Université Joseph Fourier GRENOBLE MEDECINE

SICD1 Bibliothèques de l'UJF et de Grenoble INP

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2015 N°

LIEN VILLE-HÔPITAL : DEFINITION DU CONTENU D'UNE FICHE **D**E LIAISON A DESTINATION DU MEDECIN GENERALISTE, A LA **S**ORTIE D'UN SERVICE DE GERIATRIE, EN ISERE.

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE

DIPLÔME D'ETAT

Mathieu DUFAITRE, né le 10 novembre 1984 à Gleizé (Rhône).

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le lundi 04 mai 2015.

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury **:** M. le Pr. Gaëtan GAVAZZI

Membres

Me. la Pr. Laurence BOUILLET

M. le Pr. Arnaud SEIGNEURIN

Me. la Dr. Sylvie MAZIERE (Directrice de Thèse)

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

UFR de Médecine de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 76 63 71 44
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70

Affaire suivie par Marie-Lise GALINDO sp-medecine-pharmacie@ujf-grenoble.fr

Université Joseph Fourier GRENOBLE MEDECINE

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Jean Paul ROMANET**

Année 2014-2015

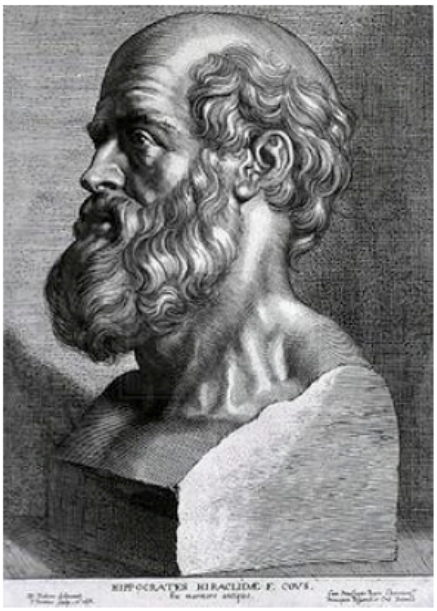
ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
PU-PH	BETTEGA Georges	Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
MCU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie

PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
MCU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GODFRAIND Catherine	Anatomie et cytologie pathologiques (type clinique)
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation

PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU-PH	LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	chirurgie générale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MACHECOURT Jacques	Cardiologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MCLEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MOUCHET Patrick	Physiologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé

MCU-PH	**PELLETIER Laurent**	**Biologie cellulaire**
PU-PH	**PELLOUX Hervé**	**Parasitologie et mycologie**
PU-PH	**PEPIN Jean-Louis**	**Physiologie**
PU-PH	**PERENNOU Dominique**	**Médecine physique et de réadaptation**
PU-PH	**PERNOD Gilles**	**Médecine vasculaire**
PU-PH	**PIOLAT Christian**	**Chirurgie infantile**
PU-PH	**PISON Christophe**	**Pneumologie**
PU-PH	**PLANTAZ Dominique**	**Pédiatrie**
PU-PH	**POLACK Benoît**	**Hématologie**
PU-PH	**POLOSAN Mircea**	**Psychiatrie d'adultes**
PU-PH	**PONS Jean-Claude**	**Gynécologie obstétrique**
PU-PH	**RAMBEAUD Jacques**	**Urologie**
MCU-PH	**RAY Pierre**	**Génétique**
PU-PH	**REYT Émile**	**Oto-rhino-laryngologie**
MCU-PH	**RIALLE Vincent**	**Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication**
PU-PH	**RIGHINI Christian**	**Oto-rhino-laryngologie**
PU-PH	**ROMANET J. Paul**	**Ophtalmologie**
MCU-PH	**ROUSTIT Matthieu**	**Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie**
MCU-PH	**ROUX-BUISSON Nathalie**	**Biochimie, toxicologie et pharmacologie**
PU-PH	**SARAGAGLIA Dominique**	**Chirurgie orthopédique et traumatologie**
MCU-PH	**SATRE Véronique**	**Génétique**
PU-PH	**SAUDOU Frédéric**	**Biologie Cellulaire**
PU-PH	**SCHMERBER Sébastien**	**Oto-rhino-laryngologie**
PU-PH	**SCHWEBEL-CANALI Carole**	**Réanimation médicale**
PU-PH	**SCOLAN Virginie**	**Médecine légale et droit de la santé**
MCU-PH	**SEIGNEURIN Arnaud**	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention**
PU-PH	**STAHL Jean-Paul**	**Maladies infectieuses, maladies tropicales**
PU-PH	**STANKE Françoise**	**Pharmacologie fondamentale**
MCU-PH	**STASIA Marie-José**	**Biochimie et biologie moléculaire**
PU-PH	**TAMISIER Renaud**	**Physiologie**
PU-PH	**TONETTI Jérôme**	**Chirurgie orthopédique et traumatologie**
PU-PH	**TOUSSAINT Bertrand**	**Biochimie et biologie moléculaire**
PU-PH	**VANZETTO Gérald**	**Cardiologie**
PU-PH	**VUILLEZ Jean-Philippe**	**Biophysique et médecine nucléaire**
PU-PH	**WEIL Georges**	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention**
PU-PH	**ZAOUI Philippe**	**Néphrologie**
PU-PH	**ZARSKI Jean-Pierre**	**Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie**



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS.

A M. le Pr Gaëtan GAVAZZI de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de thèse, pour son accessibilité et pour les 6 mois de découverte de la gériatrie.

A Me. la Pr Laurence BOUILLET et à Mr. le Pr Arnaud SEIGNEURIN d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mes remerciements sincères.

A Me. la Dr Sylvie Mazière, d'avoir réussie à me supporter jusqu'au bout de cette thèse en tant que directrice. Merci pour ces instants rock'n roll à Chatin, pour ces pauses clopes à décompresser en échangeant nos goûts musicaux, et non…Iggy Pop n'est pas mort !

Aux médecins gériatres et généralistes qui ont acceptés de participer à cette étude, pour leur ponctualité et leur considération. Merci particulièrement à Marie-Laure pour son accueil lors de mes débuts dans un cabinet de médecine générale.

Merci aux assistants de gynéco d'Annecy, Charles et JB de m'avoir initier à cette spécialité qui ne sera jamais la mienne, votre bureau était bien appréciable lors des gardes.

Merci aux trois maitre de stage de mon UPL, Marie-Laure, Claude et Fabrice de m'avoir fait découvrir la médecine rurale, le Trièves et les coins à morilles qu'il recèle.

Merci à toute l'équipe médicale et paramédicale des urgences de Chambéry, c'était un plaisir de travailler dans cet endroit à vos côtés.

Que dire de l'équipe de Chatin, humaine et à l'écoute, dans les bons comme dans les mauvais moments.

Merci pour la remise en forme à H.Bazire, grâce à des médecins détendus, endurant à mes blagues, merci Dan, Elisabeth, Philippe et Catherine. Comment ne pas glisser un mot

sur les super infirmières et aides-soignantes, toutes déjantées et dépendantes à la Ventoline®.

Enfin, merci à Laure-Emmanuelle, Jean-Pierre et Nicolas de me supporter dans mes derniers mois d'étudiant, promis le futur interne sera moins gourmand en congés et plus sérieux au travail !

Merci à Isabelle de partager ma vie. Merci pour ton amour, ton écoute, ton soutient de tous les instants depuis le début de nos études, dans les bons comme dans les mauvais moments.

A notre fille Aglaé, petite merveille, qui donne un sens de plus à notre vie, et qui nous procure tant de bonheur, ne grandit pas trop vite quand même !

Merci à ma Maman, à qui je dois ce que je suis aujourd'hui. Merci d'avoir toujours été là pour nous élever, on se rend compte plus tard de la chance que l'on a eu.

Merci à mon Papa, qui reste un modèle pour moi. Merci de m'avoir transmis ta passion de la connaissance en général et de l'Histoire en particulier. Sans l'ambition d'un père à voir ses enfants épanouis et réussir leur vie, je serai sûrement toujours en train d'errer entre l'archéologie et la médecine.

Merci à mes frères et sœur, Sim, Domi et Hugo, d'être si proches. Un vrai bonheur d'être votre grand frère. N'oublions pas vos boulets, Mo, Caro et Chey, de même que vos rejetons Gathou et Doudou, j'espère qu'il y en aura plein d'autres !

Merci à Ghislaine d'avoir été ma grande sœur, de m'avoir fait découvrir la médecine, je ne me serai jamais là sans toi et merci à Pascal pour ses compétences linguistiques avancées.

Merci à Florian pour toutes ces aventures passées et futures, son manque de sérieux permanent, que ça fait du bien ! Merci à Rémy d'être là dans tous les moments importants de ma vie, merci d'avoir toujours été à l'écoute de ton filleul.

Merci au reste de ma famille, en particulier à mes grands-parents.

Merci également, à ma belle-famille de m'avoir intégré si naturellement parmi eux.

Merci à Pierrot, tu dois bien te poiler en voyant l'épaisseur de ma thèse, à Ben mon nain préféré, à Guillaume mon renard à poil ras, à Zaza la future maman globe-trotteuse, aux autres copains du Beaujolais et à leurs conjointes.

Merci à mes vieilles co-internes de gynéco qui sont maintenant des amies, Blondie l'érotophobe, Mélissa l'érotomane et Margaux l'escargot. A Bruno mon architecte, Vincent mon assureur de vinyles, Joss mon psychanalyste.

Merci à Super-Boubou, ClairmanXXXe et au grand rabbin Ben Morizotti pour leur amitié et sans qui le souvenir de la gériatrie n'aurait pas ce goût de chamallow grillé.

Merci à tous nos amis qui m'ont supporté pendant toutes ces années de médecine, Elo & Eric, Mary & Alberto, Nath & Damien, Lulu & Guigui, TiphTouph, Juliette & Benj, Amandine & Vincent, Nico & Céline (+ Coco), Marco, Noémie & Engué, Clara & Mathias, Céline & Ziggy (+ Cornélius ?), à Râ, Josquin & Pitou, Ségo & Nico et désolé si j'en oublie.

Enfin, merci aux musiciens qui m'ont accompagnés durant la rédaction de cette thèse, et il y en a…

SOMMAIRE

RESUME……11
INTRODUCTION……13
METHODES……15
RESULTATS……19
DISCUSSION……21
CONCLUSION……25
BIBLIOGRAPHIE……27
ANNEXES……32

RESUME.

Contexte > Le nombre d'hospitalisations des plus de 75 ans s'accroît continuellement, provoquant une augmentation du nombre de transitions hôpital-ville. La période précoce de sortie d'hospitalisation est à risque de complications pour la personne âgée, notamment à cause des difficultés de transmission des informations de l'hôpital à la médecine ambulatoire. Ceci peut impacter sur la prise en charge des patients en phase précoce de sortie d'hospitalisation.

Objectif > Définir les informations nécessaires au médecin traitant pour l'amélioration de la prise en charge précoce du patient âgé, lors des 15 premiers jours suivant la sortie d'hospitalisation, et pouvant être contenues dans une fiche de liaison.

Méthode > Cette méthode de consensus validé, de type DELPHI®, avait pour but de dégager un avis convergent, entre différents intervenants, à partir d'une liste de 17 items initiaux identifiés préalablement dans la littérature. Le groupe d'expert était formé de 5 gériatres hospitaliers et 5 médecins généralistes en Isère. L'étude s'est déroulée en 3 tours distincts.

Résultats > L'étude a permis de retenir une liste de 12 items au total, avec un degré d'accord fort : l'identification du patient ; le motif d'admission ; les dates du séjour ; le diagnostic principal ; les diagnostics associés ; le traitement de sortie ; l'identification et le téléphone du médecin référent/service ; les résultats para-cliniques pertinents ; le statut fonctionnel d'entrée et sortie ; le suivi, les consultations et les examens à venir (dans les 15 jours) ; le support social mis en place pour la sortie ; les contacts durant le séjour avec établissement d'origine/intervenants au domicile.

Conclusion > La définition de l'information nécessaire à la prise en charge précoce d'un patient âgé par le médecin traitant, lors des 15 jours suivant sa sortie d'un service de gériatrie, a permis de réaliser une fiche de liaison. Des travaux complémentaires sont nécessaires pour évaluer la faisabilité et l'impact de cette fiche sur leur prise en charge post-hospitalière précoce.

RESUME.

Background > Patients older than 75 years of age are more and more numerous, resulting in an increasing number of hospital-city transitions. The early period of discharge is dangerous for the elderly because of the relative lack of transmission between the hospital and ambulatory medecine : the early patient take over can be impacted.

Objective > Defining the informations the GP needs to improve the elderly take over following the couple of weeks after the discharge. All this could lead to the elaboration of a common linking file.

Method > The aim of this validated consensus method, like DELPHI®, was to find a consensus between different people on 17 items preliminarily identified in the scientific litterature. The brain trust was composed of 5 GPs and 5 geriatricians. The study was made up of three distinct steps.

Results > At fhe end of the study, 12 items have been included with a strong degree of agreement : patient identification, reason for admission, date of stay, main diagnosis, accompanying diagnosis, discharge treatment, name and telephone number of the geriatricians, para-clinically relevant information, entry and discharged functional status, following consultation and care over the following 2 weeks, the discharged social support, contacts during the stay between the hospital / home.

Conclusion > Defining the informations the GP needs for the taking over of the elderly during the 15 days after the geriatric unit discharge has allowed us to draft a linking file. Complementary research would likely be required to assess the feasibility and the impact of this communication link on the early discharge period.

INTRODUCTION.

Le nombre des plus de 75 ans s'accroît de façon continue en France ces dernières décennies, passant de 2,4 millions en 1970 (4,7%) à 5,8 millions en 2012 (9,1%)(1). Le médecin généraliste est donc confronté dans son exercice quotidien à une majoration des personnes âgées dans sa patientèle.

Une des conséquences du vieillissement de la population est l'augmentation des patients âgés poly-pathologiques. Il en résulte un accroissement du nombre d'hospitalisations, avec une augmentation de 42% du nombre de séjours des plus 75 ans entre 1998 et 2008(2), et donc du nombre de transitions hôpital-ville pour ces patients.

Cette période charnière que représente la sortie d'hospitalisation pour les patients âgés met en jeu de nombreux acteurs. Son bon déroulement nécessite une étroite collaboration entre l'équipe hospitalière et les intervenants au domicile, en particulier le médecin traitant(3–6).

Un des problèmes récurrents lors de la prise en charge de ces patients à leur sortie, par le médecin généraliste, est paradoxalement le manque d'informations concernant cette hospitalisation(7–10). Le moyen de communication communément admis dans cette situation reste le courrier de sortie(11). Or plusieurs études ont pointé des problèmes liés à la transmission de ces courriers, au fait qu'ils soient trop souvent incomplets(12), et surtout au délai trop long avant leur réception par le médecin généraliste(13–15), le délai légal étant de 8 jours(16).

Il peut résulter de ce manque de communication une prise en charge retardée(17) ou inadaptée à domicile, une erreur thérapeutique, un défaut de suivi clinique ou biologique(18–20). Cela entraine parfois une aggravation de l'état clinique ou de la dépendance(21), voire une ré-hospitalisation non programmée chez les plus de 75 ans(22), estimée à 14% à 30 jours(23).

En prenant en compte toutes ces données, nous nous sommes posé la question de l'intérêt d'une fiche de liaison structurée(24) et standardisée, qui peut être remise avec

les ordonnances le jour de la sortie, en faisant collaborer les différents acteurs concernés. Cette fiche ne remplace en rien le courrier de sortie, mais cherche plutôt à améliorer la transmission d'informations.

Son but est d'optimiser la prise en charge précoce des patients âgés par leur médecin généraliste à leur sortie d'un service de gériatrie. Toute la difficulté est d'améliorer la prise en charge du patient en faisant gagner du temps au médecin traitant sans en faire perdre au médecin hospitalier. Le contenu de cette fiche doit pour cela être standardisé et limité, tout en étant suffisamment informatif.

L'objectif principal de ce travail est donc de définir les informations nécessaires au médecin traitant pour l'amélioration de la prise en charge précoce du patient âgé, lors des 15 premiers jours suivant la sortie d'hospitalisation, et qui pourrait être contenues dans une fiche de liaison.

METHODE.

Pour définir l'information nécessaire à cette prise en charge précoce, nous avons utilisé une méthode de consensus formalisé. Les méthodes de consensus sont définies comme une manière de synthétiser l'information et de confronter des avis contradictoires, dans le but de définir le degré de l'accord au sein d'un groupe d'individus sélectionnés.

Parmi ces méthodes nous avons choisi celle de type DELPHI®. Celle-ci a l'avantage d'être simple et rapide à mettre en place, et d'aboutir à un avis final convergent du groupe. Elle s'est déroulée en trois tours (fig.1).

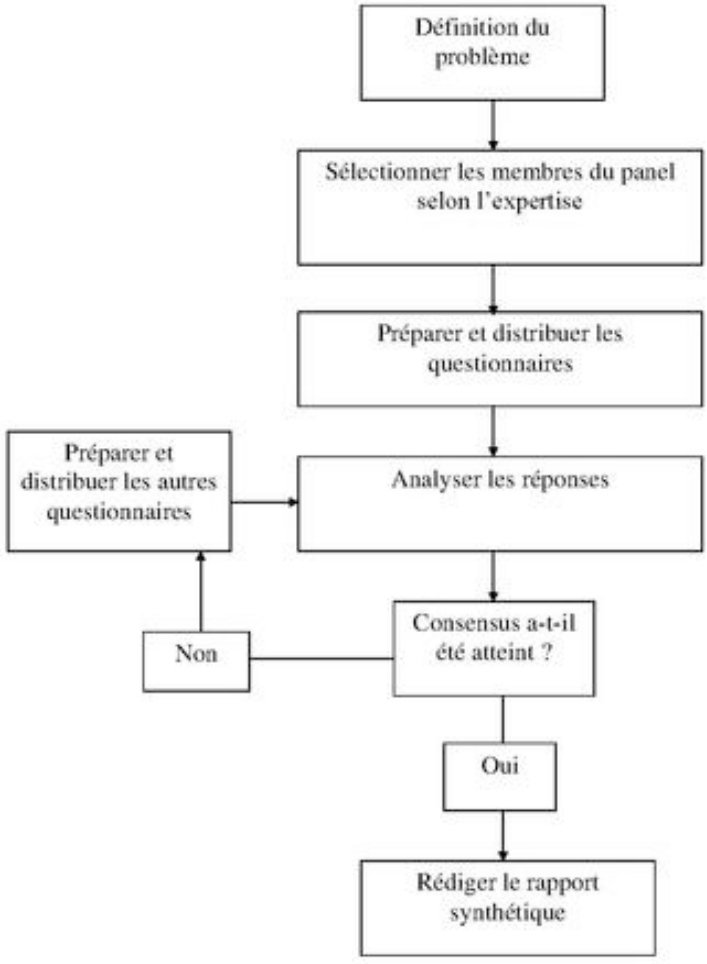


Figure 1. Schéma méthode DELPHI®.

Deux types d'acteurs sont intervenus dans cette méthode : les « analystes » et les « experts ».

Les analystes étaient chargés d'organiser le dispositif DELPHI®, c'est à dire de définir la question de recherche, puis de sélectionner les experts, de réaliser une analyse de la littérature, de rédiger les versions successives des questionnaires, et enfin d'analyser et d'exploiter les résultats.

Les experts étaient les personnes consultées durant le processus DELPHI®. Le choix de ces experts a dû tenir compte de leur connaissance du problème visé, de leur légitimité par rapport au groupe d'acteurs qu'ils pouvaient représenter, mais aussi de leur disponibilité durant ce processus.

Pour notre étude, nous avons donc sélectionné dix experts, cinq gériatres hospitaliers et cinq médecins généralistes. Les critères de sélection ont été, hormis leur installation en Isère, un souci de la représentativité de leur exercice. Ainsi les gériatres ont été sélectionnés selon qu'ils exerçaient en court séjour ou SSR, en hôpital public ou semi-public, des médecins femmes et hommes, et d'âges différents. Pour les médecins généralistes, les critères étaient des installations en milieu urbain et rural, des âges différents, des médecins femmes et hommes, avec ou sans capacité de gériatrie, des maîtres de stage universitaires ou non.

Une fois les experts sélectionnés, nous avons réalisé une analyse systématique de la littérature concernant le contenu des courriers de sortie pour établir le premier questionnaire. Cette recherche bibliographique a permis de retenir 17 items (fig.2).

1) Identification du patient.
2) Motif d'admission.
3) Dates du séjour.
4) Diagnostic principal.
5) Diagnostics associés.
6) Examen clinique d'entrée.
7) Résultats para-cliniques pertinents.
8) Statut cognitif à la sortie.
9) Statut fonctionnel à la sortie.
10) Statut nutritionnel à la sortie.
11) Evolution clinique et prise en charge durant le séjour.
12) Informations données au patient et à ses proches.
13) Suivi clinique et para-clinique à réaliser à la sortie.
14) Consultations et examens à venir.
15) Support social mis en place en vue de la sortie.
16) Traitement à la sortie (avec explications des changements éventuels).
17) Identification, téléphone et signature du service/médecin référent.

Figure 2. Liste des items retenus (3,4,9,12,18,25–39).

Lors d'un premier tour, les experts ont ainsi reçu un courrier électronique avec un lien pour accéder au questionnaire en ligne comprenant les 17 items issus de la revue de littérature. Il leur était demandé de coter chaque item de 1 à 9 selon leur pertinence par rapport à l'objectif principal, et sans possibilité de commenter leurs réponses. « 1 » correspondait à un item « totalement inapproprié » et « 9 » à un item « totalement approprié ». A la fin, il leur était possible d'ajouter éventuellement d'autres items leur semblant essentiels et non présents initialement.

Au deuxième tour, ils ont reçu un autre courrier électronique contenant un lien orientant vers le nouveau questionnaire, complété avec la médiane pour chaque item. De plus, les items suggérés lors du tour précédent ont été ajoutés. Les experts devaient à nouveau se prononcer en ayant alors l'opinion du groupe consulté. Si une ou plusieurs

de leurs nouvelles réponses déviaient fortement de la médiane du groupe (écart ≥3), il leur était demandé de justifier leur réponse.

Un troisième tour a été réalisé, uniquement pour les items pour lesquels aucun consensus n'avait été trouvé auparavant. Le processus était identique au deuxième tour, à ceci près qu'en plus de la médiane du tour précédent, ils avaient connaissance des commentaires de ceux dont l'avis divergeait fortement de la médiane.

L'analyse des réponses entre chaque tour a tenu compte d'abord de la médiane, puis de la dispersion des cotations autour de cette dernière. Trois zones ont été définies en fonction de la place de la médiane (fIg.3).

1 2 3	4 5 6	7 8 9
zone de "contre-indication"	zone "d'indécision"	zone "d'indication"

Figure 3. Echelle et zones de cotation(40).

L'accord était considéré comme « fort » lorsque l'intervalle borné par les cotations minimales et maximales était à l'intérieur des bornes d'une des trois zones, et ce après amputation des valeurs extrêmes. Dans le cas contraire il était considéré comme « faible ».

La validation d'un item était définie par une médiane comprise entre 7 et 9 et un degré de convergence « fort ». Il était rejeté lorsqu'il avait une médiane inférieure à 7, ou que le degré de convergence était « faible », sans variation lors de deux tours successifs. De même lorsqu'aucun consensus n'était trouvé à la fin des trois tours, il était invalidé.

A l'issue des trois tours, la rédaction d'un exemple de fiche de liaison a été entreprise, en reprenant les opinions consensuelles qui se sont dégagées au sein du groupe. Les justifications et commentaires des experts à propos des opinions qui divergeaient du consensus ont permis d'interpréter cette dispersion.

RESULTATS.

Lors du premier tour, sur les 17 items proposés, 7 on étés validés, à savoir : identification du patient ; motif d'admission ; dates de séjour ; diagnostic principal ; diagnostics associés ; traitement de sortie ; identification et téléphone du médecin référent/service. Sur suggestion des experts, cinq items ont étés ajoutés : examen clinique à la sortie ; évolution de l'état cutané pendant le séjour ; contacts durant le séjour avec établissement d'origine/intervenants au domicile ; causes ayant pu retarder la sortie d'hospitalisation ; pathologies actives pendant le séjour. Enfin, 4 items ont étés modifiés. Ainsi pour le statut fonctionnel, nutritionnel et cognitif, il a été précisé « d'entrée/sortie » ; les items « suivi clinique et para-clinique à réaliser à la sortie » et « consultations/examens à venir » ont été fusionnés, en précisant « (15 jours) ».

Le deuxième tour comportait donc 14 items, 4 items ont été validés : résultats para-cliniques pertinents ; statut fonctionnel d'entrée et sortie ; suivi, consultations et examens à venir (15 jours) ; support social mis en place pour la sortie. Quatre items ont été invalidés, à savoir : examen clinique d'entrée ; statut nutritionnel d'entrée et sortie ; évolution clinique et prise en charge pendant le séjour ; informations données au patient/proches. Enfin l'item « pathologies actives durant le séjour » a été fusionné avec « diagnostics associés ».

Pour le troisième tour, il restait donc 5 items. Un item de plus a été validé : contacts durant le séjour avec établissement d'origine/intervenants au domicile. Les 4 autres items ont été invalidés : statut cognitif d'entrée et de sortie ; examen clinique à la sortie ; évolution de l'état cutané ; causes ayant pu retarder la sortie d'hospitalisation.

Au final, ce sont donc douze items qui ont été retenus (fig.4).

1) Identification du patient,

2) Dates de séjour,

3) Motif d'admission,

4) Diagnostic principal,

5) Diagnostics associés,

6) Traitement de sortie,

7) Identification et téléphone du médecin référent/service,

8) Résultats para-cliniques pertinents,

9) Statut fonctionnel d'entrée et sortie,

10) Suivi, consultations et examens à venir (dans les 15 jours),

11) Support social mis en place pour la sortie,

12) Contacts durant le séjour avec établissement d'origine/intervenants au domicile.

Figure 4. Items retenus pour la fiche de liaison.

DISCUSSION.

Ce travail a permis d'établir de façon consensuelle le contenu d'une fiche de liaison à remettre aux patients âgés sortant d'hospitalisation, avec les informations estimées nécessaires pour améliorer leur prise en charge précoce par le médecin traitant.

En regardant les items validés par cette ronde DELPHI®, certains apparaissent comme indispensables à tout courrier médical, comme l'identité du patient, les dates du séjour et le motif d'admission, car parfois le médecin traitant n'est pas au courant de l'hospitalisation ou de sa cause initiale. Il en va de même pour l'identité du médecin rédacteur et de ses coordonnées, afin de pouvoir être contacté à tout moment par un confrère prenant la suite.

Différent du motif d'admission, le diagnostic principal et les diagnostics associés renseignent le médecin généraliste sur les pathologies récentes et possiblement chroniques. La présence de ces items est importante car les récidives possibles des pathologies aiguës, ou leur chronicisation, peuvent nécessiter une adaptation de la prise en charge dès les premiers jours(41). Un médecin informé tôt peut donc modifier et adapter son attitude thérapeutique, évitant ainsi une ré-hospitalisation éventuelle(13).

Le traitement médicamenteux représente l'une des informations essentielles à transmettre(42,43). En effet les adaptations thérapeutiques ou les traitements instaurés lors de l'hospitalisation doivent être connus à tout instant par le médecin prenant en charge un patient. La transmission de cette information est primordiale pour assurer la continuité du traitement, pour pouvoir le modifier, ou encore pour en détecter les effets indésirables potentiels, et ce dès les premiers temps du retour en ambulatoire(44). En effet, selon certaines études, la iatrogénie serait responsable de près d'un tiers des hospitalisations des personnes âgées fragiles(45).

Les résultats para-cliniques ne doivent être portés à la connaissance du médecin traitant que s'ils modifient la prise en charge précoce, le but étant de ne pas encombrer la fiche de liaison avec des informations inutiles. Ils peuvent dans certains cas permettre le suivi, ou la compréhension de la pathologie du patient, et ainsi améliorer la continuité des

soins(7,42). Cependant, hormis certains résultats biologiques nécessaires au suivi des 15 premiers jours (INR, TCA, etc.), peu de résultats para-cliniques semblent indispensables initialement. Ainsi la fiche de liaison ne remplace pas le courrier de sortie dont le rôle est de fournir plus de détails sur les examens réalisés au cours de l'hospitalisation.

Ce n'est pas tant le statut fonctionnel de sortie mais le changement de ce statut au cours de l'hospitalisation qui peut aider le médecin généraliste. Il reste simple et rapide à renseigner, mais certains experts ont argué le fait qu'il était peu fiable lorsqu'il était réalisé lors d'une hospitalisation aiguë. Malgré tout, cela peut permettre de comprendre l'état fonctionnel actuel et d'anticiper les aménagements urgents, humains comme matériels, afin d'éviter au patient une nouvelle aggravation de sa dépendance(21). Il est en ce sens à rapprocher de l'item suivant, concernant le support social mis en place.

Le support social mis en place est lui aussi de premier ordre dans le succès de la transition hôpital-ville. Le fait de connaître les différents intervenants, et leurs rôles, peut permettre au médecin traitant de coordonner la prise en charge multidisciplinaire et de l'ajuster aux besoins du patient. Il a été montré qu'une bonne coordination du travail en équipe est prépondérante dans la réussite de la sortie d'hospitalisation(5,46). Elle permet une présence médicale adaptée à chaque cas, dans le suivi, la prévention et le traitement. C'est en cela que de sa connaissance dépendent le bon déroulement de la sortie et la continuité des soins, dès le premier jour.

L'item « contacts durant le séjour avec l'établissement d'origine/intervenants au domicile » peut dans une certaine mesure se rattacher au précédent. En effet le lien entre ville et hôpital est important pour la prise en charge hospitalière également. Cependant l'intérêt qu'il figure dans la fiche reste discutable. En effet, il est difficile d'imaginer en quoi le fait d'avoir connaissance de cette information va aider le médecin traitant dans la prise en charge au temps précoce.

Enfin, pour éviter au patient de manquer un examen important, ou une consultation programmée, il est important que le médecin de ville en soit au courant(42). De même, détailler le suivi, qu'il soit clinique, ou biologique, permet d'éviter des accidents

médicaux, de diminuer la iatrogénie. Pour toutes ces raisons, ces informations transmises de façon anticipée au médecin généraliste peuvent améliorer la prise en charge précoce du patient âgé, et diminuer le risque de ré-hospitalisation. Pour ne pas surcharger d'informations la fiche de liaison, il est important de se cantonner au suivi précoce, de la quinzaine à venir, le courrier de sortie prenant ensuite le relais.

En prenant en compte ces différents aspects, et en ayant connaissance des résultats de cette étude, à savoir la qualité et la quantité d'informations nécessaires à la prise en charge précoce, la création d'une fiche de liaison paraît plus faisable que de raccourcir le délai de transmission du courrier de sortie. En effet, outre un délai plus court, la fiche de liaison permettrait une prise en charge plus rapide, sans détails encombrants, et sans augmenter grandement la charge de travail de chaque intervenant. Elle ne remplacerait donc pas le courrier de sortie, qui resterait le moyen le plus complet de transmission d'informations entre l'hôpital et le médecin généraliste. Elle pourrait cependant améliorer la transition pour les patients âgés, en évitant les erreurs liées à l'ignorance de certains faits importants par le médecin traitant dans les tous premiers jours.

Une des limites de cette méthode a concerné l'aspect synthétique de la fiche de liaison. Malgré plusieurs commentaires des experts en ce sens et au vu du nombre d'items finalement retenu, la nécessité qu'il pouvait y avoir de définir une limite maximale d'items a priori pouvait se discuter. En effet, une des caractéristiques était de ne pas surcharger le médecin hospitalier par la rédaction de cette fiche(47). En ce sens, et quand cela a été possible, les items proches ont été fusionnés.

Comme expliqué auparavant, seuls les items avec un accord fort on été retenus. Sur les dix réponses d'experts, les deux extrêmes ont été ignorés afin de déterminer le degré de cet accord. Il était donc important d'avoir un accord fort concernant ces huit réponses restantes. Toutes ces démarches s'expliquaient par la nécessité de réduire la quantité d'information au strict nécessaire. Cette volonté d'être concis avait également pour but d'améliorer la prise en charge rapide du patient âgé, en évitant de submerger le médecin traitant dans un « trop-plein » d'informations, et en lui faisant gagner du temps, en ciblant les points essentiels.

De plus, concernant les différents items retenus, un certain nombre ne demande que peu de temps pour être renseignés. Ainsi l'identification du patient, les dates du séjour ou encore les coordonnées du médecin référent, seraient aisément et rapidement remplis par le gériatre hospitalier. Au final, seuls certains items paraissant essentiels demanderaient plus de temps et de réflexion au rédacteur, par exemple pour le traitement de sortie, le suivi, les consultations et les examens à venir dans les quinze jours suivant la sortie. Malgré un nombre d'items retenus, qui peut paraître conséquent dans un premier temps, la quantité d'informations à renseigner reste raisonnable.

Un biais de cette étude concerne le recrutement des experts. En effet un biais de sélection était possible, car même en essayant d'être représentatif, les médecins, gériatres hospitaliers comme généralistes, ont été recrutés en se basant sur des choix personnels, et non grâce à une randomisation. Un autre biais de sélection pourrait être celui lié au volontariat. Comme précisé dans le mail de présentation, les experts pouvaient refuser de participer à l'étude. Ainsi, on aurait pu supposer que ceux ayant accepté de participer à cette méthode étaient sans doute plus soucieux du lien ville-hôpital, ou se sentaient plus concernés par la prise en charge des personnes âgées. Cependant, il est a noté qu'il n'y a eu aucun refus de participation concernant les dix premiers experts contactés.

Une des forces de ce travail est d'avoir constitué un groupe d'experts composé de 2 spécialités médicales, gériatres et médecins généralistes, représentants la médecine hospitalière et la médecine ambulatoire. Les informations considérées nécessaires ont donc été sélectionnées par les principaux acteurs de la fiche de liaison (émetteurs et récepteurs). Au sein même des gériatres hospitaliers et des médecins généralistes, les experts étaient représentatifs des différents exercices concernés par la problématique.

L'utilisation d'une ronde DELPHI®, qui est une méthode de consensus validée, a permis d'utiliser une démarche validée, et largement décrite dans la littérature(48–50). Son protocole a pu être appliqué de manière adéquate, tout en restant simple et rapide à mettre en œuvre. Elle était bien adaptée à la problématique, permettant une réponse consensuelle malgré des avis divergents.

CONCLUSION.

La période précoce de sortie d'hospitalisation est une période à haut risque de complications pour la personne âgée, du fait notamment des difficultés de transmission des informations de l'hôpital à la médecine ambulatoire. Cette étude a permis de définir 12 items considérés comme nécessaires à la prise en charge précoce optimale d'un patient âgé par le médecin traitant lors des 15 jours suivant sa sortie d'un service de gériatrie. Une proposition de fiche de liaison a pu être réalisée, d'autres travaux sont nécessaires pour évaluer la faisabilité d'une telle fiche de façon systématique à la sortie d'hospitalisation, ainsi que son impact sur la prise en charge post-hospitalière précoce des sujets âgés.

THESE SOUTENUE PAR : DUFAITRE Mathieu

TITRE : LIEN VILLE-HÔPITAL : DEFINITION DU CONTENU D'UNE FICHE DE LIAISON A DESTINATION DU MEDECIN GENERALISTE, A LA SORTIE D'UN SERVICE DE GERIATRIE, EN ISERE.

CONCLUSION

Le nombre d'hospitalisations des plus de 75 ans s'accroît continuellement, provoquant une augmentation du nombre de transitions hôpital-ville. La période précoce de sortie d'hospitalisation est à risque de complications pour la personne âgée, notamment à cause des difficultés de transmission des informations de l'hôpital à la médecine ambulatoire. Ceci peut impacter sur la prise en charge des patients en phase précoce de sortie d'hospitalisation.

L'objectif est de définir les informations nécessaires au médecin traitant pour l'amélioration de la prise en charge précoce du patient âgé, lors des 15 premiers jours suivant la sortie d'hospitalisation, et pouvant être contenues dans une fiche de liaison.

La méthode de consensus validé utilisée, de type DELPHI®, avait pour but de dégager un avis convergent, entre différents intervenants, à partir d'une liste de 17 items initiaux identifiés préalablement dans la littérature. Le groupe d'expert était formé de 5 gériatres hospitaliers et 5 médecins généralistes en Isère. L'étude s'est déroulée en 3 tours distincts.

L'étude a permis de retenir une liste de 12 items au total, avec un degré d'accord fort : l'identification du patient ; le motif d'admission ; les dates du séjour ; le diagnostic principal ; les diagnostics associés ; le traitement de sortie ; l'identification et le téléphone du médecin référent/service ; les résultats para-cliniques pertinents ; le statut fonctionnel d'entrée et sortie ; le suivi, les consultations et les examens à venir (dans les 15 jours) ; le support social mis en place pour la sortie ; les contacts durant le séjour avec établissement d'origine/intervenants au domicile.

La définition de l'information nécessaire à la prise en charge précoce d'un patient âgé par le médecin traitant, lors des 15 jours suivant sa sortie d'un service de gériatrie, a permis de réaliser une fiche de liaison. Des travaux complémentaires sont nécessaires pour évaluer la faisabilité et l'impact de cette fiche sur leur prise en charge post-hospitalière précoce.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 01.09.2015

LE DOYEN

J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE

CHU de Grenoble
Pôle Pluridisciplinaire de Médecine
Médecine Gériatrique
Professeur Gaétan GAVAZZI
RPPS 10003456224

G.GAVAZZI

1. Source Insee. Population par groupe d'âges au 1er janvier [Internet]. Insee. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T12F032

2. Mouquet M-C. L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008. Études et recherche, n°128, Drees; 2013.

3. Stevenson JG, Murray Boyle C, Alexander WD. A NEW HOSPITAL DISCHARGE LETTER. The Lancet. 1973 Apr;301(7809):928–31.

4. Lane N, Bragg MJ. From emergency department to general practitioner: Evaluating emergency department communication and service to general practitioners. Emerg Med Australas. 2007 Aug;19(4):346–52.

5. Fournier P. La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile. Gérontologie Société. 2002 Mar 1;n° 100(1):131–47.

6. Jansen JO, Grant IC. Communication with general practitioners after accident and emergency attendance: computer generated letters are often deficient. Emerg Med J. 2003 May 1;20(3):256–7.

7. Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. J Hosp Med Off Publ Soc Hosp Med. 2007 Sep;2(5):314–23.

8. Lloyd BW, Barnett P. Use of problem lists in letters between hospital doctors and general practitioners. BMJ. 1993 Jan 23;306(6872):247.

9. Mageean RJ. Study of "discharge communications" from hospital. Br Med J Clin Res Ed. 1986 Nov 15;293(6557):1283–4.

10. Walraven C van, Seth R, Laupacis A. Dissemination of discharge summaries. Not reaching follow-up physicians. Can Fam Physician. 2002 Apr 1;48(4):737–42.

11. Colledge NR, Smith RG, Lewis SJ. The delivery of interim discharge summaries to general practitioners by the elderly. Health Bull (Edinb). 1992 May;50(3):219–22.

12. Harding J. Study of discharge communications from hospital doctors to an inner London general practice. J R Coll Gen Pract. 1987 Nov;37(304):494–5.

13. Walraven C, Seth R, Austin PC, Laupacis A. Effect of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital readmission. J Gen Intern Med. 2002 Mar;17(3):186–92.

14. Curran P, Gilmore DH, Beringer TR. Communication of discharge information for elderly patients in hospital. Ulster Med J. 1992 Apr;61(1):56–8.

15. Penney TM. Delayed communication between hospitals and general practitioners: where does the problem lie? BMJ. 1988 Jul 2;297(6640):28–9.

16. Code de Santé Publique. Article R1112-1.

17. Williams EI, Fitton F. General practitioner response to elderly patients discharged from hospital. BMJ. 1990 Jan 20;300(6718):159–61.

18. Arora V, Johnson J, Lovinger D, Humphrey HJ, Meltzer DO. Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. Qual Saf Health Care. 2005 Dec;14(6):401–7.

19. Communication Failures: An Insidious Contributor to Medical... : Academic Medicine [Internet]. [cited 2014 Jun 5]. http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2004/02000/Communication_Failures__An_Insidious_Contributor.19.aspx

20. Johnson PH, Wilkinson I, Sutherland AM, Johnston IDA, Hall IP. Improving communication between hospital and primary care increases follow-up rates for asthmatic patients following casualty attendance. Respir Med. 1998 Feb;92(2):289–91.

21. Delabrière I, Delzenne E, Gaxatte C, Puisieux F. Retour en EHPAD après une hospitalisation : modalités et qualité des transmissions. Presse Médicale. 2014 Jan;43(1):e1–e7.

22. Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. J Gen Intern Med. 2003 Aug;18(8):646–51.

23. Lanièce I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D, et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. Age Ageing. 2008 Jul 1;37(4):416–22.

24. Rawal J, Barnett P, Lloyd BW. Use of structured letters to improve communication between hospital doctors and general practitioners. BMJ. 1993 Oct 23;307(6911):1044.

25. Kergoat M-J, Latour J, Julien I, Plante M-A, Lebel P, Mainville D, et al. A discharge summary adapted to the frail elderly to ensure transfer of relevant information from the hospital to community settings: a model. BMC Geriatr. 2010 Sep 23;10:69.

26. Alderton M, Callen J. Are general practitioners satisfied with electronic discharge summaries? Health Inf Manag J. 2007;36(1):7.

27. Lenhard R, Patilla J, Horbiak P, Bergan E, Tolchin S, Volland P, et al. Autres: The Johns Hopkins Hospital Automated Clinical Resume. Proc Annu Symp Comput Appl Med Care. 1985 Nov 13;427–30.

28. Belleli E, Naccarella L, Pirotta M. Communication at the interface between hospitals and primary care - a general practice audit of hospital discharge summaries. Aust Fam Physician. 2013 Dec;42(12):886–90.

29. 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 J Am Med Assoc. 2007 Feb 28;297(8):831–41.

30. Penney TM. Dictate a discharge summary. BMJ. 1989 Apr 22;298(6680):1084–5.

31. Tulloch AJ, Fowler GH, McMullan JJ, Spence JM. Hospital discharge reports: content and design. Br Med J. 1975 Nov 22;4(5994):443–6.

32. 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 Dec;45:2893–9.

33. Balla JI, Jamieson WE. Improving the continuity of care between general practitioners and public hospitals. Med J Aust. 1994 Dec 5;161(11-12):656–9.

34. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? Presse Médicale. 2009 Oct;38(10):1404–9.

35. Van Walraven C, Weinberg AL. Quality assessment of a discharge summary system. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 1995 May 1;152(9):1437–42.

36. Van Walraven C, Duke SM, Weinberg AL, Wells PS. Standardized or narrative discharge summaries. Which do family physicians prefer? Can Fam Physician. 1998 Jan;44:62–9.

37. Garåsen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. BMC Health Serv Res. 2007;7:133.

38. Gagliardi A. Use of referral reply letters for continuing medical education: a review. J Contin Educ Health Prof. 2002;22(4):222–9.

39. Bado W, Williams CJ. Usefulness of letters from hospitals to general practitioners. Br Med J Clin Res Ed. 1984 Jun 16;288(6433):1813–4.

40. Barnoud D, Blanc T, Cariou TBSA, Donetti L, Fosse J-P, Gervais C, et al. Méthodologie des Recommandations Formalisées d'Experts de de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF). [cited 2015 Jan 12]; http://www.srlf.org/Data/pdf/M%C3%A9thodo.%20RFE%20V6%20-%207%20bis.pdf

41. Chin N, Perera P, Roberts A, Nagappan R. Review of medical discharge summaries and medical documentation in a metropolitan hospital: impact on diagnostic-related groups and Weighted Inlier Equivalent Separation. Intern Med J. 2013 Jul;43(7):767–71.

42. 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 Aug;29(4):307–10.

43. Yemm R, Bhattacharya D, Wright D, Poland F. What constitutes a high quality discharge summary? A comparison between the views of secondary and primary care doctors. Int J Med Educ. 2014;5:125–31.

44. Tan B, Mulo B, Skinner M. Transition from hospital to primary care: an audit of discharge summary - medication changes and follow-up expectations. Intern Med J. 2014 Nov;44(11):1124–7.

45. Payot I, Monette J, Beland F, Bergman H, Laurier C, Mallet L, et al. Problèmes reliés à la pharmacothérapie comme cause d'hospitalisation chez la personne âgée fragile. Rev Gériatrie. 2006;31(10):785–94.

46. Hesselink G, Schoonhoven L, Plas M, Wollersheim H, Vernooij-Dassen M. Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua. 2013 Feb;25(1):66–74.

47. Coghlin DT, Leyenaar JK, Shen M, Bergert L, Engel R, Hershey D, et al. Pediatric Discharge Content: A Multisite Assessment of Physician Preferences and Experiences. Hosp Pediatr. 2014 Jan;4(1):9–15.

48. NCJRS Abstract - National Criminal Justice Reference Service [Internet]. [cited 2015 Mar 16]. Available from: https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=256068

49. Linstone HA, Turoff M. The Delphi Method. Tech Appl [Internet]. 2002 [cited 2015 Mar 16];53. Available from: http://www.academia.edu/download/29694542/delphibook.pdf

50. Skulmoski G, Hartman F, Krahn J. The Delphi method for graduate research. J Inf Technol Educ Res. 2007;6(1):1–21.

ANNEXES.

Annexe 1. Courrier de présentation envoyé aux experts.

Je suis interne en médecine générale, en 6e semestre à Grenoble. Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, intitulée « Lien ville-hôpital : création d'une fiche de liaison à destination du médecin traitant, lors de la sortie d'un service de gériatrie, en Isère », je cherche à définir quelles sont les informations nécessaires à la prise en charge précoce post-hospitalière, des personnes âgées, par le médecin traitant.

J'ai pour cela choisi une dizaine de médecin en tout, dont vous, en essayant d'être représentatif de l'ensemble des gériatres et médecins généralistes de l'Isère.

L'idée d'une fiche de liaison n'est pas de remplacer le courrier de sortie, mais de pallier transitoirement au manque d'informations, lié notamment aux délais de réception de ce courrier. Elle devra être rapide à remplir par le gériatre hospitalier le jour de la sortie, tout en contenant les renseignements indispensables au médecin généraliste pour qu'il puisse assurer la continuité immédiate des soins.

En me basant sur une analyse de la littérature concernant les courriers de sortie, notamment en gériatrie, j'ai établi une liste d'informations qui pourrait être contenue dans cette fiche de liaison. Afin d'obtenir un consensus autour du contenu de la fiche, j'aimerais soumettre cette liste d'items à une dizaine de médecins, qu'ils soient gériatres ou généralistes. J'utilise pour cela une méthode de consensus de type DELPHI®, que je détaille ci-dessous.

Le déroulement, en pratique :

PREMIER TOUR *:* chaque médecin répond **en ligne**, en cotant de 1 à 9 chacun des items selon leur pertinence (1 : « totalement inapproprié », 5 : « indécision » et 9 : « totalement approprié »). L'objectif est de recueillir un consensus sur les items à garder. Vous

pourrez aussi lors de ce premier tour, ajouter des items qui vous sembleraient pertinents et qui ne feraient pas partis du questionnaire.

DEUXIEME TOUR : vous recevrez les résultats du premier tour et devrez à nouveau vous prononcer **en ligne**, en ayant l'opinion du groupe consulté (premier tour). Si votre nouvelle réponse dévie fortement de la moyenne du groupe, ils vous sera demandé de l'argumenter.

TROISIEME TOUR (optionnel): il s'effectuera uniquement si les deux premiers tours n'ont pas permis de dégager un consensus. Déroulement identique au deuxième tour, afin d'aboutir au texte final de recommandations.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette méthode de consensus, dans le but de valider le contenu d'une fiche de liaison gériatrique afin d'améliorer la prise en charge de ces patients, je vous laisse cliquer sur le lien. Au contraire, si vous ne souhaitez pas participer, merci de simplement me le signaler, afin que je puisse vous trouver un remplaçant.

Pour rappel, le but de ce questionnaire est de créer une fiche de liaison, standardisée, rédigée par le gériatre hospitalier, à destination du médecin traitant, afin d'améliorer la prise en charge précoce du patient à sa sortie. Cette fiche ne remplacerait en rien le courrier de sortie définitif. Elle pourra être remise au patient le jour de sa sortie, à l'attention de son généraliste, dans l'attente d'un courrier plus détaillé.
Le but n'est pas de garder tous les items, mais de sélectionner les plus pertinents, afin que la fiche soit courte et rapide à remplir comme à lire.

Annexe 2. Questionnaire 1er Tour

Merci de coter chaque item selon l'importance que vous lui attribuez pour figurer dans cette fiche de liaison. La cotation va de "1 = totalement inapproprié" à "9 = Totalement approprié". Remarque : "5 = indécision".

1) Identification du patient.
2) Motif d'admission.
3) Dates du séjour.
4) Diagnostic principal.
5) Diagnostics associés.
6) Examen clinique d'entrée.
7) Résultats para-cliniques pertinents (Biologiques et/ou Radiologiques).
8) Statut cognitif à la sortie (MMSE...).
9) Statut fonctionnel à la sortie (ADL, IADL, continence, transferts…).
10) Statut nutritionnel à la sortie (Poids).
11) Evolution clinique et prise en charge pendant le séjour.
12) Informations données au patient et à ses proches.
13) Suivi à réaliser à la sortie (clinique et paraclinique).
14) Consultations et/ou examens à venir.
15) Support social mis en place en vue de la sortie.
16) Traitement à la sortie.
17) Identification & téléphone du médecin référent / service.

Si vous avez un (des) item(s) à suggérer, merci de le(s) renseigner ci-dessous

Item	"9"	"8"	"7"	"6"	"5"	"4"	"3"	"2"	"1"
Identification du patient	10								
Motif d'admission	8	1	1						
Dates du séjour	7	1	1				1		
Diagnostic principal	9	1							
Diagnostics associés	6	2	1					1	
Examen clinique d'entrée			2	1	1	1	2	1	2
Résultats para-cliniques pertinents	5	1	1		2			1	
Statut cognitif à la sortie	3	2	2		1	1			1
Statut fonctionel à la sortie	6	1	2		1				
Statut nutritionnel à la sortie	4	1	1		3			1	
Evolution clinique et PEC pendant le séjour	2	2	2		1		1		2
Informations données au patient / proches	4		2	1	2				1
Suivi à réaliser à la sortie	6		3		1				
Consultations et/ou examens à venir	6		2	1	1				
Support social mis en place / sortie	5	1	1		3				
Traitement de sortie	10								
ID médecin référent / service	9		1						

Item	MEDIANE	MOYENNE	MODE	1er QUARTILE	3e QUARTILE	Intervalle Interquartile	ACCORD
Identification du patient	9	9	9	9	9	0	FORT
Motif d'admission	9	8,7	9	9	9	0	FORT
Dates du séjour	9	8,1	9	8,25	9	0,75	FORT
Diagnostic principal	9	8,9	9	9	9	0	FORT
Diagnostics associés	9	7,9	9	8	9	1	FORT
Examen clinique d'entrée	3,5	3,9	7	2,25	5,75	3,5	FAIBLE
Résultats para-cliniques pertinents	8,5	7,2	9	5,5	9	3,5	FAIBLE
Statut cognitif à la sortie	7,5	6,7	9	5,5	8,75	3,25	FAIBLE
Statut fonctionnel à la sortie	9	8,1	9	7,25	9	1,75	FORT
Statut nutritionnel à la sortie	7,5	6,8	9	5	9	4	FAIBLE
Evolution clinique et PEC pendant le séjour	7	5,8	9	3,5	8	4,5	FAIBLE
Informations données au patient / proches	7	6,7	9	5,25	9	3,75	FAIBLE
Suivi à réaliser à la sortie	9	8	9	7	9	2	FORT
Consultations et/ou examens à venir	9	7,9	9	7	9	2	FAIBLE
Support social mis en place / sortie	8,5	7,5	9	5,5	9	3,5	FAIBLE
Traitement de sortie	9	9	9	9	9	0	FORT
ID médecin référent / service	9	8,8	9	9	9	0	FORT

Annexe 4. Suggestions d'ajout ou modifications d'items_1er Tour.

« Dernières modifications de traitements et résultats »
Rajout « et résultats » dans l'item « Traitement à la sortie ».

« Derniers mouvements biologiques »
Pas de modification car déjà compris dans "Résultats para-cliniques pertinents" (Biologiques et/ou radiologiques).

« Points importants du dernier examen clinique à surveiller à la sortie »
Pas de modification car déjà compris dans "Suivi à réaliser à la sortie" (Clinique et para-clinique).
Par contre ajout Item « Examen clinique à la sortie ».

« Diagnostic principal retenu à la sortie du patient »
Pas de modification car déjà « Diagnostic principal ».

« Etat cutané » (dans statut fonctionnel ?)
Item ajouté « Evolution de l'état cutané durant le séjour ».

« Evolution du statut fonctionnel durant le séjour »
Modification de l'item "Statut fonctionnel à la sortie" (ADL, IADL, continence, transferts, etc.) en "Statut fonctionnel d'entrée et de sortie" (ADL, IADL, continence, transferts, etc.).

« Contacts durant le séjour avec établissement d'origine/intervenants au domicile »
Item ajouté.

« Causes ayant pu retarder la sortie d'hospitalisation »
Item ajouté.

« Modifications thérapeutiques importantes, justification »
Pas de modification car déjà contenu dans "Traitement à la sortie" (Changements éventuels et résultats).

« Dates importantes pour le suivi à court terme »
Modification de l'item "Consultations et/ou examens à venir" en "Consultations et/ou examens à venir, Dates importantes".

« Pathologies actives pendant le séjour »
Item ajouté.

Regrouper « Suivi » et « Cs/examens à venir » et préciser uniquement ceux des 15 jours à venir (en l'attente du CR d'hospitalisation).

« Evolution » ou « entrée/sortie » plutôt que « statut nutritionnel de sortie», « statut fonctionnel de sortie», « statut cognitif de sortie ».

Annexe 5. Questionnaire 2e Tour

Merci de coter à nouveau chaque item, toujours dans le même but.
Si votre réponse diffère de façon importante (écart>3) de la médiane du 1er tour, merci de justifier votre réponse dans la case prévue à cet effet.

1) Dates du séjour (médiane 1er tour = 9)
2) Diagnostics associés (médiane 1er tour = 9)
3) Examen clinique d'entrée (médiane 1er tour = 3,5)
4) Résultats para-cliniques pertinents (médiane 1er tour = 8,5)
5) Statut cognitif d'entrée et de sortie (médiane 1er tour = 7,5)
6) Statut fonctionnel d'entrée et de sortie (médiane 1er tour = 9)
7) Statut nutritionnel d'entrée et de sortie (médiane 1er tour = 7,5)
8) Evolution clinique et prise en charge pendant le séjour (médiane 1er tour = 6,5)
9) Informations données au patient et à ses proches (médiane 1er tour = 7)
10) Suivi, consultations et examens à venir dans les 15 jours (médiane 1er tour = 9)
11) Support social mis en place en vue de la sortie (médiane 1er tour = 8,5)

Les items qui suivent ont été ajoutés suite aux suggestions de certains médecins lors du premier tour.

- Examen clinique à la sortie
- Diagnostic principal retenu à la sortie du patient
- Evolution de l'état cutané durant le séjour
- Contact durant le séjour avec établissement d'origine/intervenants au domicile
- Causes ayant pu retarder la sortie d'hospitalisation
- Pathologies actives durant le séjour

Item	"9"	"8"	"7"	"6"	"5"	"4"	"3"	"2"	"1"
Examen clinique d'entrée				2	2	2	2		2
Résultats para-cliniques pertinents	6	4							
Statut cognitif d'entrée/sortie		2	3		1	2	2		
Statut fonctionnel d'entrée/sortie	5	2	3						
Statut nutritionnel d'entrée/sortie	2	3	2	1	1		1		
Evolution clinique et PEC pendant le séjour	1	2	4	1	1			1	
Informations données au patient / proches	5		3		1		1		
Suivi, Cs et examens à venir (15 jours)	8	2							
Support social mis en place / sortie	7	2					1		
Examen clinique Sortie	2	2	1	2	1			1	1
Evolution état cutané	1	2	3		1	1	1		1
Contacts durant séjour Ets/domicile	5	2				1	2		
Causes Retard sortie	2	2		2	1	1	2		
Pathologies actives durant séjour	9	1							

Item	MEDIANE	MOYENNE	MODE	1er QUARTILE	3e QUARTILE	Intervalle Interquartile	ACCORD
Examen clinique d'entrée	4	3,8	6	3	5	2	FAIBLE
Résultats para-cliniques pertinents	9	8,6	9	8	9	1	FORT
Statut cognitif d'entrée/sortie	6	5,6	7	4	7	3	FAIBLE
Statut fonctionnel d'entrée/sortie	8,5	8,2	9	7,25	9	1,75	FORT
Statut nutritionnel d'entrée/sortie	7,5	7	8	6,25	8	1,75	FAIBLE
Evolution clinique et PEC pendant le séjour	7	6,6	7	6,25	7,75	1,5	FAIBLE
Informations données au patient / proches	8	7,4	9	7	9	2	FAIBLE
Suivi, Cs et examens à venir (15 jours)	9	8,8	9	9	9	0	FORT
Support social mis en place / sortie	9	8,2	9	8,25	9	0,75	FORT
Examen clinique Sortie	6,5	6,1	9	5,25	8	2,75	FAIBLE
Evolution état cutané	7	5,9	7	4,25	7,75	3,5	FAIBLE
Contacts durant séjour Ets/domicile	8,5	7,1	9	5	9	4	FAIBLE
Causes Retard sortie	6	6,1	9	4,25	8	3,75	FAIBLE
Pathologies actives durant séjour	9	8,9	9	9	9	0	FORT

Annexe 7. Questionnaire du 3e Tour

Dernier tour pour 5 items.

Merci de coter à nouveau chaque item, toujours dans le même but, en ayant connaissance de la médiane du groupe, ainsi que des commentaires de ceux qui ont voté loin de cette médiane au 2e tour (quand il y en a).

SI VOTRE REPONSE DIFFERE DE FACON IMPORTANTE (ECART > ou = 3) DE LA MEDIANE DU 2e TOUR, MERCI DE JUSTIFIER VOTRE REPONSE DANS LA CASE PREVUE A CET EFFET.

1) "Statut cognitif d'entrée et de sortie" (MMSE,etc) Médiane 2e tour = 6
Commentaires : « MMSE peu fiable en aigu, souvent sous-estimé, intérêt limité dans une fiche de liaison ».
2) "Examen clinique à la sortie" Médiane 2e tour = 7
3) "Evolution de l'état cutané" Médiane 2e tour = 7
4) "Contacts durant le séjour avec établissement d'origine/intervenants au domicile" Médiane 2e tour = 8,5
5) "Causes ayant pu retarder la sortie d'hospitalisation" Médiane 2e tour = 6

Annexe 8. Résultats 3e Tour

Item	"9"	"8"	"7"	"6"	"5"	"4"	"3"	"2"	"1"
Statut cognitif d'entrée/sortie			1	1	2	5	1		
Examen clinique Sortie		3	2	2	1			2	
Evolution état cutané		2	4		3		1		
Contacts durant séjour Ets/domicile	3	4	2		1				
Causes Retard sortie		4	1	2	2	1			

Item	MEDIANE	MOYENNE	MODE	1er QUARTILE	3e QUARTILE	Intervalle Interquartile	ACCORD
Statut cognitif d'entrée/sortie	4	4,6	4	4	5	1	FORT
Examen clinique Sortie	6,5	5,9	8	5,25	7,75	2,5	FAIBLE
Evolution état cutané	7	6,2	7	5	7	2	FAIBLE
Contacts durant séjour Ets/domicile	8	7,8	8	7,25	8,75	1,5	FORT
Causes Retard sortie	6,5	6,5	8	5,25	8	2,75	FAIBLE

Annexe 9. Exemple de fiche de liaison.

FICHE DE LIAISON GERIATRIQUE

NOM : DATE DE NAISSANCE :
PRENOM :

SEJOUR DU AU

MOTIF D'ADMISSION :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL :

DIAGNOSTICS ASSOCIES :
- -
- -
- -

TRAITEMENT DE SORTIE (MODIFICATIONS) :

RESULTATS PARA-CLINIQUES PERTINENTS :

STATUT FONCTIONNEL (ADL) D'ENTREE: DE SORTIE :

SUPPORT SOCIAL MIS EN PLACE POUR LA SORTIE :

SUIVI, CONSULTATIONS ET EXAMENS A VENIR (DANS LES 15 JOURS) :

CONTACTS DURANT LE SEJOUR :

SERVICE D'HOSPITALISATION :
MEDECIN HOSPITALIER REFERENT : TELEPHONE :

RESUME.

Le nombre d'hospitalisations des plus de 75 ans s'accroît continuellement, provoquant une augmentation du nombre de transitions hôpital-ville. La période précoce de sortie d'hospitalisation est à risque de complications pour la personne âgée, notamment à cause des difficultés de transmission des informations de l'hôpital à la médecine ambulatoire. Ceci peut impacter sur la prise en charge des patients en phase précoce de sortie d'hospitalisation.

L'objectif est de définir les informations nécessaires au médecin traitant pour l'amélioration de la prise en charge précoce du patient âgé, lors des 15 premiers jours suivant la sortie d'hospitalisation, et pouvant être contenues dans une fiche de liaison.

La méthode de consensus validé utilisée, de type DELPHI®, avait pour but de dégager un avis convergent, entre différents intervenants, à partir d'une liste de 17 items initiaux identifiés préalablement dans la littérature. Le groupe d'expert était formé de 5 gériatres hospitaliers et 5 médecins généralistes en Isère. L'étude s'est déroulée en 3 tours distincts.

L'étude a permis de retenir une liste de 12 items au total, avec un degré d'accord fort : l'identification du patient ; le motif d'admission ; les dates du séjour ; le diagnostic principal ; les diagnostics associés ; le traitement de sortie ; l'identification et le téléphone du médecin référent/service ; les résultats para-cliniques pertinents ; le statut fonctionnel d'entrée et sortie ; le suivi, les consultations et les examens à venir (dans les 15 jours) ; le support social mis en place pour la sortie ; les contacts durant le séjour avec établissement d'origine/intervenants au domicile.

La définition de l'information nécessaire à la prise en charge précoce d'un patient âgé par le médecin traitant, lors des 15 jours suivant sa sortie d'un service de gériatrie, a permis de réaliser une fiche de liaison. Des travaux complémentaires sont nécessaires pour évaluer la faisabilité et l'impact de cette fiche sur leur prise en charge post-hospitalière précoce.

Mots clés : Fiche de liaison, Patient âgé, DELPHI ®, Lien hôpital-ville.