.

Les mots clés utilisés étaient : « comptes rendus de sortie d'hospitalisation », « sortie du patient », « fin d'hospitalisation », « planification des sorties d'hôpital », « sortie de l'hôpital », « médecine générale », « médecin traitant » et « communication ».

Ces mots clés ont également été recherchés en anglais à l'aide du *Medical subject heading* (MeSH). Les terminologies utilisées étaient les suivantes : « discharge summaries », « patient discharge », « discharge planning », « general practice » et « communication ».

Hormis les textes réglementaires nous avons limité notre recherche aux parutions postérieures à 2006 (soit 10 ans maximum avant le début de notre recherche bibliographique).

Notre recherche bibliographique a été complétée tout au long de la rédaction de la thèse. Les références bibliographiques d'articles et de thèses en lien avec notre sujet ont également été sources d'information.

B. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative descriptive observationnelle transversale à l'aide d'un questionnaire. Ce questionnaire était soumis aux médecins généralistes correspondants du service de médecine gériatrique du CHPO.

C. Population de l'étude :

La population cible de cette étude était les médecins généralistes installés en cabinet libéral et correspondant à l'accoutumée avec le service de médecine gériatrique du CHPO.

Afin de recueillir les coordonnées des médecins que nous voulions interroger nous avons envoyé une requête au Département d'information médicale (DIM) du CHPO.

Nous avons limité notre requête aux médecins correspondants du service dans les six derniers mois à compter du 27 juin 2017 (jour de la réponse du DIM).

Le DIM nous a fourni les coordonnées des médecins ayant reçu un courrier de la part du service entre le 27 décembre 2016 et le 27 juin 2017.

1. Critères d'inclusion

Étaient inclus dans l'étude tous les médecins généralistes correspondants du service de médecine gériatrique du CHPO installés en cabinet libéral.

2. Critères de non inclusion

N'étaient pas inclus :

- Les médecins spécialistes ;
- Les médecins généralistes remplaçants ou n'exerçant pas en cabinet libéral ;
- Les médecins généralistes retraités ou ayant cessé leur activité ;
- Les médecins généralistes exerçant en dehors du secteur géographique de Bourgoin-Jallieu. Il s'agissait de médecins ne correspondant pas habituellement avec le service mais dont un patient avait été hospitalisé au CHPO (par exemple : patient de passage dans la région).

3. Critères d'exclusion

Étaient exclus :

- Les médecins ayant refusé de participer à l'étude ;
- Les médecins dont l'adresse mail n'était pas connue par le DIM et non joignables après dix tentatives d'appel téléphonique ;
- Les médecins n'ayant pas d'adresse mail ;
- Les médecins ayant rempli le questionnaire de façon incomplète.

4. Modalités de communication et de recueil des données

Les médecins inclus dans l'étude recevaient un mail les invitant à participer au questionnaire. Le modèle du mail d'invitation et le questionnaire sont présentés en annexe (**Annexe 2 et 3**).

Pour certains médecins, l'adresse mail n'était pas connue du DIM. Afin de recueillir ce renseignement, chacun d'entre eux a reçu un appel téléphonique.

En cas de non réponse au questionnaire, des relances ont été effectuées par mail deux et trois mois après le premier envoi.

D. Élaboration du questionnaire

Nous avons réalisé un questionnaire en nous basant sur les recommandations de la HAS, le CSP et les résultats de précédents travaux effectués sur notre sujet de recherche (10,11,13,15–19).

Le questionnaire a été réalisé par Cécile de Jerphanion.

Il a été relu et corrigé par le Dr Nathalie Ruet.

Le logiciel utilisé pour le recueil de données était Survey-monkey®.

Le questionnaire comportait dix questions : neuf questions à choix multiples et un champ de réponse libre pour d'éventuels commentaires ou remarques.

Trois des neuf questions à choix multiple comprenaient en plus un champ de réponse libre.

L'organisation du questionnaire était inspirée par la revue systématique de littérature de Clanet et al. (11). Le plan décrit dans leur revue a été repris détaillant d'abord la transmission des documents de sortie puis leur structure et enfin leur contenu.

Le questionnaire était structuré en quatre parties :

- La **1^{ère} partie** concernait la **transmission** des documents de sortie.

Les items concernant le mode de transmission étaient inspirés de données de la littérature (17–19). La question concernant le délai de transmission était basée sur les obligations édictées par le CSP (15).

Q1 : *Concernant le mode de transmission des CRH, vous préférez :*

(Plusieurs réponses possibles)

- *Voie postale*
- *Fax*
- *E-mail*
- *Par le biais d'une plateforme informatique sécurisée*
- *Via le patient lui-même*

A combien de jours estimez-vous le délai moyen de réception des CRH ?

La 2^{ème} partie concernait la **structure** des documents de sortie.

Les questions étaient inspirées des données de la littérature (10,11,17). Elle comportait deux sous questions concernant sur la longueur et le style.

Q2 : *Concernant la structure des CRH de gériatrie, quelles sont vos préférences ?*

(Plusieurs réponses possibles)

- *Courrier le plus court possible*
- *OU longueur du courrier sans importance*
- *Courrier de style hiérarchisé ou télégraphique*
- *OU courrier de style narratif*
- *Notification des points importants en surgras*
- *Présence d'une conclusion*

- La 3^{ème} partie concernait le **contenu** des documents de sortie.

Cette partie était composée de 4 questions. Les 3 premières questions se basaient sur les recommandations faites par la HAS (13,16).

La 1^{ère} question concernait les rubriques obligatoires des recommandations de la HAS. Elle cherchait à identifier entre plusieurs formes de présentation de ces rubriques laquelle avait la préférence des médecins interrogés. Elle comportait deux sous-questions concernant la prise en charge médicale et les examens paracliniques.

La 2^{nde} question concernait le tableau de conciliation médicamenteuse. Elle cherchait à savoir quelle perception en avaient les médecins interrogés.

La 3^{ème} question concernait les rubriques facultatives des recommandations de la HAS. Elle cherchait à savoir quelles rubriques étaient importantes pour les médecins interrogés. Elle comportait une sous-question concernant l'examen clinique.

La 4^{ème} question proposait aux médecins de rédiger un commentaire libre.

Q3 : Conformément à l'HAS, certaines rubriques du CRH sont obligatoires. Au sein de celles-ci, que souhaitez-vous voir mentionner ?

(Plusieurs réponses possibles)

- *Le détail de la prise en charge médicale par pathologie*
- *OU un résumé de la prise en charge médicale par pathologie*
- *Une copie des comptes rendus de tous les examens paracliniques*
- *OU Seulement les résultats des examens paracliniques pertinents et la liste de tous les examens réalisés*
- *Une copie du dernier bilan biologique et des résultats biologiques pertinents*
- *La liste des ordonnances remises au patient (IDE, rééducation, matériel, biologie...)*
- *Détails de la prise en charge sociale (aide préconisée et mise en place, demande d'APA, d'EHPAD...)*

Q4 : Selon l'HAS, le CRH doit comprendre un tableau de conciliation médicamenteuse (justification de la modification des traitements pendant l'hospitalisation).

A quelle fréquence ce tableau est-il bien rempli selon vous ?

- *0% des CRH*
- *25% des CRH*
- *50% des CRH*
- *75% des CRH*
- *100% des CRH*

Ce tableau vous aide-t-il pour la prise en charge post-hospitalisation ?

Q5 : Certaines rubriques du CRH sont facultatives.

Lesquelles vous paraissent nécessaires ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Mode de vie
- Rappel des antécédents
- Détail de l'histoire de la maladie (avant l'hospitalisation)
- Examen clinique complet
- OU signes anormaux de l'examen clinique
- Éléments d'évaluation gériatrique : état nutritionnel, équilibre et marche, détails de l'évaluation cognitive, autonomie

Q6 : Remarques ou suggestions éventuelles

- La **4^{ème} partie** concernait les **caractéristiques socio-démographiques** des médecins interrogés.

Q7 : Quel est votre sexe ?

- Un homme
- Une femme

Q8 : Quel est votre milieu d'exercice ?

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

Q9 : Depuis quand êtes-vous installé(e) ?

- Moins de 5 ans
- 5 à 10 ans
- 10 à 20 ans
- Plus de 20 ans

Q10 : Combien de patients de plus de 75 ans voyez-vous en moyenne par semaine ?

- Moins de 10
- Entre 10 et 20
- Plus de 20

Afin d'être épargnés des mails de relance, vous pouvez me laisser votre adresse mail (votre participation restera anonyme et ne sera pas communiquée aux médecins du service).

Le questionnaire a été testé auprès de 19 médecins généralistes ne faisant pas partie des médecins correspondants du service.

À la suite de ce test, les questions 1, 4 et 6 ont été modifiées.

La version du questionnaire présentée est la version définitive.

E. Analyse statistique de la grille de réponse

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

Pour l'étude analytique, nous avons utilisé deux types de tests :

- Le test exact de Fisher pour comparer la population étudiée à la population source et pour évaluer l'influence des caractéristiques sociodémographiques sur les variables étudiées. Le seuil de significativité alpha était fixé à 0,05.
- Le coefficient Phi pour mesurer le degré de liaison entre les différentes variables étudiées.

Ces tests ont été réalisés avec l'aide du Dr Joris Giai, assistant hospitalier universitaire dans le service de biostatistique de l'hôpital Lyon Sud.

F. Réalisation d'un document de sortie standardisé

À l'issue de l'analyse statistique, nous avons réalisé une synthèse des résultats du questionnaire. Les éléments attendus par les médecins interrogés ont été intégrés dans un modèle de document de sortie standardisé. Le document standardisé a été validé par les médecins du service de médecine gériatrique.

G. Retour d'information

Un résumé des résultats de cette étude a été envoyé à tous les médecins généralistes y ayant participé. Le document de sortie type élaboré dans cette étude a été distribué à tous les médecins et internes du service de médecine gériatrique du CHPO.

H. Aspects réglementaires

Une déclaration a été effectuée auprès du correspondant informatique et libertés (CIL) du CH de Bourgoin-Jallieu (**Annexe 4**).

Résultats

A. Caractéristiques des médecins interrogés :

La population étudiée est présentée dans la **Figure 1**.

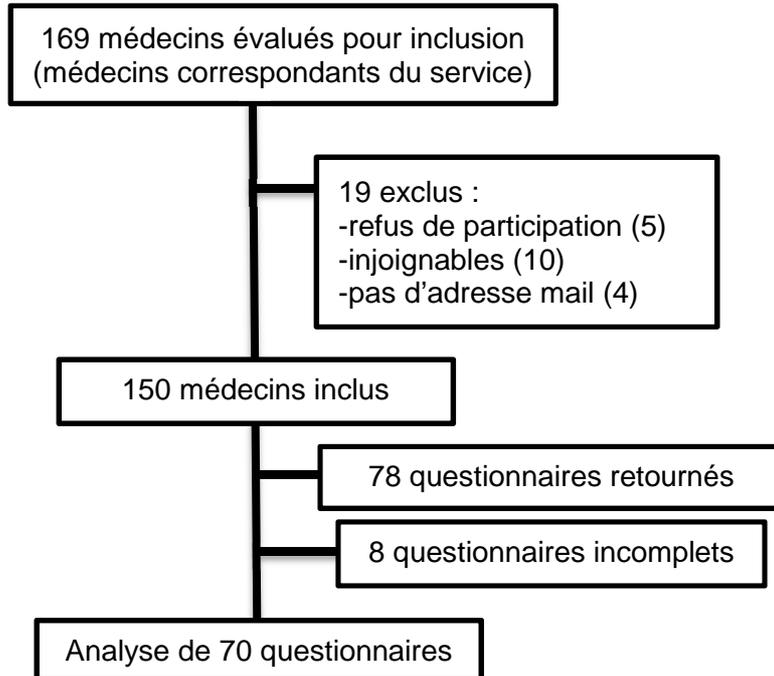


Figure 1 : Diagramme de flux.

Le DIM a fourni une liste de 169 médecins généralistes correspondants du service de médecine gériatrie de Bourgoin-Jallieu répondant aux critères d'inclusion.

Les 150 médecins inclus ont reçu le questionnaire par mail.

Le recueil des données a été effectué entre le 4 juillet et le 6 novembre 2017.

*Le taux de participation était de **52%**.*

Les questionnaires incomplets ont été exclus.

*Les questionnaires analysés correspondaient aux réponses de **46,7%** des médecins interrogés.*

Les caractéristiques sociodémographiques des médecins interrogés figurent dans le **Tableau 1**.

Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques sociodémographiques entre la population étudiée et la population source*

Caractéristiques	Population étudiée N=70	Population source N=169	p-value
Sexe			
Homme	37 (52,9%)	92 (54,4%)	p=0,887
Femme	33 (47,1%)	77 (45,6%)	
Milieu d'exercice			
Urbain	14 (20%)	19 (11,2%)	p=0,135
Semi-rural	40 (57,1%)	96 (56,8%)	
Rural	16 (22,9%)	54 (32%)	

**les données sont des effectifs avec des pourcentages*

Le type d'exercice des médecins interrogés est indiqué dans le **Tableau 2**.

Tableau 2 : Type d'exercice des médecins interrogés*

Caractéristiques	Variables	Effectif N=70
Ancienneté d'installation	< 5 ans	13 (18,6%)
	5 à 10 ans	11 (15,7%)
	10 à 20 ans	20 (28,6%)
	20 ans	26 (37,1%)
Nombre de patients de plus de 75 ans consultés	< 10 /semaine	9 (12,9%)
	10 à 20 /semaine	35 (50%)
	> 20 / semaine	26 (37,1%)

**les données sont des effectifs avec des pourcentages*

B. Transmission des CRH

1. Mode de transmission des CRH

La **Figure 2** montre les attentes des médecins interrogés concernant la structure des CRH.

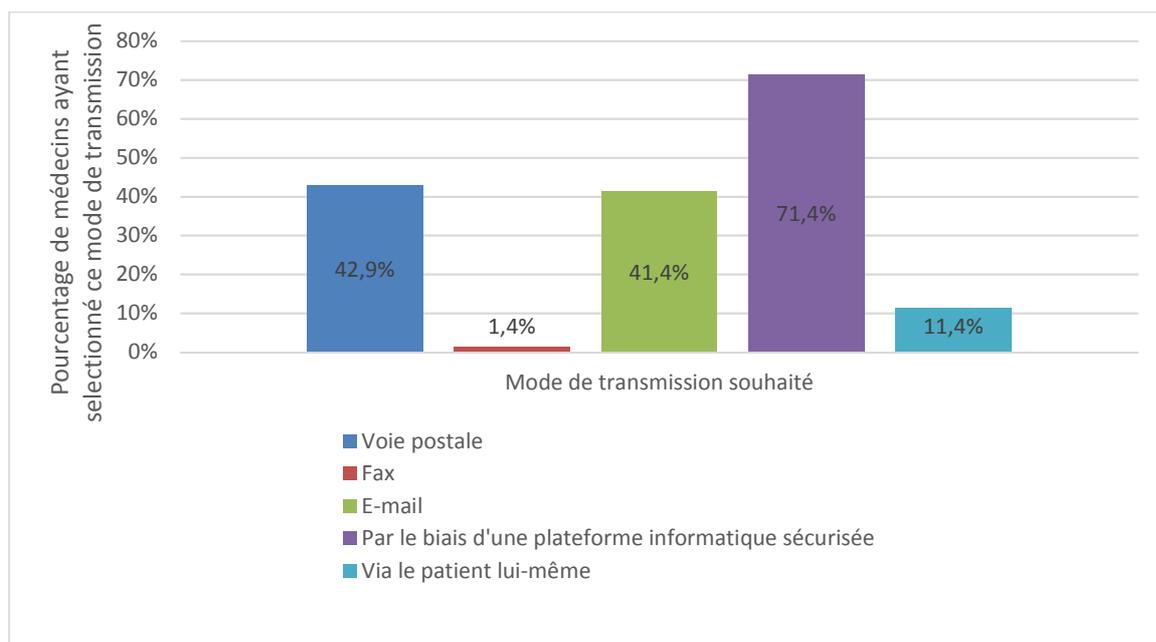


Figure 2 : Préférences des médecins concernant le mode de transmission des CRH

Les médecins interrogés pouvaient sélectionner plusieurs modes de transmission.

2. Délai de réception des CRH

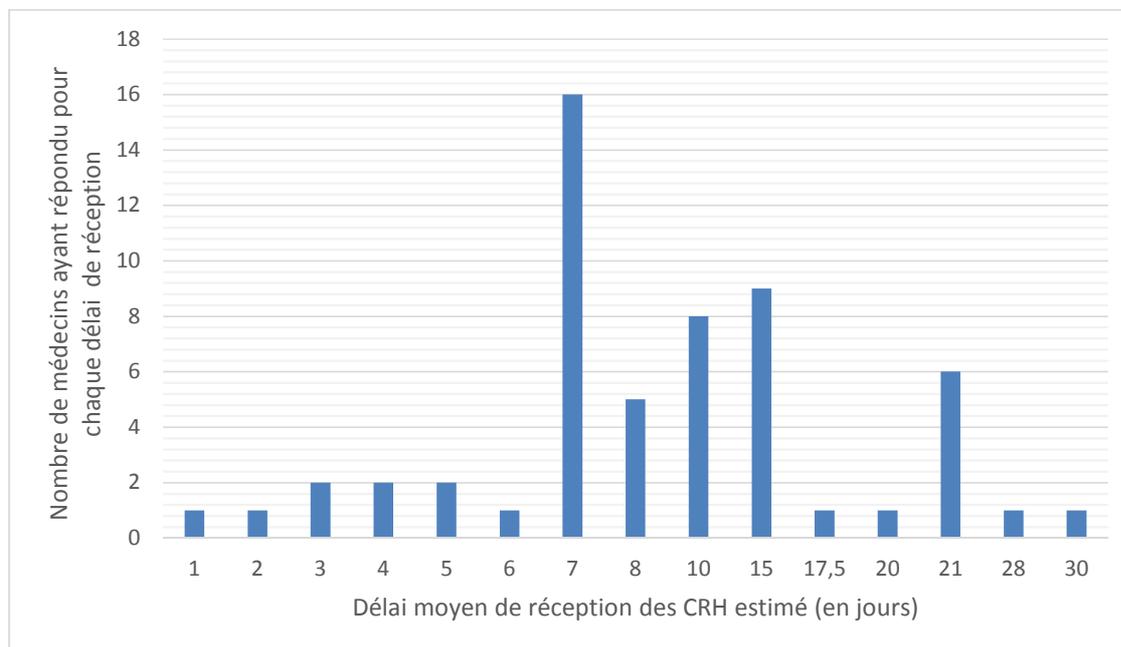


Figure 3 : Délai moyen de réception des CRH estimé par les médecins interrogés

Le délai moyen de réception des CRH déclaré par les médecins était de 10,8 jours. Le délai minimum était de 1 jour et le délai maximum de 21 jours. **La médiane était de 8 jours.**

Cette question n'a pas été complétée par 12 médecins.

Un médecin a répondu que le délai était « très variable » mais n'a pas donné de délai moyen chiffré.

C. Structure des CRH

La **Figure 4** montre les attentes des médecins interrogés concernant la structure des CRH.

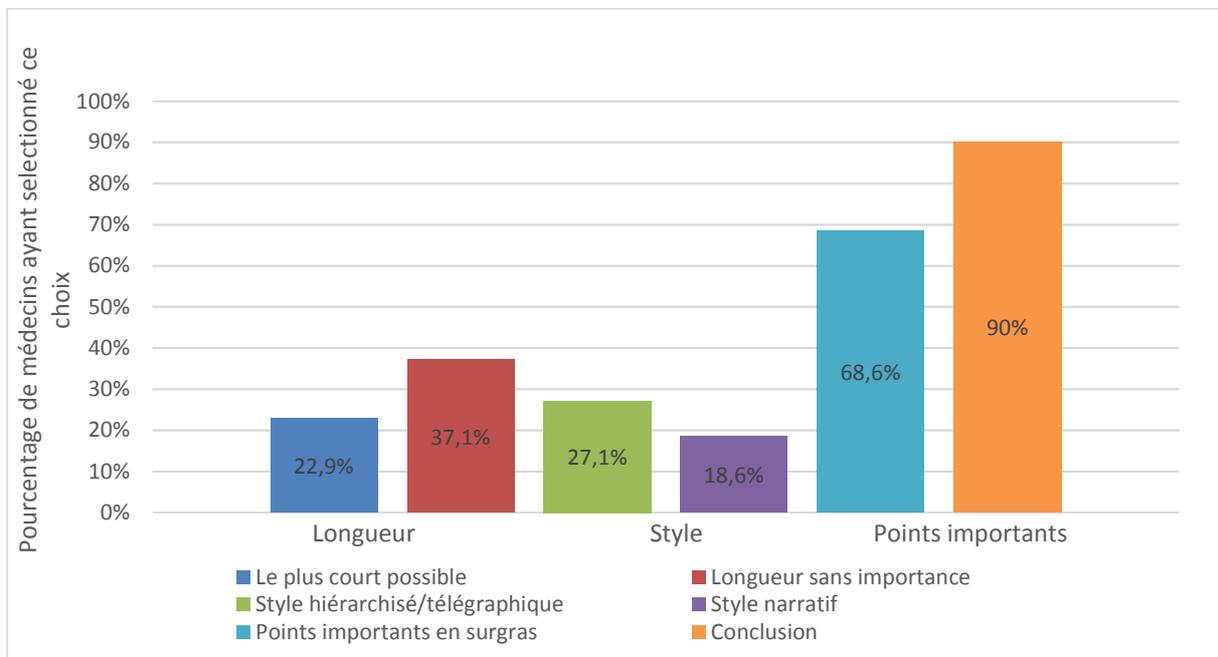


Figure 4 : Préférence des médecins concernant la structure des CRH (longueur, style, points importants)

D. Contenu des CRH

3. Rubriques obligatoires selon les recommandations de la HAS

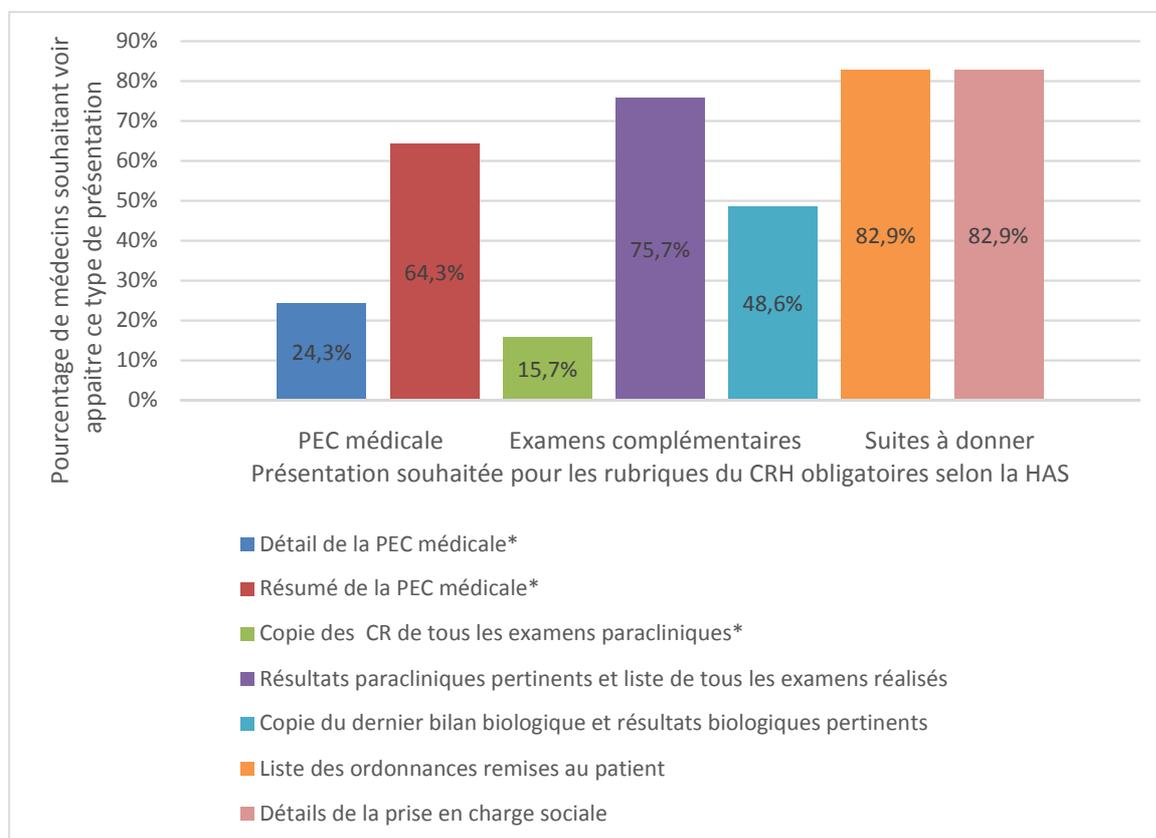


Figure 4 : Préférences des médecins concernant la présentation des rubriques du CRH rendues obligatoires par la HAS

*PEC : Prise en charge

CR : Compte-Rendu

4. Tableau de conciliation médicamenteuse

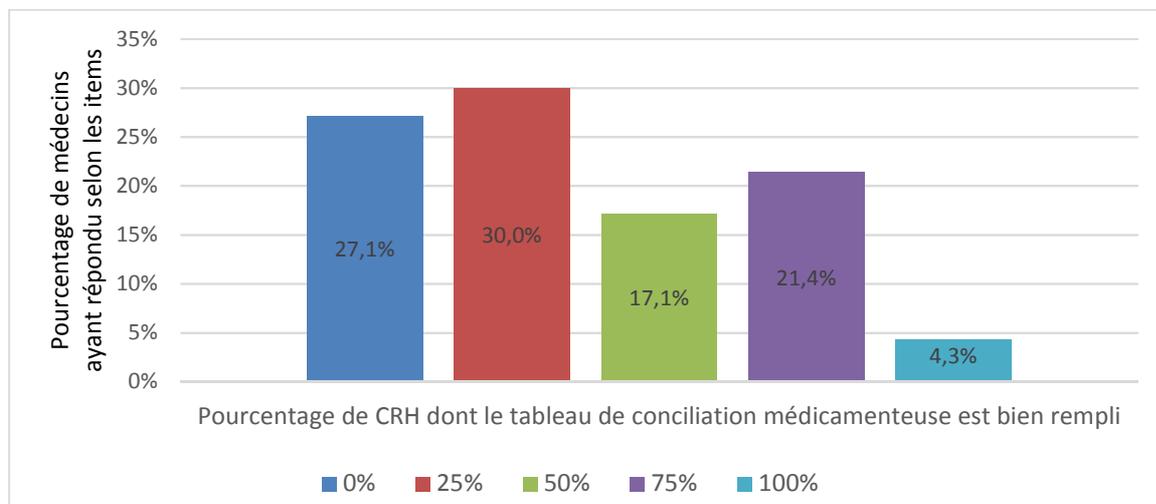


Figure 5 : Estimation du remplissage du tableau de conciliation médicamenteuse dans les CRH

La question « Ce tableau vous aide-t-il pour la prise en charge post-hospitalisation ? » a été remplie par 47 médecins. Parmi eux :

- La réponse « oui » a été formulée par 35 médecins (soit 50% des médecins interrogés).
- La réponse « Non » a été formulée par 3 médecins (soit 4,3% des médecins)
- Les 9 autres médecins ont répondu n'avoir jamais vu un tel tableau et ne pas savoir à quoi cela correspondait (soit 12,9% des médecins).

5. Rubriques proposées par la HAS comme facultatives

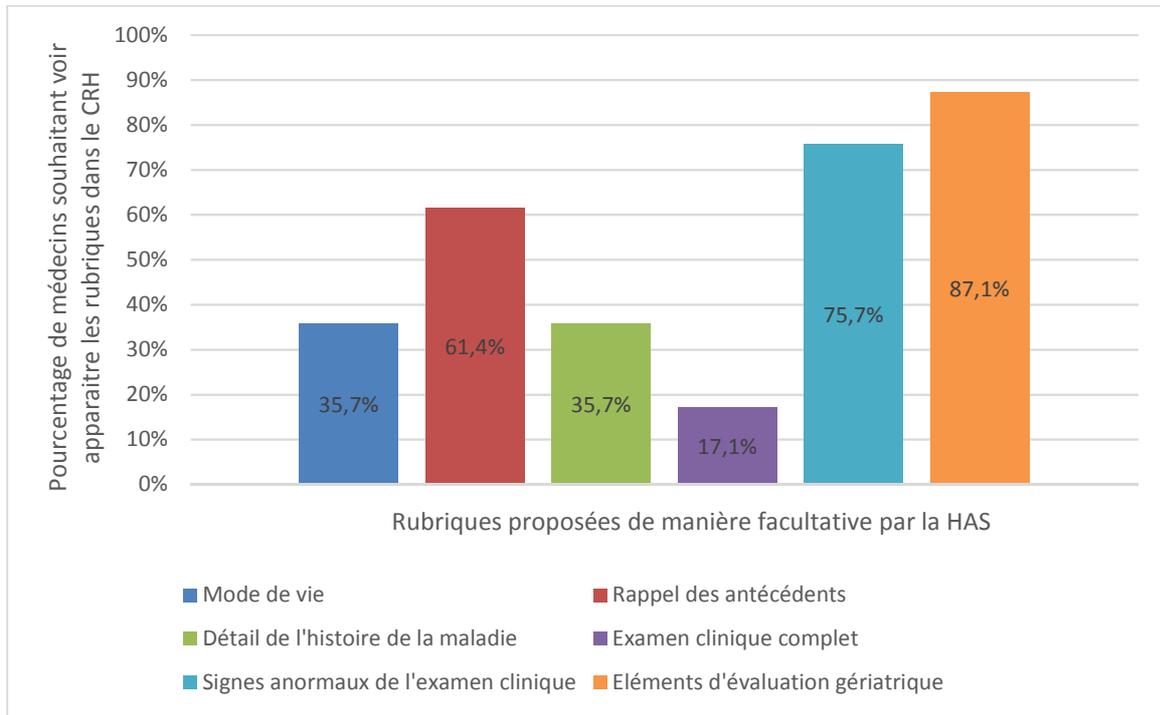


Figure 6 : Préférences des médecins concernant les rubriques du CRH proposées par la HAS comme facultatives

E. Commentaires libres

Des commentaires ont été rédigés par onze médecins. Parmi eux :

- Cinq médecins désiraient un raccourcissement des délais de transmission des CRH ;
- Deux souhaitaient être informés par un appel téléphonique avant la sortie des patients afin d'organiser le retour à domicile ;
- Un médecin écrivait être irrité des changements de traitement, du peu de prescription en générique et des prescriptions systématiques d'anti-Alzheimer ;
- Trois médecins exprimaient leur satisfaction sur divers aspects des CRH du service de médecine gériatrique de Bourgoin-Jallieu.

Le détail des commentaires libres se trouve en annexe (**Annexe 5**)

F. Analyse statistique

1. Influence des caractéristiques socio-démographiques

Des tests exacts de Fisher ont été réalisés pour évaluer l'influence des caractéristiques socio-démographiques (milieu d'exercice, durée d'installation, patientèle âgée) sur les variables étudiées. Ces tests ne sont pas présentés dans ce chapitre car un trop grand nombre de données manquantes les a rendus ininterprétables. Ils sont disponibles en annexe (**Annexe 6**). Les données manquantes étaient liées à la liberté donnée aux médecins interrogés de ne pas répondre aux sous-questions.

2. Corrélation des variables étudiées

Un coefficient Phi a été calculé (**Annexe 7**). Il mettait en évidence certaines tendances de réponses.

Ainsi les items « mode de vie », « rappel de antécédents », « détail de l'histoire de la maladie », « examen clinique complet » et « détail de la prise en charge médicale » étaient souvent souhaités par les mêmes médecins.

Il en était de même pour les items « présence d'une conclusion », « liste des ordonnances remises au patient » et « détails de la prise en charge sociale ».

Discussion

Notre objectif principal était de recueillir les attentes des médecins généralistes concernant les documents de sortie d'hospitalisation.

Notre étude montre 6 attentes principales :

- Une transmission par le biais d'une plateforme informatique sécurisée dans un délai le plus bref possible ;
- La mise en exergue des points importants par du surgras et une conclusion ;
- Un contenu synthétique ;
- Le rappel des antécédents ;
- La présence d'éléments nécessaires à la suite de la prise en charge en ambulatoire ;
- La présence d'éléments d'évaluation gériatrique.

A. Élaboration du questionnaire

Il n'existe pas à notre connaissance de questionnaire validé pour sonder les attentes des médecins généralistes concernant les documents de sortie d'hospitalisation.

Les recommandations faites par la HAS en 2014 concernent principalement le contenu du document de sortie. Nous voulions proposer aux médecins hospitaliers des consignes de rédaction détaillées dans le but d'homogénéiser les documents de sortie quel qu'en soit le rédacteur. C'est pourquoi nous avons cherché à élargir notre questionnaire en nous inspirant des données de la littérature.

À l'instar de la revue de littérature de Clanet et al. (11) notre questionnaire était organisé en trois parties : la transmission, la structure puis le contenu du document de sortie. Nous avons ajouté une quatrième partie sur les caractéristiques socio-démographiques des médecins interrogés pour vérifier la reproductibilité de notre étude.

L'utilisation d'un questionnaire informatisé pour le recueil de données permettait une saisie automatique des données et un recueil rapide et fiable. Les médecins interrogés pouvaient y répondre rapidement et au moment qui leur convenait. Notre priorité lors de l'élaboration du questionnaire était d'obtenir un taux de participation conséquent afin que notre étude soit extrapolable. À cette fin nous avons réfléchi à ce que le questionnaire puisse

être complété rapidement et facilement. Ceci explique notre choix d'un recueil de données par le moyen de « cases à cocher » nécessitant moins de temps et de concentration que des questions ouvertes.

La formulation de la question concernant le délai de transmission différait des autres questions. Nous avons demandé aux généralistes d'exprimer leur perception du délai de transmission et non leurs attentes. La transmission des documents le jour même de la sortie est obligatoire en France (13,15). Elle est, par ailleurs, largement décrite dans la littérature comme indispensable à la continuité des soins (5,6,11,20–22). Ainsi pour cette question, nous avons préféré établir un état des lieux plutôt que de recueillir les attentes des médecins. Cet état des lieux nous permet de mieux appréhender les efforts à mener pour atteindre l'objectif fixé par la HAS et le CSP.

Les différents logiciels de questionnaires informatisés dont nous avons connaissance ne permettaient pas la distinction de sous-questions. Aussi nous n'avons pu rendre obligatoire le choix de l'un ou l'autre item pour les sous questions, nous exposant au risque de générer des données manquantes.

Pour la partie concernant le contenu des documents nous avons utilisé les rubriques recommandées par la HAS. La présence des rubriques obligatoires n'a pas été remise en question, nous avons cherché à préciser la forme sous laquelle les présenter.

Nous avons choisi de ne pas interroger les médecins sur les rubriques administratives et les rubriques « motif d'hospitalisation » et « évènements indésirables » car elles sont obligatoires et peu débattues dans la littérature.

Afin d'éviter une possible confusion avec la rubrique « conclusion » nous avons remplacé le terme « synthèse médicale » par celui de « prise en charge médicale ». Cette rubrique ainsi que celle concernant les « examens paracliniques » sont obligatoires. Elles doivent obligatoirement être complétées de manière pertinente et peuvent facultativement être détaillées. Nous avons cherché à savoir si les généralistes préféreraient en avoir le détail ou un résumé. À noter que nous avons considéré que la rubrique « évolution dans le service » correspondait au détail de la rubrique « synthèse médicale de séjour ».

La rubrique « suites à donner » est particulièrement détaillée dans les recommandations de la HAS qui conseille qu'un volet soit dédié aux informations utiles à la continuité des soins (13). Cette rubrique doit en conséquence être complétée scrupuleusement. Ceci est d'autant plus crucial en médecine gériatrique. Les patients âgés souffrant fréquemment de troubles cognitifs, il leur est difficile de rapporter les consignes reçues à l'hôpital. Or l'absence de ces informations met en péril la continuité des soins, majorant le risque d'évènements indésirables à la sortie de l'hôpital (1). Aussi il nous a semblé intéressant de proposer aux généralistes que cette rubrique soit encore plus détaillée que ne le demande la HAS. Pour cela nous avons intégré les items « liste des ordonnances remises au patient » et « détail de la prise en charge sociale ».

La conciliation médicamenteuse est un enjeu actuel de santé publique. La HAS a élaboré un guide de mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé qui ne cesse d'évoluer depuis 2015. Il nous faut préciser que le tableau de conciliation médicamenteuse actuellement proposé par le CHPO ne répond pas parfaitement à la définition qui en est faite par la HAS. Il s'agit plutôt d'un tableau indiquant le traitement à l'entrée et à la sortie et justifiant les modifications entreprises. Il est présenté en annexe (**Annexe 8**). Nous avons précisé dans le questionnaire la définition de ce terme pour éviter une éventuelle confusion.

Concernant les rubriques proposées comme facultatives par la HAS nous voulions savoir lesquelles étaient importantes pour les généralistes. Nous avons cherché à préciser le contenu de la rubrique « examen clinique » car les données de la littérature étaient discordantes à ce sujet. Les médecins interrogés par M-L Bureau étaient 65% à souhaiter une description de l'examen clinique complet (17) alors que seuls les signes anormaux sont attendus dans d'autres études (6,23).

La rubrique « éléments d'évaluation gériatrique » n'est pas proposée telle quelle par la HAS. Elle peut être assimilée à l'onglet « état fonctionnel » proposé par la HAS dans la rubrique « examen clinique ». Il nous a semblé pertinent de l'intégrer dans notre questionnaire car elle est spécifique de la discipline gériatrique.

Au terme du questionnaire nous avons donné la possibilité aux médecins généralistes de rédiger un commentaire pour qu'ils puissent exprimer leurs attentes au-delà du cadre du questionnaire.

B. Résultats de l'étude

1. Population

Le taux de participation à notre étude était de 52% (certains questionnaires étant incomplets, les réponses de seulement 46,7% des médecins ont pu être analysées). La participation obtenue est équivalente ou supérieure à celle retrouvée dans la plupart des études comparables à la nôtre. Si le taux de participation de l'étude de M-L.Bureau était de 60% (17) et celle N.Ortega de 52% (24), François et al. obtenait une participation de 42% (4) et A. Saunier de 10,3% (18).

La méthode choisie explique sans doute la forte participation des médecins à notre étude. Les questions courtes et simples pouvaient être complétées très rapidement, n'entraînant pas de surcharge de travail pour les généralistes.

Notre choix d'une méthode quantitative plutôt que qualitative nous a permis de sonder plus facilement un grand nombre de sujets. Ainsi nous n'avons pas eu besoin de constituer d'échantillon pour notre étude. La population source correspondait directement à la population cible. De même, on constate que la population étudiée n'est pas significativement différente de la population source concernant le sexe et le milieu d'exercice.

La majorité des médecins interrogés recevaient en consultation au moins 10 patients âgés par semaine. La population étudiée était donc habituée à suivre des patients âgés et bien au fait des problématiques liées à la prise en charge de ce type de patients.

2. Transmission

2.1 Mode de transmission

La transmission *via* une plateforme informatique sécurisée des documents de sortie d'hospitalisation a eu la préférence des médecins interrogés. C'est le mode de transmission suggéré par le CSP et la HAS ainsi que par d'autres instances internationales (13,15,22).

Nos résultats concordent avec ceux de l'étude réalisée par N.Ortega en 2017 dans laquelle 72% des généralistes souhaitaient recevoir les documents de sortie par voie informatique (24). C'est davantage que dans des études antérieures où la messagerie sécurisée n'était désirée que par 30 à 60% des médecins (4,5,17). Cette différence s'explique par l'informatisation croissante des cabinets médicaux ces dernières années. Il est probable que le taux de médecins désirant utiliser ce mode de communication augmente dans les années à venir.

L'utilisation d'une plateforme est déjà mise en place sur le CHPO avec l'utilisation de la messagerie sécurisée ZEPRA (Zéro échange papier en Rhône-Alpes). Il a été proposé aux généralistes utilisateurs de ZEPRA d'opter pour une dématérialisation complète des échanges. Ainsi certains médecins ne reçoivent plus de document papier ; d'autres préfèrent le recevoir selon 2 modes : *via* ZEPRA et par courrier postal. Les médecins n'utilisant pas ZEPRA reçoivent les documents de sortie par courrier postal. C'est le cas des 19 médecins exclus de l'étude dont les adresses mails étaient inconnues du DIM. Le taux de réponse obtenu pour la plateforme informatisée est donc probablement surévalué.

La transmission *via* le patient a été peu plébiscitée contrairement à ce qu'indiquait l'étude de François et al. dans laquelle 56% des médecins y étaient favorables (4). Ceci est sans doute dû à la forte prévalence de troubles mnésiques chez les patients âgés rendant la transmission *via* le patient moins fiable que dans les autres services hospitaliers. Malgré cela, la remise au patient d'un document contenant les informations utiles à la continuité des soins est obligatoire depuis janvier 2017 (15).

Pour l'heure, la transmission des documents de sortie doit encore utiliser 3 modes : la plateforme informatisée ZEPRA, la voie postale et *via* le patient.

Cependant les données actuelles laissent à penser que la voie postale va progressivement disparaître au profit d'une dématérialisation complète.

2.2 Délai de transmission

La médiane du délai moyen de transmission était estimée par les médecins interrogés à 8 jours. La rapidité de transmission est pourtant, selon plusieurs auteurs, la principale attente des généralistes, avant le contenu (6,20,21). De fait, il s'agit d'un élément capital pour assurer la continuité des soins. Les médecins interrogés par P.Reboud insistaient sur la nécessité absolue de disposer du document de sortie dès la 1^{ère} consultation post-hospitalisation pour la poursuite de la prise en charge (23). Or, des travaux ont montré que les documents n'étaient disponibles que pour 40% des 1^{ères} consultations à la suite d'une hospitalisation (5,21). Selon la revue de littérature de Clanet et al. le délai entre la sortie d'hospitalisation et la 1^{ère} consultation était de 2 jours pour 22% des patients, et entre 2 et 7 jours pour 52% des patients (11). En outre, 28% des événements indésirables évitables étaient liés à l'indisponibilité du document de sortie lors la 1^{ère} consultation post-hospitalisation (5). C'est probablement la raison pour laquelle le CSP demande que le document de sortie soit remis en mains propres au patient.

L'utilisation de ZEPRA est une première solution pour améliorer le délai de transmission. Elle permet de supprimer le délai d'acheminement incompressible de la voie postale. De fait, la rapidité de transmission est la principale satisfaction rapportée par les utilisateurs de la plateforme (25). Néanmoins, pour que le document soit transmis le jour de la sortie, il faudrait aussi raccourcir le délai de rédaction.

3. Structure

Les médecins interrogés désiraient presque unanimement que le document de sortie comporte une conclusion. Nombre d'entre eux voulaient aussi la mise en valeur des points importants par du surgras.

Selon une étude réalisée par X. Devaux, un médecin généraliste lirait en moyenne 25 courriers en 12 minutes (21). On comprend alors aisément l'engouement des médecins pour

les éléments permettant l'identification simple et rapide des informations clés. Ils constituent de fait un gain de temps, raccourcissant le temps de lecture des documents de sortie.

La présence d'une conclusion est en outre appréciable lorsque le généraliste souhaite retrouver rapidement une information parmi plusieurs courriers.

Les médecins interrogés par P. Reboud, Bansard et al. et M-L. Bureau insistent également sur la nécessité d'une structure et d'une typographie adaptée pour mettre en évidence les points importants (10,17,23).

Les questions concernant la longueur et le style ont, semble-t-il, peu intéressé les médecins interrogés. Les médecins s'étant exprimés quant à la longueur du document de sortie l'ont en effet majoritairement estimée sans importance. Il en est de même pour les médecins interrogés par M-L. Bureau (longueur sans importance pour 68% des médecins) et A. Saunier-Segyo (les courriers n'étant jamais jugés longs mais parfois trop courts) (17,18). À l'inverse d'autres travaux montrent qu'un nombre de pages trop important décourage le lecteur de lire le document en entier. La longueur optimale serait de 2 pages maximum (11,21).

Ces résultats nous ont paru contradictoires avec le désir d'écourter la lecture des documents par lequel nous expliquions l'attrait des médecins pour la mise en évidence des points clés. Nous nous sommes donc interrogés sur la possibilité d'un lien entre les items « longueur sans importance » et « présence d'une conclusion ». Nous supposons alors que les médecins attendant une conclusion lisaient plus superficiellement le reste du document, négligeant donc sa longueur. Or, le coefficient phi calculé dans notre analyse statistique ne met pas en évidence de corrélation entre ces deux variables. Toutefois l'interprétation de ce résultat est à pondérer par le nombre conséquent de données manquantes.

Concernant le style, la préférence va aux documents hiérarchisés plutôt que narratifs. Ceci converge avec les recommandations de la HAS qui préconise un document organisé en rubriques (13). La hiérarchisation des documents de sortie avec des rubriques préétablies présente plusieurs avantages décrits dans la littérature (4,6,17). Tout d'abord pour le médecin hospitalier, elle simplifie la rédaction, la rendant moins chronophage et permet de n'oublier aucun élément important. Ensuite pour le lecteur, elle permet de trouver plus rapidement les informations nécessaires.

In fine, la faible expression des médecins quant à la longueur et au style du document de sortie en regard de leur souhait qu'il soit résumé par une conclusion, démontre l'importance majeure à accorder à ce dernier item.

4. Contenu

4.1 Synthétique

Les médecins préféraient le résumé de la prise en charge à son détail, les résultats paracliniques pertinents à leur totalité et les signes cliniques anormaux à l'examen complet. Ceci montre leur attente de synthèse de la part des hospitaliers.

La revue de littérature de Kripalani et al. et l'étude de Bansard et al. montrent des résultats comparables aux nôtres (6,10). Les médecins précisant qu'ils souhaitent un résumé bref, limité au strict minimum avec seulement les éléments pertinents et de gravité. Ce n'est pas le cas du travail de M-L Bureau, dans lequel 65% des médecins souhaitaient que l'examen clinique soit complet (17).

Les médecins que nous avons interrogés désiraient que les antécédents soient rappelés. Ces résultats peuvent surprendre ; on pourrait imaginer que les médecins en ont déjà connaissance. Or, les patients âgés étant souvent polyopathologiques, leurs antécédents sont déterminants pour les choix de prise en charge. Leur rappel s'avère donc nécessaire à une compréhension plus rapide des actions entreprises au décours d'une hospitalisation. Par ailleurs, la révision des ordonnances souvent réalisée par les gériatres est le fruit d'une enquête approfondie sur les antécédents. De nouvelles informations concernant les antécédents permettent aux généralistes de mettre à jour leur dossier médical. L'importance accordée par les médecins à cette rubrique est corroborée par d'autres études (5,10,18).

Les rubriques « mode de vie » et « histoire de la maladie » semblent moins importantes pour les médecins de notre étude. On peut imaginer que le mode de vie de leurs patients leur est déjà connu. Quant à l'histoire de la maladie, le plus souvent, son absence ne met pas en péril la continuité des soins.

Dans la littérature ces 2 rubriques ne sont pas parmi les plus plébiscitées (10,17,18). Pourtant elles sont régulièrement conservées dans les modèles de documents de sortie types comme ceux de Bansard et al. ou de M-L Bureau (10,17).

Nous proposons que la rubrique « histoire de la maladie » reste facultative. Elle pourra, selon son apport à la compréhension de la prise en charge hospitalière, être insérée ou supprimée du document de sortie.

En revanche nous avons choisi de conserver la rubrique « mode de vie » dans le document standardisé. Cette rubrique établit un état des lieux des aides à domicile en place et est pour partie un élément de l'évaluation gériatrique par ailleurs très attendue par les médecins interrogés.

En somme un travail de synthèse est attendu de la part du rédacteur. Les généralistes veulent comprendre les motivations des décisions prises par les médecins hospitaliers. L'information, pour demeurer efficace, doit se limiter à expliquer le raisonnement médical et la démarche intellectuelle.

4.2 Éléments spécifiques à la prise en charge gériatrique

Les éléments d'évaluation gériatrique étaient attendus par 87,1% des médecins interrogés.

Face à la demande de synthèse explicitée plus haut, ces résultats peuvent surprendre. Or, nous l'avons vu, l'attente de synthèse n'est pas tant sur la longueur du document de sortie (considérée sans importance), que sur la pertinence de son contenu.

L'évaluation gériatrique donne une idée précise de l'état général du patient et de son autonomie. Ses résultats sont évolutifs dans le temps. Ainsi, les éléments d'évaluation constituent une référence dans le suivi à long terme du patient. Ils permettent aussi de comprendre les décisions prises et les suites à donner.

Peu de données sont disponibles à ce propos dans la littérature. Un comité d'experts américains considère que le statut cognitif doit faire partie du document de sortie (26). A.Saunier Segyo dans son travail, indique le souhait de 70% des médecins que l'état nutritionnel du patient soit précisé (18).

Par ailleurs, les prises en charges hospitalières, si elles sont bien explicitées, peuvent éclairer la pratique des généralistes. Le document de sortie est utilisé par certains d'entre eux comme moyen de formation (4).

4.3 Éléments nécessaires à la continuité des soins : suites à donner et conciliation médicamenteuse

Les médecins interrogés étaient très favorables à notre proposition de détailler davantage la rubrique « suites à donner ». De même, le plan de suivi emporte un grand suffrage dans la littérature étant considéré comme élément primordial du document de sortie (5,6,10,18). Nous avons déjà décrit l'intérêt de ces informations pour assurer la continuité des soins et donc limiter les complications à la suite des hospitalisations. C'est sans doute l'effet de la continuité des soins sur la diminution de la morbi-mortalité des patients qui en fait un élément tant attendu par les généralistes.

Selon 50% des médecins interrogés, le tableau de conciliation médicamenteuse constitue une aide pour la continuité des soins. Il est probable que ce taux soit sous-évalué car, parmi l'autre moitié des médecins, la plupart n'ont pas répondu à la question ou n'avaient pas connaissance de ce tableau.

Le tableau actuellement utilisé par les médecins du service est un processus moins complet que la conciliation médicamenteuse telle que la définit la HAS.

Seuls 4.3% des médecins estimaient que le tableau est correctement rempli dans 100% des documents de sortie. On en conclut qu'il n'est pas correctement complété par les hospitaliers et peu explicite pour les généralistes.

La justification du traitement de sortie est décrite dans la littérature parmi les informations les plus importantes pour permettre un suivi adapté (5,6,17,18,22,26). Plus encore que le plan de suivi, le défaut d'information dans cette rubrique est la première source d'effets indésirables et de réadmissions évitables. Dans une étude anglaise, l'absence d'information sur les modifications thérapeutiques était la cause de 61% des réadmissions évitables (2). Les effets indésirables à la suite d'une hospitalisation seraient médicamenteux dans 66 à 72% des cas selon la revue de littérature de Tsilimingras et al (27).

P.Reboud, dans son étude qualitative sur les lettres de liaison, décrit un autre avantage à justifier le traitement de sortie (23). Les généralistes poursuivront davantage les modifications thérapeutiques s'ils en comprennent la logique.

Au vu des bénéfices espérés par la conciliation médicamenteuse, il nous a paru urgent d'améliorer son application dans le service. Un travail de thèse est actuellement en cours pour étudier la mise en œuvre pratique d'un processus plus conforme à celui recommandé par la HAS.

Le recueil des attentes des médecins généralistes interrogés met en évidence deux principaux axes d'amélioration :

- effectuer un travail de **synthèse** pour que le document de sortie soit **pertinent** ;
- porter une attention particulière aux **éléments indispensables à la continuité des soins**.

C. Limites de l'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude unicentrique dans un centre hospitalier régional. Une étude multicentrique incluant, par exemple, un centre hospitalo-universitaire aurait apporté à notre travail une plus grande reproductibilité.

Les modalités de recueil de données par voie informatique constituent un biais de sélection. Les médecins dont l'adresse mail n'était pas disponibles ont été exclus. Ces médecins sont probablement moins coutumiers de l'utilisation du matériel informatique et leurs attentes auraient peut-être été différentes de celles des médecins interrogés.

Un possible biais d'interprétation a été induit dans la question sur le mode de transmission par la possibilité de sélectionner plusieurs modes. Lorsque les médecins ont sélectionné plusieurs modes, cela peut être interprété comme un « **et** » ou comme un « **ou** ». Par exemple, un médecin ayant sélectionné les modes « e-mail » et « fax » pouvait

souhaiter recevoir deux fois le document de sortie (par e-mail **et** par fax), ou bien par l'un ou l'autre des 2 modes (par e-mail **ou** par fax).

L'analyse statistique a été limitée par l'impossibilité avec le logiciel Survey-Monkey® d'insérer des « sous questions » dans le questionnaire. Ces sous-questions n'ont donc pas toujours été complétées par les médecins interrogés créant un grand nombre de données manquantes. Par conséquent nous n'avons pas pu réaliser tous les tests statistiques souhaités.

De fait, les tests exacts de Fisher réalisés pour évaluer l'influence des données socio-démographiques sur les variables étudiées étaient difficilement interprétables et peu pertinents.

Le coefficient Phi utilisé pour corrélérer les variables entre elles a permis de mettre en évidence certaines tendances de réponses. Néanmoins nous n'avons pas pu calculer de p-value car l'abondance de données manquantes risquait d'induire un biais d'interprétation.

D. Pistes pour améliorer la continuité des soins

1. Mise en place d'un document de sortie standardisé

Forts des résultats de notre étude et en réponse à notre objectif secondaire, nous avons réfléchi à la conception d'un document de sortie standardisé.

Des chercheurs américains se sont intéressés à la création de documents de sortie électroniques standardisés (6,12,28,29). Il s'agit de documents renseignés automatiquement à partir des données du dossier médical et complétées si besoin par le rédacteur.

Bischoff et al. ont comparé les documents électroniques standardisés aux documents dictés et tapuscrits (12). Le délai moyen de réalisation du document passait de 3,5 à 0,6 jours ($p < 0,001$). Le taux de documents disponibles le jour de la sortie passait de 38 à 83% ($p < 0,001$) et de 62 à 96% ($p < 0,001$) lors de la 1^{ère} consultation post-hospitalisation. Enfin, le taux de documents incluant tous les éléments recommandés passait de 5 à 88% ($p < 0,001$). La standardisation électronique réduisait le nombre d'oublis et d'erreurs dans les documents de sortie les rendant plus qualitatifs et sécurisés. D'autres études confirment l'apport des

documents électroniques sur l'exactitude, la complétude et l'accélération de la rédaction (6,28,29). Leur conception étant pour grande partie effectuée par un logiciel informatique, ils permettent aussi de diminuer la charge de travail des rédacteurs.

La standardisation est une attente forte dans la littérature (6,17,18). Elle semble générer plus rapidement des documents de meilleure qualité et fiabilité. Elle devrait donc répondre aux attentes des généralistes en facilitant le travail de synthèse et en réduisant le délai de production du document de sortie.

Le document proposé aux médecins du service de médecine gériatrique du CHPO est présenté en annexe (**Annexe 9**). À ce jour le CHPO ne bénéficie pas de logiciel informatisé permettant la création de documents de sortie électroniques. Celui que nous proposons est partiellement électronique. Les données du dossier médical renseignées pendant l'hospitalisation y sont copiées et un complément d'information est dicté par le rédacteur.

Une enquête pourrait être réalisée dans quelques mois pour objectiver l'apport du document standardisé sur l'indicateur de qualité de la lettre de liaison. Nous pourrions aussi évaluer la satisfaction des généralistes quant à ce nouveau document de sortie.

2. Homogénéisation des documents de sortie sur l'hôpital

La revue de littérature de Clanet et al. indique que quelle que soit la spécialité médicale, les attentes des généralistes sont identiques (11). D'un autre côté les médecins interrogés par P.Reboud (23) estimaient que l'uniformisation des documents de sortie aide à trouver plus facilement l'information cherchée. La population étudiée, comparable à la population cible, offre une reproductibilité suffisante pour envisager d'extrapoler nos résultats à l'échelle du CHPO. Il serait intéressant de tester le document de sortie que nous proposons dans les autres services de l'hôpital. Certaines rubriques telle que les « éléments d'évaluation gériatrique » pourraient être adaptées selon les spécialités.

3. Limiter les fonctions du document de sortie

La mission du document de sortie est de transmettre l'information médicale. Or, on constate qu'en pratique ce document est utilisé pour bien d'autres fonctions. Il sert, par exemple, à la rémunération des hôpitaux (30) et à la certification des établissements (8) et peut être utilisé dans le cadre d'une instruction juridique.

Ces différentes missions doivent être remplies sans surcharger le document de sortie d'informations inutiles aux généralistes. Cherchant à réaliser un document synthétique, Bansard et al. (10) proposaient que certaines données soient notées dans le dossier médical hospitalier et exclues du document de sortie. C'est par exemple ce que nous proposons pour la rubrique « personne de confiance » qui ne figure pas dans le document standardisé proposé. L'objectif est que le document de sortie retrouve sa fonction unique et que soit utilisé le dossier médical hospitalier pour répondre aux autres missions précitées.

4. Organisation de la sortie

La création de documents de sortie répondant davantage aux attentes des médecins généralistes devrait conduire à une meilleure communication hôpital-ville. Cependant, dans son document sur les réhospitalisations évitables des sujets âgés, la HAS propose que la sortie des patients complexes soit entourée de plus de précautions (1). Pour ces patients, elle conseille que la continuité des soins soit assurée par un même professionnel de santé avant et après l'hospitalisation.

En réponse à cette proposition, certains services de médecine gériatrique ont créé des postes dédiés à l'organisation de la sortie. C'est par exemple le cas du centre hospitalier de Dreux qui compte 3 médiatrices. Ces dernières sont chargées de repérer les patients à risque de réhospitalisation évitable et d'établir pour eux des préconisations visant à sécuriser leur retour à domicile.

La HAS recommande en outre qu'un lien direct soit établi avec le médecin traitant par téléphone pour les personnes à risque. Dans la mesure où les médecins interrogés en ont également exprimé le désir, il semble opportun de réfléchir à la mise en place au CHPO des mesures proposées par la HAS.

Conclusions

La sortie d'hospitalisation constitue une période pendant laquelle le patient est particulièrement vulnérable. Afin de sécuriser la transition hôpital-ville, il est nécessaire d'assurer la continuité des soins entre les équipes hospitalières et ambulatoires. Dans cette optique, le Code de Santé Publique a rendu obligatoire la rédaction d'un document de sortie d'hospitalisation. De son côté, la Haute Autorité de Santé (HAS) a formulé des recommandations concernant son contenu. Pourtant, la littérature rapporte une insatisfaction des médecins généralistes par rapport aux informations transmises par l'hôpital.

Face à ce constat, l'objectif de notre étude était de recueillir les attentes des généralistes quant au document de sortie d'hospitalisation. Pour ce faire, nous avons réalisé un questionnaire s'intéressant aux modalités de transmission, à la structure et au contenu des documents de sortie. Ce questionnaire a été adressé par mail aux médecins généralistes correspondants du service de médecine gériatrique du centre hospitalier Pierre Oudot.

Les réponses des médecins généralistes nous ont permis d'identifier deux principaux axes d'amélioration. D'abord le courrier de sortie doit être le fruit d'un travail de synthèse. Ensuite, certains éléments, identifiés comme indispensables à la continuité des soins, doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Un travail de synthèse était attendu de la part des rédacteurs. Les médecins généralistes souhaitaient que les éléments importants soient mis en valeur et que le document soit résumé par une conclusion. Le contenu devait se limiter aux informations nécessaires à la compréhension de la démarche diagnostique et thérapeutique. Ainsi la prise en charge médicale devait être résumée et seuls les résultats paracliniques pertinents et les signes cliniques anormaux devaient être décrits. Les médecins généralistes désiraient également que les antécédents soient rappelés et les éléments d'évaluation gériatrique précisés. Ces rubriques permettent d'avoir une vision globale de l'état de santé et de l'autonomie des patients. En somme, l'attente de synthèse des généralistes n'est pas une demande de brièveté mais plutôt de pertinence.

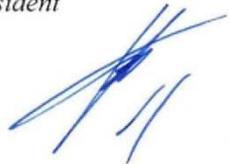
D'autre part, la continuité des soins doit être une préoccupation première pour tous les médecins. Son impact sur la réduction des événements indésirables et des réadmissions précoces à la suite d'une hospitalisation diminue la morbi-mortalité des patients. La conciliation médicamenteuse, la notification du plan de suivi et un délai de transmission court sont décrits dans la littérature comme les principaux garants de la continuité des soins. La

conciliation médicamenteuse était très peu connue des médecins interrogés et doit être améliorée. Une étude est en cours pour étudier sa mise en place concrète dans le service. Concernant la transmission, le délai de 0 jour exigé par le code de santé publique n'était pas encore atteint. La transmission du courrier *via* une plateforme informatique sécurisée était souhaitée par les médecins. Elle devrait permettre de réduire le délai d'acheminement.

À la suite de notre travail, nous avons proposé un modèle de courrier standardisé. Il se présente sous la forme de rubriques à compléter. Il s'agit d'un courrier partiellement électronique. Certaines rubriques sont remplies directement à partir des données du dossier médical qui auront été renseignées tout au long de l'hospitalisation. Ceci devrait faciliter le travail de synthèse et réduire le délai de production du document de sortie. L'apport de la standardisation pourrait être évalué par une autre étude après quelques mois d'utilisation. Le modèle de courrier créé pourrait aussi être testé dans les autres services de l'hôpital pour une uniformisation des documents de sortie.

L'amélioration de la qualité du document de sortie devrait aboutir à une meilleure transmission de l'information à la sortie de l'hôpital. Cependant la qualité du document de sortie d'hospitalisation ne suffit pas toujours à garantir la continuité des soins. La HAS recommande, pour les cas complexes, qu'un professionnel de santé coordonne l'organisation de la sortie d'hospitalisation. À l'instar d'autres établissements hospitaliers nous pourrions réfléchir à la création d'un poste d'infirmière coordinatrice.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Signature
Pr P. Krolak-Salmon
Institut du Vieillissement
Hôpital des Charpennes
27, rue G. Péri - 69100 Villeurbanne



Vu :
Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



★ **Professeur Gilles RODE**

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **26 AVR. 2018**

Annexes

Annexe 1 : Référentiel HAS 2014 sur le document de sortie d'hospitalisation



Rubriques obligatoires

Rubriques	champs	Description						
1. Motif d'hospitalisation Obligatoire	Motif d'hospitalisation (texte libre)							
2. Synthèse médicale du séjour Obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> • Pathologies prises en charge et leur situation à la sortie <ul style="list-style-type: none"> ○ Patho A ○ Patho B ○ etc • Patient porteur/contact de BMR ou BHRé <ul style="list-style-type: none"> ○ O/N, ○ si oui préciser • Transfusion ○ O/N ○ Si OUI, préciser 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les patients qui ne souhaiteraient pas connaître leur diagnostic, il est proposé de le signaler via l'item « point de vigilance » dans la rubrique « Suite à donner » qui sous-entend qu'un contact de vive voix entre l'équipe hospitalière et les professionnels d'aval serait nécessaire. Le document de sortie est, dans ce cas, remis au patient sous pli fermé. • Préciser le type de PSL transfusé 						
3. Actes techniques, examens complémentaires et biologiques Obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats pertinents normaux et anormaux des actes techniques <ul style="list-style-type: none"> ○ Acte et résultat ○ Etc. • Résultats pertinents normaux et anormaux des examens complémentaires <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen et résultat ○ etc. • Résultats pertinents normaux et anormaux des examens biologiques <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen et résultat ○ etc. 							
4. Traitements médicamenteux Obligatoire	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Médicaments habituels avant l'admission</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Médicaments à la sortie</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Commentaires</td> </tr> <tr> <td style="height: 100px;"></td> <td style="height: 100px;"></td> <td style="height: 100px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Date d'arrêt (ou durée) pour les médicaments qui ne sont pas au long cours (notamment chimiothérapie et antibiothérapie) - Justification de l'arrêt, de la suspension temporaire, de la modification d'un traitement ou de la mise en place d'un nouveau traitement au cours de l'hospitalisation - Cible à atteindre en termes de dose en cas de titration progressive ou de paramètre de suivi (par ex INR) - Préciser le cas échéant « essai </td> </tr> </table>	Médicaments habituels avant l'admission	Médicaments à la sortie	Commentaires			<ul style="list-style-type: none"> - Date d'arrêt (ou durée) pour les médicaments qui ne sont pas au long cours (notamment chimiothérapie et antibiothérapie) - Justification de l'arrêt, de la suspension temporaire, de la modification d'un traitement ou de la mise en place d'un nouveau traitement au cours de l'hospitalisation - Cible à atteindre en termes de dose en cas de titration progressive ou de paramètre de suivi (par ex INR) - Préciser le cas échéant « essai 	<ul style="list-style-type: none"> • L'enjeu de cette rubrique est de procéder à la conciliation médicamenteuse (bilan comparatif) afin de proposer un traitement de sortie qui intègre, avec les adaptations nécessaires, le traitement personnel du patient (avant son hospitalisation) et le traitement résultant du motif de l'hospitalisation. • Les « Médicaments habituels avant l'admission » sont aussi appelés « traitement personnel du patient » • Concernant la justification des modifications du traitement, cela ne concerne pas toutes les modifications thérapeutiques tout au long du séjour mais seulement les différences du traitement de sortie par rapport au traitement habituel du patient avant l'hospitalisation.
Médicaments habituels avant l'admission	Médicaments à la sortie	Commentaires						
		<ul style="list-style-type: none"> - Date d'arrêt (ou durée) pour les médicaments qui ne sont pas au long cours (notamment chimiothérapie et antibiothérapie) - Justification de l'arrêt, de la suspension temporaire, de la modification d'un traitement ou de la mise en place d'un nouveau traitement au cours de l'hospitalisation - Cible à atteindre en termes de dose en cas de titration progressive ou de paramètre de suivi (par ex INR) - Préciser le cas échéant « essai 						

Rubriques	champs		Description
	<p>Domaine pathologique A</p> <p>(Médicament 1) Nom (DCI OU de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'admini ; Fréquence</p> <p>(Médicament 2) Nom (DCI ou de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'admini ; Fréquence</p> <p>Etc.</p>	<p>thérapeutique » si le médicament est donné au patient dans le cadre d'un essai thérapeutique</p> <p><i>(idem si pas de changement ; réécrire si modifications dans traitement ; Arrêt si arrêt)</i></p> <p><i>Justification des modifications</i></p> <p><i>Justification arrêt</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • La justification d'une non prescription d'un traitement classiquement recommandé (applicable pour Insuffisance cardiaque, IDM) est recommandée afin d'éviter que cela puisse être considéré comme un oubli par le(s) médecin(s) qui prendra(ont) le patient en charge à la sortie de l'hospitalisation • Le classement des médicaments par domaine pathologique est recommandé.
<p>5. Suite à donner</p> <p>Obligatoire</p>	<p>o/O/N</p> <p>Si Oui, préciser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Volet continuité des soins o RDV médicaux, en précisant si RDV pris ou à prendre par le patient o Examens complémentaires à faire, en précisant si RDV pris ou à prendre par le patient o Soins infirmiers o Soins de rééducation o Examens dont les résultats sont en attente • Volet médicosocial <ul style="list-style-type: none"> o Actions déjà mises en place (par l'hôpital avant la sortie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les RDV comprennent l'ensemble des RDV médicaux prévus ou à prévoir (et dans quel délai) à l'hôpital ou en ville y compris avec le médecin traitant • Les soins de rééducation comprennent les soins des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des psychomotriciens, des diététiciens, des orthoptistes, des podologues. 	

Rubriques	champs	Description
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Actions préconisées (dont la mise en place est à organiser) ○ Demande d'ALD faite ou à demander, le cas échéant ○ Points de vigilance : O/N (1) ● Conseils, recommandations (par ex si chimiothérapie ou si patient inclus dans essai thérapeutique : préciser les événements indésirables possibles et la conduite à tenir), surveillance particulière (applicable pour : AVK, diurétiques, chimiothérapie) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Les actions déjà mises en place et les actions préconisées du volet médicosocial correspondent aux éléments nécessaires à l'organisation du maintien à domicile. ● Point de vigilance Oui/Non : si « Oui », un contact de vive voix entre l'équipe hospitalière et les professionnels d'aval serait nécessaire, notamment pour préciser ce qui a été dit au patient. ● En cancérologie, soit un PPS (avec indication des suites à donner, des surveillances particulières et des CAT) est rédigé à côté du document de sortie, et dans ce cas il doit y être fait simplement référence, soit les éléments du PPS (les surveillances spécifiques et les CAT) sont intégrés dans le document de sortie.
<p>Rubriques laissées au choix des équipes</p> <p>Le document de sortie est destiné à favoriser la continuité des soins, notamment par l'équipe soignante de ville qui connaît a priori les antécédents et le mode de vie du patient. Ainsi, les rubriques laissées au choix des équipes figurent a priori dans le volet de synthèse médicale. Néanmoins, un établissement, un service peut faire le choix de renseigner tout ou une partie de ces rubriques en fonction de la population prise en charge, du type de l'aval (HAD, SSR, etc.), de la disponibilité du volet de synthèse médicale et des attentes / besoins des professionnels</p>		
<p>6. Antécédents</p>		<ul style="list-style-type: none"> ● Cette rubrique est Obligatoire si l'allergie ou la réaction adverse survient au cours de l'hospitalisation ● Les événements indésirables sont par exemple Insuffisance rénale aigue sous IEC, syndrome parkinsonien sous neuroleptiques ● Le type d'allergie ou de réaction adverse correspond par exemple à Hypersensibilité immunologique suite à une exposition, Réaction adverse suite à une exposition, Allergie à un produit pharmaceutique, Allergie autre qu'un médicament ou aliment, Allergie alimentaire, Réaction adverse à un médicament, Réaction adverse environnementale, Réaction adverse à un aliment, Hypersensibilité non immunologique à médicament, etc. ● Dans la partie commentaires, le traitement utilisé pour la prise en charge de la réaction allergique peut être précisé afin de donner une idée précise de la gravité de la réaction et de son traitement nécessaire
<p>7. Événements indésirables (dont allergies)</p>	<p>Événements indésirables (dont allergies)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Type de réaction adverse ou d'allergie ● Type de manifestation ● Sévérité de la réaction (haute, modérée, basse) ● Statut (Actif, Inactif, Chronique, Intermittent, Récurrent, Résolu) ● Agent responsable ● Commentaires 	<p>Obligatoire si survient au cours de l'hospitalisation</p>

Rubriques	champs	Description
8. Mode de vie	<ul style="list-style-type: none"> • tabac • alcool • activité physique • régime alimentaire 	
9. Histoire de la maladie		
10. Examen Clinique et statut fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> > Revue par organe (optionnel) > Examen Clinique (optionnel) > Principales constantes (optionnel) > Etat fonctionnel (optionnel) 	
11. Evolution dans le service.		
12. Actes techniques, examens complémentaires et biologiques	<p>Peut contenir les résultats additionnels qui n'ont pas été considérés comme « pertinents normaux et anormaux » et qui ne figurent donc pas dans la section 3 ci-dessus</p>	
13. Liste des éléments remis au patient		<ul style="list-style-type: none"> • Ces éléments correspondent à des documents d'informations (type brochure) sur la maladie, des documents d'éducation thérapeutique, au carnet de suivi (par ex. AVK), aux coordonnées Association patients, etc. • La remise de ces documents doit être accompagnée.

(1). Point de vigilance Oui/Non : Si « Oui », un contact de vive voix entre l'équipe hospitalière et les professionnels d'aval serait nécessaire.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Rubriques médico-administratives

Les rubriques suivantes seront pour partie mises au début du document de sortie et pour d'autres laissées à la fin du document de sortie.

Rubriques	champs	Description
Identification du patient	Au minimum : <ul style="list-style-type: none">• Nom de naissance• Date de naissance• Sexe	L'« identification du patient » doit être précisée (nom de naissance, invariants, ...), selon les dispositions de l'instruction DGOS/MSIOS de 2013 http://basedaj.aphp.fr/daj/public/index/display/id_fiche/11316
Nom et coordonnées du médecin traitant		
Date d'entrée et de sortie d'hospitalisation (voire date de décès)		
Hôpital et Service(s) d'hospitalisation		
Professionnel référent de la prise en charge du patient pendant hospitalisation (nom, fonction)		
Mode d'entrée (programmé/urgence/transfert et qui a adressé le patient le cas échéant)		
Destination du patient à la sortie		<ul style="list-style-type: none">• Le moyen de transport ou du moins une indication pour certains patients sera précisé lorsque cela a un intérêt pour la continuité des soins
Coordonnées du rédacteur du document de sortie		
Date de rédaction		
Liste de diffusion du document de sortie		<ul style="list-style-type: none">• Cette liste est établie conformément à l'article L.1111-2 du code de la <u>santé publique</u> qui stipule notamment que : « L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. »• Le document de sortie est remis en mains propres au patient et adressé par messagerie sécurisée au médecin traitant, ainsi qu'à toute autre

Rubriques	champs	Description
Statut de ce document	<ul style="list-style-type: none"> • Document de sortie valant pour CRH : Oui/Non • Si Non, ce document sera complété dans un deuxième temps et envoyé au médecin traitant dans les 8* jours suivant la sortie. 	<p>personne de l'équipe soignante prenant en charge le patient à sa sortie, et désignée par le patient ou sa famille.</p> <p>Par ailleurs, et afin de garantir la continuité des soins, le document de sortie devra également être déposé dans le DMP (ou dossier médical partagé) lorsqu'il existe afin d'être accessible aux acteurs de la prise en charge du patient, non identifiés au moment de la sortie.</p> <p>*8 jour est une valeur proposée par défaut. Si les résultats en attente sont disponibles plutôt dans les 14 que dans les 8 jours, le préciser.</p>
<p>Personne de confiance (optionnel et si désignation valable au-delà de la durée d'hospitalisation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nom • N° de téléphone 	<p>Le nom et le numéro de téléphone de la personne de confiance est à préciser s'il y a lieu, et particulièrement si cette désignation s'est imposée du fait même des conditions de l'hospitalisation dont il s'agit, et si cette désignation est valable au-delà de la durée d'hospitalisation.</p> <p>Article L1111-6 du code de la santé publique stipule que :</p> <p>« <i>Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquée à tout moment.[...]</i></p> <p><i>Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement. [...]</i> »</p>

Annexe 2 : Mail invitant les médecins à participer au questionnaire

« Cher confrère/chère consœur,

Médecin généraliste remplaçante, j'effectue mon travail de thèse sur les comptes-rendus d'hospitalisation (CRH) du service de médecine gériatrique du centre hospitalier de Bourgoin-Jallieu.

L'objectif est de **recueillir vos attentes** dans le but d'améliorer la communication ville/hôpital et de parvenir à un **CRH répondant mieux à vos besoins**.

Faisant partie des médecins généralistes correspondants du service dans les 6 derniers mois, je vous propose de participer à mon étude.

Il s'agit d'un court questionnaire qui ne vous prendra que 3 minutes environ :

<https://fr.surveymonkey.com/r/DWMQX8Y>

Merci pour votre participation,

Bien cordialement,

Cécile de Jerphanion »

Annexe 3 : Questionnaire

Amélioration des comptes-rendus d'hospitalisation, point de vue des médecins généralistes: Cas du service de gériatrie du centre hospitalier de Bourgoin-Jallieu

Le Code de Santé Publique (CSP) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont édictés des obligations ou recommandations pour encadrer la rédaction des comptes-rendus d'hospitalisation (CRH) par les médecins hospitaliers.

Notamment, depuis le 1er janvier 2017, le CSP demande que soit rédigé pour tout patient, en sus du CRH, une lettre de liaison. Celle-ci doit être remise à la sortie d'hospitalisation, expliquée au patient et transmise au médecin traitant.

Le but étant que le médecin traitant dispose des principales informations concernant l'hospitalisation lorsqu'il revoit le patient en consultation.

Le cadre mis en place par l'HAS et le CSP semble avoir permis d'améliorer la continuité des soins entre hôpital et ville.

Toutefois, il s'agit de recommandations « théoriques », réalisées par des consensus d'experts.

Nous souhaitons, en recueillant votre avis, confronter ces données à une vision de terrain afin de parvenir à la réalisation d'un CRH le plus pertinent possible.

Délais et modes de transmission

* 1. Concernant le mode de transmission des CRH, vous préférez:

(plusieurs réponses possibles) 

- Voie postale
- Fax
- E-mail
- Par le biais d'une plateforme informatique sécurisée
- Via le patient lui-même

A combien de jours estimez vous le délai moyen de réception des CRH?

Structure des courriers

* 2. Concernant la structure des CRH de gériatrie, quelles sont vos préférences?

(plusieurs réponses possibles) 

- Courrier le plus court possible
- OU Longueur du courrier sans importance
- Courrier de style hiérarchisé ou télégraphique
- OU Courrier de style narratif
- Notification des points importants en surgras
- Présence d'une conclusion

* 3. Conformément à l'HAS, certaines rubriques du CRH sont obligatoires.

Au sein de celles-ci, que souhaitez vous voir mentionner?

(Plusieurs réponses possibles) 

- Le détail de la prise en charge médicale par pathologie
- OU Un résumé de la prise en charge médicale par pathologie
- Une copie des comptes-rendus de tous les examens paracliniques
- OU Seulement les résultats des examens paracliniques pertinents et la liste de tous les examens réalisés
- Une copie du dernier bilan biologique et des résultats biologiques pertinents
- La liste des ordonnances remises au patient (IDE, Rééducation, matériel, biologie...)
- Détails de la prise en charge sociale (aides préconisée et mise en place, demande d'APA, d'EHPAD...)

* 4. Selon l'HAS le CRH doit comprendre le tableau de conciliation médicamenteuse (justification de la modification des traitements pendant l'hospitalisation).

A quelle fréquence ce tableau est il bien rempli selon vous? 

- 0% des CRH
- 25% des CRH
- 50% des CRH
- 75% des CRH
- 100% des CRH

Ce tableau vous aide t'il pour la prise en charge post-hospitalisation?

5. Certaines rubriques du CRH sont facultatives.

Lesquelles vous paraissent nécessaires?

(Plusieurs réponses possibles) 

- Mode de vie
- Rappel des antécédents
- Détail de l'histoire de la maladie (avant l'hospitalisation)
- Examen clinique complet
- OU signes anormaux de l'examen clinique
- Eléments d'évaluation gériatrique: état nutritionnel, équilibre et marche, détails de l'évaluation cognitive, autonomie

6. Remarques ou suggestions éventuelles: 

7. Quel est votre sexe? 

- un homme
- une femme

8. Quel est votre milieu d'exercice ? 

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

9. Depuis quand êtes vous installé(e) ? 

- Moins de 5 ans
- 5 à 10 ans
- 10 à 20 ans
- Plus de 20 ans

10. Combien de patients de plus de 75 ans voyez vous en moyenne par semaine?



- Moins de 10
- Entre 10 et 20
- Plus de 20

Afin d'être épargné des mails de relance, vous pouvez me laisser votre adresse mail (votre participation restera anonyme et ne sera pas communiquée aux médecins du service)

Annexe 4 : Accord du CIL du CH de Bourgoin-Jallieu



Extrait du Registre des traitements et applications CHPO dispensés de déclaration auprès de la CNIL

(Loi N° 78-17 du 401/1978 modifiée par la loi N° 2004-801, décret d'application N° 2005-1309 du 20/10/2005)

Traitement n°2017001	Thèse amélioration CR d'Hospitalisation	
Date de mise en oeuvre	01/10/2017	
Finalité principale	Recueil de données pour travail de thèse	
Détail des finalités du traitement	Utilisation des adresses e-mail des médecins correspondants du service de médecine gériatrique pour leur envoyer un questionnaire de thèse Page de garde du questionnaire dans ce document	
Chargé de la mise en oeuvre	CH Pierre Oudot	
Fonction de la personne ou du service auprès duquel s'exerce le droit d'accès	Système d'information et des relations aux usagers	
Catégories de personnes concernées par le traitement	Médecins correspondants du service de médecine gériatrique de Bourgoin Jallieu	
Données traitées	Catégories de données traitées	Détails des données traitées
	Données d'Identification	Identité du praticien
Catégories de destinataires	Catégories de destinataires	Données concernées
	Cécile de Jerphanion (rédactrice de thèse)	Ensemble des données selon habilitations
Durée de conservation	3 mois	
Mise à jour (date et objet)	20/11/2017 : Création	
Version	1	

Annexe 5 : Commentaires libres

« Très irritant de voir les changements de traitements, peu de prescription en générique, et la prescription systématique des anti-Alzheimer malgré un bénéfice risque défavorable... »

« Raccourcir au maximum l'envoi du CRH : 3 jours ce serait très bien »

« Le problème n'est pas le CR en lui-même mais le délai entre la sortie du patient et la réception du CR qui est encore trop long (très souvent nous sommes sollicités par les patients le lendemain voire le jour même de la sortie !) »

« Les CRH du service de gériatrie sont les seuls du CHPO à arriver dans des délais corrects. »

« Les CRH du service de gériatrie de Bourgoin sont toujours pertinents, bien renseignés et complets. Les bilans aussi et j'apprécie beaucoup ce service »

« Un coup de téléphone pour le RAD me semble aussi indispensable mais jamais fait. »

« La pratique de la médecine générale et l'has n'ont pas forcément la même vision. Tout ce qui peut nous aider à soigner nos patients est utile le reste c'est du blabla !! Plus c'est simple et pleins de bons sens plus ça nous aide !! »

« Courrier synchrone avec le RAD appel téléphonique pour organiser le RAD »

« Les secrétariats des CHU sont dépassés les comptes rendus arrivent bien trop tardivement »

« Rapidité de transmission quand besoin d'un relais dès la sortie ou au moins un pré compte-rendu »

« Je trouve que les courriers sont en général très complets »

Annexe 6 : Tests exacts de Fisher évaluant l'influence des données socio-démographiques sur les variables étudiées

Tableau I : Influence du milieu d'exercice sur les variables étudiées

Milieu d'exercice	Urbain N = 14	Semi-rural N = 40	Rural N = 16	p-value	Total N = 70
Poste					
0	11 (78.6%)	22 (55.0%)	7 (43.8%)	p=0.13	40 (57.1%)
1	3 (21.4%)	18 (45.0%)	9 (56.2%)		30 (42.9%)
Fax					
0	14 (100.0%)	39 (97.5%)	16 (100.0%)	p=1	69 (98.6%)
1	0 (0.0%)	1 (2.5%)	0 (0.0%)		1 (1.4%)
Mail					
0	8 (57.1%)	27 (67.5%)	6 (37.5%)	p=0.127	41 (58.6%)
1	6 (42.9%)	13 (32.5%)	10 (62.5%)		29 (41.4%)
Plateforme					
0	3 (21.4%)	11 (27.5%)	6 (37.5%)	p=0.589	20 (28.6%)
1	11 (78.6%)	29 (72.5%)	10 (62.5%)		50 (71.4%)
Patient					
0	13 (92.9%)	34 (85.0%)	15 (93.8%)	p=0.676	62 (88.6%)
1	1 (7.1%)	6 (15.0%)	1 (6.2%)		8 (11.4%)
CRH court					
0	14 (100.0%)	27 (67.5%)	13 (81.2%)	p=0.03	54 (77.1%)
1	0 (0.0%)	13 (32.5%)	3 (18.8%)		16 (22.9%)
Longueur sans importance					
0	6 (42.9%)	26 (65.0%)	12 (75.0%)	p=0.181	44 (62.9%)
1	8 (57.1%)	14 (35.0%)	4 (25.0%)		26 (37.1%)
Style hiérarchisé					
0	9 (64.3%)	30 (75.0%)	12 (75.0%)	p=0.71	51 (72.9%)
1	5 (35.7%)	10 (25.0%)	4 (25.0%)		19 (27.1%)
Style narratif					
0	9 (64.3%)	35 (87.5%)	13 (81.2%)	p=0.168	57 (81.4%)
1	5 (35.7%)	5 (12.5%)	3 (18.8%)		13 (18.6%)
Surgras					
0	4 (28.6%)	14 (35.0%)	4 (25.0%)	p=0.779	22 (31.4%)
1	10 (71.4%)	26 (65.0%)	12 (75.0%)		48 (68.6%)
Conclusion					
0	1 (7.1%)	5 (12.5%)	1 (6.2%)	p=0.872	7 (10.0%)
1	13 (92.9%)	35 (87.5%)	15 (93.8%)		63 (90.0%)
Détail de la prise en charge					
0	11 (78.6%)	33 (82.5%)	9 (56.2%)	p=0.12	53 (75.7%)
1	3 (21.4%)	7 (17.5%)	7 (43.8%)		17 (24.3%)
Résumé de la prise en charge					
0	3 (21.4%)	14 (35.0%)	8 (50.0%)	p=0.299	25 (35.7%)
1	11 (78.6%)	26 (65.0%)	8 (50.0%)		45 (64.3%)
Copie des comptes rendus					
0	13 (92.9%)	35 (87.5%)	10 (62.5%)	p=0.052	58 (82.9%)
1	1 (7.1%)	5 (12.5%)	6 (37.5%)		12 (17.1%)

Milieu d'exercice	Urbain N = 14	Semi-rural N = 40	Rural N = 16	p-value	Total N = 70
Résultats pertinents seuls					
0	1 (7.1%)	8 (20.0%)	8 (50.0%)	p=0.021	17 (24.3%)
1	13 (92.9%)	32 (80.0%)	8 (50.0%)		53 (75.7%)
Copie des biologies					
0	6 (42.9%)	24 (60.0%)	6 (37.5%)	p=0.281	36 (51.4%)
1	8 (57.1%)	16 (40.0%)	10 (62.5%)		34 (48.6%)
Liste des ordonnances					
0	1 (7.1%)	6 (15.0%)	5 (31.2%)	p=0.226	12 (17.1%)
1	13 (92.9%)	34 (85.0%)	11 (68.8%)		58 (82.9%)
Prise en charge sociale					
0	2 (14.3%)	7 (17.5%)	3 (18.8%)	p=1	12 (17.1%)
1	12 (85.7%)	33 (82.5%)	13 (81.2%)		58 (82.9%)
Mode de vie					
0	8 (57.1%)	29 (72.5%)	8 (50.0%)	p=0.236	45 (64.3%)
1	6 (42.9%)	11 (27.5%)	8 (50.0%)		25 (35.7%)
Antécédents					
0	6 (42.9%)	17 (42.5%)	4 (25.0%)	p=0.474	27 (38.6%)
1	8 (57.1%)	23 (57.5%)	12 (75.0%)		43 (61.4%)
Histoire de la maladie					
0	7 (50.0%)	29 (72.5%)	9 (56.2%)	p=0.25	45 (64.3%)
1	7 (50.0%)	11 (27.5%)	7 (43.8%)		25 (35.7%)
Examen clinique complet					
0	10 (71.4%)	37 (92.5%)	11 (68.8%)	p=0.039	58 (82.9%)
1	4 (28.6%)	3 (7.5%)	5 (31.2%)		12 (17.1%)
Signes cliniques anormaux					
0	3 (21.4%)	9 (22.5%)	5 (31.2%)	p=0.745	17 (24.3%)
1	11 (78.6%)	31 (77.5%)	11 (68.8%)		53 (75.7%)
Evaluation gériatrique					
0	0 (0.0%)	5 (12.5%)	4 (25.0%)	p=0.121	9 (12.9%)
1	14 (100.0%)	35 (87.5%)	12 (75.0%)		61 (87.1%)

Tableau II : Influence de la durée d'installation sur les variables étudiées

Durée d'installation	< 5 ans N = 13	5 à 10 ans N = 11	10 à 20 ans N = 20	> 20 ans N = 26	p-value	Total N = 70
Poste						
0	9 (69.2%)	6 (54.5%)	11 (55%)	14 (53.8%)	p=0.835	40 (57.1%)
1	4 (30.8%)	5 (45.5%)	9 (45%)	12 (46.2%)		30 (42.9%)
Fax						
0	13 (100%)	11 (100%)	20 (100%)	25 (96.2%)	p=1	69 (98.6%)
1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3.8%)		1 (1.4%)
Mail						
0	6 (46.2%)	9 (81.8%)	12 (60%)	14 (53.8%)	p=0.314	41 (58.6%)
1	7 (53.8%)	2 (18.2%)	8 (40%)	12 (46.2%)		29 (41.4%)
Plateforme						
0	2 (15.4%)	3 (27.3%)	7 (35%)	8 (30.8%)	p=0.696	20 (28.6%)
1	11 (84.6%)	8 (72.7%)	13 (65%)	18 (69.2%)		50 (71.4%)
Patient						
0	11 (84.6%)	10 (90.9%)	18 (90%)	23 (88.5%)	p=1	62 (88.6%)
1	2 (15.4%)	1 (9.1%)	2 (10%)	3 (11.5%)		8 (11.4%)
CRH court						
0	12 (92.3%)	10 (90.9%)	13 (65%)	19 (73.1%)	p=0.224	54 (77.1%)
1	1 (7.7%)	1 (9.1%)	7 (35%)	7 (26.9%)		16 (22.9%)
Longueur sans importance						
0	9 (69.2%)	7 (63.6%)	14 (70%)	14 (53.8%)	p=0.703	44 (62.9%)
1	4 (30.8%)	4 (36.4%)	6 (30%)	12 (46.2%)		26 (37.1%)
Style hiérarchisé						
0	7 (53.8%)	6 (54.5%)	15 (75%)	23 (88.5%)	p=0.05	51 (72.9%)
1	6 (46.2%)	5 (45.5%)	5 (25%)	3 (11.5%)		19 (27.1%)
Style narratif						
0	10 (76.9%)	10 (90.9%)	17 (85%)	20 (76.9%)	p=0.778	57 (81.4%)
1	3 (23.1%)	1 (9.1%)	3 (15%)	6 (23.1%)		13 (18.6%)
Surgras						
0	3 (23.1%)	3 (27.3%)	5 (25%)	11 (42.3%)	p=0.544	22 (31.4%)
1	10 (76.9%)	8 (72.7%)	15 (75%)	15 (57.7%)		48 (68.6%)
Conclusion						
0	1 (7.7%)	0 (0%)	2 (10%)	4 (15.4%)	p=0.648	7 (10%)
1	12 (92.3%)	11 (100%)	18 (90%)	22 (84.6%)		63 (90%)
Détail de la prise en charge						
0	11 (84.6%)	7 (63.6%)	15 (75.0%)	20 (76.9%)	p=0.716	53 (75.7%)
1	2 (15.4%)	4 (36.4%)	5 (25.0%)	6 (23.1%)		17 (24.3%)
Résumé de la prise en charge						
0	5 (38.5%)	4 (36.4%)	6 (30%)	10 (38.5%)	p=0.955	25 (35.7%)
1	8 (61.5%)	7 (63.6%)	14 (70%)	16 (61.5%)		45 (64.3%)
Copie des comptes rendus						
0	11 (84.6%)	8 (72.7%)	17 (85%)	22 (84.6%)	p=0.803	58 (82.9%)
1	2 (15.4%)	3 (27.3%)	3 (15%)	4 (15.4%)		12 (17.1%)
Résultats pertinents seuls						
0	3 (23.1%)	3 (27.3%)	6 (30%)	5 (19.2%)	p=0.854	17 (24.3%)
1	10 (76.9%)	8 (72.7%)	14 (70%)	21 (80.8%)		53 (75.7%)

Copie des

Durée d'installation	< 5 ans N = 13	5 à 10 ans N = 11	10 à 20 ans N = 20	> 20 ans N = 26	p-value	Total N = 70
biologies						
0	6 (46.2%)	2 (18.2%)	14 (70%)	14 (53.8%)	p=0.051	36 (51.4%)
1	7 (53.8%)	9 (81.8%)	6 (30%)	12 (46.2%)		34 (48.6%)
Liste des ordonnances						
0	1 (7.7%)	0 (0%)	3 (15%)	8 (30.8%)	p=0.111	12 (17.1%)
1	12 (92.3%)	11 (100%)	17 (85%)	18 (69.2%)		58 (82.9%)
Prise en charge sociale						
0	2 (15.4%)	1 (9.1%)	1 (5%)	8 (30.8%)	p=0.121	12 (17.1%)
1	11 (84.6%)	10 (90.9%)	19 (95%)	18 (69.2%)		58 (82.9%)
Mode de vie						
0	7 (53.8%)	9 (81.8%)	12 (60%)	17 (65.4%)	p=0.547	45 (64.3%)
1	6 (46.2%)	2 (18.2%)	8 (40%)	9 (34.6%)		25 (35.7%)
Antécédents						
0	7 (53.8%)	4 (36.4%)	7 (35%)	9 (34.6%)	p=0.685	27 (38.6%)
1	6 (46.2%)	7 (63.6%)	13 (65%)	17 (65.4%)		43 (61.4%)
Histoire de la maladie						
0	8 (61.5%)	10 (90.9%)	12 (60%)	15 (57.7%)	p=0.241	45 (64.3%)
1	5 (38.5%)	1 (9.1%)	8 (40%)	11 (42.3%)		25 (35.7%)
Examen clinique complet						
0	11 (84.6%)	10 (90.9%)	18 (90%)	19 (73.1%)	p=0.487	58 (82.9%)
1	2 (15.4%)	1 (9.1%)	2 (10%)	7 (26.9%)		12 (17.1%)
Signes cliniques anormaux						
0	3 (23.1%)	2 (18.2%)	5 (25%)	7 (26.9%)	p=0.979	17 (24.3%)
1	10 (76.9%)	9 (81.8%)	15 (75%)	19 (73.1%)		53 (75.7%)
Evaluation gériatrique						
0	1 (7.7%)	1 (9.1%)	4 (20%)	3 (11.5%)	p=0.79	9 (12.9%)
1	12 (92.3%)	10 (90.9%)	16 (80%)	23 (88.5%)		61 (87.1%)

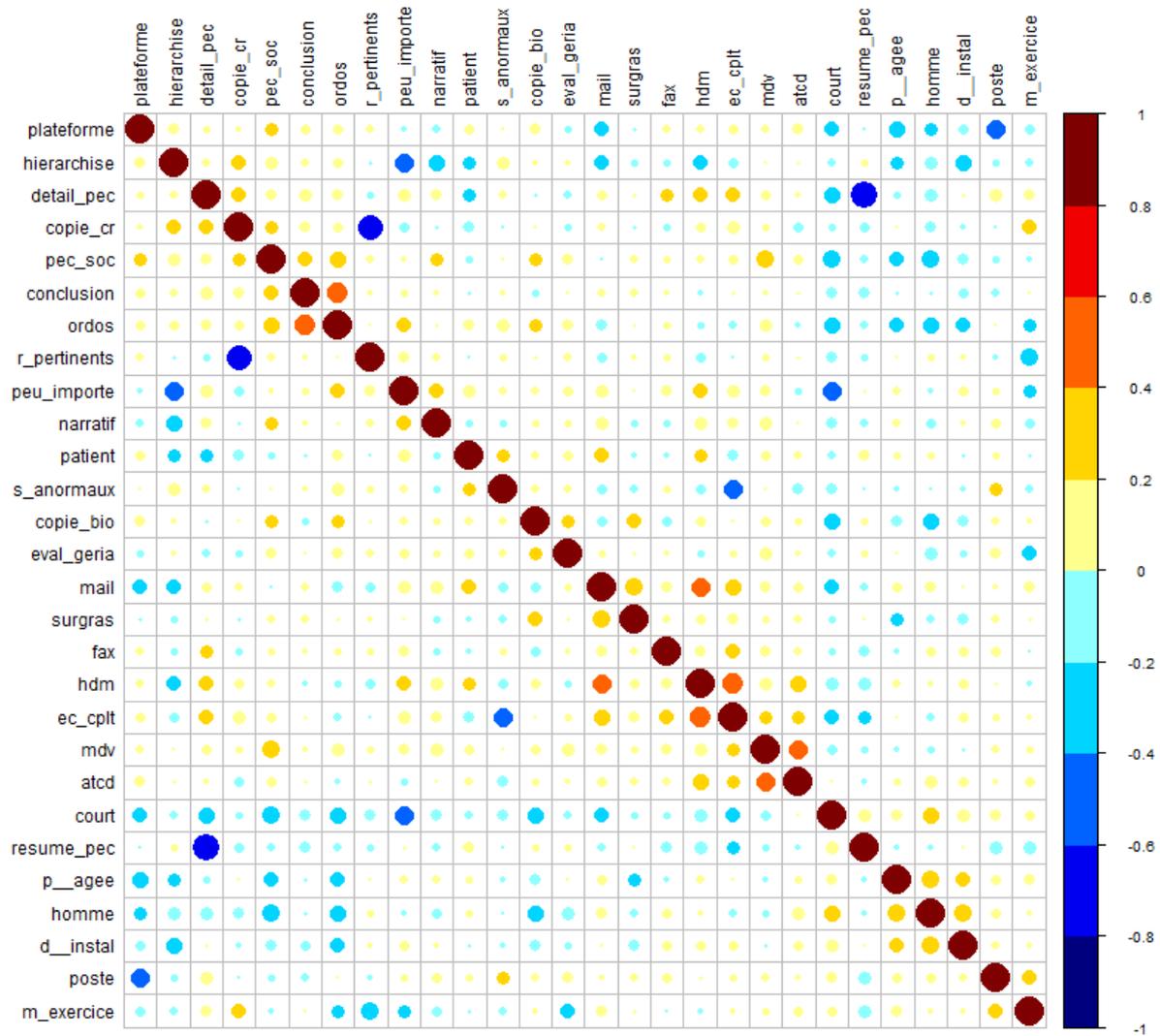
Tableau III : Influence de la quantité de patientèle âgée sur les variables étudiées

Patientèle âgée	<10 / semaine N = 9	10 à 20 /semaine N = 35	>20 / semaine N = 26	p-value	Total N = 70
Poste					
0	7 (77.8%)	19 (54.3%)	14 (53.8%)	p=0.466	40 (57.1%)
1	2 (22.2%)	16 (45.7%)	12 (46.2%)		30 (42.9%)
Fax					
0	9 (100%)	34 (97.1%)	26 (100%)	p=1	69 (98.6%)
1	0 (0%)	1 (2.9%)	0 (0%)		1 (1.4%)
Mail					
0	7 (77.8%)	20 (57.1%)	14 (53.8%)	p=0.497	41 (58.6%)
1	2 (22.2%)	15 (42.9%)	12 (46.2%)		29 (41.4%)
Plateforme					
0	0 (0%)	9 (25.7%)	11 (42.3%)	p=0.047	20 (28.6%)
1	9 (100%)	26 (74.3%)	15 (57.7%)		50 (71.4%)
Patient					
0	8 (88.9%)	32 (91.4%)	22 (84.6%)	p=0.77	62 (88.6%)
1	1 (11.1%)	3 (8.6%)	4 (15.4%)		8 (11.4%)
CRH court					
0	8 (88.9%)	28 (80%)	18 (69.2%)	p=0.486	54 (77.1%)
1	1 (11.1%)	7 (20%)	8 (30.8%)		16 (22.9%)
Longueur sans importance					
0	7 (77.8%)	21 (60%)	16 (61.5%)	p=0.695	44 (62.9%)
1	2 (22.2%)	14 (40%)	10 (38.5%)		26 (37.1%)
Style hiérarchisé					
0	4 (44.4%)	26 (74.3%)	21 (80.8%)	p=0.13	51 (72.9%)
1	5 (55.6%)	9 (25.7%)	5 (19.2%)		19 (27.1%)
Style narratif					
0	9 (100%)	27 (77.1%)	21 (80.8%)	p=0.362	57 (81.4%)
1	0 (0%)	8 (22.9%)	5 (19.2%)		13 (18.6%)
Surgras					
0	2 (22.2%)	8 (22.9%)	12 (46.2%)	p=0.148	22 (31.4%)
1	7 (77.8%)	27 (77.1%)	14 (53.8%)		48 (68.6%)
Conclusion					
0	1 (11.1%)	3 (8.6%)	3 (11.5%)	p=1	7 (10%)
1	8 (88.9%)	32 (91.4%)	23 (88.5%)		63 (90%)
Détail de la prise en charge					
0	8 (88.9%)	23 (65.7%)	22 (84.6%)	p=0.192	53 (75.7%)
1	1 (11.1%)	12 (34.3%)	4 (15.4%)		17 (24.3%)
Résumé de la prise en charge					
0	2 (22.2%)	14 (40%)	9 (34.6%)	p=0.61	25 (35.7%)
1	7 (77.8%)	21 (60%)	17 (65.4%)		45 (64.3%)
Copie des comptes rendus					
0	8 (88.9%)	28 (80%)	22 (84.6%)	p=0.91	58 (82.9%)
1	1 (11.1%)	7 (20%)	4 (15.4%)		12 (17.1%)
Résultats pertinents seuls					
0	2 (22.2%)	9 (25.7%)	6 (23.1%)	p=1	17 (24.3%)
1	7 (77.8%)	26 (74.3%)	20 (76.9%)		53 (75.7%)

Copie des

Patientèle âgée	<10 / semaine N = 9	10 à 20 /semaine N = 35	>20 / semaine N = 26	p-value	Total N = 70
biologies					
0	4 (44.4%)	16 (45.7%)	16 (61.5%)	p=0.425	36 (51.4%)
1	5 (55.6%)	19 (54.3%)	10 (38.5%)		34 (48.6%)
Liste des ordonnances					
0	0 (0%)	5 (14.3%)	7 (26.9%)	p=0.192	12 (17.1%)
1	9 (100%)	30 (85.7%)	19 (73.1%)		58 (82.9%)
Prise en charge sociale					
0	1 (11.1%)	3 (8.6%)	8 (30.8%)	p=0.072	12 (17.1%)
1	8 (88.9%)	32 (91.4%)	18 (69.2%)		58 (82.9%)
Mode de vie					
0	6 (66.7%)	21 (60%)	18 (69.2%)	p=0.831	45 (64.3%)
1	3 (33.3%)	14 (40%)	8 (30.8%)		25 (35.7%)
Antécédents					
0	4 (44.4%)	14 (40%)	9 (34.6%)	p=0.836	27 (38.6%)
1	5 (55.6%)	21 (60%)	17 (65.4%)		43 (61.4%)
Histoire de la maladie					
0	7 (77.8%)	22 (62.9%)	16 (61.5%)	p=0.739	45 (64.3%)
1	2 (22.2%)	13 (37.1%)	10 (38.5%)		25 (35.7%)
Examen clinique complet					
0	8 (88.9%)	28 (80%)	22 (84.6%)	p=0.91	58 (82.9%)
1	1 (11.1%)	7 (20%)	4 (15.4%)		12 (17.1%)
Signes cliniques anormaux					
0	2 (22.2%)	8 (22.9%)	7 (26.9%)	p=0.926	17 (24.3%)
1	7 (77.8%)	27 (77.1%)	19 (73.1%)		53 (75.7%)
Evaluation gériatrique					
0	0 (0%)	7 (20%)	2 (7.7%)	p=0.262	9 (12.9%)
1	9 (100%)	28 (80%)	24 (92.3%)		61 (87.1%)

Annexe 7 : Degré de liaison entre les variables étudiées selon le coefficient Phi



Annexe 8 : Tableau de justification des modifications thérapeutiques utilisé par le service de médecine gériatrique du CHPO

N°séjour	Sexe
NOM	Prénom
Date de naissance	
Adresse	

Médicaments habituels à domicile (avant l'admission) <i>Nom ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'administration ; Fréquence</i> <i>Il est recommandé de présenter les médicaments par domaine pathologique</i>	Médicaments à la sortie <i>-Copier si pas de changement ; -Réécrire si modifications dans le traitement -Préciser « Arrêt » si arrêt avec la date d'arrêt</i>	Commentaires <i>Date d'arrêt (ou durée) pour les médicaments non au long cours -Justification de l'arrêt, de la suspension temporaire, de la modification d'un traitement ou de la mise en place d'un nouveau traitement au cours de l'hospitalisation -Cible à atteindre en termes de dose en cas de titration progressive ou de paramètre de suivi (par ex. INR) -Surveillance préconisée</i>
Sources : <input type="checkbox"/> malade <input type="checkbox"/> ordonnances <input type="checkbox"/> médecin traitant <input type="checkbox"/> pharmacien d'officine <input type="checkbox"/> autre :		

Annexe 9 : document de sortie type proposé pour le service de médecine gériatrique du CHPO



Centre Hospitalier Pierre Oudot
30, Avenue du Médipôle - BP 40348
38302 BOURGOIN-JALLIEU Cedex
Tél : 04.69.15.70.00 Fax : 04.69.15.70.13
N°FINESS : 380000034

Service de

Médecine Gériatrique

Dr Magali FRANCISCO
Chef de service
Praticien Hospitalier
Géronte

04.69.15.73.34
mfrancisco@ghnd.fr

Dr Marc GIROUD
Praticien Hospitalier
Géronte

04.69.15.73.35
mgiroud@ghnd.fr

Dr Nathalie RUET
Praticien Hospitalier
Géronte

04.69.15.74.73
nruet@ghnd.fr

Dr Hasan KWEDER
Praticien Attaché Associé

04.69.15.76.58
hkweder@ghnd.fr

SECRETARIAT

Tél: 04.69.13.73.23
Fax: 04.69.15.73.46
chpo-secr.medger@ghnd.fr

Mme R. FERLET
Cadre de Santé
Tél : 04.69.15.73.12

Service Social
Tél : 04.69.15.71.56

SERVICE
Tél : 04.69.15.73.10

Destinataire principal : *Coordonnées du médecin traitant
Liste des destinataires*

Bourgoin Jallieu, le JJ/MM/AAAA

**LETTRE DE LIAISON remise en main propre au patient ou au détenteur de l'autorité légale
DOCUMENT DE SORTIE D'HOSPITALISATION**

Remis au patient au jour de sa sortie : OUI NON
Document de sortie définitif : OUI NON (le document définitif suivra
sous huitaine).

Cher Confrère, Chère Consœur,

M nom et prénom du patient, né(e) le **date de naissance du patient (âge)**, a été hospitalisé(e) dans
notre unité du **date d'entrée** au **date de sortie**.

Mode d'entrée dans le service : Programmé Urgence Transfert/Mutation

Personne ayant adressé le patient :

Destination et mode de Sortie :

Motif d'hospitalisation :

Mode de vie :

Antécédents :

Chirurgicaux, médicaux, habitudes toxiques, allergie

Examen clinique :

- Poids= Taille= IMC=
Signes cliniques anormaux

Histoire de la maladie : *si pertinente*

SYNTHESE MEDICALE DU SEJOUR :

*-Pathologie 1 :
-Pathologie 2 :*

Actes techniques, examens complémentaires, biologiques :

Résultats pertinents

Liste de tous les examens réalisés

Eléments d'évaluation gériatrique à la sortie:

cognition, équilibre et marche, autonomie, état nutritionnel, fonction rénale

Traitements médicamenteux :

Médicaments habituels à domicile avant l'admission -Nom ; Dose ; Fréquence ; Voie d'administration -Présenter les médicaments par domaine pathologique	Médicaments à la sortie -Préciser « Arrêt » si arrêt avec la date d'arrêt	Commentaires -Justification de l'arrêt, de la modification ou de l'introduction d'un traitement au cours de l'hospitalisation -Cible à atteindre (dose si titration ou paramètre de suivi) -Surveillance préconisée

Conclusions :

Suites à donner :

NON

OUI - Précisez :

Volet continuité des soins

Rdv médicaux : *pris ou à prendre ? Date ?*

Examens dont les résultats sont en attente :

Ordonnances remises au patient :

Traitement médicamenteux

Soins infirmiers :

Soins de rééducation :

Matériel :

Examens complémentaires : *Si RDV pris, à quelle date ?*

Si RDV à prendre, dans quel délai ?

Volet médico-social

Actions mises en place : *demande d'ALD, d'APA et d'EHPAD*

Actions préconisées

Points de vigilance

Conseils / Recommandations

Patient porteur/contact de BMR/BHRe NON OUI

Si oui, préciser :

Transfusion sanguine NON OUI

Si oui, préciser :

Evènements indésirables survenus en cours d'hospitalisation NON OUI

Si oui préciser :

En me tenant à votre disposition pour d'éventuels renseignements complémentaires, je vous prie d'agréer, Cher Confrère, Chère Consœur, l'expression de mes salutations confraternelles.

Nom et signature du médecin rédacteur

Bibliographie

1. HAS. Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ? [Internet]. 2013 [cité 16 avr 2016]. Disponible à: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf
2. Witherington EMA, Pirzada OM, Avery AJ. Communication gaps and readmissions to hospital for patients aged 75 years and older: observational study. *Qual Saf Health Care*. févr 2008;17(1):71-5.
3. Lanièce I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D, et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age Ageing*. juill 2008;37(4):416-22.
4. François P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. *Santé Publique*. 27 mai 2014;26(2):189-97.
5. O'Leary KJ, Liebovitz DM, Feinglass J, Liss DT, Baker DW. Outpatient physicians' satisfaction with discharge summaries and perceived need for an electronic discharge summary. *J Hosp Med*. 1 sept 2006;1(5):317-20.
6. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA*. 28 févr 2007;297(8):831-41.
7. van Walraven C, Jennings A, Forster AJ. A meta-analysis of hospital 30-day avoidable readmission rates. *J Eval Clin Pract*. déc 2012;18(6):1211-8.
8. Haute Autorité de Santé. IQSS 2018 - « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » (QLS) en MCO [Internet]. 2018 [cité 1 mars 2018]. Disponible à: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/fiche_descriptive_qds_mco_9.12.2015.pdf
9. SCOPE Santé [Internet]. [cité 20 mars 2018]. Disponible à: <https://www.scopesante.fr/>
10. 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. *Santé Publique*. 14 mars 2017;29(1):57-70.
11. 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. *Santé Publique*. 31 déc 2015;Vol. 27(5):701-11.
12. Bischoff K, Goel A, Hollander H, Ranji SR, Mourad M. The Housestaff Incentive Program: improving the timeliness and quality of discharge summaries by engaging residents in quality improvement. *BMJ Qual Saf*. sept 2013;22(9):768-74.

13. HAS. Document de sortie d'hospitalisation > 24h [Internet]. 2014 [cité 16 avr 2018]. Disponible à: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_contenu_metier_23102014.pdf
14. Code de la Santé Publique. Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique. 2003-462 mai, 2003.
15. Code de Santé Publique. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. 2016-995 juillet, 2016.
16. Haute Autorité de Santé. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé [Internet]. 2018 [cité 3 févr 2018]. Disponible à: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf
17. BUREAU M-L. Continuité des soins à la sortie du service de gériatrie : étude sur les attentes des médecins généralistes pour optimiser le compte-rendu d'hospitalisation [Thèse d'exercice]. [Poitiers, France]: Université de Poitiers; 2012.
18. SAUNIER-SEGYO A. Compte rendu d'hospitalisation : évaluation selon la réglementation, point de vue des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Rouen, France]: Université de Rouen; 2012.
19. Dufrenne J. Dématérialisation des échanges d'informations entre médecins : la messagerie sécurisée de santé utilisée par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Guadeloupe, France]: Université des Antilles et de la Guyane; 2011.
20. Health Information and Quality Authority (HIQA). National Standard for Patient Discharge Summary Information [Internet]. 2013 [cité 3 mars 2018]. Disponible à: <https://www.hiqa.ie/reports-and-publications/health-information/national-standard-patient-discharge-summary-information>
21. Devaux X. Évaluation par les médecins traitants de la qualité du compte-rendu d'hospitalisation en unité de soins aigus et de soins de suite et réadaptation en gériatrie au CHRU de Montpellier [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France]: Université de Montpellier I; 2013.
22. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). The SIGN discharge document [Internet]. 2012 [cité 2 janv 2018]. Disponible à: <http://www.sign.ac.uk/assets/sign128.pdf>
23. Reboud P. Lettre de liaison de sortie d'hospitalisation : attentes des médecins généralistes du Bassin Carcassonnais en 2016 [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France]: Université de Montpellier; 2016.
24. Ortega N. Audit de pratique sur la communication entre l'hôpital de Vienne et les médecins généralistes : étude évaluative [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2017.
25. Rapport d'activité SIMPA/SISRA 2016 [Internet]. [cité 2 avr 2018]. Disponible à: <https://www.sante-ra.fr/wp-content/uploads/2017/03/Rapport-activite-SIMPASISRA-2016.pdf>

26. Snow V, Beck D, Budnitz T, Miller DC, Potter J, Wears RL, et al. Transitions of Care Consensus Policy Statement American College of Physicians-Society of General Internal Medicine-Society of Hospital Medicine-American Geriatrics Society-American College of Emergency Physicians-Society of Academic Emergency Medicine. *J Gen Intern Med.* août 2009;24(8):971-6.
27. Tsilimingras D, Bates DW. Addressing postdischarge adverse events: a neglected area. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* févr 2008;34(2):85-97.
28. Motamedi SM, Posadas-Calleja J, Straus S, Bates DW, Lorenzetti DL, Baylis B, et al. The efficacy of computer-enabled discharge communication interventions: a systematic review. *BMJ Qual Saf.* mai 2011;20(5):403-15.
29. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). E-Discharge Literature Scan [Internet]. 2010 [cité 2 janv 2018]. Disponible à: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/02/e-DischargeLiteratureScan.pdf>
30. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Bulletin officiel 2013; N 2013/6 bis. Fascicule spécial [Internet]. [cité 12 oct 2017]. Disponible à: http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bos/2017/sts_20170006_0001_p000.pdf

Cécile de JERPHANION. Document de sortie d'hospitalisation de médecine gériatrique : attentes des médecins généralistes

RÉSUMÉ

Introduction : Malgré les recommandations faites sur les documents de sortie d'hospitalisation, les médecins généralistes en étaient insatisfaits et les documents de sortie nécessitaient d'être améliorés.

Méthode : Nous avons réalisé une étude quantitative descriptive observationnelle transversale évaluant les attentes des médecins généralistes quant aux documents de sortie d'hospitalisation. Les données étaient recueillies via un questionnaire informatisé portant sur la transmission, la structure et le contenu des documents de sortie. Le questionnaire était envoyé aux médecins généralistes correspondant du service de médecine gériatrique du centre hospitalier de Bourgoin-Jallieu.

Résultats : 149 questionnaires ont été envoyés, 70 analysés, 8 exclus car incomplets. 71,4% des médecins voulaient une transmission par le biais d'une plateforme informatique sécurisée. La médiane du délai de transmission était estimée à 8 jours. 90% des médecins voulaient que le document de sortie présente une conclusion et 68,6% que les points importants soient en surgras. 64,3% voulaient que la prise en charge médicale soit résumée et 75,7% que seuls les résultats paracliniques pertinents et les signes anormaux de l'examen clinique soient décrits. 82,9% des médecins souhaitaient la liste des ordonnances remises au patient et le détail de la prise en charge sociale. 87,1% souhaitaient la notification d'éléments d'évaluation gériatrique et 61,4% le rappel des antécédents. 4,3% estimaient le tableau de conciliation médicamenteuse correctement rempli dans les documents de sortie et 50% l'estimaient utile à la prise en charge post-hospitalisation.

Conclusion : Les médecins interrogés attendaient que le document de sortie soit le fruit d'un travail de synthèse et qu'une attention particulière soit apportée aux éléments indispensables à la continuité des soins. Un document de sortie d'hospitalisation standardisé a été élaboré à partir des attentes exprimées par les médecins généralistes interrogés.

MOTS CLÉS

comptes rendus de sortie d'hospitalisation, sortie du patient, fin d'hospitalisation, planification des sorties d'hôpital, sortie de l'hôpital, médecine générale, médecin traitant, communication

JURY

Président : Monsieur le Professeur Pierre KROLAK-SALMON
Membres : Madame le Professeur Claire LEGER-FALANDRY
Monsieur le Professeur Alain MOREAU
Madame le Docteur Nathalie RUET

DATE DE SOUTENANCE le 31 mai 2018

ADRESSE DE L'AUTEUR c2jerph@gmail.com