



HAL
open science

Étude comparative de deux modèles de comptes rendus d'hospitalisation en Gériatrie au CHU de bordeaux, basée sur la satisfaction des médecins traitants

Christophe Soubiron

► To cite this version:

Christophe Soubiron. Étude comparative de deux modèles de comptes rendus d'hospitalisation en Gériatrie au CHU de bordeaux, basée sur la satisfaction des médecins traitants. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02506332

HAL Id: dumas-02506332

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02506332v1>

Submitted on 12 Mar 2020

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

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

UNIVERSITE de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année : 2019

Thèse N°122

THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 10/09

Par Christophe SOUBIRON

Né le 30 mai 1988 à Biarritz (64)

ETUDE COMPARATIVE DE DEUX MODELES DE COMPTES RENDUS D'HOPITALISATION EN
GERIATRIE AU CHU DE BORDEAUX, BASEE SUR LA SATISFACTION DES MEDECINS TRAITANTS

Directeurs de thèse :

Madame le Docteur Véronique CRESSOT

Madame le Docteur Geneviève PINGANAUD

Rapporteur :

Monsieur le Docteur François PETREGNE

Jury :

Madame le Professeur Nathalie SALLES, Présidente

Monsieur le Docteur Philippe CASTERA

Madame le Docteur Aurélie LAFARGUE

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Nathalie Salles, Présidente du jury,

Je tiens à vous remercier de présider mon jury. C'est un honneur que vous me faites de vous être rendue disponible. Je suis heureux de présenter une thèse en rapport avec la gériatrie et c'est donc un plaisir de vous avoir comme présidente de jury. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur François Petregne, Rapporteur,

Tout d'abord, merci d'avoir pu m'accorder de votre temps et d'avoir contribué à ce travail de thèse grâce à vos précieux conseils. Ensuite je souhaite vous témoigner mon respect pour l'enseignement que vous donnez au sein du département de médecine générale car il représente votre implication pour cette profession et l'humanité avec laquelle vous savez accompagner les étudiants et les patients.

A Monsieur le Professeur Philippe Castera,

Je vous remercie pour votre disponibilité et l'attention que vous attachez aux étudiants. C'est un honneur de vous compter parmi mon jury ce jour.

A Madame le Docteur Aurélie Lafargue,

Je me souviendrai de cette précieuse aide qui m'a permis d'avancer dans mon travail. Veuillez trouver ici toute ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Véronique Cressot, Directrice de thèse

Merci de m'avoir accordé ta confiance en acceptant de m'encadrer sur ce travail. J'ai été honoré que tu penses à moi pour cette thèse d'autant plus que ce travail m'a permis de conserver un lien avec toi et tout le service. Tu as su me guider aussi bien que tu l'as fait au cours de mon internat. Travailler avec toi a été et sera un réel plaisir. Pour tout cela, reçois toute ma gratitude.

A Madame le Docteur Geneviève Pinganaud, Directrice de thèse

Merci pour ton implication dans ce travail. Tu m'as permis de finir cette thèse avec une grande efficacité. J'ai pu profiter de tous tes conseils et je suis honoré d'avoir pu travailler avec toi. Trouve ici l'expression de toute de mon estime.

A ma mère, je tiens à te remercier d'avoir su conserver toute ta volonté et ton courage lorsque je n'écoutais rien et que je souhaitais plutôt aller faire l'andouille. Ces courts moments de devoir du soir et ces longs moments de récitation où le sommeil t'envahissait m'ont permis de travailler ma mémoire et cela m'a fortement aidé lors mon cursus médical. Au-delà de cela, merci pour tout l'amour que tu nous as donné à mes frères et moi, je peux m'estimer heureux d'avoir une maman comme toi.

A mon père, je te serai éternellement reconnaissant pour tout ton dévouement pour tes enfants. Tu as été un modèle d'éducation et d'affection. Je te remercie de m'avoir permis de vivre toutes ces magnifiques années, même si mes années d'études ont eu tendance à s'allonger. Je sais que je peux compter sur toi pour m'aider et me conseiller. J'aimerais devenir un jour un aussi bon père de famille que toi.

A Vivi, je suis comblé d'avoir eu une super belle maman comme toi. Tu as toujours été d'un grand soutien et je peux aussi dire que toutes tes attentions ont été une bénédiction pour moi. Sans toi je suis sûr que mon père aurait déjà beaucoup plus de cheveux blancs. Merci d'être ce que tu es et merci de nous avoir entouré de toute ta famille. Je dois remercier Gonzo pour ces belles sessions de surf au bol, à la bougie ou encore à Lafitenia...Conchi et Freddy resteront à jamais gravés dans ma mémoire.

A mes frangins, merci d'être avec moi les gars. Ce n'est pas parce qu'on ne s'appelle pas tous les jours que je ne pense pas à vous. Seb, l'original et l'unique, je suis très fier de ce que tu es devenu et je peux dire qu'une telle gentillesse est rare. Ninou, le génie de la famille, heureusement que tu es arrivé à la fin sinon tu aurais mis la barre un peu haute. Sous cette irritabilité se cache une immense douceur. Sachez que vous pourrez toujours compter sur moi car c'est aussi mon rôle de grand frère.

A mon papi, merci pour ce que tu as fait tout au long de ta vie. Je suis impressionné par l'homme que tu es. Je te considère comme un exemple et je voulais te dire que j'ai toujours voulu te ressembler même jusqu'à faire des « cabanes » comme toi.

A ma petite mamie Mona, je me rappelle de tous ces moments passés à tes côtés, des petits déjeuners, des kremas que tu me donnais avant de rentrer, de tous ces bons plats...etc. Tu as toujours été présente pour tes petits enfants et je suis chanceux d'être le premier à avoir pu en profiter.

A mamie Nicole, merci pour l'importance que tu donnes à tes petits enfants. Le fait que tu sois capable de me rappeler mes propres souvenirs d'enfance montre à quel point tu tiens à nous. Je suis ravi d'avoir été ton colocataire ces quelques mois.

A mes cousins et cousines, je suis fier d'être votre modèle, votre mentor, votre idole. Il me tarde de voir ce que vous allez devenir. Je pense beaucoup à vous. Mention spéciale à mon piou-piou : merci d'être comme tu es depuis toutes ces années. Je sais que l'on saura rester toujours aussi proches, que la vie se poursuivra l'un avec l'autre.

A mes potes d'enfance (la pena ibalko bai bai), merci pour votre génie, pas celui des études mais bien celui de l'amitié. Je peux compter sur vous pour m'accompagner dans les bons et les mauvais moments. Vous êtes et serez toujours ma deuxième famille. Je prie pour qu'il y ait tant d'autres moments à partager tous ensemble. « Show must go on les gars ».

A mon petit africain et grand par le cœur, merci pour ta fidélité, les kilomètres n'ont pas réussi à nous séparer. Je suis heureux de t'avoir auprès de moi.

A mes deux compères de la rue Genesta, merci d'être ce que vous êtes. Ces années ont su créer une complicité qui ne s'estompe pas. La difficulté et la longueur de ces études m'ont paru bien agréables

en votre compagnie. Je garderai toujours en tête nos belles aventures et je suis fier qu'on en soit arrivé là tous les trois.

A la pédale en folie, merci pour tout ce que nous partageons, toutes ces valeurs humaines qui nous mènent chaque année vers les sommets.

A mes amis du line-up, qu'ils soient de Bordeaux ou de Biarritz, merci pour ces moments de camaraderie, je crois que c'est plus qu'une passion que nous partageons.

A mes amis de fac et de Bordeaux, merci pour toutes ces soirées endiablées, ces instants de bonheur et de plaisir.

Et pour finir, merci à ma chérie, je sais que la vie a fait en sorte qu'on se retrouve des années plus tard. Je vois cela comme un message qui annonce de superbes moments à vivre tous les deux. Ton aide précieuse m'a permis de finaliser ce projet de thèse. Bien plus qu'une aide, je sais que tu me rends meilleur. Tu me surprends tous les jours et sache que je ne me lasserai jamais de tes petites « atypies ». Reste comme tu es parce que c'est ce qui fait que je t'aime.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	8
RESUME	9
INTRODUCTION	10
I. ORGANISATION DU PARCOURS DE SOIN.....	10
II. DEFINITIONS et ATTENTES.....	11
2.1 Qu'est-ce qu'un compte rendu d'hospitalisation (CRH) ? qu'une lettre de liaison ?.....	11
2.2 Qu'est-ce que la sortie d'hospitalisation ?	11
2.3 Attentes des généralistes envers le compte rendu hospitalier.....	11
III. TRAVAIL DE DOCUMENTATION	12
3.1. Recommandations médicales de la Haute Autorité de Santé concernant le compte rendu hospitalier.....	12
3.2. Recommandations légales.....	14
3.3. Littérature scientifique.....	15
3.3.1. La forme.....	15
3.3.2. Le fond.....	15
IV. PARTICULARITES GERIATRIQUES.....	17
4.1 Conciliation médicamenteuse (19) (20) (21).....	17
4.2 Evaluation gériatrique standardisée (22)	17
V. OBJECTIFS DE L'ETUDE	18
MATERIEL ET METHODES	19
I. SCHEMA DE L'ETUDE	19
1.1. Type d'étude.....	19
1.2. Les deux différents modèles de courriers	19
1.3. Hypothèse de l'étude	20
II. POPULATION ETUDIEE.....	21
2.1 Critères d'inclusion :	21
2.2 Critères d'exclusion :	21
III. QUESTIONNAIRES.....	22
3.1. Réalisation des questionnaires.....	22
3.2. Récupération des données.....	23
IV. ETUDE COMPARATIVE.....	24
4.1. Critères de jugement principal	24
4.2. Critères de jugement secondaires.....	24
4.3. Analyse statistique	24

<i>RESULTATS</i>	25
I. DIAGRAMME DES FLUX	25
II. POPULATION ETUDIEE.....	26
III. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL	27
IV. CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES.....	28
a. Utilité des rubriques.....	28
b. Lisibilité de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS).....	29
c. Avis des médecins traitants concernant le volet thérapeutique	30
d. Points à améliorer selon les médecins traitants	31
V. TABLEAU RECAPITULATIF DES RESULTATS.....	32
<i>DISCUSSION</i>	33
I. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	33
1.1 Forces de l'étude	33
1.2 Limites de l'étude	34
II. ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS	35
2.1. Résultats du critère de jugement principal	35
2.2. Résultats critères de jugement secondaires	37
III. LITTERATURE SCIENTIFIQUE	38
IV. PERSPECTIVES.....	40
<i>CONCLUSION</i>	42
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	43
<i>ANNEXES</i>	46
ANNEXE 1 : MODELE COURRIER avant juillet 2017, exemple du SSR 2	46
ANNEXE 2 : MODELE COURRIER après juillet 2017, exemple du SSR 2	50
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE	53
ANNEXE 4 : Document HAS	59
ANNEXE 5 : Fiche de conciliation médicamenteuse selon HAS	63
<i>SERMENT D'HIPPOCRATE</i>	64
<i>RESUME</i>	65

SOMMAIRE DES TABLEAUX

Tableau n° 1 : Caractéristiques de la population médecins traitants	26
Tableau n° 2 : Résultats critère de jugement principal	27
Tableau n° 3 : Résultats concernant l'utilité des rubriques du CRH.....	28
Tableau n° 4 : Résultats de l'EGS.....	29
Tableau n° 5 : Résultats concernant le volet thérapeutique.....	30
Tableau n° 6 : Résultats concernant les points à améliorer	31
Tableau n° 7 : Tableau récapitulatif des résultats	32
Tableau n° 8 : Principaux éléments répertoriés lors de la revue systématique de la littérature.....	39

SOMMAIRE DES FIGURES

Figure n° 1 : diagramme des flux ou flow chart	25
Figure n° 2: Répartition des âges des médecins traitants.....	26
Figure n° 3 : Utilité des rubriques du CRH.....	28
Figure n° 4 : Evaluation gériatrique standardisée	29

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence nationale de sécurité d'accréditation et d'évaluation en santé

ASIP : agence de systèmes d'information partagée de santé

CHU : centre hospitalier universitaire

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements

CRH : compte rendu hospitalier

DESC : diplôme d'études spécialisées complémentaires

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DIU : diplôme inter universitaire

DMP : dossier médical partagé

DU : diplôme universitaire

EGS : évaluation gériatrique standardisée

EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAS : haute autorité de santé

IFAQ : incitation financière à l'amélioration de la qualité

IGAS : inspection générale des affaires sociales

IMC : indice de masse corporelle

IQSS : indicateur de qualité et de sécurité des soins

MCO : médecine, chirurgie et obstétrique

MMSE : mini mental state examination

MSSanté : messagerie sécurisée de santé

ONIC : orientation nationale d'inspection centrale

QLS : qualité de la lettre de liaison à la sortie

SMUR : service mobile d'urgences et de réanimation

SOP Med'Rec : standard operation protocol medication reconciliation

RESUME

Introduction : le compte rendu d'hospitalisation (CRH) est un élément clé de la prise en charge du patient. Il permet de faire le lien entre le monde hospitalier et les médecins traitants. Bien plus qu'un ensemble de renseignements médicaux, il est un véritable outil de travail et procure une aide au médecin généraliste lors de la prise en charge en ville.

Le but de notre étude a été de comparer deux modèles de comptes rendus hospitaliers afin de montrer la supériorité du nouveau modèle de courrier sur le précédent. Le critère de jugement principal était un critère composite évaluant la satisfaction des médecins traitants concernant la présentation du courrier, la réponse à leurs attentes et l'aide pour le retour à domicile du patient, sur une échelle de 1 à 5.

Matériel et méthodes : Une étude rétrospective observationnelle monocentrique a été réalisée à Xavier Arnozan au CHU de Bordeaux dans deux services de court séjour gériatrique et 2 services de soins de suite et de réadaptation. Un questionnaire identique a été envoyé par courriel aux médecins ayant reçu le premier et/ou le second modèle de CRH. Les médecins traitants ont été inclus dans l'étude à la sortie des patients ; en juin 2017 pour le premier groupe (133 sujets) et en janvier 2018 pour le second groupe (125 sujets). Les avis des médecins ont été collectés via internet.

Résultats : Au terme de l'étude, il n'existe pas de différence statistiquement significative en termes de satisfaction entre les deux modèles de CRH ($3,85 / 5 \pm 0,99$ pour le 1^{er} groupe contre $4,20 / 5 \pm 0,81$, $p = 0,08$).

Discussion : La principale limite de cette étude réside dans le manque de puissance. Des travaux sur un échantillon plus grand et sur une période d'inclusion plus longue méritent d'être réalisés. Il faut souligner l'importance prôlée par les médecins traitants au délai de réception du courrier et à sa mise en page. L'utilisation de nouveaux moyens de communication par voie dématérialisée représente l'avenir.

Mots Clés : Compte rendu d'hospitalisation, Gériatrie, Médecins traitants, Sortie d'hospitalisation, Relation Hôpital/Ville

INTRODUCTION

I. ORGANISATION DU PARCOURS DE SOIN

Dans le système français, le parcours de soins s'articule autour du médecin traitant qui adresse le patient vers d'autres professionnels de santé. L'idée est d'obtenir un réseau de soins centré sur une seule et unique personne qui régule le recours aux spécialistes. Il devient donc le garant du dossier médical et accompagne le patient tout au long de sa vie. Il reçoit en échange tous les avis et recommandations permettant d'aider le malade, et si nécessaire, un rapport des actes médicaux ou paramédicaux ayant été prodigués au patient. Il s'agit-là d'une obligation déontologique et légale à l'intention de tous les médecins spécialistes, consultés à la demande d'un confrère généraliste. Cela s'intègre dans la continuité des soins et la sécurité du patient selon la Haute Autorité de Santé (HAS). On comprend donc l'importance d'une communication interprofessionnelle avec une information qui doit être pertinente et obtenue en temps et en heure.

« Plus qu'une simple règle de courtoisie et de bonne confraternité, l'information entre confrères participe à la qualité des soins du patient et tous les médecins se doivent de respecter la règle posée à l'article 64 du code de déontologie : lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade. Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères. » (1) Cette procédure de transmission de l'information aboutit à une obligation professionnelle, ce qui induit donc la mise en place d'une réglementation qui permet de fluidifier le parcours de soins et d'améliorer la coordination des soins.

Dans ce cadre, un service hospitalier spécialisé ne déroge pas à la règle et doit transmettre au médecin traitant un document de sortie d'hospitalisation. Ce document peut être remis en mains propres au malade ou encore envoyé au médecin généraliste à la sortie d'hospitalisation du patient.

De nos jours, la communication entre l'hôpital et la ville n'est pas généralisée et c'est parfois le patient qui joue l'intermédiaire sans même que le médecin traitant n'ait de renseignements au sujet du séjour hospitalier du malade. Le manque de pertinence du courrier et le retard à la réception sont des points qui nuisent à la circulation des informations dans le parcours de soins. En conséquence, il émerge un cadre législatif et professionnel qui tente d'effacer ces problématiques. Mais ces recommandations sont-elles adaptées et appliquées ? ...

II. DEFINITIONS et ATTENTES

2.1 Qu'est-ce qu'un compte rendu d'hospitalisation (CRH) ? qu'une lettre de liaison ?

D'un point de vue législatif (2), il n'existe pas de différence entre un compte rendu d'hospitalisation et une lettre de liaison. Il s'agit d'un document de sortie remis au patient, au médecin traitant et le cas échéant, au médecin qui a adressé le patient. Il est rédigé au cours du séjour et remis immédiatement à la sortie au patient et aux médecins correspondants.

L'HAS (3) ne fait pas non plus de différence entre CRH et lettre de liaison. Elle considère le document de sortie comme un « référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité des soins, à la sortie d'hospitalisation ». Celui-ci regroupe toutes les dénominations : compte rendu d'hospitalisation et lettre rédigée à l'occasion de la sortie, lettre ou document de liaison, courrier de fin d'hospitalisation ... Il s'applique à tout document remis au patient à la sortie d'une hospitalisation et adressé aux professionnels de santé amenés à le prendre en charge en aval du séjour et ne doit pas générer la création d'un nouveau document. Cependant, l'HAS appuie sur le fait que ce document de sortie peut être donné sous une version remise immédiatement à la sortie ou une version complétée dans les 8 jours suivant la sortie.

Par ailleurs, la littérature scientifique distingue une lettre de liaison, remise immédiatement au patient en mains propres, d'un compte rendu d'hospitalisation, envoyé au médecin traitant directement par courrier (postal ou e-mail) dans un second temps. Cette distinction implique la réalisation d'un document de sortie provisoire et d'un autre courrier définitif ; à l'inverse de l'HAS, qui estime que le document de sortie ne doit pas induire la rédaction d'un autre document et qui parle de différentes versions d'un même document.

2.2 Qu'est-ce que la sortie d'hospitalisation ?

Selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) (4), nous retiendrons comme définition de la sortie du patient : la sortie du patient d'un établissement de santé, avec ou contre avis médical, en vue d'un retour à domicile, d'une mutation ou d'un transfert à l'issue d'une hospitalisation. Lorsqu'un patient quitte l'établissement de santé celui-ci doit s'assurer qu'il dispose de tous les éléments lui permettant de pouvoir recevoir les soins que son état de santé nécessite.

2.3 Attentes des généralistes envers le compte rendu hospitalier

Le CRH doit permettre au médecin traitant d'assurer la continuité des soins. Pour cela, l'idéal est que le généraliste puisse réaliser une consultation de fin d'hospitalisation en s'appuyant sur un document synthétique du séjour. Le délai de réception est donc un point essentiel pour la pratique du médecin traitant.

Le médecin traitant doit être conseillé sur les modalités de prise en charge à domicile ou en institution. Il doit connaître les éléments diagnostiques, les thérapeutiques réalisées ou à venir ainsi que les procédures sociales ou paramédicales ayant été initiées au cours de l'hospitalisation. Il assurera le suivi bien que différents interlocuteurs, intervenant dans le parcours de soin, puissent être sollicités au besoin. Le recours à un avis spécialisé qui dépasse son domaine de compétence mène à une prise en charge pluridisciplinaire optimale.

Au travers du compte rendu d'hospitalisation, le généraliste devra aussi être tenu au courant de tous les éléments urgents à appliquer ou à surveiller dans des situations à risque. Ces informations doivent

être claires et facile à repérer. Il pourra ainsi optimiser son temps de consultation et ne pas perdre du temps à la lecture du compte rendu.

III. TRAVAIL DE DOCUMENTATION

3.1. Recommandations médicales de la Haute Autorité de Santé concernant le compte rendu hospitalier

Selon l'HAS en 2014 (3), un document de sortie d'hospitalisation doit comprendre les principaux éléments résumés relatifs au séjour du patient et les éléments utiles à la continuité des soins hospitalière (ou structure d'aval). Il doit comporter certaines rubriques dites obligatoires et des rubriques laissées aux choix des équipes en fonction de leur environnement et de la situation du patient afin de répondre aux besoins des professionnels qui assurent la prise en charge du patient en sortie d'hospitalisation.

Parmi les rubriques obligatoires, on retrouve :

- **Le motif d'hospitalisation** : le texte est libre
 - **La synthèse médicale du séjour** contenant les pathologies prises en charge et leur situation à la sortie ; le portage ou le contact avec une bactérie multi résistante ainsi que la réalisation d'une transfusion (en précisant le type de produit sanguin labile) ou non.
 - **Les actes techniques, les examens complémentaires et biologiques** en mettant en avant les résultats normaux ou anormaux pertinents
 - **Les traitements médicamenteux** : habituels avant l'admission et à la sortie en fonction du domaine pathologique avec en commentaires :
 - La date d'arrêt (ou durée) pour les traitements à court et moyen terme (chimiothérapie, antibiothérapie, ...)
 - La justification de l'arrêt, de la suspension temporaire, de la modification d'un traitement, de la mise en place d'un nouveau traitement ou de la non prescription d'un médicament (classiquement recommandé) au cours de l'hospitalisation
 - La cible à atteindre en termes de dose en cas de titration progressive ou de paramètre de suivi (par ex INR)
 - S'il s'agit d'un essai thérapeutique
- ⇒ Cela s'intègre dans la conciliation médicamenteuse
- **La suite à donner** avec le volet continuité des soins avec les rendez-vous médicaux et paramédicaux, les résultats d'examens en attente, le volet médico-social ainsi que les conseils, recommandations ou surveillance particulière.

Il est également décrit les rubriques laissées au choix des équipes :

- Sur le plan médical :
 - Les antécédents
 - Les évènements indésirables (dont allergie) : attention cela devient obligatoire de les mettre dans le compte rendu d'hospitalisation (CRH) s'ils surviennent au cours de l'hospitalisation
 - Le mode de vie (tabac, alcool, profession, activité physique, régime alimentaire)
 - L'histoire de la maladie
 - L'examen clinique et le statut fonctionnel

- L'évolution dans le service
 - Les actes techniques, les examens complémentaires et biologiques moins pertinents
- Sur le plan administratif :
- La liste des éléments remis au patient
 - L'identification du patient
 - La date d'entrée et de sortie d'hospitalisation
 - L'hôpital et le service d'hospitalisation
 - Le professionnel référent de la prise en charge du patient pendant hospitalisation (nom, fonction)
 - Le mode d'entrée (programmé/urgence/ transfert et qui a adressé le patient le cas échéant)
 - La destination du patient à la sortie
 - Les coordonnées du rédacteur du document de sortie
 - La date de rédaction
 - La liste de diffusion du document de sortie :
 Cette liste est établie conformément à l'article L.1111-2 du code de la santé publique (2) qui stipule notamment que : « L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. »
 - Le statut du document : si le document de sortie vaut pour un CRH, ou si ce document est complété dans un deuxième temps et envoyé au médecin traitant dans les 8 jours suivant la sortie (durée proposée par défaut)
 - La personne de confiance : le nom et le numéro de téléphone

Selon l'HAS (3), il est suggéré qu'il ne devrait pas y avoir de délai entre la sortie d'hospitalisation et la remise du courrier au patient puisqu'idéalement elle devrait se faire en mains propres et le médecin traitant devrait recevoir la compte rendu hospitalier par le biais d'une messagerie sécurisée au plus vite.

3.2. Recommandations légales

Le décret du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison vient appuyer les recommandations de l'HAS.(2)
« Art. R. 1112-1-2.-I.-Lors de la sortie de l'établissement de santé, une lettre de liaison, rédigée par le médecin de l'établissement qui l'a pris en charge, est remise au patient par ce médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins mentionnée au 1° de l'article L. 1110-12 qui l'a pris en charge, et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises. »

Cette lettre de liaison contient les éléments suivants :

- **Identification** du patient, du médecin traitant, le cas échéant du praticien adresseur, ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation ;
- **Motif d'hospitalisation** ;
- **Synthèse médicale du séjour** précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable;
- **Traitements prescrits à la sortie de l'établissement** (ou ordonnances de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement ;
- **Annnonce**, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison ;
- **Suites à donner**, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières. »

Nous pouvons noter quelques rubriques supplémentaires non citées dans celles obligatoires du document de sortie décrit par l'HAS. Il figure un paragraphe administratif avec l'identification du malade, des interlocuteurs médicaux ainsi que le lieu et la durée d'hospitalisation. Etrangement, ces éléments évidents ne sont pas imposés dans la recommandation de l'HAS.

Par contre, si dans les suites à donner, tout n'est pas exhaustivement détaillé, il manque certaines rubriques médicales telles que les actes techniques et les examens complémentaires. Or ceux-ci paraissent indispensables au médecin traitant pour se faire une idée de la qualité du diagnostic, de l'élimination des diagnostics différentiels et du recours à des actes diagnostiques et/ou thérapeutiques. Par ailleurs, le médecin traitant peut contribuer à la redondance dans les examens entraînant ainsi des dépenses de santé inutiles ou à l'inverse ne pas contrôler à distance certaines anomalies pouvant mettre en danger le patient.

3.3. Littérature scientifique

De nombreuses études francophones et internationales se sont intéressées au contenu et à la structuration des comptes rendus d'hospitalisation. La question du vecteur de transmission de l'information médicale a également été étudiée.

3.3.1. La forme

La longueur est un élément clé de la qualité du CRH. Elle peut dissuader de lire le courrier en entier car le nombre de pages peut alourdir la charge de travail du lecteur. Dans le cas d'une grande activité, par exemple pour un médecin généraliste, la taille du courrier peut conduire à une information incomplète. Un article précisait que le médecin devait lire une grande quantité de courriers « en moyenne 25 courriers en 12 minutes (5) » confirmant l'effort de synthèse attendu lors de l'élaboration du CRH. En effet, il existe souvent une certaine inadéquation entre le CRH conçu par les hospitaliers et l'usage fait par le médecin de ville. (6) (7). Il semble donc se dégager une difficulté pour répondre à la fois aux attentes de synthèse des médecins traitants et à l'exhaustivité souhaitée par certaines institutions telle la HAS. La qualité du CRH diminue lorsque la longueur excède 2 pages (8). Pour certains la taille satisfaisante est de 2,77 pages en moyenne, pour d'autres un maximum de 4 demi pages (9).

Parfois, l'accent est mis sur la mise en page plutôt que la longueur. De plus il a été souligné l'importance de mettre les éléments en surgras (10), de structurer le courrier avec des titres et sous titres (11), et d'aérer le texte avec des paragraphes (9). Il a aussi été décrit une forme à respecter suivant le cheminement « problème – traitement – suivi ». (5).

Plusieurs études ont suggéré qu'un modèle standardisé, et notamment un courrier type en service de gériatrie, permet de consolider l'interface hôpital – communauté et de devenir un maillon essentiel de la prise en charge du sujet âgé (12). Ce modèle peut permettre de diminuer de 67% la longueur du CRH (13). De plus, il décrit mieux les soins à poursuivre, les informations sont plus faciles à retrouver et il améliore la satisfaction des praticiens lisant le courrier. Un modèle adapté pourrait même diminuer la durée de séjour (14).

Enfin, il convient d'éviter les résumés entièrement dactylographiés pour des problèmes de lisibilité.

3.3.2. Le fond

De nombreuses études françaises et internationales se sont penchées sur les différentes rubriques contenues dans les courriers de sortie d'hospitalisation. Parmi les résultats hétérogènes, il en ressort quelques points communs ;

➤ Sur le plan administratif

Peu d'études évoquent ce sujet mais cette partie est bien détaillée par les textes officiels français encadrant la constitution du CRH (2) (15), incluant les recommandations du manuel de certification des établissements de santé.

➤ Sur le plan médical et thérapeutique

Certaines informations semblent indispensables pour les médecins traitants principalement mais aussi pour les praticiens hospitaliers telles que :

- Le motif d'hospitalisation (6), (12), (10), (5), (7)
- Les résultats et éléments cliniques pertinents positifs et négatifs (8), (10)

- Les résultats pertinents des examens complémentaires, surtout ceux pathologiques (biologie et imagerie) (5), (8), (16), (11)
- Les hypothèses diagnostiques initiales semblent être un point important pour les médecins traitants à la différence des hospitaliers (6) (8)
- Les complications au cours du séjour (8)
- Les diagnostics de sortie et la conclusion (6) (12) (5) (8) (16) (11) (7)
- Le traitement de sortie, à noter que les modifications de traitement et l'instauration de nouveaux traitements devaient être explicités (10) (16) (6) (11) (7) (8) (5) (12)
- Les informations et conseils donnés aux patients et à la famille (16) (11)
- Le suivi (8) (16) (11) (7) (6) (12) (5) :
 - Les problèmes médicaux actifs à la sortie notamment avec les examens pathologiques qui nécessitent une prise en charge ultérieure
 - Les dispositions mises en place en matière de suivi avec des rendez-vous pris ou à prendre avec des professionnels de santé

NB : Une étude en secteur gériatrique précise que certaines informations sont très fréquemment retrouvées, à savoir l'identité des patients (100% des courriers), les antécédents (92%), le traitement de sortie (88,5%), le lieu de sortie (87%) et les aides à domicile (72,5%) (12).

De plus, il existe des données qui seraient inutiles selon certains médecins traitants, à savoir les traitements à l'entrée, les antécédents et le mode de vie, du fait de la connaissance préalable de ces éléments. (6)

Des rubriques permettant d'assurer la continuité des soins viennent à manquer dans certains courriers :

- Le mode d'entrée en hospitalisation (17)
- Les éléments cliniques relatifs aux antécédents (16) et l'examen clinique de sortie (17)
- La justification des examens complémentaires ainsi que les résultats en attente et la copie des examens (16) (5) (7) (17)
- Les problèmes médicaux en cours (12)
- L'évaluation de la dépendance (12)
- L'évaluation nutritionnelle (17)
- Les informations données aux patients (12) (16)
- Le diagnostic en contexte gériatrique (12): le diagnostic est inscrit dans 62,5% des courriers seulement, conséquence entre autres des particularités de la gériatrie (polypathologie, absence d'un seul diagnostic individualisable).
- Les traitements en cours d'hospitalisation (17) et les médicaments à la sortie (16)
- Le suivi (16) manque dans 12 % des cas (5), les rendez-vous à venir (7)
- Les problèmes médicaux en cours (12)
- Les informations données aux patients (12) (16)

- Le volet thérapeutique de sortie est souvent revenu comme un élément nécessitant une attention particulière. En effet, la principale source de iatrogénie au décours d'une hospitalisation était induite par des erreurs dans le traitement de sortie, dont 40 à 76 % auraient été évitables. La principale source d'erreur a été, pour 59 % des cas, un défaut de communication ville-hôpital. (9) (18)

IV. PARTICULARITES GERIATRIQUES

4.1 Conciliation médicamenteuse (19) (20) (21)

La conciliation médicamenteuse est définie comme un processus formalisé interactif et pluridisciplinaire qui garantit la continuité des soins en prenant en compte les traitements en cours et habituellement pris par le patient lors de l'élaboration d'une nouvelle prescription. Elle favorise la transmission d'informations complètes et exactes des traitements du patient entre les professionnels de santé, notamment lors de son admission dans un établissement de santé. Cette démarche vise à améliorer la sécurisation du parcours de soins du patient et à renforcer les liens ville-hôpital. Elle permet la détection, l'interception et la correction des écarts observés entre la prescription des médicaments rédigée au sein d'un établissement de santé et l'historique médicamenteux d'un patient. Ce processus intègre à une nouvelle prescription l'ensemble des traitements ponctuels et chroniques d'un patient. Selon la HAS, « elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé, aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. » (21)

La conciliation médicamenteuse est une activité à pérenniser et à développer pour les patients âgés qui constituent une population particulièrement à risque iatrogène. L'hospitalisation d'une personne âgée en service gériatrique est propice à l'optimisation du traitement thérapeutique dans la mesure où les gériatres sont très attentifs à la problématique médicamenteuse. La transmission d'informations aux professionnels du secteur ambulatoire (médecin traitant et pharmacien d'officine), permettant de justifier les modifications thérapeutiques lors de la sortie d'un établissement de santé, renforce la sécurité des soins et contribue à la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

4.2 Evaluation gériatrique standardisée (22)

Elle reprend l'approche globale de la gériatrie et nous montre certaines rubriques méritant de figurer dans un compte rendu d'hospitalisation gériatrique. Ainsi l'évaluation complète de la personne âgée peut permettre au médecin traitant de faire une synthèse.

Elle comporte plusieurs éléments :

- **L'état nutritionnel** comprenant le dépistage de la dénutrition, le suivi du poids, l'indice de masse corporelle, la biologie (albumine et pré albumine) et le MNA version courte (mini nutritional assessment tool) (17)
- **L'évaluation fonctionnelle** avec le degré d'autonomie les activités de base (AVQ : se laver, manger, continence, marche, ...) et les activités instrumentales (AIVQ : faire les courses, entretenir la maison, utiliser le téléphone, tenir son budget, ...) (12)
- **L'évaluation de la marche et du risque de chutes** (deux tests : station unipodale et get up and go test)
- **Les fonctions mentales** dont :
 - o Les fonctions cognitives (bilan de démence avec MMSE, test de l'horloge +/- biologie ou IRM cérébrale)
 - o La dépression avec le mini GDS (geriatric depression scale)
- **Les troubles sensoriels** : visuels, auditifs
- **L'évaluation de la iatrogénie** induite par la polymédication
- **L'évaluation de l'environnement et des ressources socio-économiques**

V. OBJECTIFS DE L'ETUDE

La rédaction du compte rendu d'hospitalisation est une partie importante du travail hospitalier et représente un devoir omniprésent de circulation de l'information. Dans le domaine gériatrique, il est un élément indispensable d'une communication étroite entre la médecine de ville et le monde hospitalier. En effet, l'approche globale du malade (médicale, psychologique et sociale) et certaines problématiques assez spécifiques de la personne âgée telles que le projet de vie, la iatrogénie et l'évaluation globale du patient représentent beaucoup de données à collecter et à synthétiser dans un courrier de sortie. De plus, le patient ne jouant plus son rôle d'intermédiaire, cette correspondance passe par l'écrit et souvent les généralistes ne disposent que du CRH pour assurer la suite de la prise en charge. A l'hôpital de Xavier Arnoz à Pessac en Gironde, de nombreuses personnes sont hospitalisées puis orientées à domicile ou dans différentes institutions (Résidence personnes âgées, EHPAD, services spécialisés, hôpital psychiatrique, unités de soins de longue durée). Nous avons souhaité traiter la relation hôpital / ville et nous avons donc restreint l'étude en recherchant le point de vue des médecins traitants concernant la qualité des CRH.

Nous avons pu observer qu'il existe une volonté d'améliorer les comptes rendus hospitaliers par les pouvoirs publics et les professionnels de santé. Dans ce contexte, les médecins des services de médecine gériatrique aigüe et de soins de suite et de réadaptation (SSR) de l'hôpital de Xavier Arnoz (CHU de bordeaux) ont instauré un nouveau modèle de CRH en Juillet 2017. La perception d'une inadéquation entre la teneur, la longueur et la forme du CRH du Pôle de Gérontologie clinique a conduit à réfléchir à certaines modifications. La finalité du CRH étant de faciliter la continuité des soins après le retour à domicile, nous avons jugé pertinent d'interroger les utilisateurs (médecins généralistes du patient) sur leurs attentes et leur satisfaction d'une nouvelle version prenant en compte les recommandations de l'HAS.

Le patient sort du service avec une version définitive du compte rendu. De cette manière, le médecin traitant bénéficie d'un document de sortie complet afin de réaliser une consultation de sortie d'hospitalisation avec toutes les informations indispensables à la mise en place d'un suivi de qualité, tout en assurant la sécurité du patient et en évitant les erreurs médicales potentielles.

Dans ce travail de thèse, nous allons parler de la structuration du compte rendu d'hospitalisation tant sur le fond que sur la forme, mais nous n'avons pas choisi de travailler sur les délais et moyens de transmission des courriers.

L'objectif principal de cette étude est de comparer la satisfaction des médecins généralistes vis à vis de deux modèles de compte rendu d'hospitalisation. L'hypothèse est donc que le nouveau modèle de lettre de sortie d'hospitalisation est plus utile et clair que l'ancien.

La question de recherche qui en découle est : « le nouveau modèle de compte rendu d'hospitalisation est-il plus satisfaisant selon les médecins traitants pour permettre d'optimiser la prise en charge des patients au retour à domicile ? »

Les objectifs secondaires sont de comparer la qualité de la transmission d'informations concernant :

- L'utilité de certaines rubriques
- L'évaluation gérontologique globale
- Le volet thérapeutique à la sortie, inspiré de la conciliation médicamenteuse
- Les points à améliorer

MATERIEL ET METHODES

I. SCHEMA DE L'ETUDE

1.1. Type d'étude

Il s'agit d'une **étude comparative observationnelle rétrospective monocentrique** concernant deux modèles de comptes rendu d'hospitalisation à l'aide de questionnaires envoyés aux médecins traitants par e-mail. Les questionnaires concernaient respectivement le premier modèle puis le deuxième modèle.

1.2. Les deux différents modèles de courriers

Le premier modèle de courrier se composait de plusieurs parties : (Annexe 1)

- **Un page d'introduction** avec la date de rédaction et une formule telle que « Cher confrère, Permettez-moi de vous adresser le compte rendu d'hospitalisation concernant votre patient ..., Bien confraternellement », le nom du patient et les signataires avec les noms des praticiens hospitaliers du service et le nom de l'interne
- **Un encadré** avec le motif d'hospitalisation, les dates d'entrée et sortie dans le service, le lieu d'origine du patient, les médecins correspondants (médecin traitant et spécialiste), le lieu de sortie, les médecins référents de l'unité, l'interne
- **La partie médicale :**
 - o Les antécédents
 - o Le mode de vie
 - o Le traitement habituel
 - o Le traitement d'entrée (notamment après le passage aux urgences)
 - o L'histoire de la maladie
 - o L'examen clinique d'entrée (appareil par appareil, le poids, la taille et l'indice de masse corporelle)
 - o Les examens paracliniques réalisés avec la biologie d'entrée exhaustive, l'électrocardiogramme (ECG), l'électroencéphalogramme (EEG), le scanner cérébral, ...
 - o L'évolution dans le service : avec le MMSE d'entrée et sortie, le poids de sortie, les vaccinations, l'évaluation nutritionnelle, l'aspect social
 - o Un bilan de sortie avec les aides mises en place (humaines, matérielles et financières)
 - o La synthèse médicale
 - o Le traitement de sortie
 - o Les prochains rendez vous et le suivi

Le second comprenait deux types d'informations : (Annexe 2)

- **Administratives** : médecins correspondants, date de rédaction, identification du patient (nom, prénom, date de naissance), date d'entrée et sortie du patient dans le service provenance et la destination du patient, signatures du praticien hospitalier, du chef de clinique et de l'interne

- **Médicales :**
 - Motif d'hospitalisation
 - Antécédents
 - Histoire de la maladie
 - Examen clinique à l'entrée
 - Evolution dans le service
 - Synthèse du séjour
 - Evaluation gériatrique sous forme de tableau avec :
 - Le mode de vie : les aides humaines et financières, les aidants, le lieu de vie
 - Le devenir : le lieu de sortie, la demande d'allocation personnalisée d'autonomie faite ou non, l'obtention de l'APA ou non, la protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle), les aides professionnelles
 - L'évaluation de l'autonomie avant l'admission et à la sortie (transferts / marche, se rendre aux toilettes, continence, soins corporels, habillement, alimentation)
 - L'état mental : la cognition (Niveau d'études, profession, score MMSE, Score NPI) et la thymie
 - L'état nutritionnel avec la taille le poids et l'indice de masse corporelle
 - La fonction rénale à la sortie avec la créatininémie, la clairance en Cockcroft et CDK-EPI
 - Traitement de sortie sous forme de tableau avec par colonnes :
 - Le traitement habituel
 - Le traitement à la sortie
 - La justification de la modification, l'arrêt et l'ajout des traitements
 - Rubrique « à prévoir » : avec la surveillance médicale et paramédicale et les rendez-vous

Au final, les principaux changements de la seconde version du compte rendu hospitalier sont :

- La présentation des informations sous forme de tableaux de l'évaluation gériatrique standardisée et la conciliation médicamenteuse,
- L'absence de page d'introduction,
- La suppression de la rubrique : traitement d'entrée dans le service pour ne laisser que le traitement habituel dans la partie conciliation médicamenteuse,
- L'absence de rubrique obligatoire concernant le détail de la biologie d'entrée et des examens complémentaires,
- Le développement de la partie évaluation gériatrique dans tous les aspects ; sociaux, financiers et médicaux ; ainsi que la fonction rénale à la sortie.

1.3. Hypothèse de l'étude

L'hypothèse est que le second modèle de CRH serait perçu par les médecins traitants comme un document plus adapté que le premier modèle pour poursuivre la prise en charge du patient en sortie d'hospitalisation en ville. Il retrouverait les informations nécessaires plus facilement car ce nouveau modèle de CRH serait plus clair et plus court. L'idée serait d'avoir retiré les informations superflues, complété les rubriques manquantes et mis en évidence les informations importantes.

II. POPULATION ETUDIEE

Nous avons décidé de recruter tous les médecins traitants ayant reçu le premier modèle de CRH en juin 2017 et tous les médecins traitants ayant reçu le deuxième modèle en janvier 2018. Nous avons respecté un intervalle de 6 mois afin de laisser aux différents services le temps de mettre en place le nouveau modèle de CRH. Le groupe de médecins interrogés pour janvier 2018 avaient bien reçu le dernier modèle de CRH. Les deux groupes de médecins étaient donc distincts et ils n'avaient pas forcément reçu les deux modèles de CRH.

Nous avons retrouvé la liste de tous les patients sortis des différents services de court séjour gériatrique (deux services) et des services de SSR (deux services) à Xavier Arnozan. Le Logiciel informatique du centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux, Dx-Care, possède un onglet qui retrouve le médecin traitant du patient et c'est par ce biais là que nous avons pu recruter les médecins traitants à interroger.

2.1 Critères d'inclusion :

- Médecins traitants généralistes
- Médecins traitants n'exerçant pas dans un centre hospitalier ou un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- Médecins traitants ayant reçu le compte rendu hospitalier et revu le patient à la sortie

2.2 Critères d'exclusion :

- Médecins traitants dont le patient est décédé dans le service ou au moment du retour à domicile
- Médecins traitants dont le patient a été institutionnalisé en EHPAD (avec changement de médecin traitant)
- Médecins traitants dont le patient est parti vivre dans une autre région après son séjour en gériatrie
- Médecins traitants n'ayant pas reçu le CRH
- Médecins traitants ne souhaitant pas répondre par e-mail

III. QUESTIONNAIRES

3.1. Réalisation des questionnaires

Pour la conception des questionnaires, nous nous sommes servis d'une plateforme en ligne, produite par Google, qui permet de modéliser des formulaires à notre guise. Elle se nomme Google Forms et permet de réaliser le questionnaire puis de l'envoyer par e-mail.

Le questionnaire n°1 et 2 sont identiques. (Annexe 3) On peut y trouver :

- **Une première partie** pour « apprendre à connaître » le médecin traitant avec :
 - Son adresse e-mail
 - Son nom et prénom
 - Sa tranche d'âge (25-35, 36-45, 46-55, 56-65, 66 et plus)
 - Son année d'installation
 - Son mode d'exercice (seul, cabinet en groupe de généralistes, de plusieurs spécialistes, de médicaux et paramédicaux, un pôle de santé ou un centre de santé)
 - Sa formation en gériatrie (DESC, Capacité, DIU-DU, expérience professionnelle, formation médicale continue ou aucune)
 - Le fait d'être informatisé ou non

- **Une seconde partie** qui recueille son avis avec des questions ouvertes :
 - « Quelles sont les éléments obligatoires d'un compte rendu d'hospitalisation d'un point de vue règlementaire ? »
 - « Quelles sont les éléments indispensables d'un compte rendu d'hospitalisation d'un point de vue personnel ? »

- **Une troisième partie** (avec plusieurs sous parties) qui précise l'avis du médecin traitant

- Avec des réponses sur une échelle linéaire de 1 à 5 :
 - Généralités :
 - « La présentation du courrier est-elle satisfaisante ? »
 - « Le compte rendu d'hospitalisation répond-il à vos attentes ? »
 - « Le compte rendu d'hospitalisation a-t-il facilité la prise en charge des patients lors du retour à domicile ? »
 - Utilité des informations :
 - Antécédents
 - Mode de vie
 - Histoire de la maladie et examen clinique
 - Examens complémentaires (biologie et imagerie)
 - Prise en charge thérapeutique (médicamenteuse ou autre)
 - Suites à donner (rendez-vous, examens complémentaires et résultats en attente, aides sociales, humaines et matérielles, surveillance particulière)
 - Présence des domaines de l'évaluation gériatrique standardisée :
 - Autonomie
 - Nutrition
 - Cognition
 - Projet de vie

- Puis des réponses binaires par oui ou non :
 - Explications retrouvées concernant les traitements (oui ou non) :
 - Arrêts
 - Ajouts
 - Modifications
 - Points à améliorer (oui ou non)
 - La présentation et la mise en page
 - La longueur
 - La mise en évidence des informations les plus pertinentes
- Et des suggestions en texte libre

Seule une mention différait au début du questionnaire n°2, à savoir le mois de sortie du patient ainsi qu'un commentaire qui leur rappelait l'intérêt d'autant plus pertinent de leurs réponses s'ils avaient déjà reçu le questionnaire n°1.

Les questionnaires ont été envoyés de manière nominative après avoir récupéré l'adresse e-mail auprès des différents médecins traitants. Il leur était demandé de compléter le questionnaire avec l'aide du CRH. L'absence d'anonymisation nous a permis de savoir quels médecins avaient bien complété les questionnaires. Nous avons donc pu envoyer à plusieurs reprises les questionnaires avec un petit mot de rappel pour inciter les médecins traitants à les remplir. Pour récupérer l'adresse e-mail des médecins, il nous a fallu les appeler directement ou via leur secrétariat afin de leur expliquer notre démarche d'amélioration de la qualité des soins et de la coordination entre médecine hospitalière et médecine de ville. Nous présentions ce travail de thèse comme une approche au plus près des médecins généralistes dans le but d'avoir le point de vue directement.

3.2. Récupération des données

Les données sont directement récupérées par la plateforme Google Form qui enregistre les réponses de chaque médecin traitant via leur boîte e-mail. Elles sont collectées de manière nominative.

Les questionnaires ont été envoyés à trois reprises pour chaque médecin afin de solliciter leurs réponses. Finalement, les données ont été enregistrées définitivement en décembre 2017 pour le premier questionnaire et novembre 2018 pour le second. Il n'y a pas eu de phase pré test du questionnaire.

IV. ETUDE COMPARATIVE

4.1. Critères de jugement principal

Il s'agit d'une moyenne des réponses aux trois questions concernant la satisfaction sur la forme du CRH, l'impression générale du CRH et son utilité pour une prise en charge en ville évaluant plutôt le contenu. C'est donc un critère composite qui sera évalué sur les 2 questionnaires.

Les 3 questions sont :

- *La présentation générale du courrier est-elle satisfaisante ?*
- *Le compte rendu d'hospitalisation répond-t-il à vos attentes ?*
- *Le compte rendu d'hospitalisation a-t-il facilité la prise en charge des patients lors du retour à domicile ?*

4.2. Critères de jugement secondaires

Le questionnaire étant assez complet, de nombreuses informations peuvent être précieuses. Il est intéressant d'étudier pour quelles raisons un CRH peut être plus pertinent qu'un autre en vue d'un retour à domicile.

Nous avons avancé les critères de jugement secondaires suivants :

- L'utilité de certaines rubriques médicales d'un CRH
- L'évaluation gériatrique standardisée
- Le volet thérapeutique médicamenteux, inspiré de la conciliation médicamenteuse
- Les points à améliorer

4.3. Analyse statistique

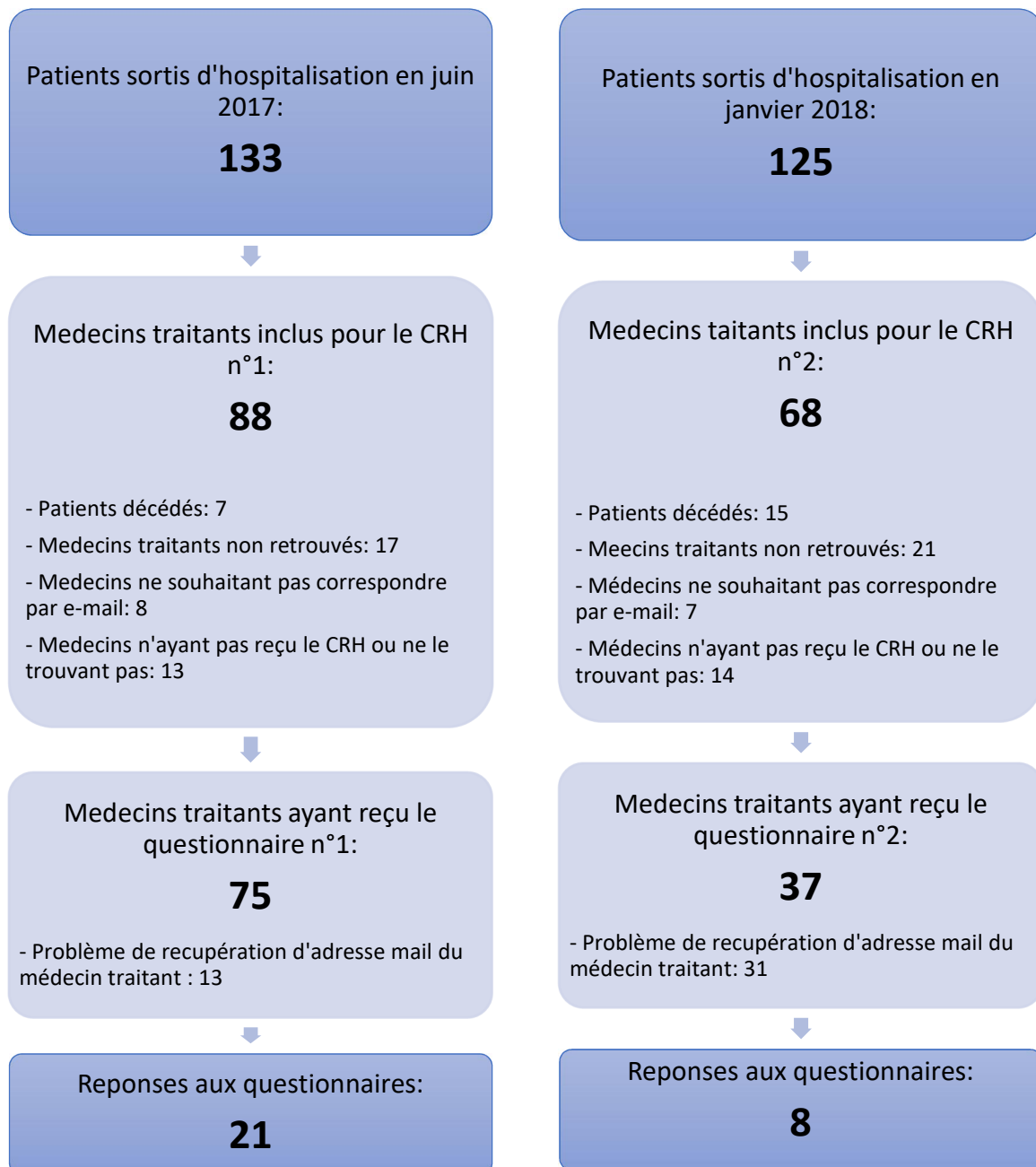
Les données statistiques ont été interprétées via le site BiostaTGV (23), disponible sur internet et gratuit. Il permet de réaliser différents tests statistiques avec les modules statistiques adaptés. Les données Excel peuvent être directement générées sur le site en ligne.

Pour les données quantitatives, nous avons procédé à un **Test de Student** tandis que pour les données qualitatives, nous nous sommes servis du **Test exact de Fischer**.

RESULTATS

I. DIAGRAMME DES FLUX

Figure n° 1 : diagramme des flux ou flow chart



Le taux de participation est de 16 % pour le premier groupe et de 7 % pour le second groupe.

II. POPULATION ETUDIEE

Figure n° 2: Répartition des âges des médecins traitants

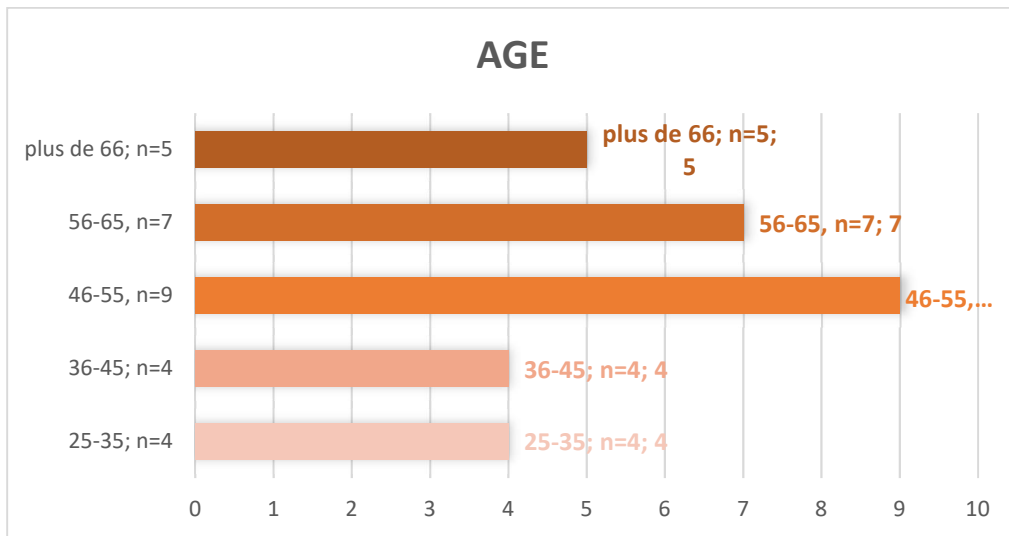


Tableau n° 1 : Caractéristiques de la population médecins traitants

Sexe	Total : n = 29
○ Femmes	n = 12 (42%)
○ Hommes	n = 17 (58%)
Année d'installation	
○ Avant 1980	n = 1 (3%)
○ Entre 1980 et 1990	n = 8 (28%)
○ Entre 1990 et 2000	n = 6 (21%)
○ Entre 2000 et 2010	n = 7 (24%)
○ Après 2010	n = 7 (24%)
Activité professionnelle	
○ Seul	n = 7 (24%)
○ Cabinet de médecins généralistes	n = 16 (55%)
○ Regroupement de professionnels de santé de différentes spécialités médicales ou paramédicales	n = 6 (21%)
Formation gériatrique	
○ Universitaire (DESC, DIU, DU, Capacité)	n = 7 (24%)
○ Personnelle (expérience professionnelle, formation continue)	n = 10 (35%)
○ Aucune	n = 12 (41%)
Informatisation du cabinet	
○ Oui	n = 29 (100%)
○ Non	n = 0 (0%)

Les caractéristiques de la population sont précisées dans la figure n°2 et le tableau n°1.

- Toutes les tranches d'âges sont représentées même si les médecins interrogés sont majoritairement âgés de plus de 45 ans. Les effectifs sont superposables à la pyramide des âges présentée dans le rapport du conseil national de l'ordre des médecins en 2018 (24). L'âge moyen de médecins généralistes à l'échelle nationale est de 51 ans.
- Nous retrouvons plus d'hommes que de femmes (17 contre 12 respectivement). Elles sont légèrement sous représentées par rapport au 48% qu'elles représentent dans la population des médecins généralistes.
- Les médecins interrogés se sont installés après 1980 pour la plupart et les quatre dernières décennies de 1980 à après 2010 montrent des effectifs quasi équivalents.
- Dans la population étudiée, nous disposons principalement de médecins généralistes exerçant seul en cabinet.
- Nous avons sollicité des médecins qui avaient soit une spécialisation universitaire, soit une expérience professionnelle, soit aucune formation.
- Un accès internet étant nécessaire pour répondre au questionnaire par mail, 100% des praticiens de l'étude possèdent un cabinet informatisé.

III. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL

Les résultats sont exprimés sous forme de moyenne sur une échelle de 0 à 5 et l'écart type est précisé.

Un critère composite a pu être constitué à partir des réponses aux 3 premières questions fermées du questionnaire

Tableau n° 2 : Résultats critère de jugement principal

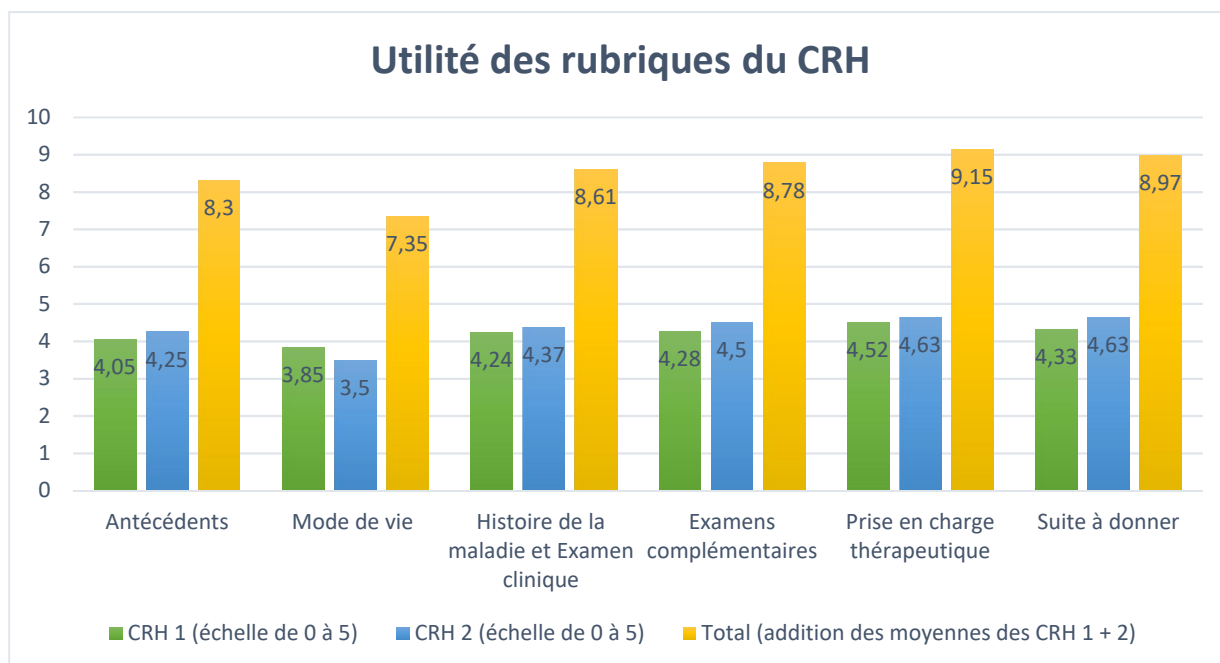
	CRH 1	CRH 2	P value
Satisfaction présentation CRH	4,15 ± 0,57	4,125 ± 0,78	p = 0,9
Réponses aux attentes	4,05 ± 0,78	4,375 ± 0,69	p = 0,3
Aide à la prise en charge	3,4 ± 1,29	4,125 ± 0,92	p = 0,1
Total	3,85 ± 0,99	4,20 ± 0,81	p= 0,08

Il n'est pas retrouvé de différence statistiquement significative entre les deux modèles de comptes rendus hospitaliers.

IV. CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES

a. Utilité des rubriques

Figure n° 3 : Utilité des rubriques du CRH



Il nous a paru intéressant de sonder les médecins traitants sur l'importance de certaines rubriques dans chacun des comptes rendus. Devant leur caractère indispensable, le motif d'hospitalisation et la synthèse médicale n'ont pas été inclus dans le sondage.

Par ordre d'utilité décroissante, les généralistes choisissent :

- La prise en charge thérapeutique
- La suite à donner
- Les examens complémentaires
- L'histoire de la maladie et examen clinique
- Les antécédents
- Le mode de vie

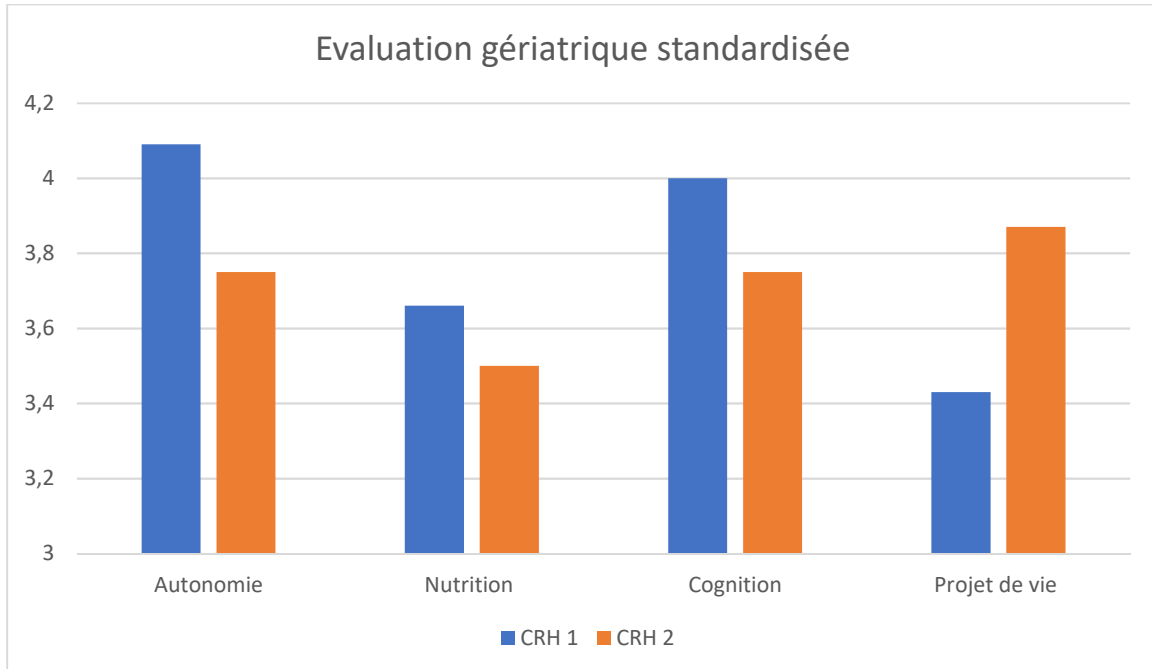
Tableau n° 3 : Résultats concernant l'utilité des rubriques du CRH

	CRH 1	CRH 2	Total	P value
Antécédents	4,05 ± 1,21	4,25 ± 0,97	8,3	0,67
Mode de vie	3,85 ± 1,16	3,5 ± 1,32	7,35	0,54
Histoire de la maladie et Examen clinique	4,24 ± 0,86	4,38 ± 1	8,61	0,75
Examens complémentaires	4,28 ± 0,88	4,5 ± 0,7	8,78	0,53
Prise en charge thérapeutique	4,52 ± 0,58	4,63 ± 0,48	9,15	0,66
Suite à donner	4,33 ± 0,94	4,63 ± 0,69	8,97	0,4

Aucune différence statistique n'est mise en évidence sur l'importance de certains paragraphes dans cette étude.

b. Lisibilité de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS)

Figure n° 4 : Evaluation gériatrique standardisée



Les deux modèles comportaient des éléments de l'EGS. Dans l'ancienne version, il existait des données relatives à l'EGS dans la section « évolution dans le service » telles que le score MMSE, les capacités fonctionnelles détaillées et associées au score de Barthel, le poids et l'IMC tandis que dans « bilan de sortie », on y retrouvait les aides humaines, matérielles et financières mises en place ainsi que le projet de vie. La nouvelle version comportait tous les éléments autour de l'EGS dans un tableau récapitulatif détaillé selon différents axes : mode de vie, devenir, état mental, nutrition, autonomie et fonction rénale.

Tableau n° 4 : Résultats de l'EGS

	CRH 1	CRH 2	P value
Autonomie	4,1 ± 1,09	3,75 ± 0,81	0,46
Nutrition	3,67 ± 0,94	3,5 ± 1	0,70
Cognition	4 ± 0,92	3,75 ± 0,83	0,51
Projet de vie	3,43 ± 1,17	3,88 ± 0,78	0,27

Il n'est pas retrouvé de différence statistiquement significative entre les deux comptes rendus d'hospitalisation. Les médecins traitants ne privilégient pas un modèle plutôt que l'autre en matière d'évaluation gériatrique standardisée.

c. Avis des médecins traitants concernant le volet thérapeutique

La nouvelle version du CRH possède un tableau récapitulatif de tous les traitements à l'entrée et à la sortie avec une colonne qui précise les raisons justifiant l'arrêt, l'ajout ou la modification des traitements. Ce tableau est basé sur la conciliation médicamenteuse. Si elle est réalisée lors de l'admission, les données sont reprises dans cette synthèse thérapeutique en complément des ajustements thérapeutiques faits lors du séjour. Cette partie n'existait pas dans l'ancien courrier bien que le traitement de sortie fût détaillé. Cependant, le manque de lisibilité pouvait entraîner une perte d'information et donc un risque de iatrogénie.

En effet, dans le nouveau modèle, toutes les modifications de traitement entre le traitement d'entrée et sortie sont consignées dans un tableau, ce qui signifie que tous les arrêts, les ajouts et les modifications de posologie sont retrouvés dans 100% des cas par les médecins traitants.

La présentation sous forme de tableau était appréciée dans 100% des cas.

Tableau n° 5 : Résultats concernant le volet thérapeutique

Traitements	CRH 1, n= 21	CRH 2, n= 8	P value
Justification des arrêt	n= 15	n= 8	p= 0,15
Justification des ajout	n= 18	n= 8	p= 0,54
Justification des modifications posologiques	n= 16	n= 8	p= 0,28
Présentation des modifications	n= 19	n= 8	p= 1
Total	n= 68 (68 sur 84)	n= 32 (32 sur 32)	

Au final, on ne peut pas conclure à la significativité des résultats devant les questions multiples mais il se dégage une réelle pertinence à l'utilisation d'un tableau type « conciliation médicamenteuse ».

d. Points à améliorer selon les médecins traitants

Tableau n° 6 : Résultats concernant les points à améliorer

Points ne nécessitant pas d'amélioration	CRH 1, n= 21	CRH 2, n= 8	P value
Présentation et mise en page	n= 18	n= 8	p= 0,54
Longueur du courrier	n= 17	n= 6	p= 1
Mise en évidence des informations les plus pertinentes	n= 8	n= 2	p= 0,67

Il n'existe pas de différence significative entre les deux modèles pour les points à améliorer.

Cependant, à noter que :

- La totalité des médecins traitants ne voyaient pas d'amélioration nécessaire concernant la présentation et la mise en page dans le nouveau courrier
- 20 à 25% des médecins traitants considéraient le courrier comme trop long
- La majorité des médecins suggéraient de mieux mettre en évidence les informations les plus pertinentes

Au final, la présentation et la mise en page par rubriques plait globalement aux médecins traitants. Les médecins ne semblent pas être gênés par la longueur du courrier mais plutôt par l'absence de relief donné aux informations les plus pertinentes, ce qui paraissait mieux fait dans la nouvelle version.

V. TABLEAU RECAPITULATIF DES RESULTATS

Tableau n° 7 : Tableau récapitulatif des résultats

	CRH 1	CRH 2	P value
Critère de jugement principal	Echelle de 1 à 5		
Satisfaction sur la présentation du CRH	4,15 ± 0,57	4,125 ± 0,78	p = 0,9
Réponses aux attentes	4,05 ± 0,78	4,375 ± 0,69	p = 0,3
Aide à la prise en charge à domicile	3,4 ± 1,29	4,125 ± 0,92	p = 0,1
TOTAL	3,85 ± 0,99	4,20 ± 0,81	p= 0,08
Avis comparatif par rubriques	Echelle de 1 à 5		
Antécédents	4,05 ± 1,21	4,25 ± 0,97	p = 0,67
Mode de vie	3,85 ± 1,16	3,5 ± 1,32	p = 0,54
Histoire de la maladie et Examen clinique	4,24 ± 0,86	4,38 ± 1	p = 0,75
Examens complémentaires	4,28 ± 0,88	4,5 ± 0,7	p = 0,53
Prise en charge thérapeutique	4,52 ± 0,58	4,63 ± 0,48	p = 0,66
Suite à donner	4,33 ± 0,94	4,63 ± 0,69	p = 0,4
Avis comparatif pour l'évaluation gériatrique standardisée	Echelle de 1 à 5		
Autonomie	4,1 ± 1,09	3,75 ± 0,81	p = 0,46
Nutrition	3,67 ± 0,94	3,5 ± 1	p = 0,70
Cognition	4 ± 0,92	3,75 ± 0,83	p = 0,51
Projet de vie	3,43 ± 1,17	3,88 ± 0,78	p = 0,27
Retrouvée dans la partie thérapeutique	Réponse affirmative Sur n = 21 Sur n = 8		
Justification des arrêt	n = 15	n = 8	p = 0,15
Justification des ajout	n = 18	n = 8	p = 0,54
Justification des modifications posologiques	n = 16	n = 8	p = 0,28
Présentation des modifications	n = 19	n = 8	p = 1
Points ne nécessitant pas d'amélioration	Réponse affirmative Sur n = 21 Sur n = 8		
Présentation et mise en page	n = 18	n = 8	p = 0,54
Longueur du courrier	n = 17	n = 6	p = 1
Mise en évidence des informations les plus pertinentes	n = 8	n = 2	p = 0,67

DISCUSSION

I. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

1.1 Forces de l'étude

Le sujet de l'étude est ancré dans les problématiques de santé à l'échelle nationale. La volonté des pouvoirs publics de règlementer les termes du document de sortie des patients hospitalisés se développe. Il en résulte la mise en place de décrets (2) et de recommandations par la Haute Autorité de Santé (3). Les accréditations des structures hospitalières dépendent d'un ensemble de critères dont notamment la qualité du document de sortie d'hospitalisation. Il devient indispensable dans ce contexte pour les médecins hospitaliers d'améliorer leurs comptes rendus d'hospitalisation afin de coller aux plus près des recommandations. L'étude permet de voir que le courrier de sortie à l'hôpital Xavier Arnoz (CHU de Bordeaux) comprend tous les éléments obligatoires.

En Gironde, peu d'études se sont intéressées au point de vue des généralistes concernant leurs attentes. Hormis un travail de thèse de 1994, aucun travail de recueil des avis n'a été réalisé récemment.(25)

De plus, les courriers de sortie sont vus par les praticiens hospitaliers comme la vitrine du service. La qualité de ceux-ci représente le travail effectué durant le séjour. Un document complet sur le plan médical traduit une prise en charge globale.

Par ailleurs, le compte rendu d'hospitalisation est le moyen de communication le plus répandu avec les médecins en ville. L'analyse de notre document de sortie auprès des médecins généralistes donne une vision sur sa qualité et son utilité. Il est important de recueillir un avis subjectif des médecins auprès de qui il s'adresse. L'axe hôpital-ville en sera renforcé avec la prise en compte de leur point de vue.

Le travail des internes, outre la formation médicale pratique et théorique, comporte une partie administrative comme pour tous les médecins hospitaliers. La conception d'un nouveau modèle doit lui permettre de gagner du temps et de hiérarchiser au mieux ses connaissances. Les courriers rédigés par les internes sont relus par les praticiens hospitaliers ou les chefs de clinique puis envoyés après correction. Cette étape fait partie intégrante de la formation de l'interne et donne lieu à une discussion entre l'étudiant et le sénior. L'avis des médecins traitants permettra donc de voir si les problématiques de l'hôpital sont bien les mêmes que celles des généralistes.

La comparaison entre les deux modèles de CRH repose sur le fond et la forme. Les modifications apportées au second modèle sont principalement en rapport avec un effort de synthèse et de mise en page puisque les informations réglementaires étaient présentes dans les deux versions. La mise en tableaux de certaines données cruciales en gériatrie a donc pu être étudiée. Il convient aussi de raccourcir le courrier pour optimiser la lecture par le médecin traitant, certaines rubriques avaient donc été supprimées. La recherche au travers de cette étude a vraiment pour objectif d'améliorer l'utilisation d'un CRH dans la pratique quotidienne du médecin traitant.

Les questionnaires étaient rapides à remplir, ce qui était un argument pour inciter les personnes à répondre. Ils étaient remplis directement sur internet via leur boîte e-mail, évitant le retard lié aux courriers postaux et réduisant le coût et la consommation de papiers.

Certains généralistes voyaient un intérêt à l'amélioration des comptes rendus et nous remerciant de l'attention que nous leur portions.

1.2 Limites de l'étude

La principale limite reste la faible puissance en lien avec le faible effectif. Le taux de réponse est très bas, 16% pour le premier questionnaire et 7% pour le second.

La correspondance par e-mail a probablement dû être un frein par certains aspects :

- Le manque de sécurisation des données sur internet
- Le problème de l'anonymisation dans le recueil : en effet les noms et prénoms des médecins étaient notés afin de pouvoir savoir quels médecins avaient répondu et éviter de les solliciter à nouveau. Cela induit un biais de désirabilité où le comportement consiste à se montrer sous une facette positive ou à l'inverse, la personne interrogée critique le service à travers le questionnaire.
- La boîte e-mail professionnelle ou personnelle est souvent inondée de messages publicitaires ou autres, ce qui a pour effet de démotiver les médecins à répondre exhaustivement à leurs messages
- La récupération des adresses e-mail n'était pas aisée car il fallait avoir la possibilité de joindre directement le praticien par téléphone pour avoir son accord, lui présenter le travail de thèse et enfin lui envoyer le questionnaire. Or les praticiens ne travaillaient pas tous les jours et le secrétariat filtrait les appels en fonction des urgences pour ne pas interrompre les consultations du médecin.
- Certains médecins n'ont pas réussi à remplir les questionnaires via la plateforme google (à ma connaissance : n = 3 soit 1%)

Les médecins sondés n'ont pas pu être interrogés pour les deux courriers de sortie car ils n'avaient tout simplement pas reçu les deux modèles (celui avant et après juillet 2017). Une période d'inclusion plus grande que les mois de juin 2017 et janvier 2018 auraient pu permettre de recruter plus de médecins et d'avoir une comparaison des deux CRH par un même médecin traitant.

Les médecins devaient répondre aux questionnaires avec le compte rendu d'hospitalisation du patient comme support mais il est possible que les médecins aient répondu de mémoire entraînant ainsi un biais de mémorisation.

Les questionnaires comportaient deux questions ouvertes « Quels sont les éléments obligatoires d'un compte rendu d'hospitalisation d'un point de vue règlementaire ? Quels sont les éléments obligatoires d'un compte rendu d'hospitalisation d'un point de vue personnel ? ». Ces questions avaient pour but de sensibiliser les médecins au questionnaire et à son contenu mais elles ont fourni des résultats peu interprétables compte tenu du faible effectif et ont probablement allongé le temps de réponse au questionnaire et diminué la concentration des personnes sondées.

Les réponses des médecins traitants étaient influencées par la prise en charge médicale du patient, soulevant alors un biais affectif. Le jugement pouvait être déformé par l'influence des états affectifs sur les processus de raisonnement ou d'évaluation.

Il s'agit d'une étude monocentrique sur l'établissement de Xavier Arnozan, ce qui réduit la représentativité de l'étude. Ainsi il est difficile d'extrapoler les résultats aux autres services et hôpitaux de la région et de France.

Aucune phase pré-test n'a été réalisé, ce qui peut être reproché à cette étude et abaisse sa validité interne.

II. ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS

2.1. Résultats du critère de jugement principal

Le critère composite décidé avant le début de l'étude montre un résultat proche de la significativité. Le faible effectif est donc bien le facteur limitant.

Pour l'heure, nous ne pouvons pas conclure favorablement de la supériorité du second modèle de CRH. Les modifications du compte rendu d'hospitalisation ne semblent pas avoir facilité la prise en charge des patients à la sortie du service. Le précédent modèle comportait déjà suffisamment d'informations. On peut supposer que le médecin traitant privilégie la présence d'informations de manière assez exhaustive, sans critiquer l'excès de données. Il préfère trouver les renseignements qu'il cherche plutôt que certaines informations manquent. Or, il souhaite aussi que les courriers ne soient pas trop longs pour éviter de perdre du temps à la lecture. Ceci aboutit à un paradoxe et beaucoup de médecins traitants avouent ne pas lire les courriers en totalité ou revenir sur les courriers au besoin.

Notre critère de jugement principal est volontairement très subjectif car c'est bien le point de vue des généralistes qui nous intéresse. Les ambitions de certaines recommandations de l'HAS ou du cadre législatif ne correspondent pas forcément avec les attentes des médecins généralistes sur le terrain. Le problème inhérent de l'uniformité du document de sortie d'hospitalisation reste la variabilité interindividuelle de ce qui est satisfaisant pour un médecin traitant.

L'amélioration ressentie par les médecins au sein de l'hôpital reste à étudier car c'est aussi dans ce but que le courrier de sortie avait été modifié. En effet, le CRH est une mine d'informations que les autres médecins du service ou les autres spécialistes du CHU pourront consulter à distance en cas d'une nouvelle hospitalisation. Cela permet d'avoir un suivi au sein de la structure hospitalière. De plus, il s'agit d'une source pouvant servir à la recherche et à l'épidémiologie.

Il existe un indicateur (26) qu'utilise l'HAS pour évaluer les documents de sortie d'hospitalisation. Celui-ci n'a pas été retenu comme critère de jugement principal dans notre étude car il ne correspond pas au quotidien des médecins et ne reflète pas leur avis. Cependant il est recueilli parmi les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) au sein de l'ensemble des établissements de santé. Il est recueilli lors de campagnes nationales existantes depuis 2008 visant à évaluer la qualité des soins dans les établissements de santé. Depuis 2013, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la HAS, à la demande de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), coordonnent une orientation nationale d'inspection-contrôle (ONIC) appliquée aux thèmes des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins (indicateurs issus du dossier patient). On y retrouve un indicateur concernant le document de sortie, nommé depuis 2016 : indicateur Qualité de la Lettre de liaison à la Sortie (QLS). Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la lettre de liaison à la sortie est d'autant plus grande que le score est proche de 100. L'indicateur est calculé à partir de 14 critères qualité :

- Deux critères sont indispensables :
 - o (1) « Lettre de liaison à la sortie : retrouvée » ;
 - o (2) « Lettre de liaison à la sortie : datée du jour de la sortie ». Il s'agit du courrier le plus complet remis au patient le jour de sa sortie mais une remarque précise que la date retenue est la date de validation du courrier en vue d'une édition le jour de la sortie. Elle ne correspond pas à la date d'envoi ou de remise au patient.

En l'absence de conformité d'un de ces deux critères, le score est égal à 0.

Le score est calculé, en cas de conformité des critères indispensables, à partir de la traçabilité des 12 critères « qualité » :

- Six critères médico-administratifs :
 - (3) Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie ; à noter que la mention « remise de la lettre de liaison à la sortie » doit être noté sur celle-ci ou dans le dossier médical du patient
 - (4) Nom et coordonnées du médecin destinataire ;
 - (5) Identification du patient (nom prénom, âge, sexe) ;
 - (6) Date d'entrée et date de sortie ;
 - (7) Nom et coordonnées du signataire de la lettre de liaison ;
 - (8) Destination du patient à la sortie.

- Six critères médicaux :
 - (9) Motif de l'hospitalisation ;
 - (10) Synthèse médicale du séjour ;
 - (11) Risques liés à l'hospitalisation ;
 - (12) Actes techniques et examens complémentaires ;
 - (13) Traitements médicamenteux ;
 - (14) Planification des soins.

L'actualisation de la deuxième campagne nationale entraîne quelques mises à jour dans la rubrique « risques liés à l'hospitalisation » avec la recherche d'une information sur le statut connu porteur de BMR / BHRé durant le séjour et la recherche d'une information sur la réalisation d'une transfusion (ou non) durant le séjour.

Deux nouveaux items seront ajoutés en 2020 ; à savoir la recherche d'informations sur les dispositifs médicaux implantables, et la recherche d'informations sur la survenue d'évènements indésirables.

Au total, cet indicateur est le moyen d'évaluer la qualité des comptes rendus hospitaliers par l'HAS.(27) Il fait partie d'un ensemble d'indicateurs dont les répercussions sont majeures pour les établissements de santé puisque de ceux-ci dépendent notamment la certification des établissements. Ces indicateurs sont aussi utilisés dans le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements (CPOM). Les résultats concernant cette campagne d'évaluation de qualité et de sécurité des soins sont publiés sur un site appelé scope santé.

Les données de 2017 pour le CHU de Bordeaux sur scope santé (28) retrouvaient un score de 21/100 pour l'indicateur QLS dans les services de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) et de 66/100 pour les services de soins de suite et de réadaptation. Il est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours. On ne peut que constater les progrès à mettre en œuvre pour arriver à l'objectif fixé de 80/100. Les données de 2018 ne sont pas encore disponibles pour le CHU de Bordeaux.

2.2. Résultats critères de jugement secondaires

- **Utilité des rubriques :**

L'utilité des rubriques semblent correspondre à ce que l'on peut retrouver dans la littérature ou la réglementation. Les parties « Prise en charge thérapeutique » et « Suite à donner » semblent être primordiales. L'anamnèse, les examens clinique et paraclinique sont à incorporer dans un compte rendu. Il est logique d'observer un intérêt moindre pour les antécédents et le mode de vie du patient. En effet, le médecin traitant est la personne désignée pour avoir déjà toutes ces informations. On pourrait même se demander pourquoi certains médecins généralistes jugent utiles d'avoir ces rubriques dans le document de sortie.

Selon les médecins traitants, les rubriques nécessaires à un courrier médical sont superposables à celles prévues par l'HAS. Ceci a aussi pu être mis en évidence dans les questions ouvertes du questionnaire.

- **Lisibilité de l'évaluation gériatrique standardisée**

Les faibles effectifs ne se prêtent pas à une interprétation fiable. Il est possible qu'un tableau récapitulatif de l'évaluation gériatrique standardisée chez un patient soit beaucoup plus pratique que la présence de ces informations disséminées dans différents paragraphes. Mais cette étude ne reflète pas cette tendance.

- **Avis des médecins traitants concernant le tableau de conciliation médicamenteuse à la sortie**

La mise en tableau semble faciliter la lecture des données médicales bien que le manque de puissance de l'étude ne permette pas de conclure. Le tableau de conciliation médicamenteuse permet d'avoir sur la même page les traitements d'entrée et de sortie. Cela donne une meilleure lisibilité des thérapeutiques mise en place. Le principal intérêt est de limiter la iatrogénie. Cette problématique est un des points essentiels dans la prise en charge du patient en gériatrie. L'accumulation des antécédents induit la prescription de multiples traitements et l'accumulation de ceux-ci aboutit à des interactions à risque. Le tableau récapitulatif doit permettre de hiérarchiser les traitements en diminuant au maximum la majoration de la morbi-mortalité. Il est ensuite primordial d'arrêter les médicaments dont le rapport bénéfice risque n'est pas favorable.

- **Points à améliorer**

Le principal point à améliorer s'avère être la mise en avant des informations les plus importantes. Certains médecins ont suggéré l'utilisation de graphiques pour faire ressortir certains éléments. D'autres auraient préféré de la couleur ou la mise en gras ou en surbrillance des points importants. Les informations les plus pertinentes doivent donc ressortir de l'ensemble du texte. Ainsi, le médecin traitant cible directement les éléments utiles et gagne du temps dans la lecture. Le courrier n'a pas forcément besoin d'être raccourci tant que l'œil est attiré sur les informations utiles. La mise en page et la présentation ne semblent pas être critiquées.

III. LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Les résultats de notre étude sont pour la plupart non significatifs quand il s'agit d'un comparatif entre deux documents de sortie. Le problème vient peut-être de la bonne qualité des deux modèles au vu des bons résultats. La littérature en majorité anglo-saxonne a déterminé certaines rubriques indispensables. Elles sont regroupées dans un récapitulatif ci-dessous.

On constate la présence de la grande majorité des rubriques dans nos deux modèles de courriers à Xavier Arnozan. Certaines informations devraient cependant être systématiquement retrouvées or elles ne bénéficient pas de paragraphes bien définis comme :

- Le mode d'entrée dans le service (via les urgences ou un autre service, en hospitalisation programmée, ...)
- Les avis spécialisés
- Le régime alimentaire
- L'information délivrée au patient ou à sa famille

Par ailleurs, les documents de sortie sont construits de manière standardisée avec un modèle de courrier. Il a été prouvé que cette façon de procéder via une trame sous formes de titres et sous titres permettait d'améliorer la qualité des comptes rendus et d'augmenter la rapidité de conception. Dans les services à Xavier Arnozan, tous les modèles se faisaient de cette manière sauf les courriers pour les décès qui n'ont donc pas été inclus dans l'étude.

Dans la littérature scientifique, il a été évoqué la réalisation d'une lettre de liaison qui serait un document distinct du compte rendu d'hospitalisation. Elle serait une synthèse succincte tenant sur une demi page (16) (10) (29) et aurait pour intérêts d'informer le médecin traitant en attendant la version définitive du compte rendu d'hospitalisation. Elle serait remise en mains propres au patient afin qu'elle le suive partout et puisse être consultée par tous les intervenants professionnels de santé prenant en charge le patient. Cette notion n'est pas franchement retrouvée dans les recommandations de l'HAS bien qu'il soit dit qu'une version puisse être remise en mains propres le jour de la sortie et une version définitive dans les 8 jours suivant la sortie (3). On observe une volonté de fournir un compte rendu complet à la sortie dans les critères de l'indicateur QLS de l'HAS. Le fonctionnement des services de médecine gériatrique en court séjour et les services de SSR à Xavier Arnozan est aussi basé sur la remise du CRH complet à la sortie de malade. Les comptes rendus sont rédigés, relus, imprimés et remis en mains propres au patient le jour de la sortie. Il peut arriver que ce ne soit pas le cas notamment si le nombre de sortie est trop importante.

Une autre mission assumée du compte rendu d'hospitalisation décrite dans la littérature est la tarification à l'activité (T2A) (9). Les renseignements dans le courrier de sortie permettent de coter les actes afin de valoriser financièrement les séjours hospitaliers. On imagine alors les retombées financières d'un compte rendu incomplet sur la rémunération d'un service hospitalier. Cette observation explique aussi l'intérêt des praticiens hospitaliers pour le CRH.

Tableau n° 8 : Principaux éléments répertoriés lors de la revue systématique de la littérature (9)

	LETRE DE LIAISON	COMPTE-RENDU D'HOSPITALISATION
MODE DE TRANSMISSION AU MEDECIN TRAITANT	Remis au patient	Postal et courriel sécurisé
TAILLE	1 demi-page	4 demi-pages
STRUCTURATION	En titre et sous-titres, organisé en paragraphes mise en valeur des éléments-clés	
CONTENU ADMINISTRATIF	<ul style="list-style-type: none"> - Nom de naissance en majuscule, sexe, date de naissance - Nom et coordonnées du médecin traitant et liste de diffusion - Dates d'entrée et sortie - Dates de rédaction et de dactylographie - Nom de l'hôpital et du service - Nom et coordonnées praticien hospitalier référent et du rédacteur - Mode d'entrée (urgences, transfert...) - Mode et le lieu de sortie - Personne de confiance et coordonnées 	
CONTENU MEDICAL	<ul style="list-style-type: none"> - Motif d'admission - Diagnostic principal - Traitement de sortie (détaillé et justifié) - Suites programmées ou à programmer sur le plan diagnostique et thérapeutique - Résultats principaux d'examens en attente lors de la sortie 	
		<ul style="list-style-type: none"> - Motif d'hospitalisation - Traitement d'entrée et allergies - Antécédents - Mode de vie - Elements clés de l'anamnèse et de l'examen clinique d'entrée - Resultats des examens complementaires - Evolution au cours du séjour - Avis spécialisés demandés - Information délivrée au patient ou à sa famille - Elements principaux de l'examen de sortie - Conciliation medicamenteuse détaillée et justifiée - Regime alimentaire - Diagnostic principal - Diagnostics secondaires - Prise en charge diagnostique et therapeutique au decours de l'hospitalisation - Examens en attente au moment de la rédaction

IV. PERSPECTIVES

Pour obtenir des résultats significatifs, il faudrait augmenter la puissance de l'étude en augmentant la période d'inclusion, faire parvenir aussi les questionnaires aux médecins traitants par mail et par courrier, anonymiser les réponses, élargir l'étude à plusieurs centres.

Il serait intéressant de réaliser une étude sur la mise en page d'un courrier uniquement car le contenu a déjà bien été étudié et règlementé. La proposition du service de faire des tableaux a séduit la totalité des médecins traitants pour la partie médicamenteuse. Une généralisation de tableaux à l'ensemble du courrier, des graphiques ou autres éléments visuels (surgras, surbrillance, couleur, ...) pourraient être intéressants.

La principale difficulté rencontrée par les médecins traitants concernant l'utilisation du CRH est le délai de réception. Celui-ci est fixé à moins de 8 jours par l'HAS (3) mais l'idéal est bien de le remettre le jour de la sortie. L'indicateur QLS confirme cet aspect. (26) De plus, un décret du code de santé publique en 2016 (2) précise « Dans le respect des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-2, la lettre de liaison est transmise le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient. » Il serait instructif de réaliser une étude de terrain sur le délai de réception du CRH par les médecins traitants ou encore une étude sur le pourcentage de CRH remis en mains propres à la sortie d'hospitalisation. Ces études seraient d'autant plus représentatives si elles étaient réalisées sur un grand panel de séjours hospitaliers (80 dossiers uniquement dans les enquêtes de l'ONIC).

Par ailleurs, certains généralistes ont souligné la communication au travers de messageries sécurisées ou du dossier médical partagé. Il s'agit-là d'un point clairement écrit dans le code de santé publique (2) « Elle (la lettre de liaison) est adressée par messagerie sécurisée répondant aux conditions prévues à l'article L. 1110-4-1, ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations, et versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé... ». L'HAS précise (3) « le document de sortie est remis en mains propres au patient et adressé par messagerie sécurisée au médecin traitant, ainsi qu'à toute autre personne de l'équipe soignante prenant en charge le patient à sa sortie, et désignée par le patient ou sa famille. Par ailleurs, et afin de garantir la continuité des soins, le document de sortie devra également être déposé dans le DMP (ou dossier médical partagé) lorsqu'il existe afin d'être accessible aux acteurs de la prise en charge du patient, non identifiés au moment de la sortie ».

Ces éléments sont des piliers en cours de développement dans le domaine de la e-santé.

La création du dossier médical partagé (DMP) (30) remonte au projet de loi de 2004 relative à l'assurance maladie. Il est créé sur internet ou sur un logiciel professionnel à la demande du patient, par un médecin, ou une structure de soins. Il conserve les informations de santé en ligne :

- L'historique des soins sur les 24 derniers mois,
- Les antécédents médicaux,
- Les résultats d'examens (biologie, imagerie, ...),
- Les comptes rendus d'hospitalisations
- Les coordonnées des proches en cas d'urgences
- Les directives anticipées en cas de fin de vie

Il peut être consulté par les professionnels de santé (votre médecin traitant, infirmier, pharmacien...) et notamment en cas d'urgence par le SMUR. Seul le médecin traitant a accès à tous les documents. Il est possible de gérer les accès au DMP en supprimant les autorisations ou en bloquant un professionnel de santé. Le patient est libre de supprimer le DMP à tout moment même si ce dernier point pose

quelques problèmes. En effet, il existe des controverses au sujet du DMP. La demande de destruction est très lourde sur le plan administratif et requiert l'envoi d'une lettre recommandée couteuse avec accusé de réception. La création et la mise à jour du DMP représentent une charge de travail supplémentaire pour le médecin généraliste sans rémunération prévue.

Il existe une agence gouvernementale nommée l'ASIP (31) (agence de systèmes d'information partagée de santé) qui a pour rôle l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité du système de santé par le numérique. Ce rôle se décompose en 3 axes :

- Créer l'essor de la e-santé en garantissant la sécurité et en déployant l'interopérabilité (utilisation de logiciels informatiques compatibles avec d'autres logiciels sans restriction d'accès ou de mise en œuvre)
- Développer et conduire des projets nationaux (tels que la télémédecine, e-parcours, ...)
- Accompagner les acteurs dans leur conduite du changement en matière de santé numérique tout en stimulant l'innovation

Elle a mis en place un espace de confiance sécurisée appelé MSSanté (32) dans lequel les professionnels de santé habilités peuvent échanger par mail des données de santé de manière dématérialisée en toute sécurité. Plusieurs services mails ont été certifiés au sein de MSSanté comme Mailiz, Apicrypt, ...

D'autre part, certains médecins traitants ont souhaité qu'il existe une ligne directe téléphonique auprès des gériatres afin de pouvoir améliorer la qualité de la communication entre la ville et l'hôpital. Ce dispositif existe déjà au sein de l'hôpital de Xavier Arnorzan ou un gériatre d'astreinte répond aux questions des généralistes et peuvent programmer des hospitalisations. Une ligne téléphonique dédiée pour les professionnels de santé peut faciliter la communication ville – hôpital.

Par ailleurs, nous avons vu qu'un tableau récapitulatif des traitements entrée/sortie satisfait les médecins traitants. Un des services de SSR organise une réunion hebdomadaire à l'admission des patients pour faire la conciliation médicamenteuse avec l'aide des pharmaciens hospitaliers. Cela permet de faire le point sur les modifications thérapeutiques en pré hospitalier et les traitements délivrés sans ordonnance en officine. Les traitements introduits durant le séjour ou à la sortie viennent compléter le volet thérapeutique à la sortie. Cette manière de procéder colle avec les recommandations de l'HAS et devrait donc être étendue à tous les services, surtout en gériatrie. (20) Un modèle de fiche de conciliation des traitements à l'admission est fourni sur le site de l'HAS et pourrait servir de base dans la réalisation de la partie thérapeutique du CRH. (33)

Plus généralement, la conciliation médicamenteuse est un axe majeur en voie de déploiement dans les établissements de santé français. Elle a fait l'objet d'un projet de 2010 à 2014 appelé « Standard Operating Protocol Medication Reconciliation ou SOP Med'Rec », coordonné par l'HAS. La SOP Med'Rec est une pratique organisationnelle standardisée qui permet de mettre en évidence les divergences existantes entre l'ordonnance à l'admission et le bilan médicamenteux optimisé (la liste la plus exhaustive et complète possible des médicaments prescrits ou non et pris ou à prendre par le patient avant son hospitalisation). Ces divergences sont soit intentionnelles et explicitées dans le dossier du patient, soit non intentionnelles et alors corrigées. A noter que ce projet s'inscrit dans une dynamique internationale nommée « High 5s », lancée en 2006 par l'Alliance mondiale pour la sécurité du patient de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), que la France a rejoint en 2009. Le High 5s montre une volonté de réduire de manière significative, soutenue et mesurable cinq problèmes de sécurité pour le patient, identifiés comme prioritaires par l'OMS, dont la précision de la prescription des médicaments aux points de transition du parcours de soins et donc la conciliation médicamenteuse. (21)

CONCLUSION

Les comptes rendus de fin d'hospitalisation, documents signés par les médecins de l'établissement et adressés au médecin de ville ou à la structure de transfert, ou encore remis au patient le jour de sa sortie, sont des éléments clés de la continuité des soins. Ils résument les conclusions de l'hospitalisation et établissent des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville » ou « hôpital/structure de transfert ».

Notre étude n'aura pas permis de mettre en évidence de différence significative entre les deux modèles de courriers. La faiblesse de l'effectif impose de solliciter l'avis des médecins généralistes de manière plus efficace. Le courrier, à l'usage des hospitaliers et surtout des médecins traitants, doit permettre la transmission efficace d'informations en un minimum de temps. La mise en page sous forme de tableaux semble être une bonne stratégie de communication des données médicales thérapeutiques. Les courriers du court séjour gériatrique et des soins de suite et de réadaptation de Xavier Arnozan semblent contenir la quasi-totalité des éléments recommandés par les institutions médicales et législatives. Cependant, ce n'est pas le cas de la totalité du CHU de Bordeaux, la prochaine évaluation sera faite en 2019.

A l'avenir, l'innovation technologique permettra d'améliorer la qualité des comptes rendus, tant dans le contenu, avec un modèle uniforme certifié sur informatique, que sur la présentation via des logiciels de traitement de texte adaptés. La rapidité de rédaction en sera ainsi renforcée et les moyens de communication sécurisés passeront par la voie dématérialisée de manière instantanée. Nous espérons que cette évolution pourra être généralisée à l'ensemble des professionnels de santé sur le territoire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ordre national des medecins, conseil de l'ordre. Comptes rendus d'examens spécialisés, communication au medecin traitant, au patient. [Internet]. [cité 15 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/examensspe.pdf>
2. Légifrance. Code de Santé Publique [internet]. Paris ; 2016 Juillet. 2016-995 juillet, 2016.
3. Haute Autorité de santé. Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 h [internet]. Paris ; 2014 nov [Internet]. [cité 6 nov 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_fiche_utilisation_23102014.pdf
4. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. Paris. 2001 nov [Internet]. [cité 15 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/preparation_de_la_sortie_du_patient_hospitalise_guide_2001.pdf
5. Devaux X. Évaluation par les médecins traitants de la qualité du compte-rendu d'hospitalisation en unité de soins aigus et de soins de suite et réadaptation en gériatrie au CHRU de Montpellier [Thèse]. Montpellier (France) : Université de Montpellier I ; 2013. 106 p.
6. Jaffre A. Améliorer le compte-rendu d'hospitalisation : le déploiement d'un projet prioritaire de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris au sein des hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis [Mémoire]. Rennes (France) : EHESP ; 2012. 58 p.
7. Durbin J, Barnsley J, Finlayson B, Jaakkimainen L, Lin E, Berta W, et al. Quality of communication between primary health care and mental health care: an examination of referral and discharge letters. *J Behav Health Serv Res.* 2012;39(4):445-61.
8. Van Walraven C, Rokosh E. What is necessary for high-quality discharge summaries? *Am J Med Qual Off J Am Coll Med Qual.* 1999;14(4):160-9.
9. Romain Clanet et al., « Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes », *Santé Publique* 2015/5 (Vol. 27), p. 701-711. DOI 10.3917/spub.155.0701.
10. Bureau ML. Continuité des soins à la sortie du service de gériatrie : étude sur les attentes des médecins généralistes pour optimiser le compte-rendu d'hospitalisation [Thèse]. Poitiers (France) : Université de Poitiers ; 2012. 178 p.
11. 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.* 2007;2(5):314-23.
12. Perrillat-Amede S. La lettre de sortie en gériatrie : attentes des médecins généralistes et évaluation des courriers du service de court séjour gériatrique au centre hospitalier d'Annecy [Thèse]. Grenoble (France) : Université Joseph Fourier ; 2008. 104 p.
13. Rao P, Andrei A, Fried A, Gonzalez D, Shine D. Assessing quality and efficiency of discharge summaries. *Am J Med Qual Off J Am Coll Med Qual.* 2005;20(6):337-43.

14. Van Walraven C, Duke SM, Weinberg AL, Wells PS. Standardized or narrative discharge summaries. Which do family physicians prefer? *Can Fam Physician Médecin Fam Can.* 1998;44:62-9.
15. Ministère de la santé (France). Instruction N°DGOS/ MSIOS/2013/281 du 7 juin 2013 relative à l'utilisation du nom de famille (ou nom de naissance) pour l'identification des patients dans les systèmes d'information des structures de soins [internet]. Paris 2013 [cité le 8 juin 2015] 2 p. Disponible sur <<http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=37235>>.
16. Kripalani S, Lefevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA.* 2007;297(8):831-41.
17. Segyo-Saunier A, Briand-Capet C. Compte-rendu d'hospitalisation : évaluation selon la réglementation, point de vue des médecins généralistes [Thèse]. Rouen (France) : Université de Rouen ; 2012. 69 p.
18. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med.* 2003;138(3):161-7.
19. Berthe A, Fronteau C, Le Fur É, Morin C, Huon JF, Rouiller-Furic I, Berlioz-Thibal M, Berrut G, Lepelletier A. Conciliation médicamenteuse : un outil de lutte contre le risque iatrogène en gériatrie. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2017 ; 15(1) : 19-24 doi:10.1684/pnv.2016.0642.
20. Haute Autorité de santé. Guide conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Paris ; 2018 fev [Internet]. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf
21. Haute autorité de santé. Initiative des High 5s, Medication réconciliation. Paris ; 2015 Sept [Internet]. [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexperimentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf
22. Hopitaux universitaires de Genève. Evaluation gériatrique standardisée. Genève ; 2010 novf [Internet]. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/evaluation_geriatrique_standardisee12010df.pdf
23. BiostaTGV - Statistiques en ligne. Paris. 2000 [Internet]. [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: <https://biostatgv.sentiweb.fr/?module=tests>
24. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Paris. 2018 [Internet]. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf
25. Benquet I. Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes à propos du courrier de fin d'hospitalisation de leurs patients. 1994.

26. Haute autorité de santé. Fiche descriptive qls mco. Paris ; 2015 dec [Internet]. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/fiche_descriptive_qds_mco_9.12.2015.pdf
27. Haute Autorité de Santé - Contrôle qualité du recueil des indicateurs nationaux. Paris ; 2018 Nov [Internet]. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1637882/en/contrrole-qualite-du-recueil-des-indicateurs-nationaux
28. Hopital Xavier Arnoz - CHU de bordeaux [Internet]. SCOPE Santé. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.scopesante.fr/#/etablisements/330781337//0/-0.66313/44.799032///7/20/0/>
29. Tandjung R, Rosemann T, Badertscher N. Gaps in continuity of care at the interface between primary care and specialized care: general practitioners' experiences and expectations. *Int J Gen Med.* 2011;4:773-8.
30. Dossier Médical Partagé, l'assurance maladie : Découvrir le DMP. [Internet]. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.dmp.fr/patient/je-decouvre#Le-DMP-qu-est-ce-que-c-est>
31. Agence de systèmes d'information partagée de santé (ASIP). Qui sommes-nous? [Internet]. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/asip-sante/qui-sommes-nous>
32. Agence de systèmes d'information partagée de santé (ASIP). Messageries de santé : espace de confiance MSSanté [Internet]. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/securite/messageries-de-sante-mssante>
33. Haute Autorité de santé. Volet médicamenteux de la lettre de liaison a la sortie. Paris ; 2018 fev [Internet]. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/volet_medicamenteux_de_la_lettre_de_liaison_a_la_sortie.pdf

ANNEXE 1 : MODELE COURRIER avant juillet 2017, exemple du SSR 2



PÔLE GÉRONTOLOGIE CLINIQUE

Pr Nathalie SALLES, chef de pôle

Unité de médecine gériatrique 1
Pr M. RAINFRAY** - Responsable
 Secrétariat 05 57 65 65 57
Dr S. HARSTON*
Dr M. DUBOS**
 Secrétariat 05 57 65 65 71

Hôpital de jour de gériatrie
Pr I. BOURDEL-MARCHASSON**
 Responsable
Dr M. DANET-LAMASOU*
 Secrétariat 05 57 65 62 16

Unité de médecine gériatrique 2
Pr N. SALLES** - Responsable
Dr G. PINGAUD*
Dr L. HAW-SHING**
 Secrétariat 05 57 65 65 53

Unité de médecine gériatrique post urgence (St André)
Pr I. BOURDEL-MARCHASSON**
 Responsable
Dr F. GUERVILLE*
Dr D. KOBEH**
 Secrétariat 05 56 79 58 18
 matin/05 57 82 12 34 (IDE)

Consultation mémoire (CMRR)
Pr M. RAINFRAY** - Responsable
 Secrétariat 05 57 65 65 57
Dr S. HARSTON*
 Infirmière 05 57 62 33 33
 Secrétariat 05 57 65 67 11

Consultation gériatrique rive droite Lormont
 Secrétariat 05 56 33 25 50

Soins de suite et de réadaptation (SSR 1)
Dr C. FOUCAUD* - Responsable
Dr J. JENN*
 Secrétariat 05 57 65 65 59

Soins de suite et de réadaptation (SSR 2)
Dr V. LAGRANGE-CRESSOT* - Responsable
Dr R. FOSSAERT*
Dr P. M.R. DE GERCOURT*
 Secrétariat 05 57 62 30 07

USLD
Dr J. JENN* - Responsable
Dr R. FOSSAERT*
Dr E. MORELLO*
Dr C. PIFFAUT*
 Secrétariat 05 57 62 30 08

EHPAD les Jardins de l'Alouette
Dr E. THIEL* - Responsable
Dr M. COUTAUCHAUD*
 Secrétariat 05 57 62 33 35

EHPAD Lormont
Dr E. THIEL* - Responsable
Dr S. RIBOUX*
 Secrétariat 05 57 62 30 08

Equipe mobile de gériatrie
Dr M-N. VIDEAU* - Responsable
Dr S. DUC* / **Dr M. FLOCCIA*** /
Dr A. LAFARGUE** /
Dr S. MOSNIER-THOMAS*
 Secrétariats 05 57 65 66 10/05 57 82 18 71

Oncogériatrie
Pr M. RAINFRAY** / **Dr S. DUC*** /
Dr C. MERTENS*
 Secrétariat 05 57 82 18 80

Télémédecine
Pr N. SALLES** / **Dr A. LAFARGUE***
 Secrétariat 05 57 62 33 54

Dr F. ABALAN/Dr A. DECAMPS
 Praticiens attachés

** Professeur des universités/Praticien hospitalier
 * Praticien hospitalier
 ** Chef de clinique - Assistant
 ° Assistant spécialiste

«TITRE» «NOM» «PRENOM»
 «RUE»
 «RUE1» «RUE2»
 «CODEPOST» «VILLE»

Pessac, le lundi 6 novembre 2017

Courrier envoyé à :

Cher Confrère,

Permettez-moi de vous adresser le compte-rendu d'hospitalisation concernant votre patient :

M

Bien confraternellement.

Interne

Docteur V. LAGRANGE-CRESSOT, PH
Docteur P. GASSIE, PH
Docteur R. FOSSAERT, PH

**DEPARTEMENT DE GERIATRIE - CENTRE HENRI CHOUSSAT
 UNITE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
 COMPTE-RENDU D'HOSPITALISATION concernant :**

DUMAS Claude, 80 ans Né le 19/02/1937	
Admission pour :	
Date d'hospitalisation :	Du au .
Venant de :	
Médecins correspondants	
Sortie vers :	
Médecin référent dans l'unité	Docteur V. LAGRANGE-CRESSOT, PH Docteur P. GASSIE, PH Docteur R. FOSSAERT, PH , Interne

Antécédents _____

Mode de vie _____

Traitement habituel _____

Traitement à l'entrée _____

Histoire de la maladie _____

A son arrivée dans l'unité de soins de suite et de réadaptation
Examen clinique à l'entrée _____

Poids : _____ **Taille :** _____ **IMC :** kg/m²
Neurologique :

Cardio pulmonaire :

Abdominal et uro-génital :

Cutané :

Examens paracliniques

Hémoglobine	g/dl
VGM	fl
Plaquettes	G/l
Leucocytes	G/l
TCA	
INR	
IONOGRAMME SANGUIN	
Urée	mmol/l
Créatinine	μmol/l
soit une clairance de la créatinine	ml/m selon la formule de Cockcroft ml/min selon la formule MDRD
Protides	g/l
Albumine	g/l
Pré-albumine	g/l
TSH	μUI/ml
25 OH Vitamine D.....	ng/ml
CRP	mg/l
Glycémie à jeun	g/l
Hémoglobine glyquée	%
BILAN HEPATIQUE	
GAMMA GT	U/l
ASAT	U/l
ALAT	U/l
PAL	U/l
BILIRUBINE.....	μmol/l

ECG :

EEG :

Scanner cérébral :

Evolution dans le service

Sur le plan neurologique,

MMS d'entrée : /30
MMS de sortie : /30

Sur le plan de la rééducation,

Indice d'autonomie de Barthel à l'entrée : /100
Indice d'autonomie de Barthel à la sortie : /100

Vaccinations anti-grippales :
Poids de sortie : kg

Evaluation nutritionnelle :

Sur le plan social, une visite à domicile a été réalisée par l'ergothérapeute afin d'aménager le domicile

Bilan de sortie

M quitte le service pour regagner son domicile avec comme aides :

Synthèse du séjour

-
-
- Entretien famille
- Retour à domicile ou admission en EHPAD

Traitement de sortie

Prochains rendez-vous à noter et suivi

ANNEXE 2 : MODELE COURRIER après juillet 2017, exemple du SSR 2



CHU
Hôpitaux de
Bordeaux

PÔLE GÉRONTOLOGIE CLINIQUE

Pr Nathalie SALLES, chef de pôle

Unité de médecine gériatrique 1
Pr M. RAINFRAY** - Responsable
Secrétariat 05 57 65 65 57
Dr S. HARSTON*
Dr M. DUBOS°°
Secrétariat 05 57 65 65 71

Hôpital de jour de gériatrie
Pr I. BOURDEL-MARCHASSON**
Responsable
Dr M. DANET-LAMASOU*
Secrétariat 05 57 65 62 16

Unité de médecine gériatrique 2
Pr N. SALLES** - Responsable
Dr G. PINGANAUD*
Dr L. HAW-SHING°°
Secrétariat 05 57 65 65 53

Unité de médecine gériatrique
post urgence (St André)
Pr I. BOURDEL-MARCHASSON**
Responsable
Dr F. GUERVILLE*
Dr D. KOBEH°°
Secrétariat 05 56 79 58 18
matin/05 57 82 12 34 (IDE)

Consultation mémoire (CMRR)
Pr M. RAINFRAY** - Responsable
Secrétariat 05 57 65 65 57
Dr S. HARSTON*
Infirmière 05 57 62 33 33
Secrétariat 05 57 65 67 11

Consultation gériatrique
rive droite Lormont
Secrétariat 05 56 33 25 50

Soins de suite et de réadaptation (SSR 1)
Dr C. FOUCAUD* - Responsable
Dr J. JENN*
Secrétariat 05 57 65 65 59

Soins de suite et de réadaptation (SSR 2)
Dr V. LAGRANGE-CRESSOT* -
Responsable
Dr R. FOSSAERT*
Dr P. M.R. DE GERCOURT*
Secrétariat 05 57 62 30 07

USLD

Dr J. JENN* - Responsable
Dr R. FOSSAERT*
Dr E. MORELLO°
Dr C. PIFFAUT°
Secrétariat 05 57 62 30 08

EHPAD les Jardins de l'Alouette
Dr E. THIEL* - Responsable
Dr M. COUTAUCHAUD°
Secrétariat 05 57 62 33 35

EHPAD Lormont
Dr E. THIEL* - Responsable
Dr S. RIBOUX°
Secrétariat 05 57 62 30 08

Equipe mobile de gériatrie
Dr M-N. VIDEAU* - Responsable
Dr S. DUC* / Dr M. FLOCCIA*
Dr A. LAFARGUE*
Dr S. MOSNIER-THOUMAS*
Secrétariats 05 57 65 66 10/05 57 82 18 71

Oncogériatrie
Pr M. RAINFRAY**/Dr S. DUC*
Dr C. MERTENS*
Secrétariat 05 57 82 18 80

Télémédecine

Pr N. SALLES**/Dr A. LAFARGUE*
Secrétariat 05 57 62 33 54
Dr F. ABALAN/Dr A. DECAMPS
Praticiens attachés

** Professeur des universités/Praticien hospitalier
* Praticien hospitalier
° Chef de clinique - Assistant
° Assistant spécialiste

«TITRE» «NOM» «PRENOM»
«RUE»
«RUE1» «RUE2»
«CODEPOST» «VILLE»

Pessac, le lundi 6 novembre 2017

Courrier envoyé à :

Cher Confrère,

Nous avons eu en hospitalisation dans le service de M né le pour

Date d'entrée :	Date de sortie :
Provenance :	Destination :

Antécédents

Histoire de la maladie

Examen clinique à l'entrée

Poids : Taille : IMC : kg/m²
TA : Fréquence Cardiaque : T° :

Saturation :

Neurologique :

Cardio-pulmonaire :

Digestif - Urinaire :

Évolution dans le service

Au total

GROUPE HOSPITALIER SUD - Hôpital Xavier Arnoz
Avenue du Haut-Lévêque 33604 Pessac cedex - Tél. 05 56 79 56 79
www.chu-bordeaux.fr

EVALUATION GERONTOLOGIQUE		
MODE DE VIE		
Etat civil, famille :		
Lieu de vie :		
Aides à domicile : APA, GIR :		
DEVENIR		
Lieu de sortie :		
Prise en charge médico-sociale : -Demande d'ALD : non applicable, faite, à demander -APA : faite ou révisée -Protection juridique : Non applicable, faite, à demander -Préciser si certificat fait ou pas, requête -Aides professionnelles :		
AUTONOMIE		
ACTES DE LA VIE	AVANT l'admission (état de base)	À LA SORTIE
Transfert, marche		
Se rendre aux toilettes		
Contenance		
Soins corporels		
Habillement		
Alimentation		
ETAT MENTAL		
COGNITION		THYMIE
Niveau d'études : Profession : MMSE : /30 NPI : /144		
ETAT NUTRITIONNEL		
Poids :	Taille :	IMC : kg/m ²
FONCTION RENALE		
Créatinine à la sortie : Clairance estimée par la formule de Cockcroft et Gault : Débit de filtration glomérulaire estimé par la formule CDK-EPI :		



CHU
Hôpitaux de
Bordeaux

PÔLE GÉRONTOLOGIE CLINIQUE

Pr Nathalie SALLES, chef de pôle

Traitement de sortie

<i>Traitement habituel</i>	<i>Traitement à la sortie</i>	<i>Justification</i>

À prévoir

Docteur
PH

Docteur
CCA

Docteur
Interne

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE

31/03/2019

These medecine générale 2017/2018 (Soubiron Christophe)

These medecine générale 2017/2018 (Soubiron Christophe)

Vous avez reçu un compte rendu d'hospitalisation pour votre patient(e) suite à son séjour à Xavier Amozan en janvier 2018.

Je souhaiterais obtenir votre opinion avec ces quelques questions.

Il est possible que vous ayez déjà été sollicité pour répondre à des questions sur une précédente version de compte rendu d'hospitalisation, auquel cas, les réponses concernant ce questionnaire sont d'autant plus importantes.

*Obligatoire

1. Adresse e-mail *

2. Une seule réponse possible.

Option 1

Première partie: Apprendre à vous connaître

les réponses seront anonymisées dans l'étude mais cela permettra de ne pas comptabiliser plusieurs fois vos réponses au questionnaire.

3. Nom *

4. Prenom *

5. Dans quelle tranche d'age vous situez vous? *

Une seule réponse possible.

- 25-35 ans
 36-45 ans
 46-55 ans
 56-65 ans
 66 ans et +

6. Quelle est votre année d'installation? *

7. Mode d'exercice **Plusieurs réponses possibles.*

- seul
- cabinet de groupe de médecins généralistes
- cabinet de groupe de plusieurs spécialités médicales
- regroupement de plusieurs professionnels médicaux et paramédicaux
- maison de santé pluridisciplinaire
- pôle de santé
- centre de santé
- Autre : _____

8. Possédez vous une formation complémentaire en gériatrie **Plusieurs réponses possibles.*

- DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaires)
- Capacité de gériatrie
- DIU-DU
- Expérience professionnelle dans un service de gériatrie
- FMC
- Aucune

9. Etes-vous informatisé **Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

Deuxième partie: A votre avis

10. Quels sont les éléments obligatoires d'un compte rendu d'hospitalisation d'un point de vue réglementaire?

11. Quels sont les éléments obligatoires d'un compte rendu d'hospitalisation d'un point de vue personnel?

Troisième partie: fond et forme

12. La présentation générale du courrier est-elle satisfaisante? *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5		
Très mauvaise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	très bonne

13. Le compte rendu d'hospitalisation répond-t-il à vos attentes? *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5		
pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	totalement

14. Le compte rendu d'hospitalisation a-t-il facilité la prise en charge des patients lors du retour à domicile? *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5		
pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	totalement

Toutes les informations sont-elles utiles ?

15. Antécédents *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5		
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalement

16. Mode de vie (profession, prises de toxiques, activités physique, autonomie) *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5		
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalement

17. Histoire de la maladie et examen clinique *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5		
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalement

18. Examens complémentaires (biologie, imagerie) **Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalement

19. Prise en charge thérapeutique (médicamenteuse ou autre) **Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalement

20. Suite à donner (rendez-vous, examens complémentaires et résultats, aides sociales humaines et matérielles, surveillance particulière) **Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalement

L'évaluation gériatrique standardisée est-elle suffisamment lisible par domaine?

21. Autonomie **Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalement

22. Nutrition **Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalement

23. Cognition **Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalement

24. Projet de vie **Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalement

Concernant les traitements,

25. Les arrêts de traitement sont-ils explicités? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

26. Les ajouts de traitements sont-ils explicités? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

27. Les modifications de traitements sont-elles explicitées? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

28. La présentation des changements thérapeutiques est-elle adaptée? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

Existe t-il des points à améliorer?

29. Présentation et mise en page *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

30. Longueur du courrier *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

31. Mise en évidence des informations les plus pertinentes *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

31/03/2019

These medecine générale 2017/2018 (Soubiron Christophe)

32. Suggestions *

Fourni par





HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Document de sortie d'hospitalisation > 24h¹

Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation

Synthèse du contenu du document de sortie d'hospitalisation

Les rubriques

Rubriques	
1. Motif d'hospitalisation	Obligatoire
2. Synthèse médicale du séjour	Obligatoire
3. Actes techniques, examens complémentaires et biologiques	Obligatoire
4. Traitements médicamenteux	Obligatoire
5. Suite à donner	Obligatoire
Rubriques laissées au choix des équipes	
6. Antécédents	
7. Événements indésirables (dont allergies)	Obligatoire si survient au cours de l'hospitalisation
8. Mode de vie	
9. Histoire de la maladie	
10. Examen Clinique et statut fonctionnel	
11. Evolution dans le service	
12. Actes techniques, examens complémentaires et biologiques	
13. Liste des éléments remis au patient	

Rubriques médico-administratives

Identification du patient
Nom et coordonnées du médecin traitant
Date d'entrée et de sortie d'hospitalisation (voire date de décès)
Hôpital et Service(s) d'hospitalisation
Professionnel référent de la prise en charge du patient pendant hospitalisation (nom, fonction)
Mode d'entrée (programmé/urgence/ transfert et qui a adressé le patient le cas échéant)

¹ Ce référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation ne crée pas un nouveau document. Il s'applique à tout document remis au patient à la sortie d'une hospitalisation et adressé aux professionnels de santé amenés à le prendre en charge en aval du séjour, quelle qu'en soit la dénomination : compte rendu d'hospitalisation et lettre rédigée à l'occasion de la sortie (Article R 1112-1 et 2 CSP), lettre ou document de liaison, courrier de fin d'hospitalisation (indicateur IPAQSS qui visait déjà tout document remis à la sortie quelle qu'en soit la dénomination).

Destination du patient à la sortie
Coordonnées du rédacteur du document de sortie
Date de rédaction
Liste de diffusion du document de sortie
Statut de ce document
Personne de confiance (optionnel et si désignation valable au-delà de la durée d'hospitalisation)

Les rubriques et leur contenu

Rubriques	champs		
1. Motif d'hospitalisation Obligatoire	Motif d'hospitalisation (texte libre)		
2. Synthèse médicale du séjour Obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> • Pathologies prises en charge et leur situation à la sortie <ul style="list-style-type: none"> o patho A o Patho B o etc • Patient porteur/contact de BMR ou BHRé <ul style="list-style-type: none"> o O/N, o si oui préciser • Transfusion <ul style="list-style-type: none"> o O/N o Si OUI, préciser 		
3. Actes techniques, examens complémentaires et biologiques Obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats pertinents normaux et anormaux des actes techniques <ul style="list-style-type: none"> o Acte et résultat o Etc. • Résultats pertinents normaux et anormaux des examens complémentaires <ul style="list-style-type: none"> o Examen et résultat o etc. • Résultats pertinents normaux et anormaux des examens biologiques <ul style="list-style-type: none"> o Examen et résultat o etc. 		
4. Traitements médicamenteux Obligatoire	Médicaments habituels avant l'admission Domaine pathologique A <i>(Médicament 1) Nom (DCI OU de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'admini ; Fréquence (Médicament 2) Nom</i>	Médicaments à la sortie <i>(idem si pas de changement ; réécrire si modifications dans traitement ; Arrêt si arrêt)</i>	Commentaires - Date d'arrêt (ou durée) pour les médicaments qui ne sont pas au long cours (notamment chimiothérapie et antibiothérapie) - Justification de l'arrêt, de la suspension temporaire, de la modification d'un traitement ou de la mise en place d'un nouveau traitement au cours de l'hospitalisation - Cible à atteindre en termes de dose en cas de titration progressive ou de paramètre de suivi (par ex INR) - Préciser le cas échéant « essai thérapeutique » si le médicament est donné au patient dans le cadre d'un essai thérapeutique Justification des modifications Justification arrêt

Rubriques	champs
	(DCI ou de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'admini ; Fréquence Etc. Domaine pathologique B (<i>Médicament 1</i>) Nom (DCI OU de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'admini ; Fréquence (<i>Médicament 2</i>) Nom (DCI ou de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'admini ; Fréquence Etc. etc.
5. Suite à donner Obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> • O/N Si Oui, préciser • Volet continuité des soins <ul style="list-style-type: none"> ○ RDV médicaux, en précisant si RDV pris ou à prendre par le patient ○ Examens complémentaires à faire, en précisant si RDV pris ou à prendre par le patient ○ Soins infirmiers ○ Soins de rééducation ○ Examens dont les résultats sont en attente • Volet médicosocial <ul style="list-style-type: none"> ○ Actions déjà mises en place (par l'hôpital avant la sortie) ○ Actions préconisées (dont la mise en place est à organiser) ○ Demande d'ALD faite ou à demander, le cas échéant ○ Points de vigilance : O/N (1) • Conseils, recommandations (par ex si chimiothérapie ou si patient inclus dans essai thérapeutique : préciser les événements indésirables possibles et la conduite à tenir), surveillance particulière (applicable pour : AVK, diurétiques, chimiothérapie)
Rubriques laissées au choix des équipes	
6. Antécédents	
7. Événements indésirables (dont allergies) Obligatoire si survient au cours de l'hospitalisation	Événements indésirables (dont allergies) <ul style="list-style-type: none"> • Type de réaction adverse ou d'allergie • Type de manifestation • Sévérité de la réaction (haute, modérée, basse) • Statut (Actif, Inactif, Chronique, Intermittent, Récurrent, Résolu) • Agent responsable • Commentaires
8. Mode de vie	<ul style="list-style-type: none"> • tabac • alcool • activité physique • régime alimentaire
9. Histoire de la maladie	
10. Examen Clinique et statut fonctionnel	> Revue par organe (optionnel) > Examen Clinique (optionnel) > Principales constantes (optionnel)

Rubriques	champs
	> <i>Etat fonctionnel</i> (optionnel)
11. Evolution dans le service.	
12. Actes techniques, examens complémentaires et biologiques	Peut contenir les résultats additionnels qui n'ont pas été considérés comme « pertinents normaux et anormaux » et qui ne figurent donc pas dans la section 3 ci-dessus
13. Liste des éléments remis au patient	

1. point de vigilance Oui/Non : « Oui » sous-entend qu'un contact de vive voix entre l'équipe hospitalière et les professionnels d'aval serait nécessaire

Rubriques médicoadministratives

Identification du patient	Au minimum : <ul style="list-style-type: none"> • Nom de naissance • Date de naissance • Sexe
Nom et coordonnées du médecin traitant	
Date d'entrée et de sortie d'hospitalisation (voire date de décès)	
Hôpital et Service(s) d'hospitalisation	
Professionnel référent de la prise en charge du patient pendant hospitalisation (nom, fonction)	
Mode d'entrée (programmé/urgence/transfert et qui a adressé le patient le cas échéant)	
Destination du patient à la sortie	
Coordonnées du rédacteur du document de sortie	
Date de rédaction	
Liste de diffusion du document de sortie	
Statut de ce document	<ul style="list-style-type: none"> • Document de sortie valant pour CRH : Oui/Non • Si Non, ce document sera complété dans un deuxième temps et envoyé au médecin traitant dans les 8 jours suivant la sortie.
Personne de confiance (optionnel et si désignation valable au-delà de la durée d'hospitalisation)	<ul style="list-style-type: none"> • Nom • N° de téléphone

ANNEXE 5 : Fiche de conciliation médicamenteuse selon HAS

NOM : Prénom : Date de naissance : / / IPP :	Nom du service : Numéro de chambre :	Médecin traitant : Infirmier à domicile : Pharmacien d'officine : EHPAD :
---	---	--

Conciliation faite le					entre* et**						Processus de conciliation :			
Bilan médicamenteux					Ordonnance du						<input type="radio"/> Proactif <input type="radio"/> Rétroactif			
Nom/dosage/forme	Posologie/voie				Statut	Nom/dosage/forme	Posologie/voie				Existence d'une divergence	Divergence intentionnelle ou Erreur médicamenteuse	Décision médicale/ Erreur médicamenteuse	Commentaires
	M	M	S	N			M	M	S	N				

Conciliation faite le					entre* et**						Processus de conciliation :			
Bilan médicamenteux					Ordonnance du						<input type="radio"/> Proactif <input type="radio"/> Rétroactif			
Nom/dosage/forme	Posologie/voie				Statut	Nom/dosage/forme	Posologie/voie				Existence d'une divergence	Divergence intentionnelle ou Erreur médicamenteuse	Décision médicale/ Erreur médicamenteuse	Commentaires
	M	M	S	N			M	M	S	N				
Sources d'information consultées <input type="checkbox"/> DMP en cours <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Dossier Pharmaceutique <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> DMP antérieur <input type="checkbox"/> Pharmacien officine <input type="checkbox"/> Ordonnances du patient <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> DMP urgences <input type="checkbox"/> Infirmier libéral <input type="checkbox"/> Lettre au médecin traitant <input type="checkbox"/> Médicaments apportés <input type="checkbox"/> Autre dossier du SIH <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> Lettre du médecin traitant <input type="checkbox"/> Autres													Traitement antérieur ou Automédication antérieure : <input type="radio"/> DI <input type="radio"/> EM	
													Signature Pharmacien	

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

RESUME

Introduction : le compte rendu d'hospitalisation (CRH) est un élément clé de la prise en charge du patient. Il permet de faire le lien entre le monde hospitalier et les médecins traitants. Bien plus qu'un ensemble de renseignements médicaux, il est un véritable outil de travail et procure une aide au médecin généraliste lors de la prise en charge en ville.

Le but de notre étude a été de comparer deux modèles de comptes rendus hospitaliers afin de montrer la supériorité du nouveau modèle de courrier sur le précédent. Le critère de jugement principal était un critère composite évaluant la satisfaction des médecins traitants concernant la présentation du courrier, la réponse à leurs attentes et l'aide pour le retour à domicile du patient, sur une échelle de 1 à 5.

Matériel et méthodes : Une étude rétrospective observationnelle monocentrique a été réalisée à Xavier Arnoz au CHU de Bordeaux dans deux services de court séjour gériatrique et deux services de soins de suite et de réadaptation. Un questionnaire identique a été envoyé par courriel aux médecins ayant reçu le premier et/ou le second modèle de CRH. Les médecins traitants ont été inclus dans l'étude à la sortie des patients ; en juin 2017 pour le premier groupe (133 sujets) et en janvier 2018 pour le second groupe (125 sujets). Les avis des médecins ont été collectés via internet.

Résultats : Au terme de l'étude, il n'existe pas de différence statistiquement significative en termes de satisfaction entre les deux modèles de CRH ($3,85 / 5 \pm 0,99$ pour le 1^{er} groupe contre $4,20 / 5 \pm 0,81$, $p = 0,08$).

Discussion : La principale limite de cette étude réside dans le manque de puissance. Des travaux sur un échantillon plus grand et sur une période d'inclusion plus longue méritent d'être réalisés. Il faut souligner l'importance prêtée par les médecins traitants au délai de réception du courrier et à sa mise en page. L'utilisation de nouveaux moyens de communication par voie dématérialisée représente l'avenir.

Mots Clés : Compte rendu d'hospitalisation, Gériatrie, Médecins traitants, Sortie d'hospitalisation, Relation Hôpital/Ville