



HAL
open science

Pertinence des courriers de sortie du service de pneumologie du CH de Chambéry : les courriers répondent-ils aux attentes de médecins traitants ?

Matthieu Boyreau

► To cite this version:

Matthieu Boyreau. Pertinence des courriers de sortie du service de pneumologie du CH de Chambéry : les courriers répondent-ils aux attentes de médecins traitants?. Médecine humaine et pathologie. 2009. dumas-00630676

HAL Id: dumas-00630676

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00630676>

Submitted on 10 Oct 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2009

N°

**PERTINENCE DES COURRIERS DE SORTIE DU SERVICE DE
PNEUMOLOGIE DU CH DE CHAMBERY. LES COURRIERS
REPONDENT-ILS AUX ATTENTES DES MEDECINS
TRAITANTS ?**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

BOYREAU Matthieu
Né le 9 janvier 1979 à Talence

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble

Le : 17 décembre 2009

Devant le jury composé de :

Président du jury : M. le Professeur C. Massot

Membres

M. le Professeur P. François
M. le Professeur C. Brambilla
M. le Docteur E. Kelkel
M. le Docteur T. Dewaele

A ma famille,

Estelle, mes parents, mon frère qui m'ont soutenu et supporté.

Aux membres du jury, pour leur disponibilité, et l'honneur qu'ils me font en acceptant de juger cette thèse.

Au Docteur Eric Kelkel, pour son aide à la réalisation de ce travail.

Au Docteur Dominique Baudouin et Sylvie Gros, pour leurs conseils et leur aide.

A tous mes maîtres de stage, pour leur enseignement.

A mes amis.

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION.	5
II- MATERIELS ET METHODES.	8
1- Objectifs.	9
2- Présentation du service.	9
3- Population étudiée.	10
4- Elaboration de la grille d'évaluation.	10
a- Gestion du courrier de sortie.	11
b- Présentation.	11
c- Données administratives.	11
d- Données médicales.	12
5-Sélection des informations essentielles.	13
a- Réglementation.	13
b- Présentation	13
c- Contenu administratif.	13
d- Contenu médical.	14
6- Analyse des résultats.	15
III- RESULTATS.	16
1- Description des résultats globaux.	18
a- Données réglementaires.	18
b- Présentation générale des courriers.	18
c- Données administratives.	19

d- Données médicales.	20
2- Description des résultats pour les informations essentielles.	22
a- Utilisation de la référence nationale IPAQSS « délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » et données réglementaires.	22
b- Présentation.	22
c- Données administratives.	23
d- Données médicales.	23
 IV- DISCUSSION.	 30
1- Réglementation et présentation des courriers de fin d'hospitalisation.	31
a- Réglementation.	31
b- Présentation.	32
2- Contenu des courriers de fin d'hospitalisation.	32
a- Contenu administratif.	32
b- Contenu médical.	33
3- Carences de cette étude.	35
4- Retour d'information.	35
5- Perspectives et suggestions	36
 V- CONCLUSION.	 38
 VI- BIBLIOGRAPHIE.	 41
 VII-ANNEXES	 45

I- INTRODUCTION.

I- INTRODUCTION.

La communication entre médecins est indispensable à la prise en charge optimale du patient. Après une hospitalisation, le médecin traitant (MT) devant assurer la continuité des soins doit être tenu informé de la situation du patient et des projets thérapeutiques ou de suivi par un courrier de sortie pour pouvoir remplir sa tâche efficacement.

Le courrier de sortie d'hospitalisation est donc un élément essentiel pour assurer la continuité des soins en ambulatoire [1-3]. Ce besoin en information augmente avec le nombre de patients utilisant les soins ambulatoires pour poursuivre leur prise en charge hospitalière qui devient la plus brève possible. Les problèmes de communication entre l'hôpital et les médecins traitants portent préjudice au patient en affectant sa prise en charge [4] et parfois sa sécurité [5].

Ces difficultés de communication ne sont pas récentes et sont au cœur de complications du suivi post-hospitalier du patient [6]. Des études françaises et étrangères se sont attachées à retrouver les motifs d'insatisfaction et les attentes des MT vis à vis des courriers de sortie d'hospitalisation. Les problèmes les plus souvent rencontrés sont un délai de transmission trop long, et des renseignements insuffisants aussi bien administratifs que médicaux [7]. Si à leur sortie les patients sont souvent capables de citer le service qui les a pris en charge et la pathologie dont ils sont atteints, ils ne connaissent que bien peu souvent leur traitement ou la surveillance à effectuer [8, 9]. Il devient donc très délicat de pouvoir assurer la continuité des soins si le compte rendu d'hospitalisation (CRH) n'est pas reçu ou est incomplet lorsque le patient consulte à la sortie de l'hôpital [10].

L'objectif de ce travail est de vérifier si les CRH du service de pneumologie de l'hôpital de Chambéry répondent aux attentes des médecins traitants. Pour ce faire, nous avons, dans un premier temps, élaboré une grille d'évaluation groupant différents aspects du CRH selon les doléances des MT trouvées dans la littérature (réglementaires, de présentation générale, données administratives et médicales), puis évalué 90 séjours hospitaliers tirés au sort sur la base de la grille de cotation. A partir des données de la grille de cotation, nous avons constitué 15 items dont l'intérêt était le plus important pour constituer un bon courrier de sortie. Chacun de ces items a été étudié pour le service dans son ensemble et médecin par médecin afin de dégager une éventuelle différence des

pratiques entre chaque praticien ou si la pratique d'un médecin donné diffère des résultats du service dans sa globalité.

L'objectif secondaire est l'amélioration éventuelle de la qualité des courriers de sortie d'hospitalisation pour une meilleure continuité des soins, nous avons donc transmis à chacun des praticiens participant un document synthétisant leurs performances et celle du service.

II- MATERIELS ET METHODES.

II- MATERIELS ET METHODES.

1- Objectifs.

L'objectif primaire de ce travail est d'évaluer la qualité des courriers de sortie d'hospitalisation avec le dogme que le courrier de sortie est la base de la continuité des soins. Le courrier permet-il au MT d'assurer le suivi post-hospitalier et de prendre le relais de l'hôpital ? Les informations nécessaires sont-elles présentes ? Sont-elles adressées à temps ?

Ce travail a été réalisé dans le but d'améliorer la continuité des soins et donc la qualité des courriers de sortie. Pour ce faire un retour d'information a été effectué auprès des médecins participants sous-la forme d'un document illustrant les performances de chacun par rapport au service dans sa globalité.

2- Présentation du service.

Le service de pneumo-physiologie de Chambéry est géré par 3 praticiens hospitaliers (PH) à temps plein, M1 a 38ans, M2 52 ans et M3 56ans. Le service comprend 36 lits répartis en trois secteurs de 12 lits, un PH et un interne par secteur. 4 lits sont dédiés aux soins palliatifs.

Durant l'année 2008 le service a eu 1552 entrées pour une durée moyenne de séjour de 8,37 jours. Le taux d'occupation était de 97,71%. L'âge moyen des patients pris en charge à cette époque était de 65,7 ans.

Les 7 pathologies les plus fréquemment prises en charge étaient selon la cotation PMSI en vigueur en 2008 (code entre parenthèse) :

- Enregistrement du sommeil (R065) 13,9% et apnée du sommeil (G473) 5,3%.
- Insuffisance respiratoire aiguë (J960) 5,7%.
- Soins palliatifs (Z515) 5,3%.
- Insuffisance respiratoire chronique (J961+0) 2,9% et maladie pulmonaire obstructives chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures (J440) 2,0%.

- Pneumopathie bactérienne, sans précision (J159) 2,9% et pneumopathie lobaire, sans précision (J181) 2,2%.
- Tumeur maligne du lobe supérieur, bronches ou poumon (C341) 2,6%.
- Insuffisance ventriculaire gauche (I501) 2,2%.

Chaque courrier est dicté par le médecin responsable, puis rédigé par les secrétaires. Dans la grande majorité des cas le courrier est délivré en main propre au patient à sa sortie du service.

3-Population étudiée.

Nous avons étudié 90 séjours hospitaliers tirés au sort, 30 par praticien hospitalier.

Les séjours ont été effectués du 1er janvier au 15 juin 2009 ; tous les séjours ont été inclus, à l'exclusion des poly-somnographies qui ne bénéficient pas de CRH informatisés mais de CRH remplis à la main par le PH qui analyse le tracé.

Une première liste de 30 séjours pour chaque PH à été réalisée. Une liste complémentaire destinée à rassembler le nombre de séjours nécessaires était prévue en prévision d'éventuelles erreurs de saisie du rédacteur lors de la réalisation du courrier. Les courriers ont été retirés sous le format adressé à partir du logiciel CROSSWAY qui est utilisé au centre hospitalier (CH) de Chambéry pour la gestion des dossiers médicaux.

4- Elaboration de la grille d'évaluation (cf annexe 1).

Les attentes et besoins des médecins généralistes ont été recherchés par plusieurs études françaises et étrangères. 37 items ont été retenus pour évaluer la qualité des CRH, répartis en différentes catégories réglementaires, de forme et de fond.

L'étude de chaque séjour hospitalier a consisté à relever la présence ou absence de chaque item dans les courriers lorsqu'il était retrouvé ou existant. Un guide de remplissage a été réalisé pour clarifier la prise de décision pour certains items.

a- Gestion du courrier de sortie.

La présence du CRH est obligatoire dans le dossier médical selon l'article R 710-2-1 du Code de la Santé Publique ; la totalité des études s'accordent sur l'importance de la transmission d'un compte-rendu dans les plus brefs délais. Un délai maximum de huit jours est rendu obligatoire par le Code de la Santé Publique (article R710-2-6).

Le problème du délai de réception du courrier de fin d'hospitalisation est très souvent dans la littérature [11-15]. Effectivement si le contenu du courrier de sortie est important pour assurer le suivi, avoir en sa possession ce courrier lorsque le patient consulte est primordial, sinon le suivi sera basé sur des incertitude [16].

b- Présentation.

Un courrier dactylographié est préféré du fait d'une meilleure lisibilité.

De nombreuses études s'accordent pour dire que les médecins traitants préfèrent un document structuré par rubriques (antécédents, examens, diagnostique) plutôt qu'un courrier de style narratif. [7, 13, 17-20]

Les MT ont également une demande de communication rapide et courte [13, 17, 18, 21] ce qui se traduit pour les courriers de sortie par un longueur maximale que nous avons retenue à une page ; cette longueur était celle retrouvée lors d'une enquête réalisée auprès des MT de l'Isère en 1996 [17].

c- Données administratives.

Il est indispensable de retrouver dans le CRH, l'identité complète du patient (nom, prénom, âge ou date de naissance), de pouvoir identifier le médecin responsable et le service hospitalier [7, 17].

Les dates d'entrées et de sorties sont jugées importantes. Il est retrouvé que les MT préfèrent un courrier signé par un senior que par un interne [17].

Les courriers de sortie étudiés sont aussi des courriers de fin d'hospitalisation, c'est à dire qu'ils retracent tout le déroulement de l'hospitalisation, il est donc nécessaire de

pouvoir y retrouver les informations permettant de connaître le déroulement de l'hospitalisation dans son intégralité.

d- Données médicales.

Les données médicales retrouvées dans la grille de cotation regroupent les informations utiles à la prise en charge du patient, de l'enquête diagnostique au suivi post-hospitalier. On y retrouve les antécédents, le motif d'admission, l'histoire de la maladie, les signes cliniques, les résultats des examens complémentaires, le diagnostic (principal, hypothétique ou complémentaire), les traitements et les explications de leur instauration, l'évolution du patient dans le service, les modalités de suivi et les informations données au patient ou à son entourage.

Toutes ces données ne sont pas jugées indispensables par les MT d'après la littérature et sont même parfois estimées inutiles par certains. L'intérêt de rechercher leur présence dans les courriers est dans un souci d'amélioration des pratiques des PH dans la rédaction de leurs CRH. Ainsi un manque d'informations utiles est dommageable, l'excès d'informations inutiles conduira à un courrier trop long, source d'insatisfaction du receveur. Il était donc intéressant de pouvoir porter à la connaissance des PH leurs lacunes et excès dans les courriers de sortie.

Ainsi le traitement de sortie, le diagnostic (principal, hypothétique ou complémentaire), le traitement instauré à l'hôpital, les examens paracliniques pathologiques, la durée du traitement de sortie, les signes positifs de l'examen clinique, l'information délivrée au patient et à son entourage, les modalités de surveillance et l'anamnèse sont utiles ou indispensables selon plusieurs études [7, 17, 22].

Les explications à l'instauration du traitement et au changement d'un traitement de fond sont attendues [1, 7, 15, 23-25]. Pour pouvoir étudier les explications aux changements de traitement de fond, il était nécessaire de rechercher l'existence du dit traitement.

Les antécédents personnels ou familiaux sont utiles, tout comme les habitudes de vie et le contexte social [17, 26].

Les modes d'entrée et de sortie étaient jugées accessoires [17].

5-Sélection des informations essentielles.

Le nombre d'items étudiés étant bien trop grand pour pouvoir en faire une analyse et un retour d'information, une sélection s'est avérée indispensable.

a- Réglementation.

Le courrier se doit de répondre à la réglementation, il a donc été indispensable de rechercher sa présence dans le dossier que l'on nomme exhaustivité, une date d'édition et d'évaluer le délai d'édition qui doit être inférieur ou égal à huit jours.

b- Présentation.

Le besoin de présentation est très souvent retrouvé dans la littérature et a fait l'objet de plusieurs études allant dans le sens d'un courrier bref et structuré. Il nous paraissait donc intéressant d'étudier cet aspect du courrier.

c- Contenu administratif.

Tout d'abord nous avons dû retrouver l'identité complète du patient ce qui comprend le nom, prénom et âge (ou la date de naissance) et bien sûr nous avons dû être en mesure d'identifier le service et le médecin responsable du patient lors de son séjour hospitalier.

Le projet COMPAQH (Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière) de l'HAS (Haute Autorité de Santé) a développé des Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS). Un de ces indicateurs concernant les courriers de sortie est intitulé « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » [27, 28]. Selon cet indicateur, faisant référence en France, deux niveaux de mesure distincts montrent une gradation du niveau de qualité atteint :

- Niveau 1 : nombre de courriers de fin d'hospitalisation envoyés dans un délai inférieur ou égal à huit jours.

- Niveau 2 : nombre de courriers de fin d'hospitalisation envoyés dans un délai inférieur ou égal à huit jours et dont le contenu est réputé complet.

Le courrier est réputé complet s'il est existant, s'il contient l'identité du destinataire, les dates d'entrée et de sortie, une synthèse du séjour et une trace écrite du traitement de sortie.

Les courriers de fin d'hospitalisation étant délivrés en main propre au patient à la sortie du service, nous n'avons pu étudier le délai d'envoi, que nous avons converti en délai d'édition.

L'identité du destinataire n'est pas inscrite sur les courriers contenus dans le dossier informatique, mais une liste de correspondants existe et le destinataire est inscrit lors de l'impression du courrier. La présence de l'identité du destinataire n'a donc pu être évaluée dans cette étude et a été cotée comme non applicable (NA). Nous avons tout de même analysé les courriers avec cet indicateur référence.

d- Contenu médical.

Les données médicales sont la partie essentielle du courrier de fin d'hospitalisation, nous avons sélectionné 8 types d'informations essentielles et dont la demande était importante.

- Examen clinique : nous avons regroupé les items signes positifs et négatifs de la grille de cotation. La présence de l'un ou de l'autre suffisant à répondre par l'affirmative à la présence d'un résumé de l'examen clinique dans le courrier. Le regroupement de ces items se justifie par le fait qu'un signe négatif peut avoir autant d'importance qu'un signe positif, ce qui compte ce sont les signes cliniques contribuant aux investigations [21-23, 29, 30].

- Résultats des examens complémentaires pertinents : comme pour l'examen clinique, nous avons regroupé les résultats normaux et pathologiques de la grille de cotation [17, 23, 24, 31]. Ils représentent les résultats contributifs à la conduite diagnostique et thérapeutique et non tous les résultats de tous les examens réalisés.

- Orientation diagnostique : nous avons regroupé les items des diagnostics principal, complémentaire et hypothétique. En effet, à la fin d'une hospitalisation, un diagnostic précis n'est pas toujours possible et la sortie de l'hôpital n'est pas synonyme de fin de prise en charge. Si l'état du patient le permet, les investigations nécessaires à la conduite diagnostique peuvent être réalisées en ambulatoire. Il n'empêche que le courrier doit contenir une conclusion quand au diagnostic posé ou envisagé [17, 22, 23, 32].

- Traitement instauré au cours du séjour hospitalier : cet élément est évidemment indispensable à la compréhension de la prise en charge du patient et à la continuité des

soins. En effet sans savoir ce qui a déjà été fait il est difficile de pouvoir prendre le relais [7, 17, 23]). Nous n'avons pas étudié précisément la composition des traitements administrés, la mention d'un traitement suffisant à établir sa présence ; de plus l'abstention thérapeutique a été également interprétée comme un traitement.

- Traitement de sortie : cet élément est tout aussi indispensable et d'autant plus qu'il peut y avoir des changements dans le traitement de fond en plus des éventuels traitements à poursuivre [7, 17, 23, 24, 31, 32].

- Modalités de suivi post-hospitalier : cet item fait l'objet d'une demande très forte des MT de par le monde, la quasi-totalité des études en font un élément indispensable [1, 17, 22-24]. Il n'a, bien sûr pas été relevé pour les courriers réalisés suite à des décès.

- Nature des informations données au patient et à son entourage: l'information du patient est devenue une obligation. Les médecins se doivent de le tenir informé du diagnostic, de la conduite thérapeutique, des complications possibles et du pronostic. Il n'est bien sûr pas demandé de détailler tous ces aspects dans le courrier de sortie, mais on retrouve dans la littérature une très forte demande des MT de connaître la nature des informations transmises au patient et à son entourage lors de la prise en charge de pathologies engageant potentiellement le pronostic vital [7, 15, 17, 23, 26, 33].

6- Analyse des résultats.

Les résultats ont été analysés en deux temps ; nous avons tout d'abord réalisé une analyse descriptive des résultats bruts puis une analyse comparative.

Quand cela était possible nous avons recherché une différence significative de pratique entre les médecins, et une différence significative entre chaque praticien et l'ensemble du service. Les analyses comparatives ont été réalisées soit par le test du Khi^2 lorsqu'il était réalisable, soit par le test de Fisher.

L'indicateur IPAQSS de délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation est une référence nationale validée, nous avons donc utilisé cet indicateur dans un premier temps. Mais cet indicateur n'explore uniquement l'aspect réglementaire des courriers de sortie, c'est pourquoi nous avons choisi un certain nombre d'informations essentielles à comparer.

III- RESULTATS.

III- RESULTATS.

Tableau 1 : tableau récapitulatif des résultats

	M1	M2	M3	Service	P valeur
	% (N)	% (N)	%(N)	% (N)	
Q1 exhaustivité	100 (30)	96,7 (30)	100 (30)	98,9 (90)	
Q2 date	100 (30)	100 (29)	100 (30)	100 (89)	
Q3 délai < 8jours	100 (30)	100 (29)	96,7 (30)	98,9 (89)	
Q4 structuré	33,3 (30)	41,4 (29)	63,3 (30)	46,1 (89)	0,055
Q5 une page maximum	60 (30)	62,1 (29)	63,3 (30)	61,8 (89)	0,965
Q6 nom	100 (30)	100 (29)	100 (30)	100 (89)	
Q7 prénom	100 (30)	100 (29)	100 (30)	100 (89)	
Q8 âge	100 (30)	100 (29)	100 (30)	100 (89)	
Q9 mode d'admission	63,3 (30)	58,6 (29)	13,3 (30)	44,9 (89)	0,000
Q10 date d'entrée	100 (30)	100 (29)	100 (30)	100 (89)	
Q11 date de sortie	100 (30)	100 (29)	100 (30)	100 (89)	
Q12 service identifié	100 (30)	100 (29)	100 (30)	100 (89)	
Q13 rédacteur identifié	100 (30)	100 (29)	100 (30)	100 (89)	
Q14 signataire PH	100 (30)	100 (29)	100 (30)	100 (89)	
Q15 mode de sortie	46,7 (30)	62,1 (29)	13,3 (30)	36 (89)	0,000
Q16 tte hospitalisation	96,7 (30)	96,6 (29)	93,3 (30)	95,5 (89)	
Q17 atcd	53,3 (30)	75,9 (29)	63,3 (30)	64 (89)	0,196
Q18 motif d'admission	100 (30)	89,7 (29)	100 (30)	96,6 (89)	
Q19 habitus	36,7 (30)	31 (29)	30 (30)	32,6 (89)	0,839
Q20 ttt d'entrée	7,7 (26)	14,8 (27)	13,8 (29)	12,2 (82)	
Q21 anamnèse	46,7 (30)	31 (29)	90 (30)	56,2 (89)	0,000
Q22 signes+	53,3 (30)	34,5 (29)	66,7 (30)	51,7 (89)	0,046
Q23 signes-	23,3 (30)	24,1 (29)	70 (30)	39,3 (89)	0,000
Q24 liste d'examen	26,7 (30)	72,4 (29)	83,3 (30)	60,7 (89)	0,00000
Q25 résultats normaux	83,3 (30)	96,6 (29)	93,3 (30)	91 (89)	
Q26 résultats pathologiques	33,3 (30)	89,7 (29)	90 (30)	70,8 (89)	0,000
Q27 hypothèse diagnostique	62,5 (8)	66,7 (6)	41,7 (12)	53,8 (26)	
Q28 diagnostique principal	96 (25)	93,1 (29)	81,5 (27)	90,1 (81)	
Q29 diagnostique complémentaire	66,7 (3)	87,5 (8)	60 (10)	71,4 (21)	
Q30 traitement hospital	83,3 (30)	79,3 (29)	76,7 (30)	79,8 (89)	0,811
Q31 explication ttt hospitalier	40 (30)	51,7 (29)	40 (30)	43,8 (89)	0,579
Q32 explication au changement de ttt	33,3 (3)	87,5 (8)	72,7 (30)	72,7 (41)	
Q33 évolution dans le service	73,3 (30)	58,6 (29)	63,3 (30)	65,2 (89)	0,479
Q34 ttt de sortie	96,4 (28)	84,6 (26)	85,7 (28)	89 (82)	
Q35 durée du ttt de sortie	100 (18)	75 (12)	42,9 (14)	75 (44)	
Q36 suivi	71,4 (28)	76,9 (26)	71,4 (28)	73,2 (82)	0,872

Q37 informations données	26,7 (30)	10,3 (29)	3,3 (30)	13,5 (89)	
Identité complète	100 (30)	100 (29)	100 (30)	100 (89)	
Examen clinique	63,3 (30)	44,8 (29)	80 (30)	62,9 (89)	0,020
Résultats des examens	83,3 (30)	96,6 (29)	93,3 (30)	91 (81)	
Orientation diagnostique	96,4 (28)	96,6 (29)	82,1 (28)	91,8 (85)	
IPAQSS niveau 2	96.6 (30)	86.2 (29)	83.3 (30)	88.76 (89)	

1- Description des résultats globaux.

Par soucis de confidentialité, nous nommerons les médecins M1, M2 et M3

a- Données réglementaires. (N=90)

Sur les 90 séjours hospitaliers étudiés nous avons retrouvé 89 courriers de sortie, sur ces 89 courriers 88 ont été adressés avant le délai légal de huit jours (IPAQSS niveau un) soit 98.9% des courriers étudiés.

Tous les courriers trouvés sont datés.

b- Présentation générale des courriers.(N=89)

Tous les courriers sont dactylographiés.

Sur les 89 courriers trouvés 41 sont décrits comme structurés en rubriques distinctes (antécédents, anamnèse, examen clinique....) soit 46.1%.

55 courriers sont d'une longueur maximale d'une page soit 61.8% du total.

c- Données administratives. (N=89)

Tableau 2 : Présence des données administratives N=89

<i>Données administratives</i>	<i>% (n)</i>
Nom du patient	100 (89)
Prénom du patient	100 (89)
Age ou date de naissance	100 (89)
Mode d'admission	44.9 (40)
Mode de sortie	40.4 (36)
Date d'entrée	100 (89)
Date de sortie	100 (89)
Service responsable identifié	100 (89)
Rédacteur identifié	100 (89)
Rédacteur est un PH	100 (89)
Le courrier retrace toute l'hospitalisation	95.5 (85)

L'identité du patient est complète dans 100% des courriers étudiés, il en est de même pour les dates d'entrée et de sortie, l'identification du service, ainsi que pour l'identité du rédacteur. Tous les courriers sont dictés par des PH. Ces données sont essentielles au courrier, mais sont intégrées automatiquement au courrier à partir du dossier informatique du patient ; ne pas les retrouver serait donc plus qu'improbable si le dossier est correctement rempli, ce qui semble être le cas dans notre étude.

Les patients hospitalisés ne séjournent pas uniquement dans un seul service mais peuvent passer d'une unité à une autre du fait des services impliqués dans leur prise en charge et de la disponibilité des lits, il est donc intéressant de noter que 95% des courriers retracent toute l'hospitalisation.

Les modes d'admission et de sortie qui étaient jugés accessoires sont présents dans respectivement 44.9% et 40.4% des cas. On note une différence de pratique sur ces items entre les PH du service ; en effet on retrouve pour le mode d'admission dans 63.3% des cas pour M1, 58.6% pour M2 et 13.3% pour M3 ($p=0.000$). En ce qui concerne le mode de sortie, il est présent dans 46.7% des cas pour M1, 62.1% de M2 et 13.3% pour M3 ($p=0.000$). Nous pouvons donc noter que, utile ou non, certains items sont rapportés différemment selon le rédacteur.

d- Données médicales.

Tableau 3 : Présence des données médicales

<i>Données médicales</i>	<i>% (n)</i>
Antécédents personnels et familiaux N=89	64 (57)
Motif d'admission N=89	96.6 (86)
Habitus, contexte social N=89	32.6 (29)
Traitement d'entrée N=82	12.2 (10)
Anamnèse N=89	56.2 (50)
Résumé de l'examen clinique N=89	62.9 (56)
Résultats des examens paracliniques N=89	91 (81)
Liste des examens paracliniques N=89	60.7 (54)
Hypothèse diagnostique N=26	53.8 (14)
Diagnostique principal N=81	90.1 (81)
Diagnostique complémentaire N=21	71.4 (15)
Traitement instauré à l'hôpital N=89	79.8 (71)
Explication au traitement hospitalier N=89	43.8 (39)
Explication au changement de traitement de fond N=22	72.1 (16)
Evolution dans le service N=89	65.2 (58)
Traitement de sortie N=82	89 (73)
Durée du traitement de sortie N=44	75 (33)
Suivi N=82	73.2 (60)
Informations données N=89	13.5 (12)

Les données les plus retrouvées sont : le motif d'admission (96,6%), les résultats des examens paracliniques (91%), le diagnostique principal (90.1%), et le traitement de sortie (89%) ; il n'y a pas de différence de pratique entre les médecins du service pour ces items ($p > 0.05$).

Viennent en suite : le traitement instauré à l'hôpital (79.8%), la durée du traitement de sortie (75%), les modalités de suivi (73.2%). Il n'y a pas de différence de pratique en ce qui concerne la notification du traitement hospitalier ($p = 0.811$) et les modalités de suivi ($p = 0.872$) ; en revanche il existe des divergences par rapport à l'ensemble du service en ce qui concerne la durée du traitement de sortie. Ce dernier item est retrouvé dans 100% des cas où il peut être évoqué pour M1 ($p_1 = 0.0151$), 75% des cas pour M2 ($p_2 = 0.675$) ce qui est équivalent au résultat du service et 42.9% pour M3 ($p_3 = 0.0304$) ce qui est moins performant.

Un diagnostique complémentaire est exprimé dans 71.4% des courriers dans il lequel il est possible d'en évoquer un ; le pourcentage passe à 53.8% pour une hypothèse diagnostique. Il n'y a pas de comparaison possible entre les médecins pour cet item. En

revanche il existe une différence dans la restitution d'une liste des examens complémentaires réalisés au cours du séjour. En effet une liste est énoncée dans le courriers dans 60.7% des courriers totaux mais on la retrouve dans 26.7% des courriers de M1, 72.4% pour M2 et 83.3% pour M3 ($p=0.000$).

Les antécédents personnels et/ou familiaux sont retrouvés dans 64% des courriers, sans différence de pratique ($p=0.196$).

Les explications à l'instauration du traitement hospitalier et des changements de traitement de fond étaient des demandes fréquemment trouvées dans la littérature et sont retrouvées respectivement dans 43.8% et 72.7% des courriers. Il n'y a pas de différence de pratique pour l'explication au traitement hospitalier ($p=0.579$), aucune comparaison entre les médecins n'a pu être établie pour l'explication au changement de traitement.

Il est à noter qu'un résumé de l'examen clinique n'est présent que dans 62.9% des cas alors qu'il s'agit d'une demande majeure des MT, nous y reviendrons par la suite.

L'anamnèse (qui est jugées utile ou accessoire selon les auteurs) est retrouvée dans 56.2% des courriers avec, ici aussi, une différence entre les rédacteurs ($p=0.000$) ; ainsi M1 en fait mention dans 46.7% des cas, M2 dans 31% et M3 dans 90% des courriers.

L'information donnée au patient et à son entourage est un des points faisant le plus souvent défaut des courriers et qui fait l'objet d'une demande accrue dans la littérature. On ne retrouve une notion d'information donnée uniquement dans 13.5% des courriers, sans que l'on puisse faire de comparaison entre les médecins du service.

Les habitudes de vie et le contexte social ne sont mentionnés que dans 32.6% des courriers avec, là aussi, une certaine homogénéité des rédacteurs ($p=0.839$).

Globalement, on peut dire que les courriers de sortie répondent parfaitement aux exigences réglementaires ainsi qu'aux attentes que l'on peut avoir pour les informations administratives.

En ce qui concerne les informations médicales, celles jugées les plus utiles dans la littérature sont fréquemment retrouvées hormis l'examen clinique alors qu'il s'agit d'une des demande les plus forte des médecins traitants.

2- Descriptions des résultats pour les informations essentielles.

a- Utilisation de la référence nationale IPAQSS « délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » et données réglementaires.

Niveau 1.

Il s'agit du nombre de courriers de fin d'hospitalisation envoyés dans un délai inférieur ou égal à 8 jours. 88 courriers sur les 89 étudiés répondent à ce niveau d'exigence, soit 98.9%.

Niveau 2.

Il s'agit du nombre de courriers de fin d'hospitalisation adressés dans les huit jours et ayant un contenu complet comme nous l'avons précisé plus haut. 79 courriers correspondent à ce niveau soit 88.76%. Le nombre chute à cause de l'absence de traitement de sortie dans les courriers ne répondant pas à ce niveau, puisque l'identité du patient est complète dans 100% des cas, et qu'ils contiennent une synthèse de l'hospitalisation.

b- Présentation du courrier (Figure 1)

Comme nous l'avons vu plus haut les MT demandent, dans la mesure du possible, des courriers structurés et brefs.

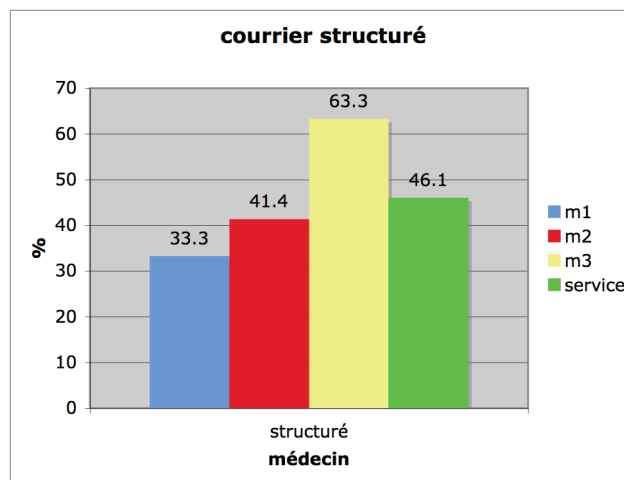


Figure 1 : Proportion de courriers structurés

Seulement 46.1% des courriers de l'ensemble du service sont structurés en rubriques distinctes. Les tests de comparaison ne permettent pas de dire qu'il y a une différence de pratique entre les médecins du service ($p=0.055$) mais l'on peut tout de même dégager une tendance qu'illustre bien la figure 1.

En ce qui concerne la longueur des courriers de fin d'hospitalisation, 61.8% font une page maximum, sans différence entre les praticiens ($p=0.965$).

c- Données administratives

Comme nous l'avons décrit plus haut, nous avons retenu comme informations administratives essentielles les dates d'entrée et sortie du patient, l'identification du service et du rédacteur. Pour toutes ces données le résultats est de 100% étant données l'informatisation du dossier médical.

d- Données médicales

> Résumé de l'examen clinique (Figure 2)

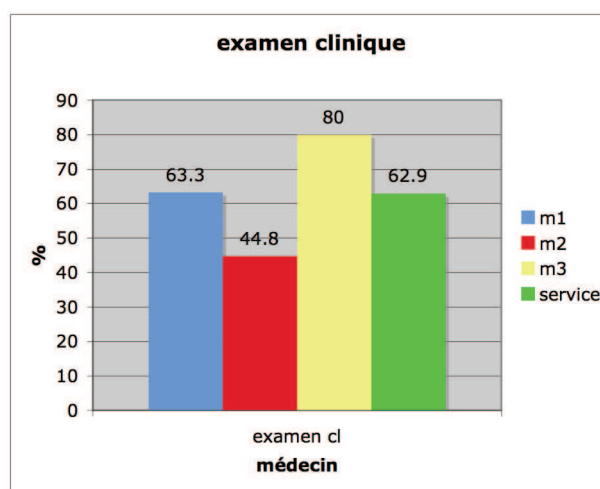


Figure 2 : Présence d'un résumé de l'examen clinique

L'examen clinique est un temps essentiel de la conduite diagnostique et un résumé en est vivement demandé par les MT.

On peut dire que globalement les courriers de fin d'hospitalisation étudiés en sont déficient (62.9% de présence), mais il est possible de dégager une différence significatives

des pratiques des PH du service ($p=0.020$). Ainsi on peut voir que M1 présente un résumé dans 63.3% des cas, M2 dans 44.8% des cas et M3 dans 80% des cas.

>Résultats des examens complémentaires (Figure 3)

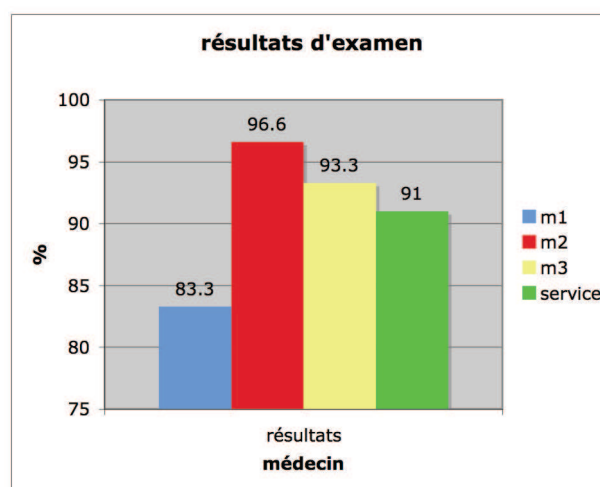


Figure 3 : Présence de résultats d'examens complémentaires

Les résultats des examens complémentaires sont présents dans 91% des courriers étudiés. Aucune différence significative n'a pu être observée dans les pratiques pour cette information principale. Il n'y a pas de comparaison possible entre les médecins, et les pratiques de chacun ne diffèrent pas de celles de l'ensemble du service ($p_1=0.929$, $p_2=0.300$, $p_3=0.516$)

> Orientation diagnostique.(Figure 4)

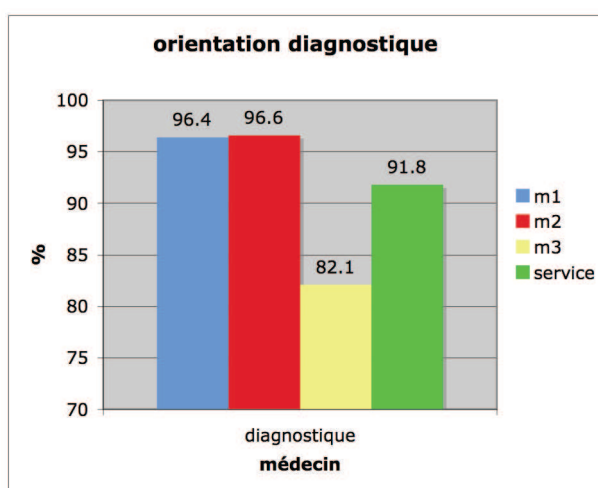


Figure 4 : Présence d'une orientation diagnostique

Même si un diagnostic principal ne peut être posé à la sortie de l'hôpital, on peut quand même émettre des hypothèses qui seront à confirmer ou infirmer par la suite, et/ou poser un diagnostic complémentaire.

L'effectif étudié pour cette information est de 85 courriers, en effet nous avons coté comme non applicable les items relatifs au diagnostics pour 4 courriers réalisés suite à des hospitalisations pour traitement par chimiothérapie.

Cette orientation diagnostique est présente dans 91.8% des courriers du service étudiés. Il n'y a pas de comparaison possible entre les médecins, les pratiques de chacun ne diffèrent pas de celles de l'ensemble du service ($p_1=0.364$, $p_2=0.348$, $p_3=0.957$).

> Traitement instauré à l'hôpital (Figure 5)

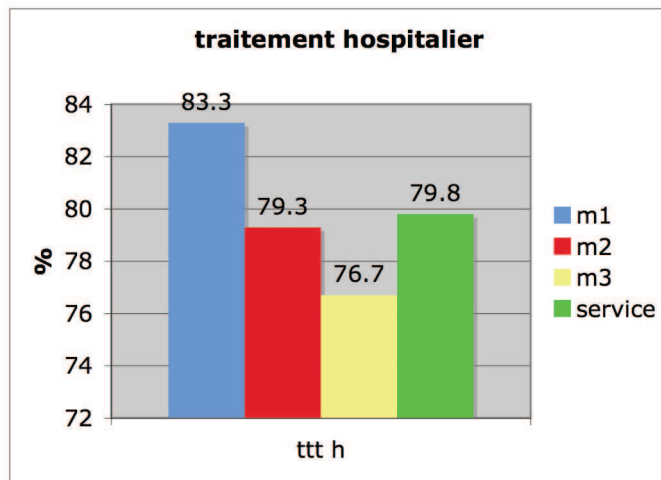


Figure 5 : Présence du traitement hospitalier

Les traitements administrés aux patients lors de leur hospitalisation sont présents dans 79.8% des courriers du service et on ne peut dégager de différence significative entre les pratiques des médecins du service ($p=0.811$).

> Le traitement de sortie (Figure 6)

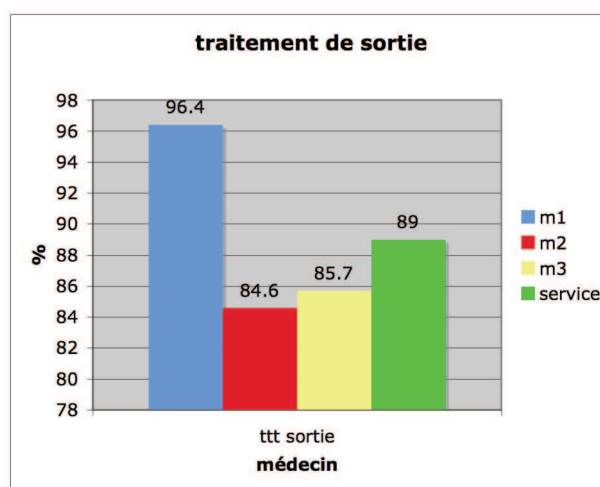


Figure 6 : Présence du traitement de sortie

Tous les patients ne nécessitent pas de traitement de sortie, soit parce leur traitement est terminé à la sortie l'hôpital, soit parce qu'ils n'ont pas de traitement au long court. D'après notre étude des courriers, 82 courriers sur les 89 retrouvés doivent présenter un traitement de sortie ; les 7 courriers exclus le sont pour cause de décès du patient.

Le traitement de sortie est mentionné dans les courriers pour 89% pour le service entier. Une comparaison entre les médecins n'a pu être établie, mais il n'y a pas de différence de pratique entre chaque médecin et le service ($p_1= 0.221$, $p_2=0.830$, $p_3=0.795$).

>Modalités de suivi (Figure 7)

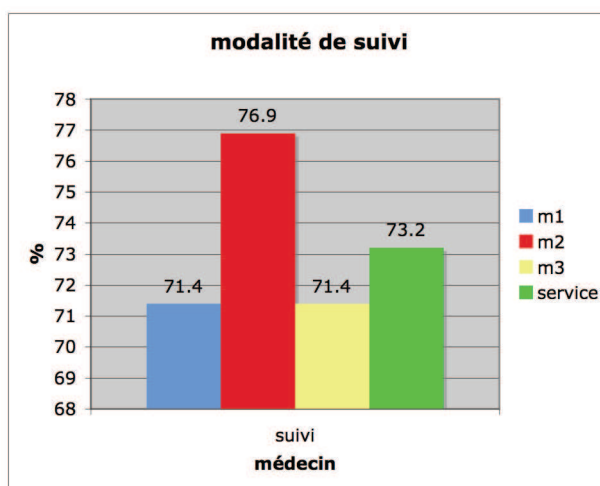


Figure 7 : Présence des modalités de suivi

82 courriers ont été étudiés pour cette information, en effet nous avons exclu les courriers relatifs au décès, soit 7 courriers.

Les modalités de suivi post-hospitalier sont précisées dans 73.2% des courriers du service, il n'y a pas de différence significative entre les pratiques des médecins du service ($p=0.872$).

> Informations données au patient et à son entourage. (Figure 8)

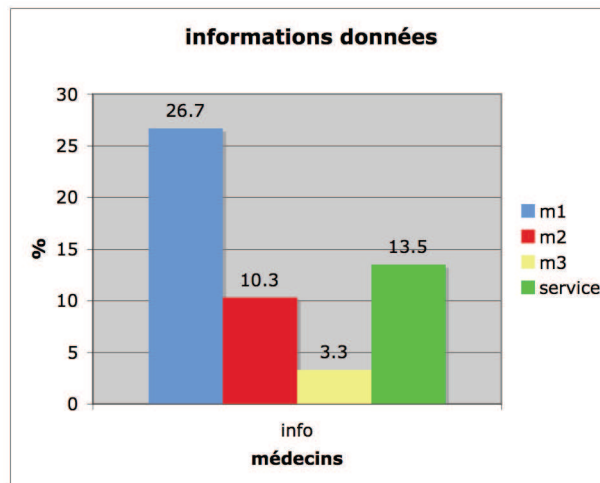


Figure 8 : présence d'informations données au patient et à son entourage

Sur la totalité des courriers étudiés, les informations transmises au patient et à son entourage sont présentes uniquement dans 13.5% des cas. Aucune comparaison n'a pu être établie entre les pratiques des médecins, et il n'y a pas de différence significative entre chaque rédacteur et l'ensemble du service ($p_1=0.095$, $p_2=0.469$, $p_3=0.109$).

Ces résultats sont à pondérer en fonction de la pathologie diagnostiquée ou prise en charge. Ainsi si l'on ne garde que les séjours concernant la découverte d'un cancer ou la survenue d'un décès, l'information donnée au patient et à son entourage est mentionnée dans 11 courriers sur 25 concernés soit 44% des cas. (63% pour M1, 50% pour M2 et 12.5% pour M3).

IV- DISCUSSION.

IV-DISCUSSION

L'objet principal de ce travail est d'observer si les courriers de fin d'hospitalisation du service de pneumologie du CH de Chambéry répondent aux attentes de ses correspondants et donc en premier lieu des médecins traitants. Nous avons pu étudier divers aspects du courriers de sortie et mettre en avant leurs points positifs et leurs lacunes. Cependant un certain nombre de commentaires sont à faire.

1- Réglementation et présentation des courriers de fin d'hospitalisation.

a- Réglementation.

Il est obligatoire de réaliser un courrier de fin d'hospitalisation et de l'adresser au médecin désigné par le patient dans les huit jours (art R 1112-1 du CSP) [34].

Parmi les 90 séjours hospitaliers tirés au sort et étudiés, un seul courrier n'a pas été réalisé pour une raison inconnue. Il n'en demeure pas moins que ce résultat est excellent.

L'habitude du service est de réaliser un courrier au moment même de la sortie du patient et ce courrier de fin de séjour est remis en main propre au patient lors de son départ. C'est pour cela que nous avons étudié la proportion de courriers rédigés dans les huit jours et non le délai d'envoi du courrier. Là encore les résultats du services sont excellents avec un seul courrier rédigé au-delà des huit jours. Ce courrier « retardé » a été rédigé au bout de 10 jours ce qui ne semble pas être un délai excessif au regard de l'étude de J.Harding de 1987 [24] ou un délai de 14 jours pouvait être satisfaisant. Il n'empêche que nous n'avons pas étudié le délai de réception des courriers de fin de sortie et c'est précisément ce délai de réception qui est source de plainte des MT [6, 8, 23, 24, 35, 36]. Ce délai a été étudié au cours de plusieurs travaux [3, 6, 12, 37] où il était retrouvé insuffisant. En revanche l'attitude du service à confier le courrier au patient en main propre lors de sa sortie doit optimiser ce délai de diffusion du courrier selon plusieurs travaux [12, 38]. En effet il semble que confier le courrier directement au patient a de nombreux avantages : les informations sont plus « fraîches » dans l'esprit du rédacteur, le courrier arrive plus rapidement au MT, cela responsabilise le patient et le rend acteur de sa prise en charge, et cela diminue les coûts [12, 35, 38].

Il a été montré par C. Van Walraven qu'un patient avait moins de risque de réhospitalisation s'il avait consulté dans les suites de sa sortie un médecin ayant à sa disposition le courrier de sortie [36]. De plus, une autre étude du même auteur révèle qu'une grande partie des courriers de sortie n'était pas reçue à temps et qu'une des raisons était une rédaction trop tardive [35], ce qui justifie l'étude du délai de rédaction du courrier que nous avons effectuée.

b- Présentation.

L'étude de la littérature rapporte une demande des MT de courriers structurés en rubriques distinctes [7, 13, 17-20, 23] et brefs [13, 17, 18].

Notre étude retrouve 46.1% de courriers structurés et 61.8% de courriers d'une page maximum.

Les courriers structurés en rubriques distinctes semblent être plus rapide à lire, repérer les informations essentielles y est plus aisé et ils sont plus brefs [18, 19]. Ce sont ces points qui rendent intéressants ce type de courriers aux yeux des MT qui manquent de temps. En revanche les courriers structurés décrivent moins bien l'histoire de la maladie et l'admission du patient.

On peut donc dire que, dans un souci d'amélioration de la continuité des soins les médecins pourraient tendre à structurer plus leurs courriers de fin d'hospitalisation, ce qui les rendrait plus lisible et plus brefs.

On sait que la longueur d'un courrier de fin d'hospitalisation est corrélée à la durée de cette hospitalisation et on ne peut choisir la durée d'une hospitalisation. Par contre on pourrait essayer de structurer plus les courriers traitant d'un long séjour ce qui les rendrait plus court.

2- Contenu des courriers de fin d'hospitalisation.

a- Contenu administratif.

Les informations essentielles que sont l'identité complète du patient, les dates d'entrée et sortie, l'identification du service et du rédacteur sont automatisées et donc retrouvées dans 100% des courriers étudiés.

Il est intéressant de voir que tous les courriers sont rédigés par un PH et que 95.5% d'entre eux relatent toute l'hospitalisation. En effet, ce courrier de sortie se doit de décrire toute la durée de l'hospitalisation surtout si le patient a séjourné dans plusieurs services, ce qui est souvent le cas.

b- Contenu médical.

Le contenu médical du courrier de fin d'hospitalisation est primordial, c'est grâce à ces informations que la continuité des soins peut être mise en œuvre.

Nous avons étudié les principaux aspects des informations médicales devant exister dans les courriers. Les informations principales demandées par les MT sont le diagnostique principal, les traitements instaurés à l'hôpital, le traitement de sortie, les résultats des examens paracliniques, les signes cliniques pertinents, les modalités de suivi, les informations données au patient et à son entourage [17, 23]. Dans l'ensemble les résultats sont homogènes.

S.Kipralani a publié un travail regroupant 55 études qui ont recherché les lacunes de communication dans les courriers de sortie [23], nous nous y référerons pour situer nos principaux résultats.

Nous avons choisi de regrouper les trois données relatives au diagnostique (diagnostique principal, hypothétique et complémentaire) pour en créer une ce que nous avons nommé l'orientation diagnostique. En effet il semblait réducteur de n'étudier que la présence d'un diagnostique principal qui ne peut être posé systématiquement à la fin de chaque hospitalisation. Une orientation diagnostique est présente dans 91.8% des courriers dans lesquels elle peut être évoquée (90.1% pour un diagnostique principal) ce qui est comparable aux études publiées [23], voir même légèrement plus performant puisque le diagnostique principal est manquant dans 13% selon ces mêmes études. Il n'en demeure pas moins qu'il manque une conclusion diagnostique dans 8.2% des courriers, ce qui est donc perfectible.

Le traitement instauré à l'hôpital est mentionné dans 79.8% des courriers, ce qui est un peu supérieur aux valeurs observées dans la littérature (29,5% manquant) [23]. Cela fait tout de même 20.2% d'absence de notification du traitement réalisé à l'hôpital, nous pouvons donc attendre une amélioration sur ce point.

Le traitement de sortie est présent dans 89% des courriers dans lesquels il a été jugé nécessaire de le trouver (soit 82 courriers, nous avons exclus les décès). Sur ce point, le

service se situe un peu au-dessus de ce qui a été retrouvé, en effet le traitement de sortie manquait dans 25% des courriers selon les études [23]. Il n'empêche que connaître le traitement de sortie est indispensable au MT pour pouvoir poursuivre la prise en charge du patient dans les suites de son hospitalisation et que nous pouvons attendre à avoir un taux de présence de 100%.

Les résultats des examens complémentaires sont présents dans 91% des courriers étudiés, ce qui semble être nettement plus performant que ce qui a été trouvé dans d'autres études (résultats manquants pour une valeur médiane de 65%) [23]. De plus il est à noter que sur les 8 courriers dans lesquels les résultats des examens complémentaires ne sont pas mentionnés, 5 sont des courriers relatifs à un décès.

Un résumé de l'examen clinique n'est présent uniquement dans 62.9% des courriers étudiés. Ce résultat est aussi comparable à ce qui a été retrouvé dans la littérature (45.5% d'absence) [23]. Cependant ce résultat semble être faible et très nettement améliorable. Il est retrouvé sur ce point une différence des pratiques entre les médecins du service ($p=0.020$). En effet M1 retranscrit un résumé de l'examen clinique dans 63.3% des cas, M2 dans 44.8% et M3 dans 80% de ses courriers. Ces résultats montrent une nette différence de pratique des médecins du service et qu'il est possible d'améliorer les performances sur ce point précisément. Il n'est bien sûr pas demandé de retranscrire tout l'examen clinique réalisé mais les signes pertinents aidant au diagnostic et à la prise en charge [22, 23, 31]. Les études divergent sur ce point, certaines demandent plutôt les signes positifs [7, 17] et d'autres les signes dits pertinents [22, 23, 31]. Il nous a semblé plus utile à l'amélioration de la continuité des soins de retenir comme information essentielle du courrier de fin d'hospitalisation la présence d'un résumé de l'examen clinique plutôt que les signes cliniques positifs. En effet un signe clinique négatif est parfois tout aussi important à la conduite diagnostique et thérapeutique qu'un signe positif, l'importance étant que le signe clinique notifié soit contributif à la prise en charge [29].

Les modalités de suivi sont trouvées dans 73.2% des courriers pouvant contenir cette information, ce qui est superposable aux études publiées, dans lesquelles on en retrouve mention dans 70% des cas [23]. Tout comme la recherche du traitement de sortie, l'étude de cet information a porté sur 82 courriers en excluant les décès survenus. Certes il est des cas dans lesquels un suivi particulier n'est pas nécessaire mais en faire mention peut être utile.

Le dernier point important demandé par les MT est de connaître la nature des informations qui ont été données au patient et à son entourage sur sa pathologie et sa prise en charge [1, 7, 15, 17, 22, 23, 25, 26, 33]. Certaines études affinent cette requête pour les

patients atteints de pathologies graves [7] et pour les patients en traitement par chimiothérapie [33]. Nous avons retrouvé la notification des informations données dans 13.5% des cas, ce qui semble être plus performant que ce qui a été trouvé précédemment (92% d'information manquante) [23]. Si on tient compte de l'importance de cette information lors du diagnostic de cancer, de décision de soin palliatif ou de traitement par chimiothérapie, l'information est transmise dans 44% des courriers concernés (11 sur 25). Mais un biais est existant sur ce point car pour une personne hospitalisée régulièrement pour effectuer un traitement par chimiothérapie, les informations données ne vont pas être retranscrites à chaque courrier réalisé.

3- Carences de cette étude.

Nous avons étudié 90 dossiers en tout, soit 30 dossiers par PH. Ce nombre de dossiers semble suffisant pour étudier les performances du service dans son ensemble. Dans l'étude effectuée à Grenoble en 1996, 30 dossiers avaient été étudiés par service [39], et selon le projet COMPAQH, 80 dossiers sont suffisants pour l'étude des indicateurs créés par le projet. En revanche, nous désirions étudier si une différence de pratique entre les médecins du même service existait. La seule différence significative trouvée a été sur le résumé de l'examen clinique. Les autres informations essentielles au courrier de sortie n'ont pu être comparée entre les médecins à cause d'effectif trop réduit. Les effectifs n'ont pu être augmentés car un des médecins n'était dans le service que depuis peu de temps et nous avons pu juste trouver 30 séjours à étudier. Certaines différences ont pu être observées mais sur des items mineurs (tableau 1).

4- Retour d'information.

L'objectif de ce travail est d'évaluer la qualité des courriers de fin d'hospitalisation du service de pneumologie dans l'optique de les améliorer et ainsi optimiser la continuité des soins.

Pour qu'il puisse y avoir une amélioration, il faut porter à la connaissance des médecins impliqués les performances du service, car ils le représentent, mais aussi leur propre performance. En effet, il est plus difficile de reconnaître son propre travail lorsqu'il

est noyé dans la masse. Et comme nous l'avons vu précédemment, il existe des différences de pratiques entre les PH du service ou entre les PH et le service dans son ensemble ; si des différences de pratiques n'ont pu être établies statistiquement, il est possible de dégager certaines tendances. Le but n'étant pas d'établir un classement ou une hiérarchie mais de porter à la connaissance des médecins les points perfectibles.

Nous avons donc constitué un tableau synthétique des résultats concernant les informations essentielles du courrier de fin d'hospitalisation, et réalisé un graphique de type « radar » représentant les performances du service et du médecin concerné. Les données administratives n'apparaissent pas sur ces graphiques car étant toujours présentes, il était inutile de surcharger les documents joints par soucis de rapidité d'accès à l'information.

Les graphiques et tableaux réalisés et transmis à chaque médecin sont joints en annexes et illustrent bien les performances du service et celle du médecin concerné.

5- Perspectives et suggestions.

Ce travail constitue un état des lieux de la qualité des courriers de fin d'hospitalisation du service de pneumologie du CH de Chambéry. Et certaines réflexions et suggestions peuvent s'avérer utiles pour l'amélioration de ces courriers.

Nous avons vu que certaines informations pouvaient manquer. De plus nous avons vu la demande de structuration des courriers. On pourrait donc imaginer d'instaurer une méthode de rédaction des courriers grâce à un modèle standardisé qui serait structuré en rubriques. L'utilisation de ce genre de courrier apporte satisfaction aux MT de part des renseignements plus pertinents pour le suivi des soins, un accès plus facile aux informations et des courriers plus courts [18]. De plus, structurer les courriers de sortie oblige le rédacteur à décrire avec concision ce qu'il pense que sont les problèmes du patient et quelle est la conduite à tenir [19].

Un futur travail pourrait consister à élaborer un tel standard et l'expérimenter auprès de MT correspondants du service.

Les courriers sont dans le service, comme nous l'avons vu, confiés aux patients à leur sortie. Le délai d'édition est excellent, mais cela ne dit pas si le médecin traitant qui va poursuivre les soins en ambulatoire aura à sa disposition le courrier lors de la première consultation. En effet il est possible que le patient puisse oublier le courrier. Cela soulève donc le problème de l'efficacité de ce mode de fonctionnement. Il serait possible de réaliser

une enquête auprès des MT pour savoir si les courriers arrivent bien à destination et dans quel délai, comme cela a déjà été réalisé [35].

L'évolution des technologies informatiques permet d'envisager de nouvelles possibilités de diffusion des informations médicales par voie électronique [40]. La diffusion des courriers de fin d'hospitalisation est possible par e-mail mais sous condition de confidentialité (serveurs sécurisés, cryptage informatique), avec l'adhérence des correspondants en ville et une organisation entre les différents partenaires du réseau hôpital-ville mis en oeuvre [40-42]. Les avantages de ce mode de diffusion des informations médicales sont nombreuses : rapidité de transmission, rapidité de classement et d'archivage, rapidité de lecture, aide à une meilleure prise en charge du patient [43].

V- CONCLUSION.

THESE SOUTENUE PAR: Matthieu Boyreau

TITRE: Pertinence des courriers de sortie du service de pneumologie du CH de Chambéry. Les courriers répondent-ils aux attentes des médecins traitants?

V- CONCLUSION

Ce travail a permis de faire les premières observations des courriers de fin d'hospitalisation du service de pneumologie du CH de Chambéry. Nous avons analysé 90 courriers tirés au sort (30 par PH) pour la période du 1^{er} janvier 2009 au 15 juin 2009. Pour étudier les courriers, une grille de cotation a été réalisée à partir des attentes des MT retrouvées dans la littérature et une quinzaine d'informations essentielles en ont été dégagées. Les résultats ont été analysés pour le service dans sa globalité et pour chaque PH tout en recherchant une éventuelle différence de pratique.

Les résultats s'inscrivent dans ceux retrouvés dans la littérature mais n'en sont pas moins perfectibles. Ainsi les courriers répondent à la réglementation en étant présents dans les dossiers et rédigés dans les huit jours, optimisant ainsi les chances que le MT receveur puisse en avoir connaissance lors de la première consultation post-hospitalière.

L'informatisation des données a permis de ne plus avoir de problème avec les données administratives comme l'identité complète du patient, les dates d'entrée et de sortie, l'identification du service et du médecin responsable. En revanche ce travail a permis d'étudier la présence ou l'absence d'informations essentielles devant exister dans un courrier de fin d'hospitalisation. Une optimisation de chaque point est possible dans des proportions différentes, mais il semble clair que le résumé de l'examen clinique, les modalités de suivi et la retranscription des informations données au patient et à son entourage sont à améliorer.

En vue d'une progression de la qualité de ces courriers, un retour d'information a été réalisé pour que chaque rédacteur puisse s'identifier au problème sous la forme d'un document synthétique de type « radar » illustrant les performances du service et celles du PH concerné.

Il serait possible d'améliorer la qualité des courriers de sortie en proposant un modèle standardisé dans le but de structurer les courriers, d'omettre aucun point important, faciliter l'accès aux informations et ainsi de satisfaire les MT destinataires.

La question du mode de diffusion reste en suspend, le mode actuel a ses avantages mais on pourrait imaginer dans l'avenir une transmission électronique dans les conditions requises tant légales que pratiques d'organisation.

Pour observer une amélioration de la qualité des courriers de fin d'hospitalisation, une nouvelle étude pourrait être réalisée dans les années à venir.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 23/11/2008

LE DOYEN

B.SELE



LE PRESIDENT DE THESE

PROFESSEUR MARIOTTI

VI- BIBLIOGRAPHIE.

VI- BIBLIOGRAPHIE.

1. Balla JI, Jamieson WE: **Improving the continuity of care between general practitioners and public hospitals.** *Med J Aust* 1994, **161**(11-12):656-659.
2. Lane N, Bragg MJ: **From emergency department to general practitioner: evaluating emergency department communication and service to general practitioners.** *Emerg Med Australas* 2007, **19**(4):346-352.
3. Wilson S, Ruscoe W, Chapman M, Miller R: **General practitioner-hospital communications: a review of discharge summaries.** *J Qual Clin Pract* 2001, **21**(4):104-108.
4. Gosbee J: **Communication among health professionals.** *BMJ* 1998, **316**(7132):642.
5. Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T: **Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting.** *J Gen Intern Med* 2003, **18**(8):646-651.
6. Long A, Atkins JB: **Communications between general practitioners and consultants.** *Br Med J* 1974, **4**(5942):456-459.
7. Tulloch AJ, Fowler GH, McMullan JJ, Spence JM: **Hospital discharge reports: content and design.** *Br Med J* 1975, **4**(5994):443-446.
8. Beden C: **Attentes et satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis d'un hôpital universitaires.** *Journal de l'économie médicale* 2001, **19**(4):263-278.
9. Pantilat SZ, Lindenauer PK, Katz PP, Wachter RM: **Primary care physician attitudes regarding communication with hospitalists.** *Dis Mon* 2002, **48**(4):218-229.
10. Presley AP: **"Dear doctor..."**. *Br Med J* 1977, **1**(6054):169-170.
11. Kenny C: **Hospital discharge medication: is seven days supply sufficient?** *Public Health* 1991, **105**(3):243-247.
12. Penney TM: **Delayed communication between hospitals and general practitioners: where does the problem lie?** *BMJ* 1988, **297**(6640):28-29.
13. King MH, Barber SG: **Towards better discharge summaries: brevity and structure.** *West Engl Med J* 1991, **106**(2):40-41, 55.
14. Nielsen JA, Schlichting P, Dyremose EB, Riis P: **[Epicrisis. A report from the county of Copenhagen].** *Ugeskr Laeger* 1990, **152**(42):3066-3068.
15. Jorgensen FS, Kjaergaard J, Blegvad K: **[Evaluation of the discharge summary by general practitioners. A questionnaire study].** *Ugeskr Laeger* 1990, **152**(42):3056-3059.
16. Mageean RJ: **Study of "discharge communications" from hospital.** *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986, **293**(6557):1283-1284.
17. François P: **Qualité des courriers de fin de séjour hospitalier: besoins et attentes des médecins libéraux.** *La presse médicale* 1996, **25**(25):1136-1139.
18. van Walraven C, Duke SM, Weinberg AL, Wells PS: **Standardized or narrative discharge summaries. Which do family physicians prefer?** *Can Fam Physician* 1998, **44**:62-69.

19. Rawal J, Barnett P, Lloyd BW: **Use of structured letters to improve communication between hospital doctors and general practitioners.** *BMJ* 1993, **307**(6911):1044.
20. Paterson JM, Allega RL: **Improving communication between hospital and community physicians. Feasibility study of a handwritten, faxed hospital discharge summary.** Discharge Summary Study Group. *Can Fam Physician* 1999, **45**:2893-2899.
21. van Walraven C, Rokosh E: **What is necessary for high-quality discharge summaries?** *Am J Med Qual* 1999, **14**(4):160-169.
22. Newton J, Eccles M, Hutchinson A: **Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain?** *BMJ* 1992, **304**(6830):821-824.
23. 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* 2007, **297**(8):831-841.
24. Harding J: **Study of discharge communications from hospital doctors to an inner London general practice.** *J R Coll Gen Pract* 1987, **37**(304):494-495.
25. Young DW, Parkes J, Davis WA, Harman D, Williams RS: **Out-patient letters: requirement and contents.** *Eff Health Care* 1985, **2**(6):225-229.
26. Meara JR, Wood JL, Wilson MA, Hart MC: **Home from hospital: a survey of hospital discharge arrangements in Northamptonshire.** *J Public Health Med* 1992, **14**(2):145-150.
27. http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/data/indicateurs/67_Delai%20courriers%20SSR_V2_CDC.pdf.
28. HAS: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/fiche_descriptive_dec_030608.pdf.
29. Solomon JK, Maxwell RB, Hopkins AP: **Content of a discharge summary from a medical ward: views of general practitioners and hospital doctors.** *J R Coll Physicians Lond* 1995, **29**(4):307-310.
30. Campbell B, Vanslembroek K, Whitehead E, van de Wauwer C, Eifell R, Wyatt M, Campbell J: **Views of doctors on clinical correspondence: questionnaire survey and audit of content of letters.** *BMJ* 2004, **328**(7447):1060-1061.
31. Sumi M, Satoh H, Yamashita YT, Ohtsuka M, Sekizawa K: **Improving the quality of discharge summaries.** *CMAJ* 2001, **165**(1):16.
32. van Walraven C, Weinberg AL: **Quality assessment of a discharge summary system.** *CMAJ* 1995, **152**(9):1437-1442.
33. Bado W, Williams CJ: **Usefulness of letters from hospitals to general practitioners.** *Br Med J (Clin Res Ed)* 1984, **288**(6433):1813-1814.
34. **anaes: évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de la santé. Dossier du patient: amélioration de la qualité de la tenue et du contenu, réglementation et recommandations.** 2003.
35. van Walraven C, Seth R, Laupacis A: **Dissemination of discharge summaries. Not reaching follow-up physicians.** *Can Fam Physician* 2002, **48**:737-742.
36. van Walraven C, Seth R, Austin PC, Laupacis A: **Effect of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital readmission.** *J Gen Intern Med* 2002, **17**(3):186-192.

37. Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G: **A study of communication between general practitioners and specialists.** *Br J Gen Pract* 1990, **40**(340):445-449.
38. Sandler DA, Mitchell JR: **Interim discharge summaries: how are they best delivered to general practitioners?** *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987, **295**(6612):1523-1525.
39. Bertrand D, Francois P, Bosson JL, Fauconnier J, Weil G: **Quality assessment of discharge letters in a French university hospital.** *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 1998, **11**(2-3):90-95.
40. Majed B: **Les Technologies de l'Information et de la Communication et la santé.** *ORS Nord-Pas-de-Calais* 2003.
41. Craig J, Callen J, Marks A, Saddik B, Bramley M: **Electronic discharge summaries: the current state of play.** *HIMJ* 2007, **36**(3):30-36.
42. Schabetsberger T, Ammenwerth E, Andreatta S, Gratl G, Haux R, Lechleitner G, Schindelwig K, Stark C, Vogl R, Wilhelmy I *et al*: **From a paper-based transmission of discharge summaries to electronic communication in health care regions.** *Int J Med Inform* 2006, **75**(3-4):209-215.
43. Machan C, Ammenwerth E, Schabetsberger T: **Evaluation of the electronic transmission of medical findings from hospitals to practitioners by triangulation.** *Methods Inf Med* 2006, **45**(2):225-233.

VII- ANNEXES.

ANNEXE 1

GRILLE DE COTATION DES COURRIERS DE SORTIE

DONNEES REGLEMENTAIRES

1-exhaustivité	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
2-date du courrier présente	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
3-édition inférieure ou égale à 8 jours	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

PRESENTATION GENERALE

4-courrier structuré	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
5-courrier d'une page maximum	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

DONNEES ADMINISTRATIVES

6-nom du patient	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
7-prénom du patient	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
8-age ou date de naissance du patient	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
9-mode d'admission du patient	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
10-date d'entrée du patient dans le service	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
11-date de sortie du patient du service	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
12-service identifié	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
13-rédacteur identifié	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
14-type de signataire	<input type="radio"/> interne	<input type="radio"/> PH
15-mode sortie du service	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
16-le courrier retrace toute l'hospitalisation	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

DONNEES MEDICALES

17-antécédents personnels et familiaux	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
18-motif d'admission	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
19-contexte social et habitudes de vie	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
20-traitement d'entrée	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
21-anamnèse	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
22-signes positifs de l'examen clinique	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
23-signes négatifs de l'examen clinique	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
24-liste des examens paracliniques réalisés	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
25-résultats des examens paracliniques normaux	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
26-résultats des examens paracliniques pathologiques	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
27-hypothèse diagnostique applicable	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

non

28-diagnostique principal applicable	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> non
29-diagnostique complémentaire applicable	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> non
30-traitement instauré à l'hôpital	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
31-explication au traitement instauré	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
32-explication au changement de traitement de fond applicable	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> non
33-évolution du patient dans le service	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
34-traitement de sortie applicable	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> non
35-durée du traitement de sortie applicable	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> non
36-modalité d'organisation du suivi post hospitalier applicable	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> non
37-informations données au patient ou à son entourage	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	

Matthieu Boyreau
2009

GUIDE DE REMPLISSAGE

- ◆ courrier structuré : OUI si courrier structuré en paragraphes distincts diagnostics, traitement, évolution...
- ◆ traitement d'entrée : OUI si présent ; NON si absent ; NA si le patient ne prend pas de traitement
- ◆ hypothèse diagnostique : OUI si présente ; NON, si non énoncée clairement NA, si diagnostique principal évident, ou pas de diagnostique attendu.
- ◆ diagnostique principal : OUI si présent ; NON si non énoncé ; NA si le diagnostique n'esr pas encore posé. Ou pas de diagnostique attendu.(cure de chimiothérapie, pose de VNI)
- ◆ diagnostique complémentaire : OUI si présent ; NON, si non énoncé clairement ; NA si diagnostique principal unique., ou pas de diagnostique attendu.
- ◆ explication au changement de traitement de fond : OUI si présent ; NON si changement de traitement de fond non expliqué ; NA si pas de notion du traitement de fond initial ou traitement de fond inchangé
- ◆ durée du traitement de sortie : OUI si présent ; NON si contient des traitement de prescription habituellement limitée ; NA si traitement de sortie = traitement de fond ou pas de traitement de sortie.

Matthieu Boyreau
2009

ANNEXE 2

SYNTHESE DES RESULTATS « INFORMATIONS ESSENTIELLES DU COURRIER DE SORTIE » M1

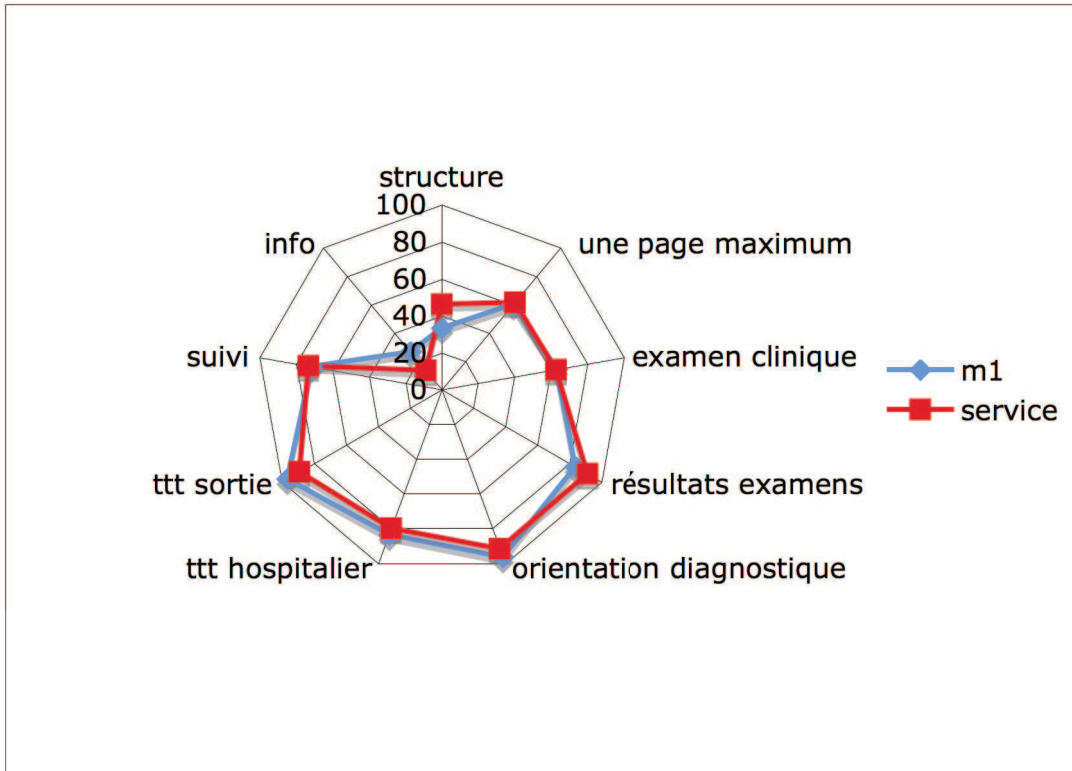


Figure 1 : synthèse des résultats "informations essentielles du courrier de sortie M1"

	m1%	Service%	
structure	33.3	46.1	p=0.223
une page maximum	60	61.8	p=0.861
examen clinique	63.3	62.9	p=0.968
résultats des examens complémentaires	83.3	91	p=0.929
orientation diagnostique	96.4	91.8	p=0.364
traitement hospitalier	83.3	79.8	p=0.67
traitement de sortie	96.4	89	p=0.221
Modalité de suivi	71.4	73.2	p=0.858
Informations données	26.7	13.5	p=0.095

SYNTHESE DES RESULTATS « INFORMATIONS ESSENTIELLES DU COURRIER DE SORTIE » M2

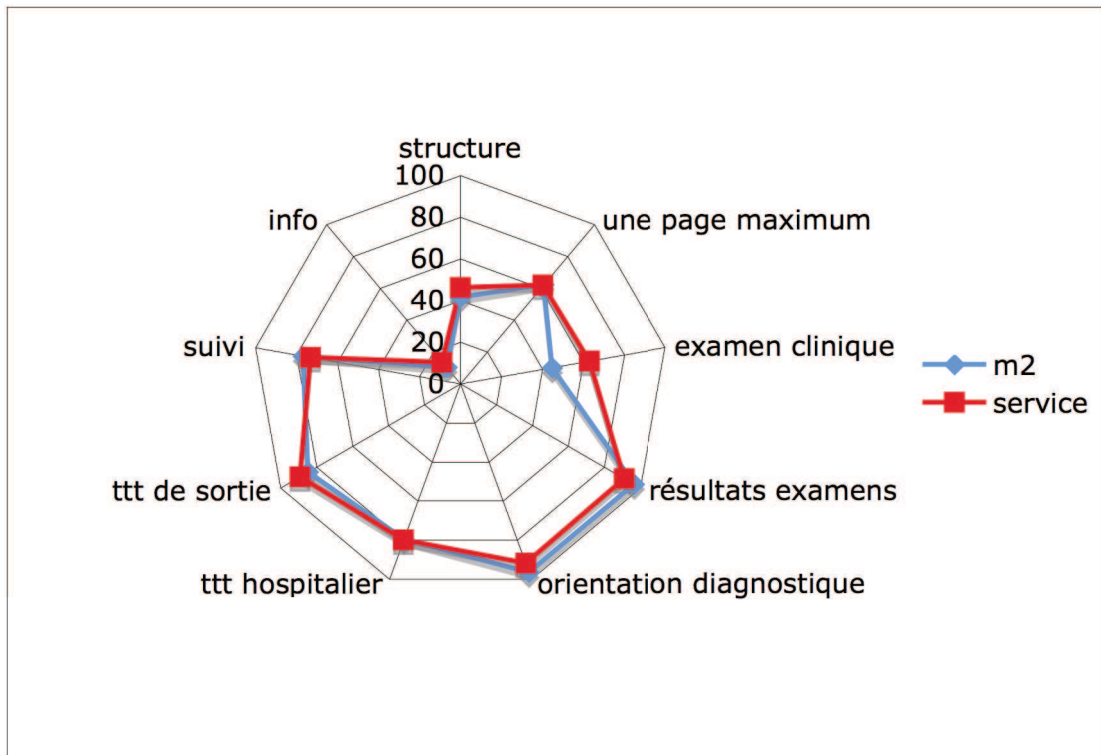


Figure 2: synthèse des résultats "informations essentielles du courrier de sortie M2"

	m2%	Service%	
structure	41.4	46.1	p=0.659
une page maximum	62.1	61.8	p=0.979
examen clinique	44.8	62.9	p=0.086
Résultats des examens complémentaires	96.6	91	P=0.300
orientation diagnostique	96.6	91.8	p=0.348
traitement hospitalier	79.3	79.8	p=0.957
traitement de sortie	84.6	89	p=0.830
Modalités de suivi	76.9	73.2	p=0.704
Informations données	10.3	13.5	p=0.469

SYNTHESE DES RESULTATS « INFORMATIONS ESSENTIELLES DU COURRIER DE SORTIE » M3

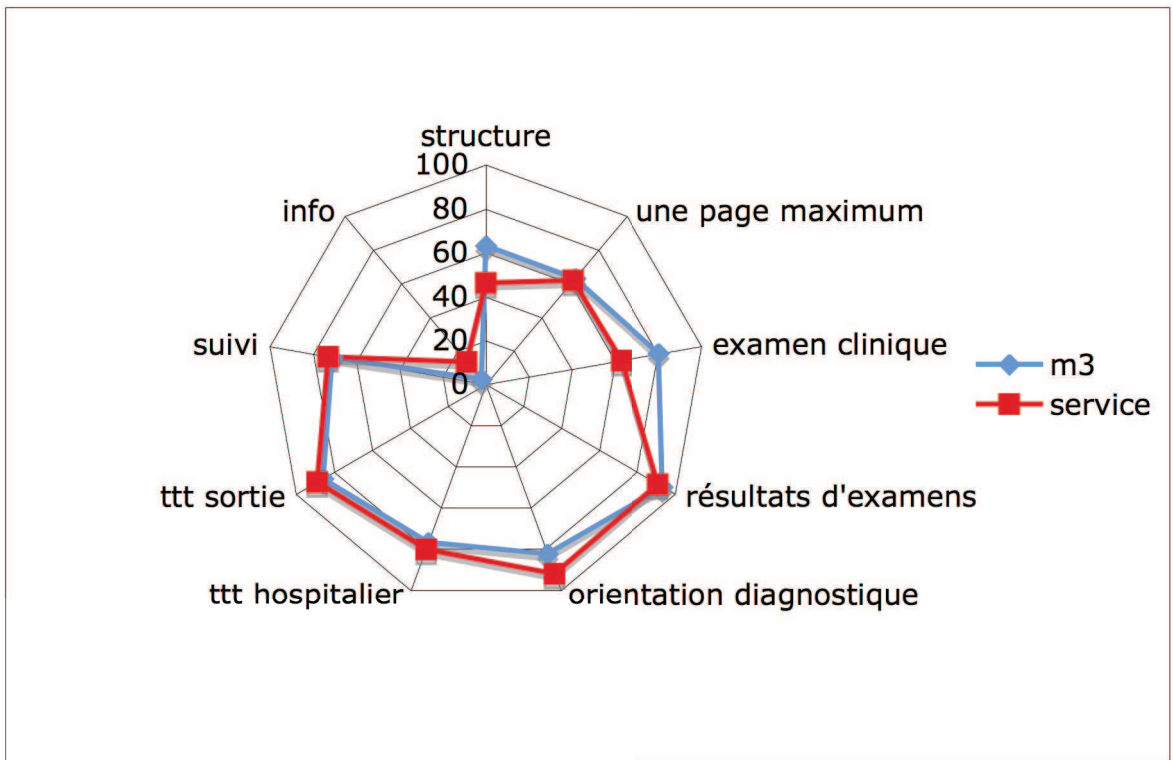


Figure 3: Synthèse des résultats "informations essentielles du courrier de sortie" M3

	m3 %	Service %	
structure	63.3	46.1	p=0.102
une page maximum	63.3	61.8	p=0.881
examen clinique	80	62.9	p=0.085
résultats des examens complémentaires	93.3	91	p=0.516
orientation diagnostique	82.1	91.8	p=0.957
traitement hospitalier	76.7	79.8	p=0.718
Traitement de sortie	85.7	89	p=0.795
Modalités de suivi	71.4	73.2	p=0.858
Informations données	3.3	13.5	p=0.109

LISTE DES ABREVIATIONS

CH : Centre Hospitalier

COMPAQH : Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la
Qualité Hospitalière

CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

CSP : Code la Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

IPAQSS : Indicateur pour l'Amélioration de la Qualité de la Sécurité et des Soins

MT : Médecin Traitant

PH : Praticien Hospitalier