



**HAL**  
open science

# La sortie directe du patient de la réanimation vers le domicile : le point de vue du médecin traitant

Aurélie Béral

## ► To cite this version:

Aurélie Béral. La sortie directe du patient de la réanimation vers le domicile : le point de vue du médecin traitant. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02892340

**HAL Id: dumas-02892340**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02892340>**

Submitted on 7 Jul 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 DES ANTILLES  
2019

FACULTE DE MEDECINE  
HYACINTHE BASTARAUD  
N° 2019ANTI0392

# **La sortie directe du patient de la réanimation vers le domicile : le point de vue du médecin traitant**

## **THESE**

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD  
des Antilles et de la Guyane  
et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 13 juin 2019

Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

**Par**

**BERAL Aurélie, Julie, Thérèsia**

Examineurs de la thèse : Madame Jeannie HELENE-PELAGE Professeur en Médecine  
Présidente de jury

Monsieur Michel CARLES Professeur en Médecine

Madame Annie LANNUZEL Professeur en Médecine

Monsieur Patrick PORTECOP Docteur en Médecine

Madame Delphine DELTA Docteur en Médecine

Directrice de thèse

## Liste des professeurs

# UNIVERSITE DES ANTILLES

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

## FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

\*\*\*

**Président de l'Université :** Eustase JANKY

**Doyen de la Faculté de Médecine :** Raymond CESAIRE

**Vice-Doyen de la Faculté de Médecine:** Suzy DUFLO

**NEVIERE Rémi**

**Physiologie**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 19 44 99

**Pascal BLANCHET**

**Chirurgie Urologique**

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

**André-Pierre UZEL**

**Chirurgie Orthopédique et Traumatologie**

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

**Pierre COUPPIE**

**Dermatologie**

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

**Thierry DAVID**

**Ophtalmologie**

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

**Suzy DUFLO**

**ORL – Chirurgie Cervico-Faciale**

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

**Eustase JANKY**

**Gynécologie-Obstétrique**

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

**DE BANDT Michel**

**Rhumatologie**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

**François ROQUES**

**Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

**Jean ROUDIE**

**Chirurgie Digestive**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 21 01

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

**Jean-Louis ROUVILLAIN**

**Chirurgie Orthopédique**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 28

**SAINTE-ROSE Christian**

**Neurochirurgie Pédiatrique**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 73 27 27

**André CABIE**

**Maladies Infectieuses**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 01

**Philippe CABRE**

**Neurologie**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 61

**Raymond CESAIRE**

**Bactériologie-Virologie-Hygiène option  
virologie**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 24 11

**Sébastien BREUREC**

**Bactériologie & Vénérologie**

**Hygiène hospitalière**

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 12 80

**Maryvonne DUEYMES-BODENES**

**Immunologie**

CH de CAYENNE

Tel : 05 96 55 24 24

**Annie LANNUZEL**

**Neurologie**

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 13

**Louis JEHEL**

**Psychiatrie Adulte**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 20 44

**Mathieu NACHER**

**Epidémiologie**

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 93 50 24

**Michel CARLES**

**Anesthésie-Réanimation**

CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES

Tel : 05 90 89 17 74

**Magalie DEMAR-PIERRE**

**Parasitologie et Infectiologue**

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 09

**Vincent MOLINIE**

**Anatomie Cytologie Pathologique**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 9655 20 85/55 23 50

**Philippe KADHEL**

**Gynécologie-Obstétrique**

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 0690 39 56 28

**Jeannie HELENE-PELAGE**

**Médecine Générale**

Cabinet libéral au Gosier

Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

**MEJDOUBI Mehdi**

**Radiologie et Imagerie**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 38 05 20

**VENISSAC Nicolas**

**Chirurgie Thoracique**

**Et cardiovasculaire**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 03 86 87

**DJOSSOU Félix**

**Maladies Infectieuses**

**Et tropicales**

CH de CAYENNE

Tél : 0694 20 84 20

**Christophe DELIGNY**

**Gériatrie et biologie du vieillissement**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 55

**Narcisse ELENGA**

**Pédiatrie**

CH de CAYENNE

Tel : 06 94 97 80 48

**Karim FARID**

**Médecine Nucléaire**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 24 61

**Moustapha DRAME**

**Epidémiologie Economie de la Santé**

CHU de MARTINIQUE

## **Professeurs des Universités Associé**

**Franciane GANE-TROPLENT**

**Médecine générale**

Cabinet libéral les Abymes

Tel : 05 90 20 39 37

## **Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

**Jocelyn INAMO**

**Cardiologie**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

**Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE**

**Endocrinologie**

CHU de GUADELOUPE

Tel : 05 90 89 1303

**Marie-Laure LALANNE-MISTRIH**

**Nutrition**

CHU de GUADELOUPE

Tel : 05 90 89 1300

**TABUE TEGUO Maturin**

**Médecine interne : Gériatrie et biologie**

**Du vieillissement**

CHU de GUADELOUPE

Tel : 0690 30 85 04

**GELU-SIMEON Moana**

**Gastroentérologie**

CHU de GUADELOUPE

Tel : 06 90 83 78 40 - Fax : 05 90 75 84 38

**BACCINI Véronique**

**Hématologie, Transfusion**

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 12 77

**MASSE Franck**

**Médecine Générale**

Tél : 0596 56 13 23

**CARRERE Philippe**

**Médecine Générale**

Tél : 0690 99 99 11

## **Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux**

<b>BROUZENG-LACOUSTILLE Charlotte</b>	<b>Endocrinologie</b> CHU DE GUADELOUPE Tel : 05 90
<b>CHAUMONT Hugo</b>	<b>Neurologie</b> CHU de GUADELOUPE Tel : 06 90
<b>BUTORI Pauline</b>	<b>ORL</b> CHU de GUADELOUPE Tel : 0590 89 14 50
<b>BONIFAY Timothée</b>	<b>Médecin Générale</b> CHU de Cayenne Croix rouge Tel : 06 90 99 99 11
<b>DURTETTE Charlotte</b>	<b>Médecine Interne</b> CHU de MARTINIQUE Tel : 05 9655 22 55
<b>RENARD Guillaume</b>	<b>Chirurgie Orthopédique</b> CHU de MARTINIQUE Tel : 06 96 26 27 33
<b>CHEVALLIER Ludivine</b>	<b>Chirurgie Générale et VIS</b> CH de CAYENNE Tel : 06 70 86 88 91
<b>SYLVESTRE Emmanuelle</b>	<b>Maladies Infectieuses</b> CHU de MARTINIQUE Tel : 06 20 60 31 36
<b>POUY Sébastien</b>	<b>Cardiologie</b> CHU de MARTINIQUE Tel : 06 66 44 56 15
<b>HUYGHUES DES ETAGES Gunther</b>	<b>ORL</b> CHU de GUADELOUPE Tel : 0590



**HENNO Florent**

**Anesthésiologie/Réanimation**

CHU de GUADELOUPE

Tel : 06 37 85 15 28

**PASQUIER Jérémie**

**Maladies Infectieuses maladies Tropicales**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 9093 46 16

**MONFORT Astrid**

**Cardiologie**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 72

**PERROT Emmanuel**

**Urologie**

CHU de GUADELOUPE

Tel : 05 90

**JEREMIE Jean-Marc**

**Psychiatrie**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 20 44

**TRAMIER Ambre**

**Gynécologie Obstétrique**

CHU de GUADELOUPE

Tel : 0590 89 19 89

**SAINTE-ROSE Vincent**

**Parasitologie**

CH de Cayenne

Tel : 05 90

**ROLLE Amélie**

**Anesthésie-Réanimation**

CHU de GUADELOUPE

Tel : 05 90

**CARPIN Jamila**

**Médecine Générale**

Cabinet du Dr GANE-TROPLENT Franciane

Tel : 0690 72 12 04

**PLACIDE Axiane**

**Médecine Générale**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0690 30 75 19

**NIEMETZKY Florence**

**Médecine Générale**

CH de CAYENNE

Tel : 0694 16 15 31

**BLAIZOT Romain**

**Dermatologie**

CH de CAYENNE

Tel : 0694 08 74 46

**PARSEMAIN Aurélie**

**ORL**

CHU de GUADELOUPE

Tel : 0694 08 74 46

**DUDOUIT Sylvain**

**Chirurgie Orthopédique**

CHU de GUADELOUPE

Tel : 0596

## Remerciements

Aux membres du jury

A Madame le Professeur Helene Pelage, présidente de jury.

Qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Vous accompagnez chacun des internes de médecine générale de la région au cours de leur formation, veuillez trouver le témoignage de ma profonde considération.

A Monsieur le Professeur Carles

Merci de m'avoir confiée ce travail et de le juger ce jour. J'espère que ce travail est à la hauteur de vos attentes. Merci pour les enseignements que vous et votre équipe m'avez apporté au cours de mon passage dans le service de réanimation.

A Madame le Professeur Lannuzel

Vous jugez pour la seconde fois un de mes travaux et je vous en remercie. Veuillez recevoir mon plus grand respect.

A Monsieur le Docteur Portecop

Qui me fait l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury et de juger mon travail. Vous m'accompagnez au cours de ma formation de médecin urgentiste et j'ai hâte de poursuivre notre collaboration.

A Madame le Docteur Delta

Je te remercie d'avoir su m'accorder du temps pour ce travail malgré toutes tes missions en cours. Merci pour ton soutien au cours de cette thèse. Reçois ma plus profonde reconnaissance.

A ma Maman, qui m'a toujours soutenue au cours de ma vie et dans mes études. Merci d'avoir toujours cru en moi. Je te dédie ce travail, toi qui t'es toujours investie à 200% dans tous mes projets professionnels.

A mon père, qui m'a accompagnée au cours de ce travail et a su m'apporter une aide précieuse au cours de mon recueil.

A mes frères : Cédric et Axel. Vous avez toujours été présents pour moi et votre soutien inflexible a été un pilier. Notre complicité est indéniable et je suis bénie de vous avoir dans ma vie.

A ma mamie. Tes bons plats du dimanche m'ont réchauffée le cœur et l'estomac au cours des périodes de stress. Merci pour tous les tupperwares de migan.

J'espère que vous savez tous combien vous comptez dans ma vie et que je vous aime.

A mon groupe « boulot- boulot », avec qui j'ai partagé de nombreux weekends de travail. Ce groupe a été à l'origine de l'aboutissement de nombreux projets. La ponctualité de ses membres restera mémorable. Il nous reste encore de nombreux travaux à réaliser et surtout un voyage pour clôturer tous ceux-ci.

A Méline. Notre « poterie » s'est développée progressivement depuis la deuxième année de médecine et je pense que l'on peut maintenant parler d'une belle amitié. Je sais que je peux compter sur toi pour me soutenir dans tous mes délires. Je tiens tout de même à te rappeler que notre bouteille de champagne de la nouvelle année nous attend depuis 6 mois.

A Mylène pour ton aide et tes nombreuses relectures de ma thèse. Tu partages le même « masochisme » que moi pour notre beau métier. Merci pour ton soutien et tes encouragements.

Au groupe « Choc-mensonges-ciné-choc ». Notre talent pour choisir des films nuls est indéniable. Merci pour ces moments cinématographiques dont certains resteront mémorables. Je continuerai à défendre « L'affaire Roman.J » quoi qu'il en soit.

A tous ceux qui m'ont soutenue au cours de mes études. MoukAnnie pour tes supers bons plans que tu partages en permanence, surtout niveau randonnée et ton accueil avec Sylvain lorsque j'étais sur Basse-Terre. « Docteur Lorzil » que je félicite grandement pour sa thèse récente ; on a partagé les mêmes galères finales mais on a enfin vu le bout. Tous les potes que j'ai découvert sur Montpellier maintenant dispatchés entre la Métropole et les Antilles et avec qui on a partagé de supers moments durant l'externat.

A tous les autres membres de ma famille, oncles, tantes, cousins qui m'ont également accompagnée. Dédicace spéciale pour toi tatie Yannick qui as régulièrement veillé sur moi à distance lorsque j'étais à Montpellier et étais là pour mon « super déménagement ». Une mention également pour Maryline qui a aussi été d'un grand soutien lors de mon installation en Métropole.

A tous mes amis, proches ou lointains, que je ne peux malheureusement pas tous citer. J'espère que vous réalisez toutefois la place importante que vous avez dans ma vie.

Aux médecins généralistes qui m'ont permis de réaliser ce travail. Merci pour votre disponibilité.

A Toi, sans qui rien dans ma vie ne serait possible.

## **RESUME**

La sortie directe des patients de la réanimation vers le domicile : le point de vue du médecin traitant

### **Introduction :**

La transition hôpital-domicile est une étape importante dans le parcours de soins des malades. Cette affirmation est d'autant plus valable pour les patients sortant d'un service de réanimation, pouvant alors être consécutive à une pathologie grave. L'objectif de notre travail a alors été d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins traitants suite à la sortie directe de leur patient du service de réanimation du CHU de la Guadeloupe vers le domicile. Les objectifs secondaires étaient de rechercher les pistes d'amélioration proposées par les médecins, ainsi que l'impact de l'incendie rencontré par le CHU sur ces difficultés.

### **Matériel et méthodes :**

Nous avons réalisé une étude rétrospective au sujet des médecins des patients passés dans le service de réanimation du CHU de Guadeloupe. Les patients concernés étaient sortis du service entre le 27 novembre 2016 et le 28 novembre 2018 soit 1 an avant et après l'incendie. Un questionnaire était soumis aux médecins interrogés par le biais d'un lien Google Forms.

### **Résultats :**

Après exclusion, 60 dossiers ont été analysés pour un total de 56 médecins interrogés. Nous avons obtenu un taux de réponse de 51,8%. Sur les 29 réponses obtenues, 8 notifiaient un manque d'informations sur le passage en réanimation. Seuls 34,5% des médecins disposaient du compte rendu d'hospitalisation au moment de leur consultation. La décision du retour au domicile aurait dû être abordée avec eux pour seuls 17, 2% des soignants et 68,9 % jugeaient la sortie adaptée.

Pour les propositions d'amélioration, 19 des médecins les basaient sur la communication ; avec notamment un contact systématique à l'entrée ou la sortie des patients. On retrouve peu de différence entre la période avant et après l'incendie. Les médecins étaient cependant satisfaits des conditions de sortie de leurs patients à 25% avant l'incendie, contre 47,1% après l'incendie.

**Discussion et conclusion :**

Bien qu'il semblerait y avoir une amélioration du niveau de satisfaction des médecins après l'incendie, ceux-ci révèlent encore des difficultés liées à la communication entre le service de réanimation et la ville. Un contact systématique du médecin traitant fait partie des principales propositions d'amélioration de ces derniers. L'organisation d'une filière de consultation de sortie fait également partie des pistes d'amélioration.

## **ABSTRACT**

Direct discharge of patients from intensive care to the home: the point of view of the attending physician

### **Introduction :**

The hospital-home transition is an important step in the journey of patient care. This statement is even more valid for patients leaving an intensive care unit, who may then be the result of a serious pathology. The objective of our work was to identify the difficulties encountered by attending physicians following the direct discharge of their patient from the intensive care unit of the University Hospital of Guadeloupe to the home.

The secondary objectives were to look for areas for improvement proposed by the doctors, as well as the impact of the fire encountered by the CHU on these difficulties.

### **Materials and methods :**

We carried out a retrospective study on the doctors of patients who had been in the intensive care unit of the University Hospital of Guadeloupe. The patients concerned had left the service between 27 November 2016 and 28 November 2018, i.e. 1 year before and after the fire. A questionnaire was submitted to the doctors interviewed via a Google Forms' link.

### **Results :**

After exclusion, 60 files were analyzed for a total of 56 physicians interviewed. We obtained a response rate of 51.8%. Of the 29 responses received, 8 reported a lack of information on the transition to resuscitation. Only 34.5% of doctors had the hospitalization report at the time of their consultation. The decision to return home should have been discussed with them for only 17.2% of caregivers and 68.9% considered the discharge to be appropriate.

For the improvement proposals, 19 of the doctors based them on communication; including systematic contact at the entry or exit of patients. There is little difference between the period before and after the fire. However, physicians were satisfied with the discharge conditions of their patients at 25% before the fire, compared to 47.1% after the fire.

### **Discussion and conclusion:**



Although there appears to be an improvement in the level of physician satisfaction after the fire, doctors still reveal difficulties in communication between the intensive care unit and the city. Systematic contact with the attending physician is one of the main suggestions for improvement. The organization of an exit consultation process is also one of the areas for improvement.

## **Glossaire**

CHU ; Centre Hospitalier Universitaire

CHUG : Centre Hospitalier de la Guadeloupe

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPR : Consultation post-réanimation

CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

IC : Intervalle de Confiance

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

INDS : Institut National des Données de Santé

LATA : Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques actives

OR : Odd Ratio

RAD : Retour Au Domicile

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

URML : Union Régionale des médecins Libéraux

USC : Unité de Soins Continus

## Table des matières

<b><u>LISTE DES PROFESSEURS</u></b> .....	<b>- 2 -</b>
<b><u>REMERCIEMENTS</u></b> .....	<b>- 10 -</b>
<b><u>RESUME</u></b> .....	<b>- 13 -</b>
<b><u>ABSTRACT</u></b> .....	<b>- 15 -</b>
<b><u>GLOSSAIRE</u></b> .....	<b>- 17 -</b>
<b><u>I- INTRODUCTION</u></b> .....	<b>- 19 -</b>
<b><u>II- MATÉRIELS ET MÉTHODES</u></b> .....	<b>- 20 -</b>
1. DESIGN DE L'ÉTUDE .....	- 20 -
2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE .....	- 20 -
3. POPULATION ÉTUDIÉE .....	- 21 -
4. MODE DE RECUEIL DES DONNÉES.....	- 21 -
5. ASPECTS ÉTHIQUES ET LÉGAUX DE L'ÉTUDE.....	- 22 -
6. MÉTHODE D'ANALYSE DES RÉSULTATS.....	- 22 -
<b><u>III- RÉSULTATS</u></b> .....	<b>- 23 -</b>
1. DIAGRAMME DE FLUX .....	- 23 -
.....	- 23 -
2. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION.....	- 23 -
A) LES PATIENTS SORTANTS DE LA RÉANIMATION.....	- 23 -
B) LES MÉDECINS INTERROGÉS .....	- 25 -
3. ANALYSE DES QUESTIONNAIRES .....	- 25 -
A) L'HOSPITALISATION EN RÉANIMATION.....	- 25 -
B) ÉVALUATION DES CONSULTATIONS ULTÉRIEURES .....	- 26 -
C) LA GESTION DU RETOUR AU DOMICILE.....	- 28 -
D) LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES.....	- 29 -
E) ÉVALUATION DU POINT DE VUE GÉNÉRAL DES MÉDECINS TRAITANTS .....	- 29 -
F) PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION .....	- 30 -
<b><u>IV- DISCUSSION</u></b> .....	<b>- 31 -</b>
<b><u>V- CONCLUSION</u></b> .....	<b>- 34 -</b>
<b><u>VI- ANNEXES</u></b> .....	<b>- 35 -</b>

1. ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE MÉDECINS .....	- 35 -
2. ANNEXE 2 : RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE AVANT ET APRÈS L'INCENDIE .....	42

**VII- BIBLIOGRAPHIE..... 43**

## **I- Introduction**

La transition hôpital-domicile est une étape importante dans le parcours de soins des malades. En 2003, Forster publiait dans les « Annals of Internal Medicine » (1) une étude qui retrouvait 19% d'événements indésirables au cours de cette période dite de transition, dont plus d'un tiers aurait pu être évités, et un tiers mieux pris en charge.

De nombreuses études antérieures ont mis en exergue que les défauts dans la coordination des acteurs impliqués dans le parcours d'un patient conduisent à des résultats non optimaux augmentant le risque d'événements indésirables et entraînant des pertes d'efficacité. Une étude réalisée en 2005 estimait que 10% des résultats d'examens en attente à la sortie n'étaient jamais transmis au médecin traitant(2). Les médecins généralistes jugeaient la communication avec les hospitaliers insuffisante(3) ou de mauvaise qualité(4)(5).

Le médecin traitant, en tant que médecin de proximité, a un rôle central dans le parcours de soins des malades. Il assure le suivi de ses patients et dispose d'informations sur son historique médical mais également son environnement socio-familial et ses habitudes de vie qui font partie intégrante de leur prise en charge. Il est donc un pilier dans la gestion du retour au domicile.

Ces affirmations sont d'autant plus valables dans le cadre de la sortie de réanimation, pouvant par définition avoir été consécutive à une pathologie grave.

En Guadeloupe, on dispose de 2 services de réanimation pour le territoire, dont la plus grande partie des admissions est répartie sur le CHU. Celui-ci se compose d'un secteur de réanimation polyvalente et un secteur d'Unité de Soins Continus dont la capacité d'accueil a beaucoup évolué au cours de ces dernières années. Ces modifications sont en partie liées à la restructuration importante du CHU à la suite d'un incendie qui l'a frappé le 28 novembre 2017. Du fait du caractère insulaire de la Guadeloupe, cet événement exceptionnel a alors perturbé l'organisation du parcours de soins des patients guadeloupéens avec une diminution importante de la capacité d'accueil de la structure hospitalière.

Suite à cet incendie, nous avons alors eu le sentiment que le nombre de sorties directes du service de réanimation vers le domicile, déjà en croissance au fil des années, avait augmenté progressivement. Le retour direct au domicile d'un patient peut parfois s'expliquer par un manque de place dans les services de médecine. De ce fait, cela implique cependant

une coordination entre les médecins de ville et l'hôpital satisfaisante, comme a pu le démontrer la littérature

Bien que de nombreuses études s'intéressent au point de vue des généralistes sur la transition hôpital-ville(5)(6)(7), il n'y a pas à notre connaissance de travaux concernant le retour direct depuis la réanimation.

L'objectif de notre travail a alors été d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins traitants suite à la sortie directe de leur patient du service de réanimation du CHU de la Guadeloupe vers le domicile.

Dans un second temps, nous avons recherché des pistes d'amélioration éventuelles pour l'organisation du retour au domicile et dans quelle mesure l'incendie a impacté les éventuelles difficultés rencontrées.

## **II- Matériels et méthodes**

### **1. Design de l'étude**

Nous avons réalisé une étude rétrospective, observationnelle, monocentrique.

Pour cela, un questionnaire a été adressé aux médecins traitants des patients sortant du service de réanimation du CHU de la Guadeloupe, vers le domicile.

L'ensemble des patients et leurs médecins traitants référencés dans le compte rendu d'hospitalisation, sortis du service entre le 27 novembre 2016 et le 28 novembre 2018, ont été répertoriés.

Une période d'un an avant et après l'incendie a été choisie afin d'augmenter le nombre de sujets de l'étude. Nous avons également pour objectif de limiter le biais provoqué par les perturbations organisationnelles liées à cet évènement.

Le terme « secteur de réanimation » est à différencier du terme « service de réanimation ». Ce dernier comprend le secteur ci-cité et l'unité de soins continus (USC).

### **2. Objectifs de l'étude**

L'objectif primaire de l'étude fut d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins traitants à la suite du retour au domicile de leurs patients, depuis le service de réanimation.

Les objectifs secondaires étaient :

- Identifier les propositions d'amélioration de l'organisation de la sortie de ces patients
- Évaluer l'impact de l'incendie sur les difficultés relevées par les médecins.

### 3. Population étudiée

Les critères d'inclusion de l'étude étaient :

- Patients âgés de plus de 18 ans
- Sortis du service de réanimation au cours de la période étudiée directement vers le domicile
- Médecin traitant renseigné dans le compte rendu et exerçant sur le département de la Guadeloupe

Étaient exclus :

- Les patients passés dans un autre service avant le retour au domicile
- Les patients transférés dans un autre département que la Guadeloupe
- Les patients dont le médecin traitant exerçait au centre pénitencier

Nous avons exclu les médecins de la prison, du fait de la spécificité du mode de vie de leurs patients.

### 4. Mode de recueil des données

#### a) Conception de l'étude

A l'aide du logiciel du service des admissions du CHU de la Guadeloupe (CHUG), nous avons obtenu la liste des patients passés dans le service au cours de la période étudiée.

Nous avons alors répertorié tous ceux dont la destination de sortie était codée « domicile » ou « hospitalisation à domicile ».

Les dossiers des patients, informatisés, étaient alors consultés par le biais du serveur Intranet utilisé par le CHUG.

Nous avons recueilli les données suivantes :

- Caractéristiques démographiques des patients : âge, sexe, mode de vie
- Motif d'hospitalisation et diagnostic final
- Durée d'hospitalisation
- Nom et commune du médecin traitant
- Date et motif éventuel de réadmission en réanimation

Les médecins étaient par la suite contactés pour répondre au questionnaire.

## b) Le questionnaire

Le questionnaire (Annexe 1), anonymisé, était soumis aux médecins contactés par voie téléphonique ou pas le biais d'un lien vers un formulaire Google Form. Ce lien était différent selon la période concernée afin de classer les réponses par période, tout en reprenant les mêmes questions.

Il a été élaboré à partir des principaux facteurs d'insatisfaction répertoriés dans la littérature (6)(8)(9) et était séparé en 4 parties :

- Partie 1 : composée de 4 questions, elle permettait de faire un état des lieux socio-démographiques des médecins
- Partie 2 : 22 questions évaluaient les difficultés de tout ordre rencontrées au cours du suivi du patient. Elles abordaient l'hospitalisation en réanimation, les consultations ultérieures, le compte rendu d'hospitalisation, la gestion du retour au domicile.
- Partie 3 : elle concernait les conditions de sortie de réanimation des patients, selon le point de vue général des médecins : 5 questions.
- Partie 4 : Une question libre qui permettait d'évaluer des pistes d'améliorations souhaitées par les médecins de ville.

## 5. Aspects éthiques et légaux de l'étude

Les médecins étaient informés à l'oral de l'identité du patient concerné par l'étude. Les réponses obtenues étaient par ailleurs anonymisées.

Le projet entre dans le cadre de la méthodologie de référence MR-004 de la CNIL pour laquelle le CHU de la Guadeloupe a signé un engagement de conformité et est enregistré dans le répertoire public tenu par l'INDS.

## 6. Méthode d'analyse des résultats

Les variables sont exprimées sous forme d'effectif, de pourcentage ou de moyenne.

Les données ont été analysées par le biais du logiciel Excel.

Les réponses libres, exprimant des données qualitatives, ont été étudiées en utilisant le logiciel NVivo.

### III- Résultats

#### 1. Diagramme de flux

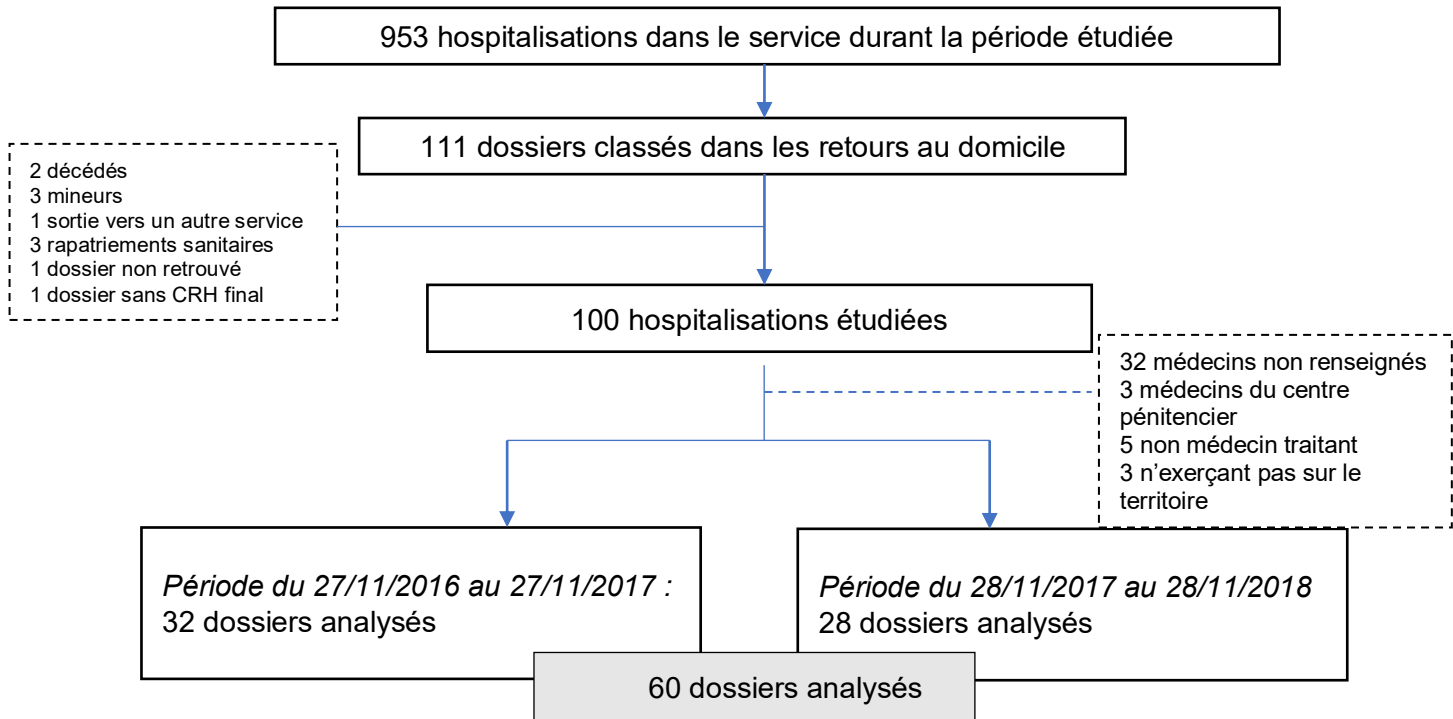


Figure n°1 : Diagramme de flux

#### 2. Caractéristiques de la population

##### a) Les patients sortants de la réanimation

Le service de réanimation a comptabilisé 451 admissions 1 an avant l'incendie contre 502 après l'incendie. On compte donc 953 passages dans le service, durant la période étudiée. Parmi ceux-ci, 100 hospitalisations, soit 10,5%, se sont soldées par un retour direct du patient vers son domicile. Le pourcentage de sortie directe était de 11,75% (53/451) avant l'incendie contre 9,36% (47/502) après l'incendie.

Si on analyse les résultats par secteur, on note 37,2% (45/121) de retour au domicile direct depuis l'USC contre 6,61% (55/802) depuis la réanimation sur la période de 2 ans, La durée de séjour allait de 1 à 97 jours, pour une médiane de 3 jours (Tableau n°1)



	1 an avant l'incendie	1 an après l'incendie	Total
<b>Moyenne d'âge (en années)</b>	49	45	47
<b>Sexe</b>	H : 60,4 % (8) F : 39,6 % (4)	H : 68,1% (11) F : 31,9 % (6)	H : 65,5 % (19) F : 34,5 % (10)
<b>Durée d'hospitalisation</b>			
Médiane	3	2	3
1er quartile	1	1	1
3ème quartile	7	6	6,5
<b>Nombre de patients dans le secteur de la réanimation avant RAD</b>	27	28	55
<b>Nombre de patients dans le secteur d'USC avant RAD</b>	26	19	45
<b>Notion de perte d'autonomie répertoriée</b>	11,3%	10,4%	
<b>Nombre de réadmissions en réanimation sous 3 mois</b>	2	1	3
<b>Motif d'hospitalisation principal :</b>			
- Cardiologique	4	5	9
- Respiratoire	8	12	20
- Infectieux	2	3	5
- Néphrologique/dialyse	5	4	9
- Neurologique	6	4	10
- Métabolique	1	2	3
- Polytraumatisme	4	4	8
- Crise drépanocytaire	7	5	12
- Psychiatrique/ IMV	10	4	14
- Autre	4	5	9
<b>Médecin traitant renseigné</b>	36	32	68
<b>Pourcentage de médecin traitant renseigné</b>	67,9 % (36/53)	68,1 % (32/47)	68% (68/100)
<b>Nombre de dossiers après exclusion</b>	32 (dont 2 médecins renseignés à 2 reprises)	28 (dont 2 médecins renseignés à 2 reprises)	60
<b>Légende</b> : H : homme ; F : femme ; IMV : intoxication médicamenteuse volontaire			
<b>Tableau n°1 : Caractéristiques des patients sortants de réanimation</b> RAD : Retour Au Domicile//USC : Unité de Soins Continus			

Le taux de sortie des patients avant l'incendie était plus important qu'après l'incendie du 28 novembre 2017. En effet, l'incidence de retour direct au domicile du service de réanimation était de 11,75% avec cet évènement contre 9,36% après.

*b) Les médecins interrogés*

Nous avons obtenu 29 réponses au questionnaire sur les 56 médecins interrogés (4 médecins étaient présents à 2 reprises) soit un taux de participation de 51,8%.

Deux médecins contactés n'exerçaient plus sur le département. Un médecin a déclaré ne pas être le médecin traitant du patient pour lequel il était contacté.

65,7% des médecins traitants interrogés étaient des hommes pour 34,3 % de femmes.

Leur moyenne d'âge était de 52,5 ans pour une ancienneté d'exercice en ville moyenne de 35 ans.

3. Analyse des questionnaires

*a) L'hospitalisation en réanimation*

Plus de la moitié des médecins interrogés (58,6%) n'était pas informée de l'hospitalisation en réanimation de leur patient au cours de leur séjour.

Dans le cas contraire, ils étaient prévenus pour 63,6% par l'entourage du patient et pour 36,4 % par le service.

b) *Évaluation des consultations ultérieures*

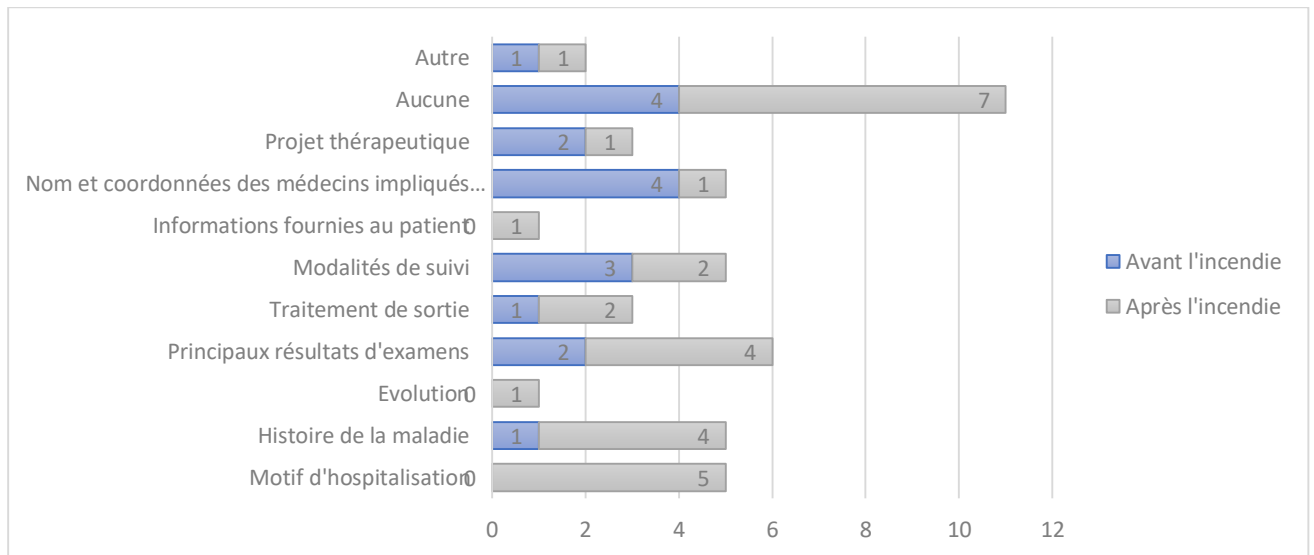
	<b>Avant l'incendie N=12</b>	<b>Après l'incendie N=17</b>	<b>Total N=29</b>
<b>Taux de réévaluation par le médecin traitant (%)</b>	100	100	100
<b>Motif de consultation</b>			
Consultation spontanée sans motif médical précis en % (n)	8,3 (1)	11,8 (2)	10,3 (3)
Consultation de suivi habituel	25 (3)	17,6 (3)	20,7 (6/29)
Suivi du traitement mis en route par l'hôpital	8,3 (1)	29,4 (5)	20,7 (6/29)
Symptomatologie en rapport avec l'hospitalisation	25 (3)	0	10,3 (3/29)
Consigne donnée par le service de reconsulter à la sortie	25 (3)	29,4 (5)	27,7 (8/29)
Autre motif	8,3 (1)	11,8 (2)	10,3 (3/29)
<b>Délai de consultation</b>			
Inférieur ou égal à 1 semaine	50 (6)	47,1 (8)	48,3% (14/29)
Entre 8 et 15 jours	8,3 (1)	11,8 (2)	10,3% (3/29)
Entre 1 et 3 mois	33,3 (4)	23,5 (4)	27,6% (8/29)
Supérieur à 3 mois	8,3 (1)	17,6 (3)	13,8% (4/29)
<b>Priorisation du patient</b>	41,7 (5)	52,9 (9)	48,3 (14/29)
<b>Possession du CRH au moment de la consultation</b>	25 (3/12)	47,1 (7/17)	34,5 (10)
<b>Délai de réception du CRH en %</b>			
Dans les jours suivant la sortie	9,1 (1)	23,5 (4)	17,2 (5)
Dans la semaine suivant la sortie	0	0	0
Dans le mois suivant la sortie	63,6 (7)	47,1 (8)	51,7 (15)
Plusieurs mois après la sortie	18,2 (2)	17,6 (3)	17,2 (5)
Autre	18,2 (2)	11,8 (2)	13,8 (4)
<b>Tableau n°2 : Évaluation des consultations ultérieures avant et après l'incendie</b>			
<i>N= Nombre de sujets // CRH : Compte rendu d'hospitalisation</i>			

Les principales informations manquantes au médecin à la consultation étaient les résultats d'examens dans 6 réponses sur 29 (20,7%) et l'histoire de la maladie avec les coordonnées des médecins impliqués dans la prise en charge dans 5 cas chacun sur 29 (17,2%) (Figure 2). 11 des praticiens interrogés révèlent n'avoir manqué d'aucune information principale au cours de leur consultation soit un taux de 37,9%.

31% (9/29) des médecins traitants auraient rencontré des difficultés dans la communication avec le patient ou sa famille. L'origine de ces difficultés était liée :

- 1 fois à une absence de communication des réanimateurs auprès du patient ou de la famille
- 3 fois à un défaut de compréhension de l'information des réanimateurs par le patient ou sa famille

- 2 fois à la pathologie complexe
- 2 fois à une mauvaise définition du projet thérapeutique selon le médecin
- 1 fois à l'absence d'information du médecin et du patient sur les référents spécialistes assurant le suivi



**Figure 2 : Informations primordiales ayant manqué au cours de la consultation selon les médecins interrogés**

c) *La gestion du retour au domicile*

Les réponses à cette partie sont disponibles au niveau du tableau n° 3 et de l'annexe n°2.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
CRH adapté à la médecine de ville	55,2% (16)	31% (9)	4 (13,8%)	0	0
Implication nécessaire du médecin traitant dans la décision de retour au domicile	10,3% (3)	6,9% (2)	6,9% (2)	24,1% (7)	51,7% (15)
Retour au domicile adapté	51,7% (15)	17,2% (5)	6,9% (2)	10,3% (3)	13,8% (4)
Sortie trop précoce	6,9% (2)	13,8% (4)	13,8% (4)	17,2% (5)	48,3% (14)
Protocole de soins adapté	13,8% (4)	20,7% (6)	48,3% (14)	17,2% (5)	0
Consultation du médecin traitant pour le projet thérapeutique	3,4% (1)	20,7% (6)	6,9% (2)	20,7% (6)	48,3% (14)
Difficultés évitées si le patient passe par un autre service	3,4% (1)	20,7% (6)	20,7% (6)	20,7% (6)	31% (9)
Le patient sortant de réanimation nécessite une prise en charge psychologique plus importante	10,3% (3)	24,1% (7)	24,1% (7)	37,9% (11)	3,4% (1)
La prise en charge d'un patient sortant de réanimation est plus lourde pour le médecin traitant comparativement à la sortie d'un autre service	6,9% (2)	10,3% (3)	27,6% (8)	48,3% (14)	6,9% (2)
Le médecin traitant est suffisamment consulté en cas de limitation thérapeutique du patient avant sa sortie	0%	24,1% (7)	6,9% (2)	14 (48,3%)	20,7% (6)
<b>Tableau n° 3 : Réponses au questionnaire sur la période des 2 ans étudiés</b>					
<i>N= Nombre de sujets</i>					

Aucun des médecins interrogés n'a été contacté par le service sur la faisabilité du retour au domicile.

Seuls 17,2 % (5/29) des médecins traitants étaient « tout à fait » ou « plutôt » d'accord avec le principe de devoir être impliqué dans cette décision.

Pour la plupart (20/29), ce mode de sortie était adapté.

33,3% des interrogés jugeaient le retour au domicile trop précoce durant la période avant l'incendie, contre 11,8% après l'incendie.

Seuls 5 sur les 29 médecins interrogés ont jugé que la prise en charge en sortie directe de réanimation vers le domicile était lourde pour eux.

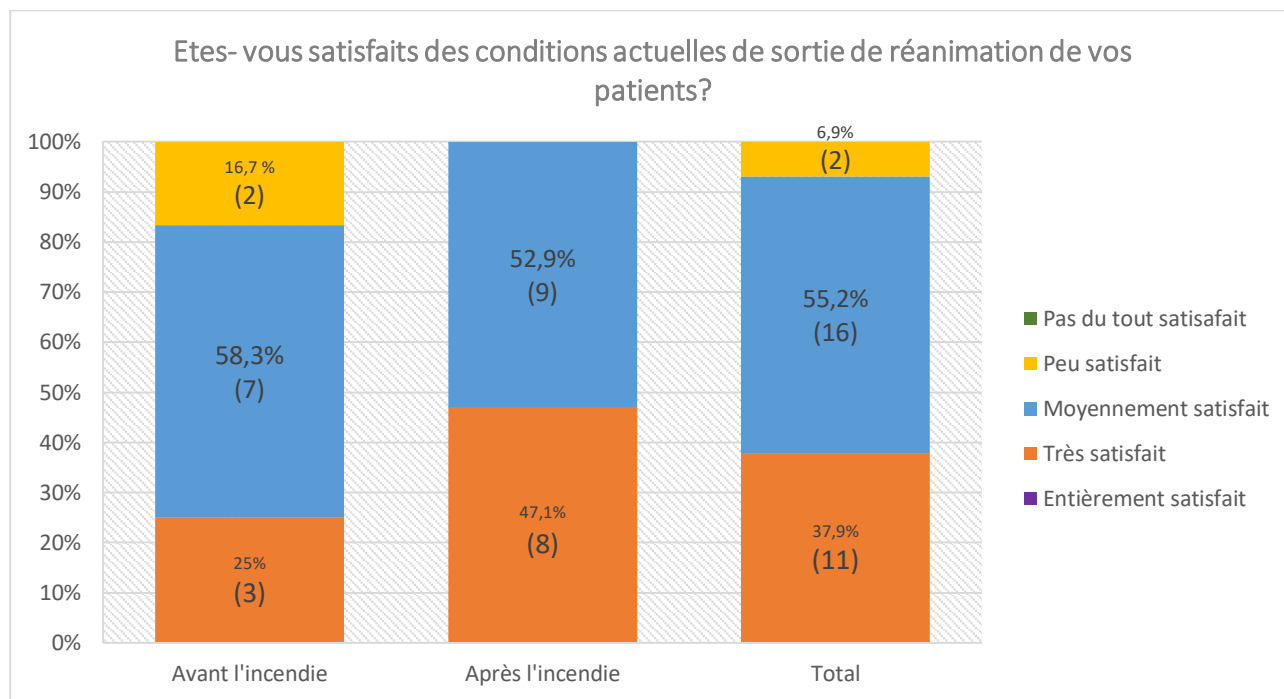
d) *Les difficultés rencontrées*

<b>Difficultés rencontrées</b>	<b>Nombre de réponses</b>
<i>Communication avec la famille</i>	4
<i>Soins palliatifs ou décès du patient</i>	2
<i>Délai de réception du Compte Rendu Hospitalisation</i>	3
<i>Manque d'information concernant le passage en réanimation</i>	8
<i>Mode de vie du patient difficile /isolement/ exogénose chronique</i>	4
<i>Aucune difficulté rencontrée ou pas de réponse</i>	3
<i>Manque d'information sur le nom du spécialiste référent</i>	3
<i>Manque de résultats d'examens complémentaires</i>	1
<i>Organisation du suivi au domicile difficile</i>	2
<b>Tableau n°4 : Les difficultés rencontrées par le médecin traitant suite à la sortie de réanimation du patient</b>	

e) *Évaluation du point de vue général des médecins traitants*

Les résultats des principales questions de cette partie sont disponibles dans les tableaux n° 3 et 5 ainsi que l'annexe 2.

La note globale de satisfaction des médecins était de 59/100 avant l'incendie et de 55/100 après l'incendie



**Figure n° 3 : Degré de satisfaction des médecins concernant la sortie de réanimation de leurs patients**

*f) Propositions d'amélioration*

<b>Propositions d'amélioration</b>		
<b>Amélioration de la communication</b>		<b>19</b>
	Appel systématique du médecin traitant à l'entrée	2
	Communication par téléphone avec le médecin avant la sortie	9
	Communication par mail avec le médecin avant la sortie	2
	Non précisé	6
<b>Amélioration du compte rendu d'hospitalisation (CRH)</b>		<b>6</b>
	Envoi plus rapide du CRH	1
	CRH remis au patient	5
<b>Consultation de contrôle</b>		<b>4</b>
	Consigne donnée au patient de reconsulter de façon systématique le médecin traitant	3
	Filière de consultation de contrôle pour les patients vus par chirurgien ou médecin spécialiste	1
<b>Tableau n°5 : Les propositions d'amélioration des médecins traitant concernant la</b>		

## IV- Discussion

La CHU de la Guadeloupe est une structure hospitalière actuellement en grande restructuration. Ces modifications, en partie liées à l'incendie qui l'a touché en novembre 2017, a modifié le parcours de soins des malades guadeloupéens. Anciennement nommé CHU de Pointe à Pitre/Abymes, il s'agit maintenant d'une structure démantelée sur plusieurs sites, avec une capacité d'accueil diminuée. Le service de réanimation du CHU est ainsi passé d'une capacité d'accueil de 26 lits avant l'incendie à 12 lits pendant la période de transition, jusqu'à 25 lits 1 an après l'incendie.

Cette réorganisation des soins du patient ne doit pas négliger le médecin traitant, pivot central dans la prise en charge.

Ce travail, centré sur la transition réanimation-domicile, avait ainsi pour objectif d'identifier les difficultés rencontrées par le médecin traitant chez les patients ayant effectué ce parcours de soins.

Dans un second temps, nous avons recherché les pistes d'amélioration éventuelles pour l'organisation du retour au domicile et dans quelle mesure l'incendie a impacté les éventuelles difficultés rencontrées

### 1- Les difficultés rencontrées

Au cours de cette étude, 56 médecins ont été interrogés avec un taux de réponse de 51,8%.

Les principales difficultés révélées résidaient dans un défaut de communication.

Les médecins mettaient en exergue principalement le manque d'information concernant le passage en réanimation. Plus de la moitié des médecins interrogés (58,6%) ne savait pas que leur patient était hospitalisé. Ce manque d'information peut expliquer le délai de réévaluation des patients par le professionnel de santé supérieur à 1 mois chez 41,4% des patients de l'étude. Certaines études récentes n'ont toutefois pas pu mettre en évidence un taux de réadmission plus important lorsque les patients sont revus dans un délai de 7 jours après la sortie (10)(11). Dans ce travail de thèse, on ne retrouve que 3 réadmissions de patients dans les 3 mois. Nous ne disposons pas actuellement de données précises sur le taux de réadmission globale des patients en sortie de réanimation au niveau national, qui permettrait une comparaison avec l'activité du service. Ces chiffres sont dépendants de la pathologie et des niveaux de gravité des patients reçus. Il semble toutefois faible, ce qui suggère que les difficultés rencontrées par les médecins n'entraînent pas une réadmission



importante en réanimation. Une étude ultérieure, associée au degré de gravité des patients et à leur réhospitalisation dans un autre service ou leur passage par le service des urgences serait pertinente pour évaluer plus précisément cette hypothèse.

Les médecins jugeaient par ailleurs à 68,9% le retour au domicile adapté si on regroupe les réponses « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord ». Sur ce même principe, seuls 20,7% des professionnels interrogés le considéraient comme trop précoce. Ces chiffres sont cohérents avec les réponses des médecins qui jugent principalement ne pas avoir à être impliqués dans la décision du retour au domicile. Cela suggère alors une confiance des médecins de ville dans l'organisation de la sortie du patient par les réanimateurs du service. Toutefois, si on analyse la question de la satisfaction, 16 des 29 soignants interrogés soit 55,2%, s'estiment comme uniquement « moyennement satisfaits » des conditions de sortie de actuelles de leurs patients.

Le Dr Brehonnet, a réalisé un travail de thèse en 2014(12), sur la communication entre les médecins traitants et les réanimateurs du CHU de la Guadeloupe. Ses résultats suggéraient qu'un accroissement du délai de réception du CRH était un facteur d'insatisfaction, sans le démontrer de manière significative (OR : 0.15 (0.006-1.8), IC 95%)

En s'intéressant aux difficultés relevées par les répondants de notre étude, celles-ci étaient souvent liées au compte rendu d'hospitalisation. Bien qu'il soit considéré comme adapté à la médecine de ville, son envoi était jugé tardif par beaucoup. 15 des 29 médecins interrogés (51,7%) le recevaient sous un mois après la sortie d'hospitalisation. Ces délais, bien que similaires aux données retrouvées dans d'autres travaux, restent nettement supérieurs aux recommandations de l'HAS, préconisant une réception sous 8 jours(13). Dans une enquête réalisée en 2006 par l'Union Régionale des médecins Libéraux (URML) d'Ile de France(14), 32,8% des CRH étaient reçus dans le temps réglementaire de 8 jours. Les taux retrouvés dans notre étude étaient de 17,2%, bien inférieur aux 46% de la thèse du Dr Brehonnet en 2014(12). Cette disparité est à analyser avec précaution. En effet, le pourcentage, le nombre de réponse et la population concernée sont différents entre les études. De plus, dans la thèse de 2014, l'information du personnel du service de l'étude en cours, prospective, a pu entraîner une potentielle modification des pratiques.

La prise en charge des patients de réanimation n'est pas considérée comme plus lourde par les médecins traitants comparativement à la sortie d'un autre service. Une amélioration de la communication entre le service de réanimation et la médecine de ville positiverait probablement le point de vue des médecins traitants sur cette transition hôpital-ville.

## 2- Propositions d'amélioration

Les propositions d'amélioration répertoriées sont principalement basées sur la communication comme le suggère également des études ultérieures(15). Les médecins traitants demandaient un contact plus précoce, dès l'admission, ou avant la sortie du patient. Ces résultats sont similaires au travail de thèse réalisé par le Dr Brehonnet. 36% des médecins estimaient alors un appel dès l'admission comme importants, et 10% le considéraient crucial.

Un des professionnels de santé interrogés proposait l'installation systématique d'une consultation de contrôle pour les patients ayant consulté un chirurgien ou un autre spécialiste au cours de leur hospitalisation. Dans notre étude 17% (5/29) des soignants révélaient ignorer le nom et les coordonnées des spécialistes impliqués dans la prise en charge. Certains services de réanimation ont déjà expérimenté la mise en place d'une consultation post réanimation (CPR). Une enquête a été réalisée par la SFAR en 2018(16) sur cette pratique. Cette activité était retrouvée chez 18,6% des services de réanimation interrogés, pour des motifs d'hospitalisation initiaux principalement traumatologiques (44,7%), neurologiques (31,9%), et digestifs (38,3%). Sur les 206 services ne pratiquant pas de CPR, 180 (92%) déclaraient être intéressés pour développer cette activité dans l'avenir mais déplorent le manque de moyens disponibles. Cette pratique étant plutôt récente, il n'y a pas d'étude actuelle sur l'impact de cette consultation sur les difficultés rencontrées par les médecins de ville.

## 3- L'incendie du CHU

Le CHU de la Guadeloupe ayant subi une perturbation de son activité suite à l'incendie de novembre 2017, nous avons souhaité comparer les résultats obtenus avant et après cet événement. Malgré le bouleversement subi, ce travail n'a pas mis en évidence une augmentation du nombre de sortie directe de la réanimation vers le domicile. Au contraire, on constate une diminution d'allure significative de ce type de sortie. Cette différence est à analyser avec prudence sachant que les patients ne sont pas étudiés selon leur critère de gravité. De plus, l'activité du service de réanimation a été diminuée une courte période suite au transfert du service dans une clinique privée au moment de l'incendie. Une étude comparative, notamment en fonction du type de pathologie reçue au cours de ces périodes serait pertinente afin d'évaluer des groupes semblables.

On note par ailleurs peu de différences dans les réponses au questionnaire selon les périodes étudiées. Toutefois, un écart semble exister sur la question de la précocité de la sortie. En effet, 4 soignants sur 12 (33,3%) estimaient la sortie précoce sur la première période contre 2 sur 17(11,8%) en post-incendie. Nous n'avons pas retrouvé d'éléments pouvant cette distinction. Une analyse statistique multivariée permettrait éventuellement de mettre en valeur certains critères. Ces données sont nuancées par le fait que les patients étudiés n'ont pas été évalués sur des motifs d'hospitalisation ou un score de gravité comparables.

#### 4- Limites de l'étude

Les limites de cette étude reposent sur le faible nombre de réponses. Bien que nous ayons un taux de réponse de 51,8%, le nombre de médecins interrogés selon nos critères d'inclusion est largement inférieur au nombre d'environ 340 médecins généralistes recensés sur le territoire. Il représente également, un nombre de faible de réponses, notamment sur la période précédant l'incendie (12/32), comparativement au nombre de dossiers inclus.

De plus, la large période étudiée a pu entraîner un biais dans l'analyse des résultats. Les médecins interrogés sur les patients hospitalisés en 2017 ont pu présenter un *biais de mémorisation* des informations reçues sur cette période.

Enfin, bien que l'activité du service de Basse Terre reste inférieure à celle du CHU, notre enquête est réalisée de façon monocentrique.

## V- Conclusion

Les défauts de communication entre le service de réanimation et la médecine de ville restent encore un des principaux points relevés. Bien que la sortie directe des patients de la réanimation soit jugée comme adaptée dans la plupart des cas, une amélioration de la communication avec les médecins traitants, piliers dans la prise en charge des malades, amélioreraient probablement la transition hôpital-ville.

Le contact systématique des médecins fait partie des principales pistes d'amélioration de ces sorties. Il s'agirait d'une solution simple d'organisation qui influencerait le point de vue des médecins traitants pourrait s'appliquer à l'ensemble des sorties hospitalières,

Dans ce contexte de bouleversement du CHU de la Guadeloupe, assurer une bonne transition hôpital ville est une condition d'autant plus importante pour les patients.

De plus, un travail sur l'évolution des prises en charges de pathologies comparables avant et après l'incendie serait pertinent pour évaluer le réel impact de cet évènement.

## **VI- Annexes**

### 1. Annexe 1 : Questionnaire médecins

- 1) Genre :
  - Homme
  - Femme
- 2) Age :
- 3) Ancienneté d'exercice en ville
- 4) Commune d'exercice

### **Concernant le patient de l'étude :**

#### *L'hospitalisation en réanimation*

- 5) Saviez-vous que votre patient était hospitalisé en réanimation durant son séjour ?
  - Oui
  - Non
  - Ne se souvient pas
- 6) Si oui, par quel moyen avez-vous été informé ?
  - Par le patient
  - Par son entourage
  - Par le service
  - Autre

#### *Évaluation des consultations ultérieures*

- 7) Le patient a-t-il consulté à votre cabinet à la sortie ?
  - Oui
  - Non
- 8) Pourquoi ?
  - Consultation spontanée sans motif médical précis
  - Consultation de suivi habituel
  - Suivi du traitement mis en route par l'hôpital
  - Symptomatologie en rapport avec l'hospitalisation
  - Consigne donnée par le service de reconsulter à la sortie

Autre

9) Dans quel délai l'avez-vous revu ? ou préciser date de consultation

10) Aviez-vous priorisé le rendez-vous du patient en sachant qu'il revenait de réanimation ?

Oui

Non

Ne se souvient pas

Autre

11) Aviez-vous le courrier de sortie au moment de la consultation ?

Oui

Non

Ne se souvient pas

12) Dans quel délai avez-vous reçu le compte-rendu de sortie ?

Dans les jours suivants

Dans la semaine suivant la sortie

Dans le mois suivant la sortie

Plusieurs mois après la sortie

Autre

13) Quelles informations primordiales selon vous, vous ont manqué au cours de la consultation ?

Motif d'hospitalisation

Histoire de la maladie

Evolution

Principaux résultats d'examens

Traitement de sortie

Modalités de suivi

Informations fournies au patient

Nom et coordonnées des médecins impliqués dans la prise en charge

Projet thérapeutique

Aucune

Autre

14) Le CRH était-il adapté à la médecine de ville ?

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

- Ni d'accord ni pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

15) Avez-vous rencontré des difficultés dans la communication avec le patient ou la famille ?

- Oui
- Non
- Autre

16) A quoi étaient-elles liées ?

- Absence de communication des réanimateurs auprès patient/famille
- Information des réanimateurs non comprise par le patient/famille
- Projet thérapeutique mal défini auprès de l'entourage
- Pathologie complexe
- Autre

*La gestion du retour au domicile*

17) Avez-vous été contacté par le service avant le retour du patient sur la faisabilité d'un retour à domicile (conditions de vie, participation de l'entourage, coordination de soin) ?

- Oui
- Non
- Ne se souvient pas

18) La décision du retour direct au domicile aurait-elle dû être abordée avec vous ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Ni d'accord, ni en désaccord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

19) Selon vous, la sortie de réanimation vers le domicile était-elle adaptée ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Ni d'accord, ni en désaccord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

20) Le retour au domicile vous a-t-il semblé trop précoce ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Ni d'accord, ni en désaccord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

21) Le protocole de soins médicaux organisé par le service était-il adapté selon vous ?  
(Prescription de soins infirmiers, kinésithérapie...)

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Ni d'accord, ni en désaccord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

22) Auriez-vous dû être consulté pour définir le projet thérapeutique ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Ni d'accord, ni en désaccord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

23) La prise en charge en sortie directe de réanimation vous a-t-elle semblé lourde ?

- Oui
- Non

*Les difficultés rencontrées*

24) Quelles difficultés avez-vous rencontré suite à la sortie de réanimation du patient ?

25) Pensez vous que celles-ci auraient pu être évitées si le patient était passé par un autre service avant le retour au domicile ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Ni d'accord, ni en désaccord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord
- Autre

26) Avez-vous du recontacter le service de réanimation après la sortie ?

- Oui
- Non
- Ne se souvient pas

27) Si oui, pourquoi ?

Réponse courte

**D'une manière générale**

28) Quelle note attribueriez-vous à votre niveau de satisfaction concernant votre relation avec le service de réanimation du CHU de Pointe à Pitre ? 0 = satisfaction minimale, 100 = satisfaction maximale ?

Réponse courte

29) Selon votre expérience, le patient sortant de réanimation nécessite une prise en charge psychologique plus importante

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Ni d'accord, ni en désaccord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord
- Autre

30) Selon votre expérience, la prise en charge d'un patient sortant de réanimation est plus lourde pour le médecin traitant comparativement à la sortie d'un autre service

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Ni d'accord, ni en désaccord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord
- Autre

31) Selon votre expérience, le médecin traitant est suffisamment consulté en cas de limitation thérapeutique du patient avant sa sortie

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Ni d'accord, ni en désaccord



- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord
- Autre

32) Etes vous satisfait(e) des conditions actuelles de sortie de réanimation de vos patients ?

- Entièrement satisfait
- Très satisfait
- Moyennement satisfait
- Peu satisfait
- Pas du tout satisfait
- Autre

**Pistes d'amélioration**

33) Quels points souhaiteriez-vous voir améliorer concernant la sortie de réanimation de vos patients vers le domicile ?



## 2. Annexe 2 : Réponses au questionnaire avant et après l'incendie

	Tout à fait d'accord		Plutôt d'accord		Ni d'accord ni pas d'accord		Plutôt pas d'accord		Pas du tout d'accord		
	Av : 9 75%	Ap : 7 41,2%	Av : 2 16,7%	Ap : 7 41,2%	Av : 1 8,3%	Ap : 3 17,6%	Av : 0 0%	Ap : 0 0%	Av : 0 0%	Ap : 0 0%	
CRH adapté à la médecine de ville	Av : 1 8,3%	Ap : 2 11,8%	Av : 1 8,3%	Ap : 1 5,9%	Av : 0 0%	Ap : 2 11,8%	Av : 4 33,3%	Ap : 3 17,6%	Av : 6 50%	Ap : 9 52,9%	
Implication nécessaire du médecin traitant dans la décision de retour au domicile	Av : 6 50%	Ap : 9 52,9%	Av : 2 16,7%	Ap : 3 17,6%	Av : 1 8,3%	Ap : 1 5,9%	Av : 2 16,7%	Ap : 1 5,9%	Av : 1 8,3%	Ap : 3 17,6%	
Retour au domicile adapté	Av : 1 8,3%	Ap : 1 5,9%	Av : 3 25%	Ap : 1 5,9%	Av : 2 16,7%	Ap : 2 11,8%	Av : 2 16,7%	Ap : 3 17,6%	Av : 4 33,3%	Ap : 10 58,8%	
Sortie trop précoce	Av : 1 8,3%	Ap : 3 17,6%	Av : 2 16,7%	Ap : 4 23,5%	Av : 7 58,3%	Ap : 7 41,2%	Av : 2 16,7%	Ap : 3 17,6%	Av : 0 0%	Ap : 0 0%	
Protocole de soins adapté	Av : 1 8,3%	Ap : 0 0%	Av : 3 25%	Ap : 3 17,6%	Av : 0 0%	Ap : 2 11,8%	Av : 1 8,3%	Ap : 5 29,4%	Av : 7 58,3%	Ap : 7 41,2%	
Consultation du médecin traitant pour le projet thérapeutique	Av : 0 0%	Ap : 1 6,3%	Av : 5 41,7%	Ap : 1 6,3%	Av : 2 16,7%	Ap : 4 25%	Av : 2 16,7%	Ap : 4 25%	Av : 3 25%	Ap : 6 37,5%	
Difficultés évitées si le patient passe par un autre service	Av : 0 0%	Ap : 3 17,6%	Av : 3 25%	Ap : 4 23,5%	Av : 6 50%	Ap : 1 5,9%	Av : 3 25%	Ap : 8 47,1%	Av : 0 0%	Ap : 1 5,9%	
Le patient sortant de réanimation nécessite une PEC psychologique plus importante	Av : 0 0%	Ap : 2 11,8%	Av : 1 8,3%	Ap : 2 11,8%	Av : 4 33,3%	Ap : 4 23,5%	Av : 7 58,3%	Ap : 7 41,2%	Av : 0 0%	Ap : 2 11,8%	
La prise en charge d'un patient sortant de réanimation est plus lourde pour le médecin traitant comparativement à la sortie d'un autre service	Av : 0 0%	Ap : 0 0%	Av : 2 16,7%	Ap : 5 29,4%	Av : 2 16,7%	Ap : 0 0%	Av : 7 58,3%	Ap : 7 41,2%	Av : 1 8,3%	Ap : 5 29,4%	
Le médecin traitant est suffisamment consulté en cas de limitation thérapeutique du patient avant sa sortie											

**Tableau n°6 : Réponses au questionnaire avant et après l'incendie**

CRH : compte rendu d'hospitalisation ; PEC : prise en charge

Av : Avant l'incendie

Ap : Après l'incendie

## VII- Bibliographie

1. 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.* 4 févr 2003;138(3):161.
2. Roy CL, Poon EG, Karson AS, Ladak-Merchant Z, Johnson RE, Maviglia SM, et al. Patient safety concerns arising from test results that return after hospital discharge. *Ann Intern Med.* 19 juill 2005;143(2):121- 8.
3. Kripalani S, Md FL, Phillips CO, Williams MV. REVIEW Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians Implications for Patient Safety and Continuity of Care.
4. Stiell AP, Forster AJ, Stiell IG, van Walraven C. Maintaining continuity of care: a look at the quality of communication between Ontario emergency departments and community physicians. *CJEM.* mai 2005;7(03):155- 61.
5. François P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. *Santé Publique.* 27 mai 2014;26(2):189- 97.
6. Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes: données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication. :70.
7. Arora VM, Prochaska ML, Farnan JM, D'Arcy M, Schwanz KJ, Vinci LM, et al. Problems After Discharge and Understanding of Communication with their PCPs Among Hospitalized Seniors: A Mixed Methods Study. *J Hosp Med Off Publ Soc Hosp Med.* sept 2010;5(7):385- 91.
8. Maxime MG. Document de sortie d'hospitalisation en médecine polyvalente : Les attentes des médecins généralistes. :77.
9. Clanet R, Bansard M, Humbert X, Marie V, Raginel T. Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes. *Santé Publique (Bucur).* 31 déc 2015;Vol. 27(5):701- 11.
10. Field TS, Ogarek J, Garber L, Reed G, Gurwitz JH. Association of Early Post-Discharge Follow-Up by a Primary Care Physician and 30-Day Rehospitalization Among Older Adults. *J Gen Intern Med.* mai 2015;30(5):565- 71.
11. Tsilimingras D, Ghosh S, Duke A, Zhang L, Carretta H, Schnipper J. The association of post-discharge adverse events with timely follow-up visits after hospital discharge. *PLoS ONE [Internet].* 10 août 2017 [cité 7 avr 2019];12(8). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5552135/>
12. Thèse BREHONNET Tania 291014.pdf.
13. Haute Autorité de Santé - Sortie d'hospitalisation : continuité des soins et sécurité du patient [Internet]. [cité 4 mai 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1766628/fr/sortie-d-hospitalisation-continuite-des-soins-et-securite-du-patient](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1766628/fr/sortie-d-hospitalisation-continuite-des-soins-et-securite-du-patient)
14. LU\_070101.pdf [Internet]. [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: [http://www.urml-idf.org/upload/lettres\\_union/LU\\_070101.pdf](http://www.urml-idf.org/upload/lettres_union/LU_070101.pdf)
15. Etesse B, Jaber S, Mura T, Leone M, Constantin J-M, Michelet P, et al. How the relationships between general practitioners and intensivists can be improved: the general practitioners' point of view. *Crit Care.* 2010;14(3):R112.
16. Enquête sur la pratique des consultations post-réanimation en France - La SFAR [Internet]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2018 [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: <https://sfar.org/enquete-sur-la-pratique-des-consultations-post-reanimation-en-france/>

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

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

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de 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 leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont 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, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne 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.

**NOM ET PRÉNOM : BERAL Aurélie**

**LA SORTIE DIRECTE DU PATIENT DE LA REANIMATION VERS LE DOMICILE : LE POINT DE VUE DU MEDECIN TRAITANT**

**THESE DE MEDECINE**

**Qualification : Médecine Générale**

**ANNÉE : 2019**

**MOTS CLEFS : REANIMATION, SORTIE, DOMICILE, MEDECIN TRAITANT**

**RESUME :**

**Introduction :** La transition hôpital-domicile est une étape importante dans le parcours de soins des malades. Cette affirmation est d'autant plus valable pour les patients sortant d'un service de réanimation, pouvant alors être consécutive à une pathologie grave. L'objectif de notre travail a alors été d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins traitants suite à la sortie directe de leur patient du service de réanimation du CHU de la Guadeloupe vers le domicile. Les objectifs secondaires étaient de rechercher les pistes d'amélioration proposées par les médecins, ainsi que l'impact de l'incendie rencontré par le CHU sur ces difficultés. **Matériel et méthodes :** Nous avons réalisé une étude rétrospective au sujet des médecins des patients passés dans le service de réanimation du CHU de Guadeloupe. Les patients concernés étaient sortis du service entre le 27 novembre 2016 et le 28 novembre 2018 soit 1 an avant et après l'incendie. Un questionnaire était soumis aux médecins interrogés par le biais d'un lien Google Forms. **Résultats :** Après exclusion, 60 dossiers ont été analysés pour un total de 56 médecins interrogés. Nous avons obtenu un taux de réponse de 51,8%. Sur les 29 réponses obtenues, 8 notifiaient un manque d'informations sur le passage en réanimation. Seuls 34,5% des médecins disposaient du compte rendu d'hospitalisation au moment de leur consultation. La décision du retour au domicile aurait dû être abordée avec eux pour seuls 17, 2% des soignants et 68,9 % jugeaient la sortie adaptée. Pour les propositions d'amélioration, 19 des médecins les basaient sur la communication ; avec notamment un contact systématique à l'entrée ou la sortie des patients. On retrouve peu de différence entre la période avant et après l'incendie. Les médecins étaient cependant satisfaits des conditions de sortie de leurs patients à 25% avant l'incendie, contre 47,1% après l'incendie. **Discussion et conclusion :** Bien qu'il semblerait y avoir une amélioration du niveau de satisfaction des médecins après l'incendie, ceux-ci révèlent encore des difficultés liées à la communication entre le service de réanimation et la ville. Un contact systématique du médecin traitant fait partie des principales propositions d'amélioration de ces derniers. L'organisation d'une filière de consultation de sortie fait également partie des pistes d'amélioration.

**JURY**

Président : Professeur Jeannie HELENE-PELAGE

Juges :

Professeur Michel CARLES

Professeur Annie LANNUZEL

Docteur Patrick PORTECOP

Directeur : Docteur Delphine DELTA