



**HAL**  
open science

## Compte-rendu d'hospitalisation : évaluation selon la réglementation, point de vue des médecins généralistes

Alix Saunier-Segyo

► **To cite this version:**

Alix Saunier-Segyo. Compte-rendu d'hospitalisation : évaluation selon la réglementation, point de vue des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00745683

**HAL Id: dumas-00745683**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00745683>**

Submitted on 26 Oct 2012

**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.

**Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen**

**Année 2012**

**N°**

**THESE**

**POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE**

**(Diplôme d'état)**

**Discipline: Médecine Générale**

**Par SEGYO-SAUNIER Alix**

**Née le 8 Avril 1983 à Paris**

**Présentée et soutenue publiquement le 10 Octobre 2012**

**Compte-rendu d'hospitalisation:**

**- Evaluation selon la réglementation,**

**- Point de vue des médecins généralistes,**

Président de Jury: Pr DOUCET Jean

Directeur de Thèse: Dr CAPET Corinne



## **Remerciements**

Je tiens à remercier très sincèrement,

Les membres du jury pour avoir accepté de faire partie de celui-ci, pour avoir pris le temps d'étudier ce travail.

Ma directrice de thèse, le Dr Corinne Capet, pour le temps consacré à ce travail, sa rigueur, son aide et ses enseignements au sein de son service.

Mon mari qui m'a tellement aidée, par son amour et son soutien inconditionnel tout au long de mes longues études.

Ma sœur, pour son aide en informatique: grâce à toi, Excel a moins de secrets pour moi.

Mes parents pour leur soutien matériel et moral.

Ma marraine qui a eu la patience de relire ce travail.

Simon.

Ma famille et mes amis.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011 - 2012  
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

---

DOYEN :	Professeur Pierre FREGER
ASSESEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoit VEBER Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. FIGUET – C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO- J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION - . DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mlle MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

**I - MEDECINE**

**PROFESSEURS**

M. Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
M. Bruno <b>BACHY</b>	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric <b>BERCOFF</b>	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul <b>BESSOU</b>	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise <b>BEURET-BLANQUART</b>	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy <b>BONMARCHAND</b>	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
M. Jean-François <b>CAILLARD</b>	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HB	Médecine interne (Gériatrie)

M. Pierre <b>CZERNICHOW</b>	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mme Danièle <b>DEHESDIN</b>	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe <b>DENIS (Surnombre)</b>	HCN	Physiologie
M. Jean <b>DOUCET</b>	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard <b>DUBRAY</b>	CB	Radiothérapie
M. Philippe <b>DUCROTTE</b>	HCN	Hépto – Gastro - Entérologie
M. Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mle Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
M. Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
M. Pierre <b>FREGER</b>	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel <b>GODIN</b>	HB	Néphrologie
M. Philippe <b>GRISE</b>	HCN	Urologie
M. Didier <b>HANNEQUIN</b>	HCN	Neurologie
M. Fabrice <b>JARDIN</b>	CB	Hématologie
M. Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc <b>KUHN</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Alain <b>LAVOINNE</b>	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier <b>LE LOET</b>	HB	Rhumatologie
M. Eric <b>LEREBOURS</b>	HCN	Nutrition
Mle Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
M. Hervé <b>LEVESQUE</b>	HB	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile

M. Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric <b>MALLET</b> ( <i>Surnombre</i> )	HCN	Pédiatrie
M. Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle <b>MARIE</b>	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	ORL
M. Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
M. Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis <b>MICHOT</b>	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno <b>MIHOUT</b>	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves <b>MILLIEZ</b>	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François <b>MUIR</b>	HB	Pneumologie
M. Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe <b>MUSETTE</b>	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc <b>PERON</b>	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard <b>PROUST</b>	HCN	Médecine légale
M. François <b>PROUST</b>	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>Mise en dispo</i> )	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace <b>ROMAN</b>	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépatologie - Gastro
M. Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence <b>THIBAUT</b>	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
M. Christian <b>THUILLEZ</b>	HB	Pharmacologie
M. Hervé <b>TILLY</b>	CB	Hématologie et transfusion
M. François <b>TRON</b> ( <i>Surnombre</i> )	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre <b>VANNIER</b>	HCN	Pédiatrie génétique

M. Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre <b>VERA</b>	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier <b>VITTECOQ</b>	HB	Rhumatologie
M. Jacques <b>WEBER</b>	HCN	Physiologie

### MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy <b>BELLIEN</b>	HCN	Pharmacologie
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
M. Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Physiologie
Mme Sophie <b>CLAEYSSENS</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
M. Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mme Catherine <b>HAAS-HUBSCHER</b>	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
M. Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie <b>MARECHAL-GUYANT</b>	HCN	Neurologie
M. Jean-François <b>MENARD</b>	HCN	Biophysique
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
M. Francis <b>ROUSSEL</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie
M. Eric <b>VERIN</b>	HCN	Physiologie

### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M. Thierry <b>LEQUERRE</b>	HB	Rhumatologie
M. Fabien <b>DOGUET</b>	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire



**PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE**Mme Dominique **LANIEZ**

UFR      Anglais

Mme Michèle **GUIGOT**

UFR      Sciences humaines - Techniques d'expression

<b>II - PHARMACIE</b>
-----------------------

**PROFESSEURS**

M. Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques <b>BONNET</b>	Pharmacologie
M. Roland <b>CAPRON</b> (PU-PH)	Biophysique
M. Jean <b>COSTENTIN</b> (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
M. Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
M. Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
M. Olivier <b>LAFONT</b>	Chimie organique
Mme Isabelle <b>LEROUX</b>	Physiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
M. Marc <b>VASSE</b> (PU-PH)	Hématologie
M. Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b> (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

**MAITRES DE CONFERENCES**

Mlle Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique <b>BOUCHER</b>	Pharmacologie
M. Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
M. Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
M. Jean <b>CHASTANG</b>	Biomathématiques
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mlle Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
M. Eric <b>DITTMAR</b>	Biophysique
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mlle Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mme Roseline <b>DUCLOS</b>	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
M. François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique

M. Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla <b>GHARBI</b>	Chimie analytique
Mle Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique
M. Hervé <b>HUE</b>	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
Mme Sabine <b>MENAGER</b>	Chimie organique
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
M. Paul <b>MULDER</b>	Sciences du médicament
M. Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie Galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie Galénique
Mme Christine <b>THARASSE</b>	Chimie thérapeutique
M. Rémi <b>VARIN</b> (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric <b>ZIEGLER</b>	Biochimie

#### **PROFESSEUR ASSOCIE**

M. Jean-Pierre <b>GOULLE</b>	Toxicologie
------------------------------	-------------

#### **MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE**

Mme Sandrine <b>PANCHOU</b>	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

#### **PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE**

Mme Anne-Marie <b>ANZELLOTTI</b>	Anglais
----------------------------------	---------

#### **ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

M. Bérénice <b>COQUEREL</b>	Chimie Analytique
M. Johann <b>PELTIER</b>	Microbiologie

**CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS** : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRM PR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

<b>III – MEDECINE GENERALE</b>
--------------------------------

**PROFESSEURS**

M. Jean-Loup <b>HERMIL</b>	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

**PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :**

M. Pierre <b>FAINSILBER</b>	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

M. Alain <b>MERCIER</b>	UFR	Médecine générale
-------------------------	-----	-------------------

M. Philippe <b>NGUYEN THANH</b>	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :**

M Emmanuel <b>LEFEBVRE</b>	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth <b>MAUVIARD</b>	UFR	Médecine générale
-------------------------------	-----	-------------------

Mme Marie Thérèse <b>THUEUX</b>	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

<b>LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE</b>
---

Melle Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
M. Roland <b>CAPRON</b>	Biophysique
M. Jean <b>CHASTANG</b>	Mathématiques
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation, Economie de la Santé
Mlle Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
M. Jean <b>COSTENTIN</b>	Pharmacodynamie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
M. Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
M. Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
M. Olivier <b>LAFONT</b>	Chimie organique
M. Jean-Louis <b>PONS</b>	Microbiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
M. Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie Galénique
M. Marc <b>VASSE</b>	Hématologie
M. Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

**ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS****MAITRES DE CONFERENCES**

M. Sahil <b>ADRIOUCH</b>	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b>	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 614)
M. Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b>	Physiologie (Unité Inserm 644)

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

M. Mario <b>TOSI</b>	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 614)
M. Sergueï <b>FETISSOV</b>	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su <b>RUAN</b>	

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

## Sommaire

<b>Remerciements .....</b>	<b>3</b>
.....	4
.....	5
.....	6
.....	7
.....	8
.....	9
.....	10
.....	11
.....	12
.....	13
<b>Listes des abréviations:.....</b>	<b>16</b>
<b>Sommaire des figures et tableaux:.....</b>	<b>17</b>
<b>Sommaire des Annexes:.....</b>	<b>18</b>
<b>I-Introduction.....</b>	<b>19</b>
<b>II-Etude.....</b>	<b>20</b>
<b>IV- Discussion.....</b>	<b>43</b>
<b>V-Conclusion.....</b>	<b>54</b>
<b>Identité du ou des médecins destinataires: .....</b>	<b>58</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>59</b>
<b>Bibliographies.....</b>	<b>64</b>



## **Listes des abréviations:**

ATCD: Antécédents.

EVA: Echelle visuelle analogique.

CHR: Centre Hospitalier Régional.

CHU: Centre Hospitalo-Universitaire.

MCO: Médecine, chirurgie, obstétrique.

CRH: Compte-rendu d'hospitalisation.

DREES: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

ECG: Electrocardiogramme.

EPP: Evaluation des pratiques professionnelles.

IPAQSS: Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

SSR: Soins de suite et de réadaptation.

UHCD: Unité d'hospitalisation de courte durée.

URML: Union Régionale des Médecins Libéraux

## **Sommaire des figures et tableaux:**

<u>Tableau 1:</u> Durée d'hospitalisation en fonction du service.	p.29
<u>Figure I:</u> Données présentes et subjectives des Généralités des CRH.	p.33
<u>Figure II:</u> Données présentes et subjectives de l'Examen Clinique.	p.34
<u>Figure III:</u> Données présentes et subjectives des Examens Complémentaires.	p.35
<u>Figure IV:</u> Données présentes et subjectives de l'Evolution et des Conclusions de l'hospitalisation.	p.36
<u>Figure V:</u> Données présentes et subjectives des Suites de l'hospitalisation.	p.37
<u>Figure VI:</u> Concordance des items entre leur présence dans les CRH et leur utilité pour les médecins.	p.40
<u>Tableau 2:</u> Format souhaité des examens complémentaires.	p.41
<u>Figure VI:</u> Evaluation des CRH par les médecins généralistes dans 77 questionnaires.	p.42

## **Sommaire des Annexes:**

Annexe 1 - Lettre explicative envoyée aux médecins généralistes.	p. 61
Annexe 2 – Questionnaire	p. 62, 63

## **I- Introduction.**

Le rôle du médecin traitant (médecin référent le plus souvent) est essentiel pour la prise en charge du patient à la sortie d'hospitalisation du fait de sa proximité, de sa bonne connaissance de l'environnement du patient et de sa capacité de suivi au long cours. Il est le premier recours aux soins et le garant d'une continuité des soins optimale, adaptée au patient à la sortie d'hospitalisation.

Lors de la sortie, la communication entre le médecin hospitalier et le médecin traitant est essentielle pour la continuité des soins. Cet échange se résume le plus souvent au compte-rendu d'hospitalisation (CRH). En effet le médecin libéral entre rarement en communication directement avec l'hôpital, entre 17% et 20% des cas selon les études (22).

En 2002, en France, 138 000 hospitalisations avaient été recensées, soit autant de CRH (11). Les modalités de leur rédaction et leur contenu sont libres. Ils sont laissés à l'appréciation du médecin hospitalier qui les rédige, ce qui les rend très hétérogènes d'un service à l'autre.

Les CRH ont un rôle informatif pour le médecin traitant, et de leur qualité dépend en partie l'observance du patient. Le suivi d'un traitement et d'une surveillance en ambulatoire est possible grâce à la bonne compréhension de l'hospitalisation par le médecin traitant, ce qui permet une meilleure communication du médecin avec son patient.

Il existe plusieurs recommandations concernant les CRH. Selon l'ANAES (2) le CRH est indispensable « **pour la prise en charge ultérieure du patient** ».

L'objectif de notre travail était d'évaluer la pertinence des CRH dans leur forme actuelle par rapport à la réglementation (recommandations de l'ANAES de juin 2003 (2), critères IPAQSS (19)).

## II- Etude.

### A. Contexte réglementaire.

La seule définition du CRH publiée à ce jour, à notre connaissance est celle donnée par le référentiel d'auto évaluation des pratiques en établissement de santé (7). *« Il s'agit de la première correspondance adressée par le médecin de l'établissement de santé au médecin de ville, dans le cadre de l'hospitalisation d'un patient. Ce courrier peut être provisoire (annonçant une lettre plus complète ultérieurement) ou définitif. »*

Le CRH comporte une quantité importante d'informations concernant l'histoire médicale d'un patient. Il est inséré dans le dossier médical du patient. Il apporte une vue d'ensemble synthétique du problème médical posé par un patient, sans avoir à consulter un épais dossier. Ainsi l'ANAES en 2003 (2), avait proposé de structurer son contenu de la façon suivante:

- « - l'identification du patient,*
- l'identification des dates de contact,*
- lieu de contact,*
- mode d'entrée,*
- motif du contact,*
- antécédents du patient,*
- mode de vie,*
- histoire de la maladie,*
- examen clinique,*
- résultats biologiques significatifs,*
- résultats des examens complémentaires,*

- *traitements réalisés, y compris les transfusions,*
- *évolution dans le service et discussion,*
- *mode de sortie (destination du patient) y compris la date et l'heure de sortie, le moyen de transport et l'accompagnant éventuel, ainsi que la liste des éléments remis au patient,*
- *traitement de sortie,*
- *suite à donner (surveillance à instituer, reconvoication, etc.),*
- *conclusion sous forme de synthèse.»*

Dans ses recommandations de 2003, l'ANAES (7) précisait aussi que « *Chaque contact avec l'établissement doit conduire à un compte-rendu de consultation ou d'hospitalisation. (...)* ».

Le CRH est aussi entouré d'un cadre juridique. Ainsi le Code de Santé Publique en fait un élément obligatoire du dossier médical (5) et précise aussi son utilité et son contenu, mais de façon moins précise que l'ANAES: « *A la fin de chaque séjour hospitalier, la copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné* » (2). Un autre alinéa du Code de la Santé Publique impose que le CRH soit adressé au médecin désigné par le patient dans un délai de 8 jours suivant un séjour hospitalier (4). Cela souligne son importance et son utilité dans la continuité des soins.

Les critères de certification des établissements de santé concernant la sortie sont aussi moins précis. Le CRH doit comprendre les « *informations nécessaires à la continuité de la prise en charge* ». Il doit aussi « *être transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires* ». La fiche descriptive des critères IPAQSS évalue la présence des quatre éléments suivants pour la certification:

*«- l'identité du médecin destinataire ... ou du service en cas de mutation ou de transfert,*

*- une référence aux dates de séjour (date d'entrée et date de sortie),*

*- une synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge du patient),*

*- une trace écrite d'un traitement de sortie (au minimum, dénomination des médicaments), »*

Mais concrètement peu d'études ou de travaux se sont intéressés à ce sujet.

## **B. Objectifs.**

L'objectif principal de ce travail était de comparer les CRH des hôpitaux publics à la réglementation afin de déterminer si toutes les données recommandées étaient présentes et que les délais étaient respectés.

Puis nous avons évalué dans quelle proportion d'autres items, généralement retrouvés dans les CRH, étaient présents.

Troisièmement nous avons demandé aux médecins généralistes d'évaluer la pertinence de ces CRH. Ils devaient déterminer si chaque élément présent dans le CRH était utile pour la suite de prise en charge en secteur libéral, quelles données ne semblaient pas utiles et quels éléments non précisés pourraient être judicieux.

## **C. Patients et méthode.**

Pour cette étude nous avons contacté les 286 médecins généralistes présents sur la base de données des pages jaunes de Rouen et son agglomération (Bihorel, Bois-Guillaume, Bonsecours, Darnétal, Grand-Couronne, Grand-Quevilly, Mont-Saint-Aignan, Petit-Couronne, Petit-Quevilly, Rouen, Saint-Etienne-du-Rouvray, Saint-Jacques-sur-Darnétal, Sotteville-lès-Rouen). Parmi eux, 10 n'ont pas pu être interrogés (adresse erronée, retraite, arrêt maladie). Ainsi, l'enquête a été effectuée auprès de 276 médecins.

Une lettre explicative a été envoyée à chaque médecin (cf. Annexe 1), accompagnée de 4 questionnaires vierges (cf. Annexe 2) et d'une enveloppe-réponse affranchie. Celui-ci avait pour consigne de remplir un questionnaire pour chaque patient de sa patientèle sorti récemment d'hospitalisation dans le secteur public.

Tous les médecins ont été relancés par téléphone à 3 mois.



Le critère d'inclusion était: tout patient sorti d'hospitalisation dans les 3 derniers mois, sans tenir compte de son âge ni du mode de sortie. Les patients décédés ou sans CRH reçu étaient aussi inclus. L'hospitalisation dans le secteur privé était un critère d'exclusion.

Le questionnaire était constitué de deux pages. La première recensait les données épidémiologiques (âge, sexe, durée d'hospitalisation), ainsi que les données générales du CRH (mode et délais de réception, service d'hospitalisation, satisfaction globale, utilité pour la suite de prise en charge en libérale, souhait d'une réception par messagerie électronique),(cf. Annexe 2).

La deuxième page évaluait de façon plus précise les items présents dans le CRH. Ils étaient regroupés en 5 catégories: Généralités, Examen Clinique, Examens Complémentaires, Evolution et Conclusion, Suites d'Hospitalisation. Les données évaluées correspondaient à celles recommandées par l'ANAES (2). Les items de l'examen clinique étaient plus détaillés: poids, taille, évaluation nutritionnelle, température, pression artérielle, examen clinique à l'entrée et à la sortie. Pour les examens complémentaires, nous avons spécifiés les résultats biologiques et leurs normes, les radiographies et endoscopies, les consultations spécialisées, les échelles et scores de spécialité et l'ECG. Nous avons aussi ajouté des items: le traitement habituel du patient, la prise en charge sociale, la justification des examens complémentaires après la sortie. Nous avons aussi évalué les traitements arrêtés et leurs justifications.

Les médecins devaient noter si l'item était ou non présent dans chaque CRH des patients inclus qu'il évaluait. Puis ils précisaient si ce même item leur paraissait utile ou inutile pour ce CRH: cela correspondra par la suite aux données subjectives, celles que veulent trouver les médecins traitants dans les CRH.

Comme dans l'exemple ci-après concernant l'item "motif d'hospitalisation", le médecin devait cocher les cases correspondantes en se référant au CRH reçu pour son patient.

Exemple 1:

		Précisé ?		Rubrique utile ?			Justesse des informations ?		
		Oui	Non	Oui	Non	Sans opinion	Oui	Non, erreurs ou incomplètes	Sans opinion
<b>Généralité</b>	<b>Motif d'hospitalisation</b>								

Une attention plus particulière était portée aux examens complémentaires. Dans cette catégorie, les médecins devaient préciser sous quelle forme ils désiraient recevoir ces examens. Comme dans l'exemple ci-dessous, concernant la « Biologie », le médecin précisait s'il voulait, pour les examens biologiques, la copie des résultats, leur interprétation complète, ou bien uniquement les anomalies.

Exemple 2:

		Précisé ?		Rubrique utile ?			Justesse des informations ?			Vous souhaitez plutôt			
		Oui	Non	Oui	Non	Sans opinion	Oui	Non, erreurs ou incomplètes	Sans opinion	Copie des examens	Interprétation complète	Juste les anomalies	Sans opinion
<b>complémentaires Examen</b>	<b>Biologie</b>												
	<b>Normes biologiques</b>												

A la fin du questionnaire un espace était laissé libre pour ajouter des commentaires.

Toutes les réponses reçues ont été analysées, y compris les questionnaires partiellement remplis.

## **D. Statistiques.**

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

L'étude descriptive a été réalisée pour chaque donnée en fonction du nombre de réponses réellement recensées à chaque question et non sur le nombre total des questionnaires. Les réponses manquantes n'ont pas été comptabilisées, ni prises en compte comme négatives.

## **E. Résultats.**

### **1. Généralités, épidémiologie.**

Au total, 30 médecins ont participé à l'étude (10,9%) parmi les 276 contactés par courriers, puis relancés par téléphone en répondant à 82 questionnaires ( 2,7 questionnaires par médecin, de 1 à 4 questionnaires par médecin).

Les questionnaires n'étaient pas tous complétés avec la même exhaustivité. Quatre CRH n'avaient pas été reçus. Dans ces cas, seules les données épidémiologiques et générales étaient complétées. Concernant la deuxième page, les items présents dans les CRH, la moyenne des réponses à chaque item était de 75 avec un taux de réponse allant de 62 à 78. Pour les données subjectives, la moyenne des réponses à chaque item était de 61 réponses (51-67). Le faible taux de réponse aux questions concernant la justesse des informations fournis dans les CRH n'a pas permis de les interpréter.

Concernant le mode de réception des CRH , 74/82 avaient été reçus par courrier (90,2%), 5 avaient été remis en main propre au médecin par le patient (6,1%), dont 1 reçu par courrier et remis en main propre au médecin. Quatre CRH n'avaient pas été reçus soit un taux de non réception à 3 mois de 4,9%.

Le délai de réception des CRH était précisé dans 77 questionnaires. Il était inférieur à une semaine pour 20 CRH (26%), inférieur à un mois pour 46 CRH (59,7%) et supérieur à un mois pour 11 CRH (14,3%).

Les médecins généralistes avaient revu leurs patients en consultation après l'hospitalisation au moment de l'étude dans 54 cas sur 82 (65,8%).

Vis à vis d'une réception des CRH par internet, les médecins généralistes étaient opposés à ce mode de réception dans 51 questionnaires sur 81 (61,7%).

Les CRH concernaient des patients âgés de 4 mois à 94 ans avec une moyenne

d'âge de 65 ans  $\pm$  8 ans. La parité était de 31 hommes et 51 femmes. La durée moyenne d'hospitalisation était de 10,5 jours  $\pm$  2,4 jours (1-67 jours). Comme illustré dans le tableau 1 ci-dessous, 16 CRH concernaient des patients hospitalisés en service de chirurgie (19,5%), 55 en service de médecine (67,1%), 4 en SSR (4,9%) et 7 dans un autre service (8,5%). Ces derniers correspondaient aux urgences pour 3 patients, à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée pour 2 patients, à la psychiatrie pour 1 patient et en maternité pour la dernière.

Tableau 1: Durée d'hospitalisation en fonction du service.

Durée d'hospitalisation	Service d'hospitalisation			
	Médecine	Chirurgie	SSR	Autre
<b>X <math>\leq</math> 7 jours</b>	21	8		5 (urgences, UHCD, maternité)
<b>7 jours &lt; X <math>\leq</math> 14 jours</b>	23	5	3	1 (CHSR)
<b>14 jours &lt; X <math>\leq</math> 1 mois</b>	7	2	1	
<b>X &gt; 1 mois</b>	3			
<b>Inconnue</b>	1		1	1

Les CRH concernant des patients décédés étaient au nombre de 6/82 (7,3%).

## 2. Données présentes dans les CRH.

Ces données correspondaient aux données relevées par les médecins généralistes dans les CRH qu'ils avaient inclus.

### *a) Les données réglementaires.*

Concernant les Généralités des CRH, présentées dans la figure I, les médecins relevaient que dans plus de 90% des cas l'anamnèse (93%), les antécédents (90%) et le motif d'hospitalisation (97%) étaient retrouvés. En revanche, le mode de vie était présent dans 47% des cas et le mode d'entrée dans 51%.

Les items concernant l'Examen Clinique du patient sont illustrés par la figure II. L'examen clinique initial était présent dans 90% des CRH. La taille (34%), le poids (48%), l'évaluation nutritionnelle (33%), la température (50%) et l'examen clinique de sortie (39%) était absent dans plus de 50% des CRH.

Les réponses vis-à-vis des Examens Complémentaires sont représentées dans la figure III. Les données le plus souvent retrouvées étaient les résultats biologiques dans 79 % des CRH, les radiographies ou endoscopie dans 72% des CRH et l'ECG dans 50%.

Les items s'intéressant à l'Evolution et aux Conclusions de l'hospitalisation sont illustrés dans la figure IV. Les pathologies prises en charge (83%), le traitement au cours du séjour (79%), le diagnostic (95%) et le traitement de sortie (93%) étaient consignés dans plus de 80% des CRH.

Les données concernant les Suites de l'hospitalisation sont présentées dans la figure V. Le mode de sortie et les consultations de suivi étaient présents dans plus de 70% des CRH, mais la justification des examens complémentaires après la sortie dans 36% des CRH seulement.

*b) Les autres items.*

Concernant les Généralités, le traitement habituel était présent dans 55% des cas. (figure I).

Concernant les examens complémentaires, les normes biologiques étaient retrouvées dans 58% des CRH et les échelles et scores de spécialité dans 42% des cas (figure II).

Les traitements arrêtés étaient présents dans 46% des CRH et leur justification dans 42% des CRH (figure IV).

La prise en charge sociale était notifiée dans 34% des CRH (figure V).

**3. Données subjectives des médecins généralistes.**

Les données subjectives correspondaient aux items que les médecins généralistes avaient jugés utiles pour la suite de la prise en charge en secteur libéral.

*a) Les données réglementaires.*

Concernant les Généralités des CRH, illustrées dans la figure I, toutes les données étaient considérées comme importantes dans plus de 78 % des cas, avec une unanimité pour le motif d'hospitalisation.

Les données concernant l'Examen Clinique étaient toutes jugées utiles à plus de 70%, comme l'illustre la figure II. L'examen clinique initial était jugé inutile dans 5% des questionnaires et l'examen clinique de sortie dans 13%.

Les réponses concernant les Examens Complémentaires sont présentées dans la figure III. Les résultats biologiques n'étaient pas jugés utiles dans 3% des questionnaires.

Les items concernant l'Evolution et les Conclusions de l'hospitalisation sont illustrés dans la figure IV. Le diagnostic et le traitement reçu au cours du séjour

n'étaient jamais jugés inutiles. Le traitement de sortie était considéré comme utile dans 100% des cas.

*b) Autres items .*

Le traitement habituel du patient était considéré comme utile dans 79% des questionnaires (figure I).

Les échelles et scores de spécialités étaient des données jugées utiles dans 72% des questionnaires (figure II).

La notification des traitements arrêtés était jugée utile dans 89% des cas et leur justification dans 88% (figure III).

La prise en charge sociale n'était pas jugée utile dans 71% des questionnaires.

Ainsi tous les items présents dans les CRH étaient jugés utiles par les médecins généralistes dans plus de 70% des cas.

Ci après , les figures comparants les données présentes dans les CRH et les données souhaitées par les médecins généralistes.



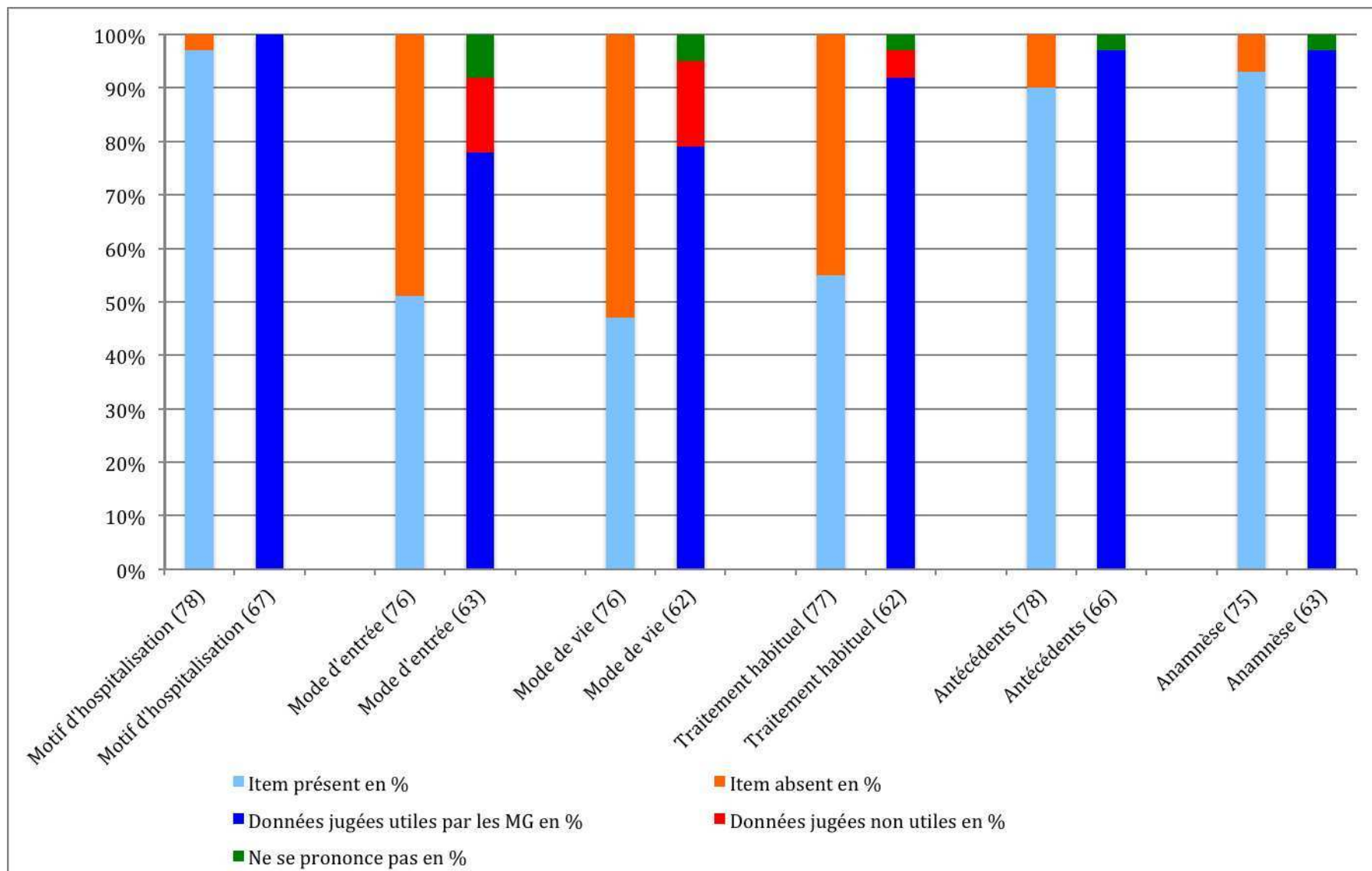


Figure I: Données présentes et subjectives des Généralités des CRH. (Nombre de réponses obtenues pour l'item)

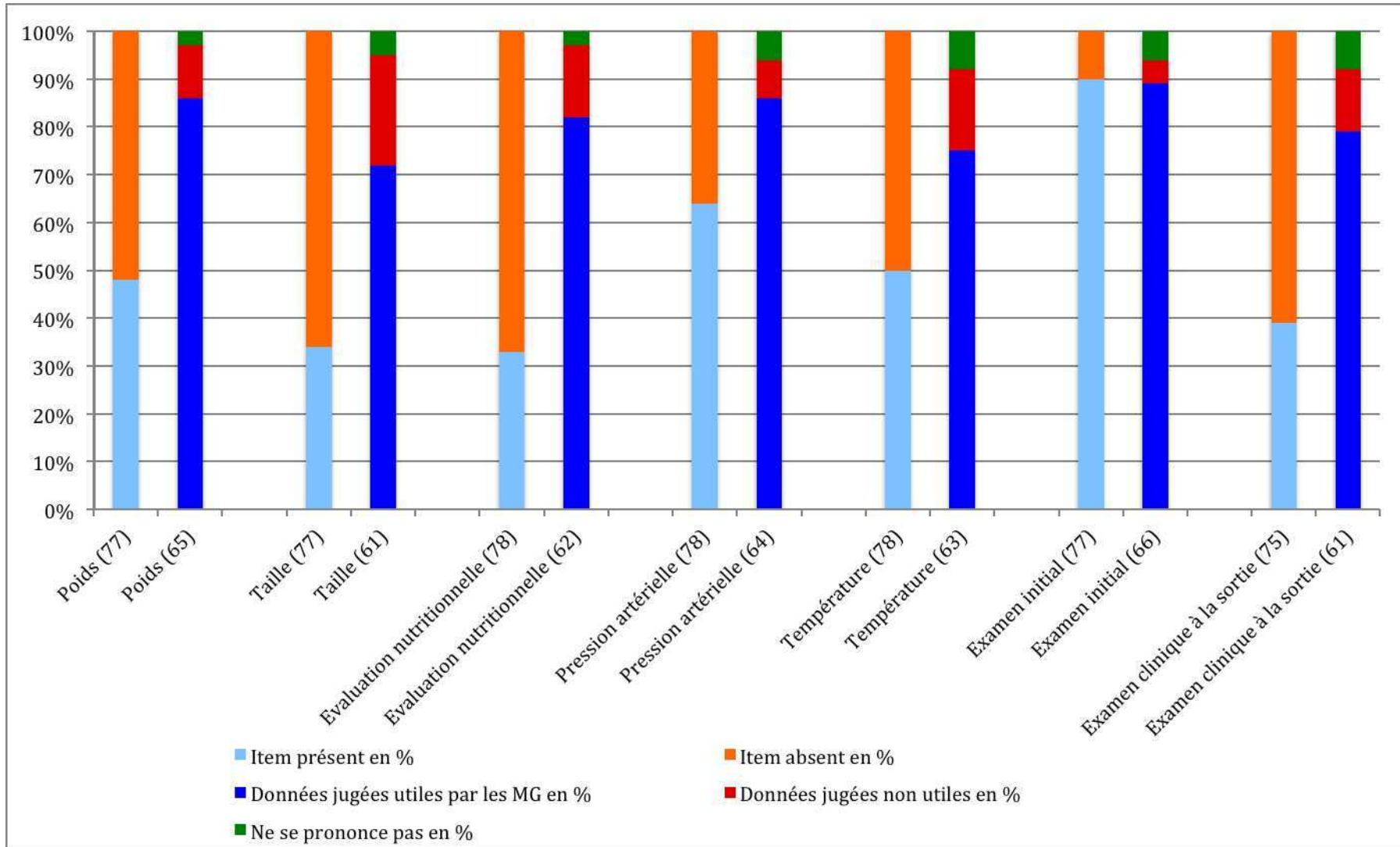


Figure II: Données présentes et subjectives de l'Examen Clinique. (Nombre de réponses obtenues pour l'item)

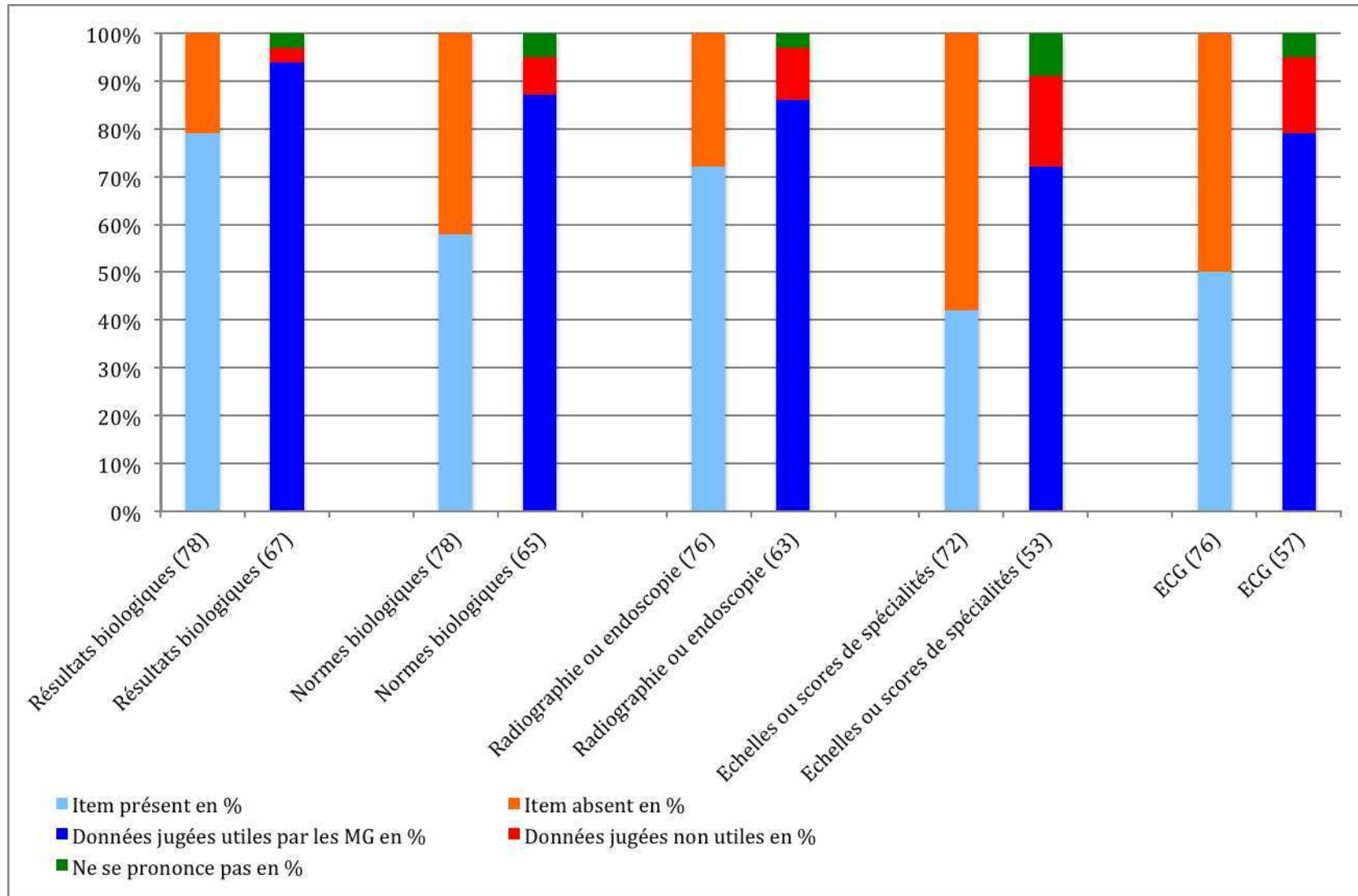


Figure III: Données présentes et subjectives des Examens Complémentaires. (Nombre de réponses obtenues pour l'item)

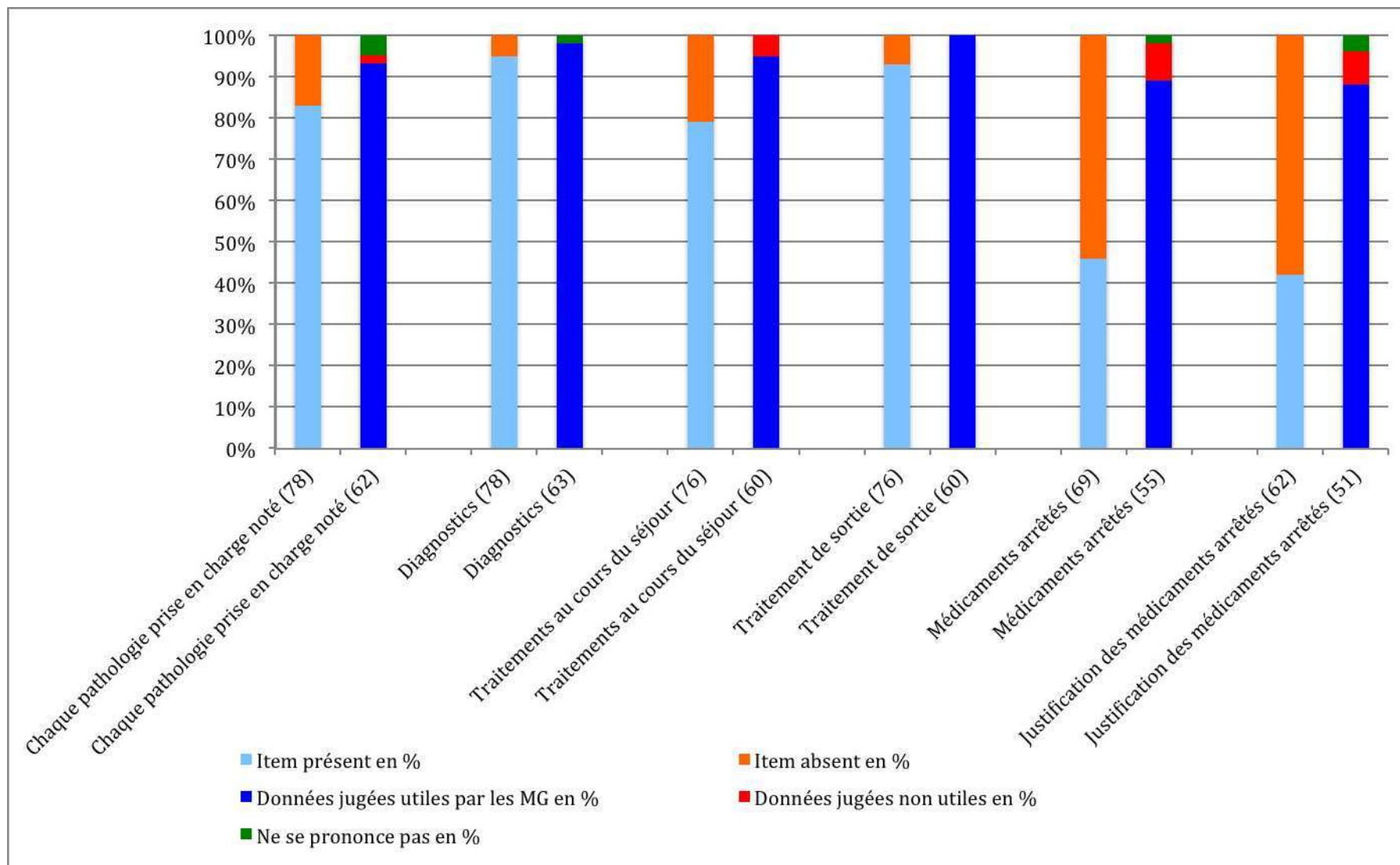


Figure IV: Données présentes et subjectives de l'Evolution et des Conclusions de l'hospitalisation. (Nombre de réponses obtenues pour l'item)

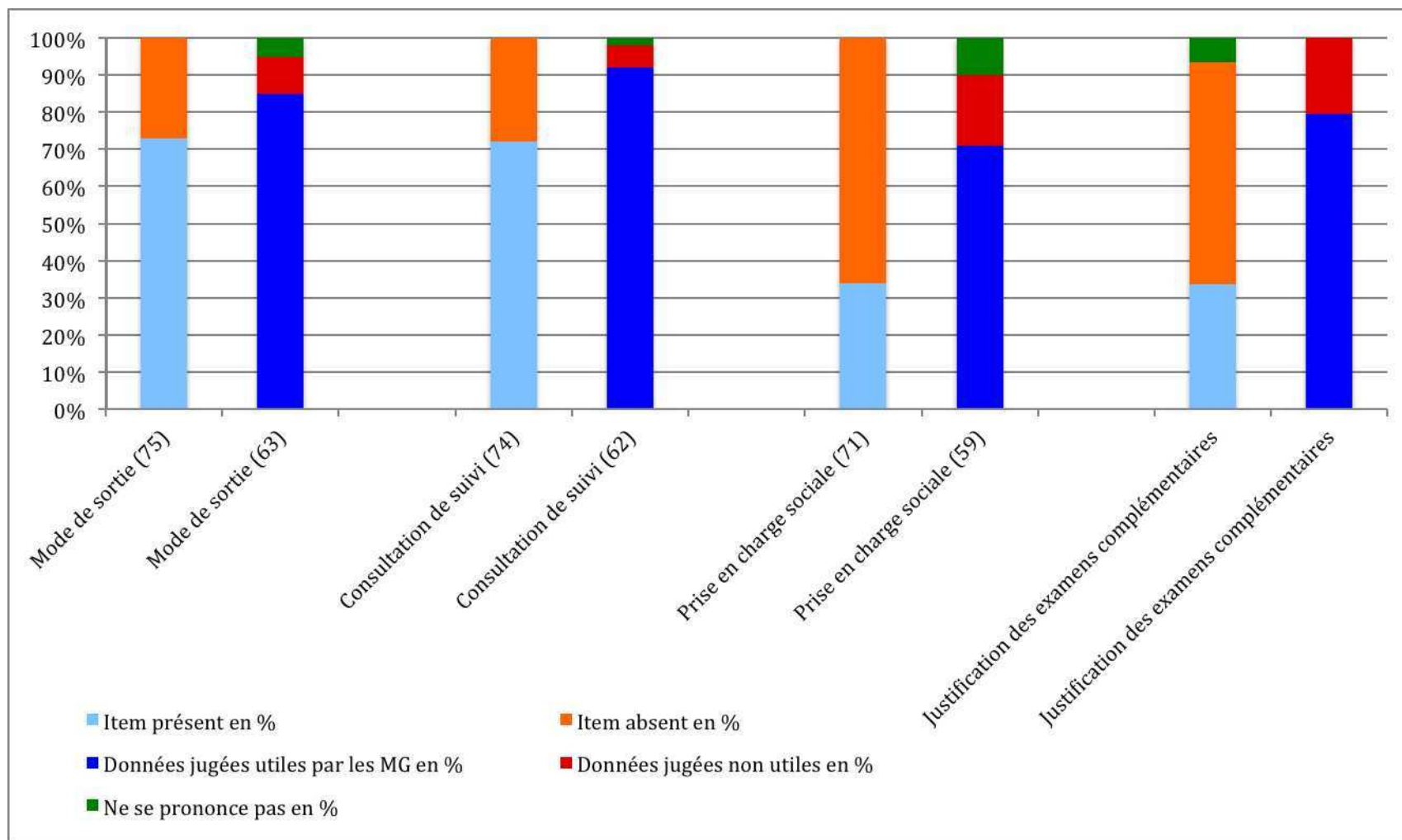


Figure V: Données présentes et subjectives des Suites de l'hospitalisation. (Nombre de réponses obtenues pour l'item)

#### 4. Confrontation des données objectives aux données subjectives.

Pour plusieurs items (le motif d'hospitalisation, les antécédents, le traitement habituel, le mode d'entrée, l'anamnèse, la pression artérielle, l'examen clinique initial, les résultats biologiques et les normes biologiques, les radiographies et les examens endoscopiques, la précision des pathologies prises en charge, le diagnostic, les traitements reçus pendant le séjour, le traitement de sortie, le mode de sortie et la précision des consultations de suivi), il existait une bonne adéquation entre les données présentes et subjectives: ils étaient à la fois présents dans plus de 50 % des CRH et jugés utiles dans plus de 70 % des questionnaires. A l'opposé, le mode de vie, le poids, la taille, les évaluations nutritionnelles, la température, l'examen clinique à la sortie d'hospitalisation, l'ECG, les traitements arrêtés, la justification des traitements arrêtés et la prise en charge sociale, items considérés comme utiles dans plus de 70 % des questionnaires, étaient absents dans plus de 50 % des CRH.

Mais les données pouvaient être absentes et jugées inutiles, ou présentes et jugées inutiles. La figure VI, ci-après, précise pour chaque item la concordance entre leur présence et leur utilité au seins de chaque questionnaire.

Il existait une bonne concordance si les items étaient **présents et jugés utiles**, ou **absent et jugés inutiles**. Dans plus de 80% des questionnaires, le motif d'hospitalisation, les antécédents, l'anamnèse, l'examen clinique initial, les résultats biologiques, les pathologies prises en charge et le diagnostic étaient présents et jugés utiles pour un CRH précis. Par contre, la taille, l'évaluation nutritionnelle, l'examen clinique à la sortie, les traitements arrêtés, la justification des traitements arrêtés, la prise en charge sociale, la justification des examens complémentaires après l'hospitalisation étaient présents et jugé utiles dans moins de 50% des CRH.

Certains items de quelques CRH étaient à la fois absents et jugés inutiles par les

médecins. Dans plus de 10% des cas, il s'agissait du mode d'entrée, du mode de vie, de l'évaluation nutritionnelle, de la température, de l'examen clinique de sortie, des radiographies et de la justification des examens après l'hospitalisation. Et dans plus de 20% des questionnaires on retrouvait la taille, les échelles et scores de spécialité et la prise en charge sociale.

Il existait une discordance si les items étaient **présents et jugés inutiles** ou **absents et jugés utiles**. Les items présents étaient très rarement, voire pas du tout jugés inutiles, sauf pour le traitement habituel (6%) et le mode de sortie (3%). Les items absents et jugés utiles dans plus de 30% des questionnaires étaient le mode de vie, les traitements habituels, le poids, la taille, l'évaluation nutritionnelle, l'examen clinique à la sortie, les traitements arrêtés et la justification des traitements arrêtés (52%), la prise en charge sociale et la justification des examens complémentaires après l'hospitalisation.

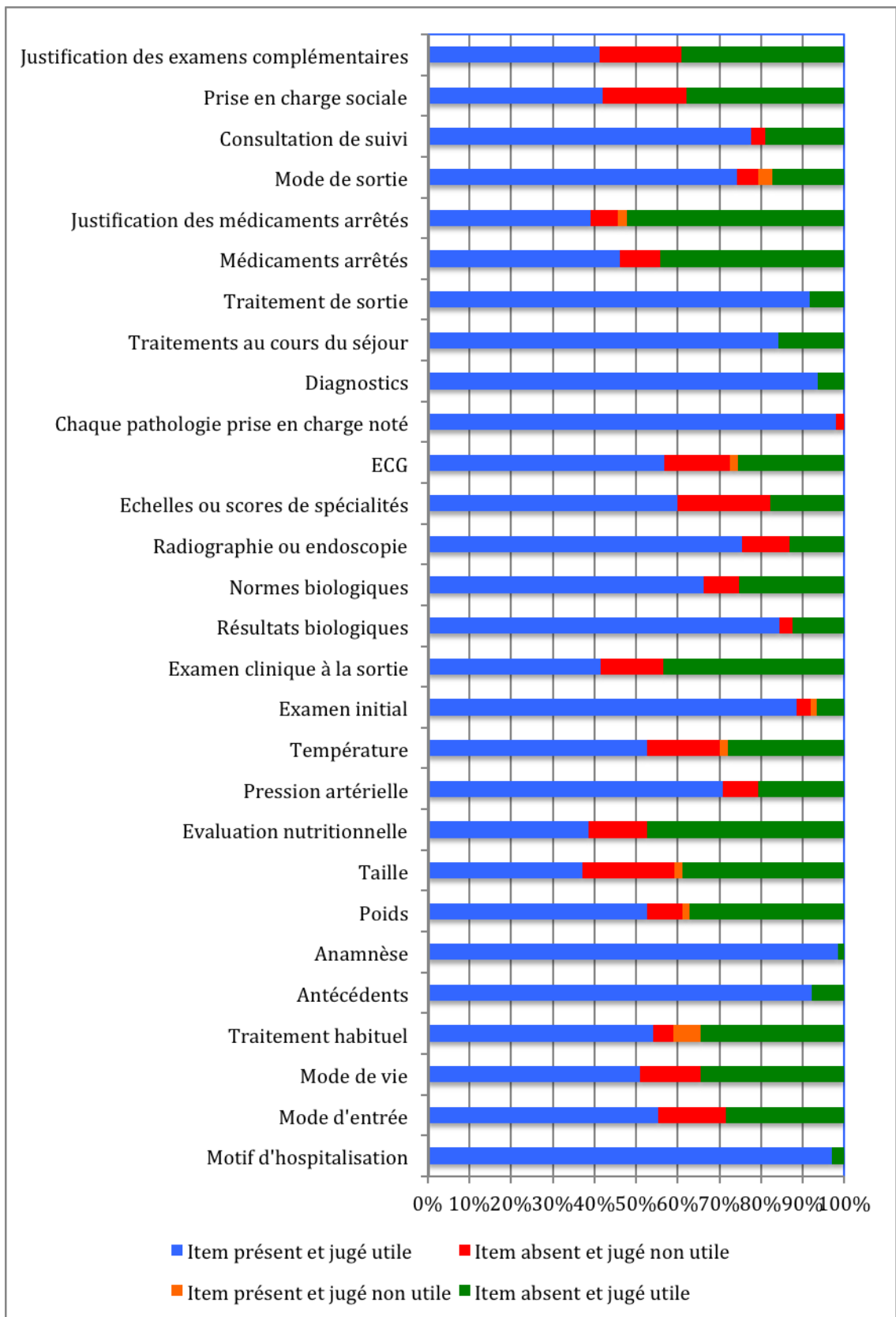


Figure VI: Concordance des items entre leur présence dans les CRH et leur utilité pour les médecins.



## 5. Préférences des médecins généralistes vis-à-vis des examens complémentaires.

Une question plus spécifique était posée aux médecins concernant les examens complémentaires. Il ne s'agissait pas de savoir uniquement si ces données étaient utiles mais aussi de savoir sous quelle forme ou support ils souhaitaient les résultats.

Pour les résultats biologiques, les médecins souhaitaient la copie des examens dans 48,7% des cas.

Concernant les examens radiologiques ou endoscopiques, les médecins désiraient leur interprétation complète dans 40,6% des cas, ou la copie des examens dans 31,3%.

Tableau 2: Format souhaité des examens complémentaires. (X questionnaires avec le choix du médecin/ le total de réponses données à cette question)

Examens complémentaires / X réponses	Copie des examens	Interprétation complète	Précision uniquement des anomalies	Sans opinion
<b>Résultats biologiques / 39</b>	19 (48,7%)	4 (10,3%)	12 (30,8%)	5 (12,8%)
<b>Normes biologiques / 27</b>	9 (33,3%)	5 (18,5%)	9 (33,3%)	5 (18,5%)
<b>Radiographie ou endoscopie / 32</b>	10 (31,3%)	13 (40,6%)	5 (15,6%)	5 (15,6%)
<b>Echelles ou scores de spécialités / 24</b>	6 (25%)	9 (37,5%)	2 (8%)	7 (29,2%)
<b>ECG / 29</b>	9 (31%)	9 (31%)	7 (24,2%)	4 (13,8%)

## 6. Satisfaction globale des médecins généralistes.

Les CRH étaient considérés utiles pour une suite de prise en charge en libéral dans 66 questionnaires sur 73( 90,4%).

Comme illustré dans la figure VII, les médecins généralistes étaient satisfaits de façon globale des CRH, les jugeant bien et très bien dans 65 questionnaires sur 77 (84,4%).

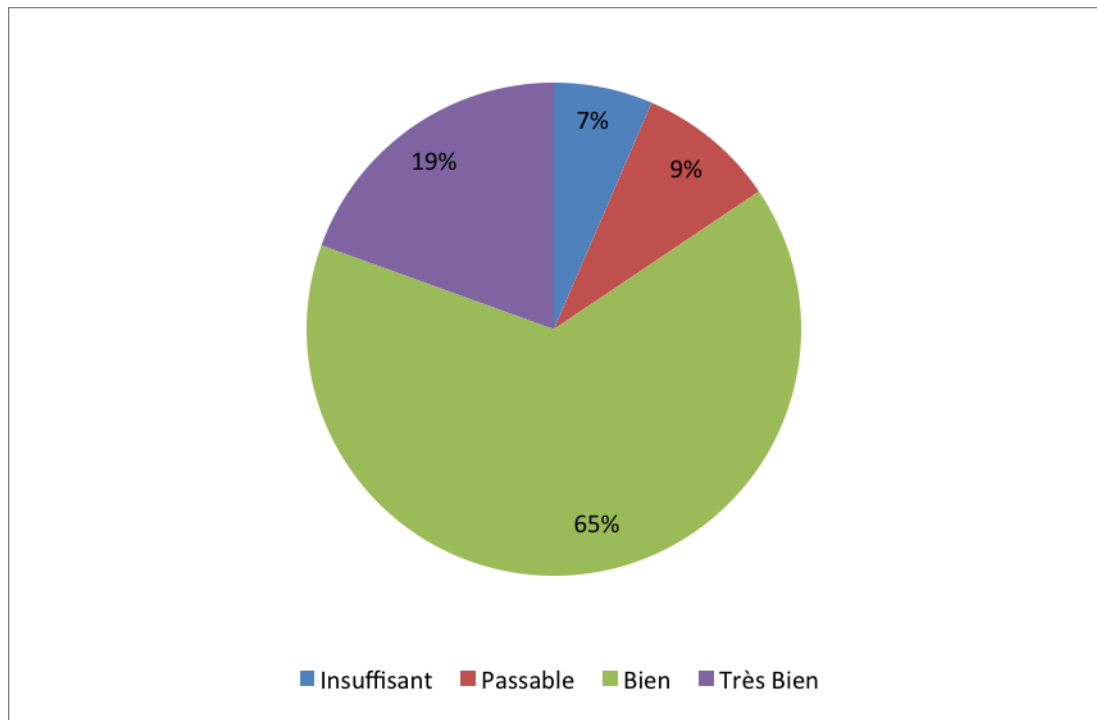


Figure VII: Evaluation des CRH par les médecins généralistes dans 77 questionnaires.

Concernant la longueur des CRH, 8 sur 60 étaient considérés comme trop courts (13,3%). Aucun n'était considéré comme trop long.

Seul 1 CRH a été considéré comme trop spécialisé et 7 comportaient des abréviations inconnues.

## 7. Commentaires libres.

Parmi les questionnaires reçus, 12 présentaient des commentaires.

Ces derniers portaient principalement sur les délais de réception trop longs, rendant même le CRH inutile pour le médecin traitant.

Un médecin précisait que la « *qualité des CR est très variable selon les services* ».

Deux médecins étaient très désireux d'une réception par e-mail et le reprécisaient en plus de la question posée dans le questionnaire. Un médecin pensait que l'envoi par fax serait aussi judicieux et, à l'opposé, un autre disait que la réception des CRH par e-mail ne serait pas gérable sans préciser pourquoi.

Plusieurs remarques portaient sur le contenu même du CRH: « *anamnèse trop succincte et à priori incomprise* », « *évaluation nutritionnelle utile selon des cas particuliers mais pas pour tous les patients* », « *examen clinique à la sortie uniquement si il existe des particularités (éléments significatifs)* », « *pas de conclusion précise* », « *prise en charge sociale utile uniquement en fonction du contexte pas pour tous les patients* ».

Les 3 autres remarques portaient sur les traitements, à la fois ceux introduits qui ne seraient ni signalés ni justifiés et ceux arrêtés qui ne le seraient pas non plus, ainsi que sur les modifications de posologie, et lors de « *transfert en convalescence, pas d'ordonnance de sortie* ».

## **IV- Discussion.**

Plusieurs études anglo-saxonnes se sont intéressées à la façon d'améliorer la forme et le contenu des courriers de fin d'hospitalisation. Elles ont montré l'intérêt de la réalisation de comptes-rendus standardisés en opposition aux comptes-rendus narratifs (24, 26, 29, 30). Elles ont déterminé qu'il était préférable de construire les CRH avec des rubriques, ce qui est le cas actuellement, mais peu d'études ensuite se sont intéressées à l'utilité de chaque rubrique et à leur contenu. L'objectif de ce travail était d'évaluer la pertinence des CRH en vérifiant leur composition en les comparant aux items recommandés par l'ANAES, puis en faisant évaluer ces items par les médecins généralistes.

### **A. Evaluation des données présentes dans les CRH.**

Pour la certification des hôpitaux, par rapport à l'évaluation des CRH, la valeur de performance fixé est de 80% (27). Dans notre étude, les items présents dans plus de 80% des CRH étaient: le motif d'hospitalisation, les antécédents, l'anamnèse, l'examen clinique initiale, les résultats biologiques, les pathologies prises en charge, le diagnostic, le traitement reçu pendant le séjour et le traitement de sortie. Tous les autres items étaient présents dans moins de 80% des CRH.

Par rapport aux recommandations de l'ANAES de 2003, il manque le mode d'entrée, le mode de vie, le résultat des examens complémentaires autres que les résultats biologiques, le mode de sortie, les suites à donner.

Concernant les critères IPAQSS, il était difficile d'évaluer l'item « *synthèse du séjour* », par contre le traitement au cours du séjour était présent dans 80% des CRH. Les résultats retrouvés sur le site de la plateforme d'informations sur les établissements de santé, Platine (27), qui donne les résultats de l'évaluation des CHU, montre que les objectifs ne sont pas atteints dans 80% des dossiers. Ces

résultats sont stables par rapport à l'année précédente. Le CHU Rouen se trouve dans la moyenne nationale. Mais l'évaluation de cet item tient compte du fait d'envoyer les CRH dans les 8 jours.

## **B. Evaluation de la pertinence des CRH.**

Parmi les critères de l'ANAES, la plupart des items étaient jugés utiles par les médecins généralistes comme représenté dans les figures de I à V à plus de 80% et pourtant absents dans plus de 50% des CRH.

Ainsi le mode d'entrée était présent dans la moitié des CRH et jugé utile dans environ 80% des cas. En effet, dans une étude réalisée en 2002 par la DREES (12), les patients hospitalisés après leur passage aux urgences étaient plus souvent que les autres adressés par un médecin (60 % des hospitalisés). Dans 40% des cas le médecin ne connaissait pas le mode d'entrée en hospitalisation ce qui justifie son utilité dans les CRH.

Concernant le poids, la taille et l'évaluation nutritionnelle, ils étaient présents respectivement dans plus d'un tiers des CRH. Pourtant l'évaluation nutritionnelle constitue un « *indicateur de qualité* » évalué dans les procédures de certification des établissements de santé en France. Il s'agit du critère 19 b, « *Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission* » (19). Comme ils font partie du dossier médical et qu'ils sont relevés à l'admission du patient, ils pourraient être notifiés dans les CRH, les médecins les considérant utiles dans plus de 70% des cas.

De même, l'examen clinique à la sortie n'était précisé que dans 39% des CRH alors qu'il était jugé utile dans 79% des cas. Il s'agit d'une donnée importante pour organiser la surveillance clinique même s'il n'est pas clairement cité dans les critères IPAQSS. En revanche, la Commission sur l'Accréditation des Organisations de la Santé américaine considère que l'examen clinique de sortie fait partie du compte-rendu de sortie (31).

Concernant la justification des examens complémentaires après l'hospitalisation, elle n'était ni présente ni souhaitée dans 20 des CRH, elle était donc attendue dans les autres cas. Il s'agit d'une donnée importante car pour interpréter correctement un examen complémentaire il faut connaître sa justification. Dans une étude réalisée dans l'Isère en 1996, le compte-rendu de sortie idéal comprenait les modalités de surveillance (14).

D'autres items recommandés par l'ANAES étaient présents dans la majorité des CRH, comme le traitement reçu au cours du séjour, absent seulement dans 21% des CRH ce qui peut sembler rare. Pourtant le médecin libéral ne connaissait pas les traitements administrés durant l'hospitalisation pour 1 patient sur 5. Il s'agit d'une donnée considérée comme importante dans plusieurs études (14, 16, 22). Dans une enquête réalisée à Paris en 2006, 91% des médecins appréciaient que les traitements entrepris pendant l'hospitalisation soient notés dans le CRH (20). Cela permet de poursuivre les traitements prescrits, de surveiller les effets secondaires potentiels. De même le traitement de sortie était absent dans 7% des CRH. Il s'agit d'une donnée indispensable pour la suite de la prise en charge du patient. Tous les articles sont unanimes, le traitement de sortie doit être mentionné dans le CRH (1, 3, 7, 22, 30). De plus il s'agit d'un des critères IPAQSS: dans le compte-rendu de sortie, doit être retrouvée une « *trace écrite du traitement de sortie* » (17). Dans une revue de bibliographie réalisée en 2006, le traitement de sortie était absent dans 21% à 40% des cas (22). Il s'agissait d'un critère d'évaluation du transfert d'informations, important pour la qualité des soins en libéral.

Parmi les autres items évalués, non recommandés par l'ANAES, l'arrêt d'un traitement était noté dans 46% des CRH, alors qu'il n'était justifié que dans 42% des cas. Il semblerait judicieux que tout traitement arrêté soit expliqué. Le médecin peut se poser la question d'un simple oubli de la part de l'hôpital, et le reprendre ou au contraire qu'il s'agisse d'un oubli et qu'il ne le reprenne pas.

Toutes les rubriques proposées par l'ANAES (2) étaient jugées utiles par le médecin traitant. Pourtant toutes n'étaient pas systématiquement présentes dans le CRH des hôpitaux publics de Rouen et sa périphérie. De plus certaines rubriques

pourraient être ajoutées, comme les traitements arrêtés et la justification des traitements arrêtés. Un canevas comprenant toutes ces rubriques pourrait être mis en place dans les services, sous format informatique ou papier. Puis le rédacteur n'aurait plus qu'à compléter les items. Certaines catégories plus spécifiques à chaque service pourraient être ajoutées, comme le tabagisme en pneumologie. Cela permettrait probablement d'éviter des oublis et que toutes les données nécessaires pour organiser les suites de soins en ambulatoire soient présentes.

### **C. Préférences des médecins généralistes vis à vis des examens complémentaires.**

Dans le CRH proposé par l'ANAES, la formulation concernant les examens complémentaires était très générale: « *résultats biologiques significatifs, résultats des examens complémentaires* » (2). Ainsi, une question plus spécifique était posée aux médecins concernant les examens complémentaires, les médecins devaient préciser sous quel format ils désiraient les obtenir.

S'agissant des résultats biologiques, les réponses étaient dans les mêmes proportions qu'une étude réalisée à la Réunion (25). Les médecins préféraient dans 61% des cas les résultats biologiques complets et un tiers l'interprétation. Dans notre travail, la moitié des médecins souhaitaient la copie des examens et un tiers uniquement les anomalies. Donc dans les CRH, la copie des examens biologiques complets serait appréciée, alors que l'ANAES ne proposait que les résultats significatifs.

Concernant les radiographies et l'endoscopie, 41% des médecins souhaitaient l'interprétation et un tiers la copie de l'examen. Dans cette même étude réunionnaise (25), les médecins préféraient l'interprétation dans 71% des cas et l'interprétation ainsi que les clichés dans 18% des cas. Majoritairement les médecins généralistes désiraient la copie des examens. Lors de la sortie, il faudrait privilégier l'interprétation complète plutôt que signaler uniquement les anomalies.

Les médecins préféraient pour l'ECG, dans un tiers des cas l'interprétation, la copie des examens et la précision uniquement des anomalies. Dans la même étude réalisée à la Réunion, les médecins désiraient l'interprétation dans 61% des cas, le tracé dans 12% et les deux dans 12% des cas. Cette préférence pouvant s'expliquer par le fait que l'étude était réalisée par des médecins dont les patients sortaient des urgences, donc avec une problématique différente.

#### **D. Evaluation de la satisfaction des médecins généralistes.**

Le CRH est un élément important pour le médecin généraliste. Il lui permet de poursuivre la prise en charge du patient à la sortie de l'hospitalisation de façon adaptée: notamment de réévaluer l'examen clinique selon les anomalies signalées dans le courrier, de discuter un contrôle d'examen biologique ou autre examen complémentaire, d'adapter le traitement en cours selon les événements récents et les diagnostics portés.

Un des objectifs de cette étude était d'évaluer la pertinence des CRH afin de savoir s'ils répondent à l'attente des médecins pour la suite de prise en charge. La satisfaction des médecins traitants vis-à-vis des CRH était évaluée en se basant sur deux groupes de questions. La première évaluait les CRH dans leur globalité. Plus de 8 médecins sur 10 se déclaraient satisfaits des CRH dans leur globalité. La deuxième question s'intéressait à l'utilité des CRH pour la suite de la prise en charge en libéral avec un taux de satisfaction de 90,4%. Dans la majorité des études publiées les médecins étaient globalement satisfaits des CRH (14, 25). Dans une étude réalisée sur le compte-rendu de passage aux urgences au CHR de Saint-Denis, les médecins généralistes étaient satisfaits du CRH et le jugeaient utile au suivi dans 100% des cas mais ils souhaitaient aussi qu'il soit le plus exhaustif possible (25).

Malgré le fait que les médecins ne trouvaient pas dans les CRH toutes les données pertinentes dont ils avaient besoin pour organiser la suite de la prise en charge de leurs patients, ils étaient satisfaits. Ainsi la prise en charge des patients ne serait que facilitée par l'amélioration des CRH.



## **E. Les autres points à améliorer.**

### **1. Les CRH non reçus.**

Dans notre étude, 5% des médecins généralistes n'avaient pas reçu de CRH. Il s'agit d'un taux inférieur aux données publiées dans la littérature. En 2006, l'étude de l'URML ne retrouvait pas de CRH pour 32,4% des hospitalisations (10). Dans une étude réalisée au CHU de Grenoble en 1993, un CRH était retrouvé dans 84% des dossiers, sans explication quant à leur absence.

Toute hospitalisation devrait être conclue par la rédaction d'un CRH (2). Leur absence n'était pas forcément expliquée: soit il n'y avait pas de rédaction du CRH, soit il avait été perdu lors de son acheminement.

### **2. Le délai de réception.**

Le délai maximum acceptable entre la sortie du patient et la réception du courrier de sortie varie selon les différentes études. Le délai le plus souvent admis est de 8 jours. Cela correspond aux contraintes réglementaires en France (4) ainsi qu'aux critères d'accréditation et de certification (2, 19), le compte-rendu doit être envoyé dans les 8 jours. Mais dans notre étude, nous avons évalué le délai de réception des CRH et non le délai d'envoi.

Le délai était plus long que celui retrouvé dans la littérature ( 3 , 10, 11, 15, 26), seuls un quart des CRH étaient arrivés en moins de 8 jours. Ce délai était aussi supérieur aux données retrouvées sur le site Platine. En prenant les données du CHU de Rouen, 43% des courriers de fin d'hospitalisation en MCO et 63% en SSR étaient envoyés aux médecins traitants dans un délai inférieur ou égal à huit jours. Ce chiffre correspondait à la moyenne nationale (27).

Cette différence entre les délais de notre étude et du site Platine viendrait du temps d'acheminement.

Pourtant il est avéré que la rapidité de transmission de l'information est un critère déterminant de la qualité de la communication (4). Il est nécessaire que l'information contenue dans les CRH parvienne rapidement aux médecins

généralistes. En effet dans une étude américaine, les patients avaient revu leur médecin traitant dans 66% à 88% des cas avant que celui-ci n'ait reçu le CRH (22). Dans notre étude, les médecins avaient revu leur patient au moment de répondre au questionnaire dans 65% des cas mais sans préciser s'ils étaient en possession du CRH à ce moment là.

Plusieurs suggestions ont été faites dans la littérature pour raccourcir ce délai. Comme dans une enquête réalisée dans l'Isère en 1996, il était proposé que l'hôpital contacte les praticiens libéraux par téléphone pour leur communiquer les éléments importants dont ils devaient être informés rapidement. D'autres enquêtes suggéraient de confier le CRH au patient (3, 14). Dans une étude réalisée en Angleterre, la lettre de sortie était confiée au patient et les médecins généralistes en étaient satisfaits car cela réduisait le délai de réception (8). Dans notre étude 6% des CRH avaient été remis par le patient, 3 étaient ainsi parvenus en moins de 8 jours et 2 en plus d'un mois. Le délai de réception était plus court. Mais il existe le risque que le patient le perde.

Le CRH pourrait aussi être faxé au médecin, comme à l'hôpital Saint Joseph d'Hamilton au Canada (26), mais tous les médecins n'ont pas de fax et se pose le problème de la confidentialité.

Un autre mode de transmission du CRH était proposé, il s'agissait de l'envoi par courrier électronique.

### **3. La réception par courriers électroniques.**

Il était demandé aux médecins traitants s'ils étaient désireux de recevoir le CRH par internet. Cela était proposé comme piste de réflexion pour diminuer le délai de réception. Or, dans notre travail, les médecins étaient opposés à cette suggestion dans 62% des cas, dans notre travail.

Pourtant, dans la littérature, les médecins étaient majoritairement désireux d'un envoi sous ce format (25, 28). Une moyenne d'âge des médecins généralistes supérieure à la moyenne nationale de 1 an (9) pourrait expliquer ce choix. L'avantage principal est un délai de réception raccourci, un gain de manutention avec l'archivage informatique. Mais se pose le problème de la confidentialité des

boîtes de réception e-mail: en 2010, 20 % des généralistes étaient abonnés à Apicrypt, la seule solution de messagerie sécurisée de santé à faire consensus (13). Il existe le risque des bogues informatiques avec la perte de données. De plus, tous les médecins ne travaillent pas encore avec l'informatique. En 2007, 20 % des généralistes libéraux ne possédaient pas de connexion Internet au cabinet (13).

## **F. Les points non évalués dans cette étude.**

Malgré un questionnaire exhaustif, des notions rétrospectivement importantes n'avaient pas pu être abordées.

### **1. Informations fournies au patient.**

Les études anglo-saxonnes s'intéressent beaucoup plus souvent que les études françaises aux informations données au patient et à sa famille. Il s'agit d'une donnée qui pourrait apparaître plus souvent dans les CRH (26). Le médecin traitant pourrait avoir besoin de savoir si le patient ou sa famille ont compris le diagnostic et le pronostic, si ils ont refusé de le connaître ou si le patient s'est opposé à la transmission d'informations à sa famille. Le patient n'a pas toujours compris tous les soins qui lui ont été prodigués durant son hospitalisation et pose la question à son médecin. Le compte-rendu ne fournit pas uniquement une information médicale au médecin, mais il permet aussi la transmission d'informations au patient sur son séjour hospitalier par l'intermédiaire du médecin qui revêt un rôle de traducteur. Ainsi, la Commission sur l'Accréditation des Organisations de Santé américaine (31) considérait que dans le CRH doit apparaître l'information fournie au patient et à sa famille. En France, dans le référentiel d'auto évaluation des pratiques en établissement de santé en Aquitaine un des critères d'évaluation était « *la démarche d'information au patient ou à son entourage est noté dans le dossier.* » (7). Dans une étude réalisée dans l'Isère en 1996, le compte-rendu de sortie idéal devait inclure les informations données au patient (14).

Il existe un nombre croissant de plaintes déposées contre les Hôpitaux. L'une des causes, en nette augmentation, est le défaut d'informations fournies au patient. En Bourgogne, en 2005, 23% des établissements avaient reçu des plaintes pour défaut d'informations (23). Un item supplémentaire pourrait être inséré à la fin du CRH.

## **2. Evaluation de la douleur.**

L'évaluation de la douleur devrait apparaître dans les dossiers médicaux hospitaliers. Elle fait partie des critères IPAQSS. Il s'agit à la fois d' « *une pratique exigible prioritaire* » avec des attentes particulières signalées et un « *indicateur* » dont le recueil est obligatoire en France pour contribuer à la mesure de la qualité sur les critères de la certification (19). Sa notification ne fait pas partie des recommandations pour les CRH, mais uniquement dans les dossiers médicaux. Cet item n'avait pas été évalué, et aucun médecin n'avait signalé dans les commentaires libres qu'il aimerait avoir cette donnée.

## **3. Les CRH courts.**

Pour réduire la durée d'envoi des CRH à moins de 8 jours, comme recommandé, certains services du CHU de Rouen ont mis en place depuis plusieurs mois la rédaction de CRH courts ou intermédiaires. Ils n'avaient pas été évalués dans notre travail. Mais cela pourrait être pertinent pour savoir s'ils sont suffisants en attendant la rédaction du CRH plus complet, et si cela a permis de réduire les délais d'envoi.

## **4. Les facteurs influençant les CRH.**

Concernant les CRH et leur contenu, il existait une disparité de qualité au sein des différents services. Il s'agissait d'un constat effectué par les médecins généralistes dans leurs commentaires libres.

Une enquête, réalisée en 1996 à Grenoble, s'était intéressée aux facteurs pouvant influencer la rédaction des CRH (15). Les facteurs influençant les caractéristiques du courrier de sortie pouvaient être liés au type de séjour. L'exhaustivité était

meilleure et le délai d'édition plus court quand la durée de séjour était plus longue. Le courrier était plus souvent présent quand le patient était adressé directement par son médecin que lorsqu'il était admis via le service des urgences. Un courrier était rédigé dans 99% des transferts vers un autre établissement, 85% des retours à domicile, 83% des mutations internes. Les facteurs pouvaient aussi être liés au service. Il existait une corrélation négative entre le nombre de séjours par an et l'exhaustivité des courriers. Le taux de présence du compte-rendu était lié au nombre de médecins en temps plein du service, ainsi qu'au nombre d'ordinateurs.

Les services devraient être plus attentifs à la qualité de la rédaction des CRH quand leur activité augmente, en fonction des périodes, comme en hiver, ou lorsque la durée d'hospitalisation diminue.

### **G. Les limites de l'étude.**

L'une des limites de notre étude était la faible proportion de médecins (30 médecins, 10,5%) y ayant participé ce qui rend ces résultats difficilement généralisables. Mais les préoccupations des médecins généralistes mises en évidence étaient identiques et du même ordre de grandeur que celles retrouvées dans la littérature. Ainsi la taille de l'échantillon ne nous avait pas permis de comparer ou d'établir une possible représentativité de cet échantillon vis-à-vis de la population entière. Il s'agit du taux de retour habituel des enquêtes postales (21). Lors de la relance téléphonique, plusieurs médecins avaient répondu qu'ils ne participaient pas aux études par manque de temps.

De plus, seule l'opinion des médecins généralistes était sollicitée dans cette étude, or ils ne sont pas les seuls à faire partie du réseau de soins primaires en médecine libérale. En effet, dans une étude réalisée au CHU de Grenoble en 1996 portant sur 960 séjours, le médecin généraliste était le destinataire du CRH dans 85% des cas seulement (15). L'avis des médecins de spécialité médicale exerçant en libéral aurait pu aussi être pris en compte.

Au niveau de la méthodologie, il aurait pu être réalisé des entretiens dirigés pour avoir une évaluation plus précise de l'opinion des médecins généralistes. Mais nous avons préféré les interroger sous forme de questionnaire pour étudier un plus grand nombre de CRH différents.

## **V- Conclusion.**

Les comptes-rendus de sortie sont des éléments importants du dossier médical hospitalier et libéral. Ils ont une importance particulière pour le médecin généraliste pour le suivi de son patient une fois sorti d'hospitalisation.

Les comptes-rendus de sortie d'hospitalisation des hôpitaux publics de la région rouennaise respectent globalement dans leur composition les recommandations, même si des points pourraient être améliorés. Il serait intéressant de repartir de la structure du CRH de l'ANAES. Un CRH-type commun comprenant toutes ces rubriques pourrait être mis en place dans les services. Pour les examens complémentaires, la copie intégrale des examens biologiques paraîtrait utile aux médecins interrogés, l'interprétation complète des examens radiologiques ou endoscopiques ainsi que la copie des clichés et l'interprétation des ECG également. Une rubrique supplémentaire pourrait être ajoutée à la fin des CRH précisant l'information délivrée au patient et/ou à sa famille. Certains items plus spécifiques à chaque service pourraient être ajoutés ainsi que les traitements habituels du patient, les traitements arrêtés et leur justification. Ce CRH pourrait être créé sous format informatique ou papier et le rédacteur n'aurait plus qu'à compléter les items. CRH-type ci après.

Mais un des paramètres perfectible recommandé à la fois par HAS et le code de santé publique est le délai de réception des CRH. En effet, une communication rapide des informations médicales conditionne une bonne adaptation de la prise en charge en ambulatoire. Un CRH plus complet et pertinent perdrait de son utilité s'il arrive dans des délais trop longs.

Pourtant, malgré des améliorations possibles, les médecins généralistes de la région rouennaise considéraient globalement que les comptes-rendus de sortie d'hospitalisation des hôpitaux publics étaient pertinents dans leur forme actuelle pour la suite de la prise en charge en libéral de leurs patients.

**Compte-rendu d'hospitalisation type:**

**En tête du servie.**

Identité du patient: ( coller étiquette)

- dates d'hospitalisation:

Motif d'hospitalisation:

Antécédents du patient:

Traitements habituels:

Mode de vie:



Anamnèse avec mode d'entrée:

Examen clinique initial:

Pression artérielle:

Fréquence cardiaque:

Température:

EVA:

Poids:

Taille:

IMC:

Résultats des examens complémentaires:

Bilan biologiques (cf ci joint).

Radiographie:

ECG (interprétation complète):

Echelles et scores de spécialité à adapter en fonction du service (comme l'ADL en gériatrie):

Différentes pathologies prise en charge dans le service avec le traitements réalisés, y compris les transfusions:

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

Traitements habituels arrêtés et leur justification:

- 
- 

Conclusion:

Mode de sortie (retour à domicile, transfert, date et heure de sortie):

Prise en charge sociale réalisée:

Informations données au patient:

Traitement à la sortie:

Liste des éléments remis au patient:

Suite à donner (surveillance à instituer, reconvoction, ...):

Identité du ou des médecins destinataires:

## **Annexes**

SEGYO Alix

37 rue Saint André,

76000 Rouen.

alix.segyo@club-internet.fr

Monsieur, Madame et cher confrère,

Interne en médecine générale, mon sujet de thèse s'intéresse au compte-rendu de sortie d'hospitalisation que vous recevez.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer si tous les éléments qui y figurent sont utiles pour une suite de prise en charge en ambulatoire et quels éléments absents seraient importants ?

Vous trouverez ci-joint un questionnaire. Si vous acceptez de participer à ce travail, je vous serais reconnaissante de bien vouloir en remplir un par patient sorti d'hospitalisation publique dans les trois derniers mois précédant la réception de ce courrier ? \*

Si vous n'avez pas encore reçu le compte-rendu d'hospitalisation, seule la première page sera à remplir.

L'exploitation des questionnaires sera réalisée de façon anonyme pour le patient et les médecins.

Vous êtes libre ne pas participer à l'étude mais la qualité de votre réponse me permettra une meilleure interprétation des résultats et donc de produire une thèse de qualité pour la validation de mon doctorat en médecine générale.

Je vous remercie par avance pour le temps que vous voudrez bien m'accorder.

Bien confraternellement,

Alix SEGYO

(Interne en Médecine Générale à ROUEN)

\*N'hésitez pas à me contacter si vous désirez des questionnaires

supplémentaires

**Evaluation des comptes-rendus de sortie par les médecins généralistes: pour une meilleure suite de prise en charge en secteur libéral .**

- Informations générales sur le patient:
  - Date de naissance:
  - Sexe
  
- Hospitalisation du . . . . . au . . . . .
  - Décès au cours de l'hospitalisation:  Oui  Non
  - Compte-rendu: 

Reçu par courrier	<input type="checkbox"/>		
Remis par le patient	<input type="checkbox"/>		
Non reçu	<input type="checkbox"/>		
  - Délais de réception: 

≤ 1 semaine	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
≤ 1 mois	<input type="checkbox"/>		
> 1 mois	<input type="checkbox"/>		
Ne sais pas	<input type="checkbox"/>		
  - Service: 

Spécialité chirurgicale	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Spécialité médicale ou médecine polyvalente	<input type="checkbox"/>		
SSR	<input type="checkbox"/>		
Autre ( préciser ):	<input type="checkbox"/>		
  - Avez-vous revu le patient depuis sa sortie ? 

Non	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/>
-----	------------------------------	--	--------------------------
  - Avez-vous lu le compte-rendu ? 

Non	Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	-----	--------------------------	--------------------------
  - Seriez-vous intéressé par une réception par e mail 

Non	Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	-----	--------------------------	--------------------------
  
- Satisfaction globale du compte-rendu de sortie:

Insuffisant <input type="checkbox"/>	Passable <input type="checkbox"/>	Bi <input type="checkbox"/>	Très <input type="checkbox"/>
bien			
Trop cour <input type="checkbox"/>	Trop long <input type="checkbox"/>	Bonne longueur <input type="checkbox"/>	

Trop Spécialis

Abréviations inconnues

Utile pour la suite de la prise en charge en libéral:  
Non

Oui





## **Bibliographies**

- 1- Adams C.R., Poskitt R., Bristol B. Surgical discharge summaries: improving the record. *Annals of the Royal College of Surgeons Of England*. 1993; Volume 75: 96-99.
- 2- ANAES. Dossier du patient: amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementations et recommandations. ANAES. 2003. [www.has.fr](http://www.has.fr).
- 3- ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. Paris: ANAES. 2001
- 4- Article R. 1112-1. Annexe du décret n°2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique. Code de la santé publique.
- 5- Article R. 1112-2. Annexe du décret n°2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique. Code de la santé publique.
- 6- Bertrand D., Francois P., Bosson J.L. Quality assessment of discharge letters in a French university hospital. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 1998; 11 (2-3): 90-95.
- 7- CCECQA. REFERENTIEL D'AUTOEVALUATION DES PRATIQUES EN ETABLISSEMENT DE SANTE: correspondance médicale: courrier de sortie d'hospitalisation. CCECQA, 2004.
- 8- Clements D. An improved ' interim discharge letter' a successful outcome from audit. *Journal of the Royal College of Physicians of London*. 1992; Volume 26, n° 2: 169-171.
- 9- Delattre E., Sanson A.L. Stratégies de localisation des médecins généralistes français: mécanismes économiques ou hédonistes? Journées des Economistes de la Santé Français Lyon. Décembre 2010.

10- Domard C., Clavero J. La continuité des soins en ville après une hospitalisation, URML Ile de France. 2006. [étude originale].

11- DRESS. Les Publications de la DREES, Etudes et résultats. N° 310. Mai 2004.

12- DRESS. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. Janvier 2003; N° 212.

13- Dufrenne J. Dématérialisation des échanges d'informations entre médecins: la messagerie sécurisée de santé utilisée par les médecins généralistes. Thèse. Mai 2011.

14- François P., Bertrand D., Weil G., Bosson J.L. Qualité des courriers de fin de séjour hospitalier: besoins et attentes des médecins libéraux. La Presse Médicale. 1996; Volume 25, n°25: 1136-1139.

15- François P., Bertrand D., Weil G., Fauconnier J. Evaluation des courriers de fin de séjour hospitalier. Journal d'Economie Medical. 1996; T.14, n° 6: 379-383.

16- Garasen H., Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. BMC Health Services Research. 2007; 7: 133.

17- HAS. Fiche descriptive de l'indicateur: Tenue du dossier patient (TDP) en MCO, octobre 2011. <http://www.has-sante.fr/>

18- HAS. Indicateurs de qualité généralisés en MCO, Campagne 2011 Analyse descriptive des résultats agrégés et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats. Juin 2012. <http://www.has-sante.fr/>

19- HAS. Manuel de certification des établissements de santé V2010: Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Avril 2011. <http://www.has-sante.fr/>

20- Hubert G., Galinski M., Ruscev M., Lapostolle F., Adnet F. Information médicale: de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? La Presse Médicale. 2009; 38: 1404-1409.

21- INIT-marketing. <http://www.init-marketing.fr/mode-denquete/enquete-postale/>

22- Kripalani S., LeFebvre F., Phillips C. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians Implication for Patient Safety and Continuity of Care. JAMA. 2007; Volume 297, n° 8: 831-841.

23- Le respect des droits des usagers: Enquêtes auprès des établissements hospitaliers publics et privés de Bourgogne. Etude réalisée à la demande de la Conférence Régionale de Santé et de la DRASS de Bourgogne. Février 2007.

24- Lloyd B.W., Barnett P. Use of problem lists in letters between hospital doctors and general practitioners. BMJ. 1993; Volume 306: 247.

25- Loire C., Duval C.M., Hervé F., Courtois G., Bourdé A. Enquête de satisfaction des médecins généralistes sur les comptes-rendus de passage aux urgences de leurs patients. Journal Europeen des Urgences. 2009; Volume 22, Supplément 2 ; A 37.

26- Paterson J.M., Allega R.L. Improving communication between hospital and community physicians. Canadian Family Physician. 1999; Volume 45: 2893-2899.

27- PLATINES. **PLAT**eforme d'**IN**formations sur les **E**tablissements de **S**anté **MCO** (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) et **SSR** (Soins de Suite et de Réadaptation). Mise à jour des données le 23 novembre 2011, [www.platines.sante.gouv.fr](http://www.platines.sante.gouv.fr)

28- Prouvost-Keller B., Provenzano F., Caissotti C., Sanfilippo E., Prdier C.

Faisabilité du transfert informatisé de comptes-rendus standardisés de consultation entre médecin d'un réseau ville-hôpital. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2007; Volume 38, n°3.

29- Rawal J., Barnett P., Lloyd B.W. Use of structured letters to improve communication between hospital doctors and general practitioners. *BMJ*. 1993; Volume 307: 1044.

30-Salathia K., McIlwaine W.J. General practitioner and hospital letters. *The Ulster Medical Journal*. 1995; Volume 64, n° 1: 46-50.

31-Standard IM.6.10 ; Hospital Accreditation Standard. Oakbrook Terrace, Ill: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations ; 2006: 338-340.

## Compte-rendu d'hospitalisation:

- Evaluation selon la réglementation,

- Point de vue des médecins généralistes,

### Résumé:

Introduction: Lors de la sortie, la communication entre le secteur hospitalier et le médecin généraliste se résume le plus souvent au compte rendu d'hospitalisation (CRH).

### Matériel et méthode:

Etude rétrospective qualitative et quantitative.

Evaluation par les médecins généralistes libéraux de l'agglomération rouennaise de 82 CRH de leurs patients. Comparaison de leur contenu aux recommandations.

### Résultats:

Les CRH respectent pour partie les items recommandés par l'ANAES en juin 2003.

Toutes les rubriques proposées dans le CRH-type de l'ANAES étaient jugées utiles par les médecins.

Le délai de réception était inférieur à 8 jours pour 26% des CRH et à 1 mois pour 60%.

Les CRH étaient jugés utiles pour une suite de prise en charge en libéral dans 90,4% des questionnaires et les médecins étaient satisfaits de façon globale des CRH dans 84% des cas.

### Conclusion:

Les comptes-rendus de sortie d'hospitalisation des hôpitaux publics de la région rouennaise respectent dans leur composition globalement les recommandations même si des points pourraient être améliorés. Il faudrait raccourcir les délais de réception des CRH à 8 jours pour améliorer la prise en charge des patients.

Malgré ces points, les médecins généralistes étaient globalement satisfaits des CRH.

Mots clés: compte rendu d'hospitalisation, continuité de soins, continuity of

patient care, discharge letter, discharge summary.