



HAL
open science

**La sortie de l'hôpital : le point de vue des médecins
généralistes. Une enquête auprès des médecins
généralistes libéraux exerçant sur le territoire meusien**

Céline Feintrenie

► **To cite this version:**

Céline Feintrenie. La sortie de l'hôpital : le point de vue des médecins généralistes. Une enquête auprès des médecins généralistes libéraux exerçant sur le territoire meusien. Sciences du Vivant [q-bio]. 2010. hal-01732998

HAL Id: hal-01732998

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732998>

Submitted on 14 Mar 2018

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.



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Mlle Céline FEINTRENIE

le 6 octobre 2010

La sortie de l'hôpital : le point de vue des médecins généralistes.

Une enquête auprès des médecins généralistes libéraux exerçant sur le territoire
meusien.

Examineurs de la thèse :

Mr le Professeur Serge BRIANÇON	} Président
Mr le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT	} Juge
Mr le Professeur Athanase BENETOS	} Juge
Mme le Docteur Jacqueline DELEAU	} Juge et directrice de thèse

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNE

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTÉ – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGÉ
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER
Docteur Paolo DI PATRIZIO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

REMERCIEMENTS

À NOTRE PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Serge BRIANCON, Professeur de santé Publique,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury.

Merci de l'investissement et de la disponibilité dont vous avez fait preuve au cours de ce travail. Votre vision vaste et complète nous a aidée à appréhender ce sujet.

Soyez assuré de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

À NOS JUGES

À Monsieur le Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT, Professeur de Réanimation Médicale,
Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury.

Merci de la pédagogie et de la disponibilité dont vous faites preuve auprès des étudiants de médecine. Merci de nous transmettre avec passion certains enseignements de médecine d'urgence.

Que vous trouviez ici l'expression de notre profonde gratitude.

À Monsieur le Professeur Athanase BENETOS, Professeur de Gériatrie,
Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury.
Veuillez accepter ici nos sincères remerciements.

À Madame le Docteur Jacqueline DELEAU, médecin au DIM du CH de Verdun,
Merci Jacqueline de nous avoir soumis ce sujet de thèse et de nous avoir aidée dans son élaboration. Merci de la confiance que vous nous avez témoignée tout au long de ce travail.

À Monsieur le Docteur Denis AMBROISE, médecin au DIM du CH de Verdun et médecin généraliste. Merci Denis de ton soutien au cours de ce travail. Merci pour les multiples conseils que tu nous as formulés.

À Vincent COEVET, interne en Santé Publique, sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour.

À Marion DREYER, interne en Santé Publique, pour son aide précieuse dans la mise en page de cette thèse.

Aux médecins et maîtres de stage rencontrés au cours de ces dernières années de formation,

À Monsieur le Docteur LAMAZE, à Mathilde et Paul SANTAGELO, à Patrick DOUART,

Merci pour la gentillesse et la patience dont vous avez fait preuve lors de ce premier semestre d'internat passé dans votre service. J'ai découvert, à vos côtés, le plaisir de travailler au quotidien auprès des patients hospitalisés.

Aux médecins du Service d'accueil des Urgences de l'hôpital de Verdun, et particulièrement Tom et Val,

Merci pour tout ce que vous avez su m'apprendre en médecine, merci pour les moments partagés dans ce service. Votre passion et votre enthousiasme ont été communicatifs. C'est au cours de ce semestre qu'est né un véritable attrait pour la médecine d'urgence, m'invitant aujourd'hui à débiter dans cette voie.

Aux praticiens qui m'ont invitée à découvrir l'exercice de la médecine générale, travail exigeant mais magnifique.

Aux médecins du Service de Réanimation de l'hôpital de Verdun, auprès desquels je suis actuellement en formation,

Un grand merci pour votre disponibilité à mon égard. L'apprentissage de la médecine tel un compagnonnage, c'est un cadeau très précieux !

Philippe, merci de la passion avec laquelle tu exerces la médecine et tu transmets ton savoir !

À Monsieur le Docteur François BRAUN,

Vous avez su reconnaître notre envie de nous former à la Médecine d'Urgence, vous nous avez encouragée et soutenue malgré les freins administratifs pour valider ce cursus. Merci de votre aide et de la confiance que vous nous avez témoignée.

Aux équipes soignantes, auprès desquelles j'ai beaucoup appris au cours de ces années d'internat.

À MA FAMILLE,

Aux quatuors des aînés, grands-parents bien aimés, je vous garde chaleureusement dans mon cœur. Votre présence bienveillante a marqué mon enfance et mon adolescence.

À mes parents, Anne & Xavier, un grand merci pour cette jeunesse heureuse passée auprès de vous, merci pour tout ce que vous m'avez transmis. Merci pour votre présence au cours de mes études, merci aussi d'avoir compris mon envie de les suspendre pendant un an pour aller explorer d'autres horizons, expérience inoubliable.

Mam, merci pour ta joie et ta confiance en la vie. Ta capacité à transformer le quotidien en un rayon de soleil est un magnifique exemple!

Dad, merci pour ton humanisme et ton ouverture d'esprit. Merci aussi pour la première descente de la mandarine, l'Iliade et Aïda...

Emmanuel, un ange passa...

À mes cousins adorés, Anne-Bé, FX, Clairette, JAF, Maximilien & Kielty, Oliver, Stefan, Cécile, Vincent, Sébastien, Alexis, Ingrid, Vincent, Léo-Paul, quel bonheur d'avoir grandi avec vous, de tous ces WE et ces vacances partagés. Soph' & Jean-Phi, Flo et Philippe, vive le mont Agung et le nasi goreng, le zodiac et les soirées bretonnes ; Soph' merci de ta présence d'aînée !

À mes oncles et tantes, the nivaud's, Patricia & Christian, Annick & François, Jean-Louis & Nathalie, merci pour toute cette vie et tous ces rires en famille! Michel, oncle surprenant, tes peintures habitent encore ce monde. Nicole & Bernard, merci de m'avoir encouragée dans ces études de médecine que vous avez connues.

Aux Boubou, voisins et parents, vous m'avez toujours accueillie les bras ouverts dans votre famille, Piaffou vous remercie!

Caro, grande sœur, Zabou, aussi, merci pour ces moments partagés!

À mes parrains et marraines, de divers horizons... Merci de m'avoir accompagnée jusque là, à travers quelques questionnements !

Une pensée particulière pour mes deux filleuls, Jean-Alexandre et Alma, que je porte dans mon cœur.

À tous ceux qui m'ont aidé à grandir et à avancer, et à tous ceux qui m'aideront encore...

À UNE AUTRE FAMILLE,

À vous avec qui je partage mon quotidien ou presque, ou pas du tout mais c'est pas grave ! Alors, par où commencer ? Pas si simple... peut-être par le début tout simplement...

À Félioche, amie de toujours, merci pour tous ces moments intenses passés ensemble, sur des skis, dans une voiture de loc ou sous un parapluie kéralais, à Nancy ou à Grenoble, à boire un thé en discutant ou en riant. Toujours loin l'une de l'autre, mais toujours présente au bon moment. Je n'imagine pas une vie sans une Fel quelque part sur cette planète ! MERCI Tidi.

À Juju, merci de tous les moments partagés ensemble, l'année de term et le Gaou qui a suivi, cette fameuse première année de médecine ; Nono, Caro, vous étiez là aussi, inimaginable sans vous et Roy Orbison! Et puis vous étiez là aussi après... On a commencé ensemble, on voulait s'attendre et finir ensemble, pari gagné! L'expérience malienne (merci à tous les membres de GNOKON FE... Marie, Emilie, Cilou, bien sûr, merci pour ce temps passé ensemble sur la terre rouge), notre colloc avec Fer (El Fer, ami lointain, gracias para la vida con ti, y mucho más), le caméo, les vacances, les révisions, toutes les discussions sur la médecine et l'hôpital, sur la vie aussi, les rires, les deschiens parfois... et puis ton énorme soutien il n'y a pas si longtemps... bref cette longue amitié qui nous lie! MERCI Juju.

À Céc, Mél, Pau, Lénette, les poulettes, MERCI pour cette précieuse et intense amitié ! Y a eu beaucoup de hauts, quelques bas, pas mal de débats et de la vie surtout ! Nous avons vu venir les années lycées, fêter le bac, traverser nos années étudiantes en riant et criant SABE à tout va ! Ainsi le E disparaît (pour renaître à nouveau... suite au prochain épisode), la vie continue et s'ouvre à nous... éternel commencement, et ce fil rouge qui nous guide ! Toutes aux 4 coins de la France et au-delà, vous êtes bien sûr dans mon cœur, mais à quand notre prochain WE ?!

À la team des docs, Nono, Got, la Belle, Kro (choukrane lalla...), Romain, Ouriel, Julie, depuis la colloc street aux airs de jazz manouche jusqu'à maintenant, à nos soirées, aux vacances grenobloises, belle-iloises ou marocaines, aux WE vosgiens (merci le Stoff et la bande des vosgpats!) et aux soirées DVD... excellents souvenirs des années étudiantes avec vous, merci !... et c'est pas fini! Une pensée pour Seb, binôme de D4! Polo, bien sûr Polpi, merci ! Pour la vie nancéenne et le ciel finlandais... Jerez, 2 points for le paradise !... avec un peu de chance, on n'en sera pas si loin! Aux compagnons de route de chacune et chacun et aux sourires des petits bambins.

À VOUS, of course, la bande, Touf, Rami, Taz, Mercou, Jim, Mimine, Dav, Gaby, Did, Romain, Tonio, L'Axel, ... vais pas vous citer tous, mais vous savez bien ! C'est juste le bonheur de partager ces moments avec vous, el jardin, notre terrasse Stan, les sessions randos, skis ou raquettes (quant à Talaronde, Delphine & Alain, nous vous remercions !), les WE et les voyages... pour tout cela, GRAKIAS ! Et un grand grand grand merci pour votre amitié...

Aux copains verdunois, Béné, Claire, Jean-Phi et Ouriel (qui revient par là, coolos amigo), Charlotte, Marine, Caro et tous les internes croisés par ici, en souvenir des soirées verdunoises. Biquette, c'était vraiment sympa de te rencontrer et de bosser avec toi aux urg, depuis la vie avance, on a grandi (!) et c'est toujours aussi sympa de partager des moments ensemble! Clairette et Jean-Phipi, j'aime bien les gardes, les cafs, les séminaires régionaux et les vacances au ski avec vous... à quand notre prochain planning en commun?!...

À ceux que je n'ai pas cités, mais qui ne sont pas loin...Voilà, c'est aussi grâce à vous tous que j'en suis là aujourd'hui, alors j'avais envie de dire un mot à chacun...

Et pour finir, une petite citation qui, au delà de proposer un jugement sévère de la condition humaine, nous invite à l'ouverture...

« *Les hommes construisent trop de murs et pas assez de ponts* » Isaac NEWTON

SERMENT

"Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque".

I. TABLE DES MATIÈRES

Préambule historique

Introduction

Notions théoriques

- I. La sortie de l'hôpital
 - A. Définition
 1. Définition exacte
 2. La sortie : un acte juridique
 3. Son rôle dans le parcours de soins
 - B. Projet de sortie : aspects conceptuels
 - C. Intérêt individuel et collectif d'une préparation de sortie
 - D. Préparation de la sortie : les acteurs concernés
 1. Le service administratif
 2. Le service social
 3. Les soignants
 4. Le patient et son entourage
 - E. Les modalités de préparation de la sortie
 1. Information et éducation du patient
 - a) L'information médicale
 - (1) Historique et évolution du concept
 - (2) Réglementation actuelle
 - (a) Loi du 4 mars 2008
 - (b) Le code de déontologie médicale
 - (c) Charte de la personne hospitalisée
 - (d) Recommandations HAS
 - b) L'éducation du patient
 2. Ordonnance de sortie
 3. Information du médecin traitant
 4. Le compte rendu d'hospitalisation
 5. Mise en place d'aides humaines et matérielles
 6. Intérêt de l'utilisation d'une grille de contrôle ?
 - F. Sortie du patient : un indicateur de la qualité de la prise en charge hospitalière ?
- II. Communication hôpital – ville autour de la sortie du patient
 - A. Transmissions des informations médicales entre professionnels de santé
 1. Historique et évolution du concept
 2. Secret médical partagé
 3. Textes et réglementations en vigueur
 4. Le rôle central du médecin traitant
 - B. Modalités de transmission des informations médicales

1. Support et contenu de l'information médicale
 - a) Dossier médical
 - b) Carnet de santé
 - c) Dossier médical personnel
 2. Moyens de communication
 3. Les difficultés rencontrées par le médecin traitant
- III. Objectifs du processus de prise en charge de la sortie du patient
- A. Echelle individuelle
 - B. Intérêt collectif

Matériel et méthode

- I. Type d'étude
- II. Objectifs
- III. Matériel et méthode
 - A. Etude pilote
 - B. Présentation de l'étude
 1. Echantillonnage
 2. Présentation du questionnaire (annexe 1)
 3. Méthodes de recueil des informations
 - a) Prise de contact et envoi du questionnaire
 - b) Rappels
 - c) Protection des données
 4. Données recueillies
 5. Saisie des données et méthodes d'analyse
 - a) Traitement des questions ouvertes
 - b) Traitement statistique des données

Résultats

- I. Caractéristiques des médecins participant à l'étude
- II. Résultats de l'étude
 - A. Information concernant la sortie et le retour à domicile du patient
 - B. Les informations médicales reçues par le médecin traitant pour assurer la poursuite de la prise en charge
 - C. Soins médicaux et paramédicaux à la sortie de l'hôpital
 - D. Côté patient : Qu'ont-ils compris de l'information médicale reçue ? Comment l'ont-ils assimilée ? Que pensent-ils des conditions de sortie du CHR ? Les médecins traitants nous ont livré leur sentiment à ce sujet.
 - E. Evaluation globale du degré de satisfaction des médecins généralistes concernant les modalités de sortie des patients de l'hôpital et de leurs éventuelles pistes de réflexion

Discussion

- I. Discussion de la méthodologie de l'étude
- II. Discussion des résultats

Organigramme

Conclusion

Bibliographie

Annexe

Abréviations utilisées

Résumé

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 Avis des patients et des soignants sur la programmation de la sortie	36
Figure 2 Comparaison de la répartition de sexe de cette étude à celle des médecins généralistes libéraux exerçant sur le territoire meusien	61
Figure 3 Comparaison de l'âge des médecins généralistes ayant répondu à notre étude à celui des médecins généralistes exerçant en Meuse	62
Figure 4 Information du retour à domicile du patient.....	63
Figure 5 Moyens de communication usités? (nombre de médecins contactés).....	64
Figure 6 Information d'un transfert du CHR vers un autre établissement de santé.....	64
Figure 7 Délai d'information d'un transfert du CHR.....	65
Figure 8 Comment les médecins généralistes apprennent-ils le décès de leurs patients? (propositions non exclusives).....	65
Figure 9 Qui informe le médecin traitant du décès de son patient à l'hôpital?.....	66
Figure 10 Les médecins traitants sont-ils concertés sur la faisabilité d'un retour à domicile pour leurs patients?	66
Figure 11 CRH disponible lors de la première visite suivant l'hospitalisation?	67
Figure 12 Délai légal de réception du CRH respecté?	68
Figure 13 La solution d'un compte rendu provisoire?	68
Figure 14 Informations manquantes dans le courrier provisoire (propositions non exclusives)	69
Figure 15 Une ordonnance de sortie?.....	70

Figure 16 Les difficultés rencontrées concernant les ordonnances de sortie (propositions non exclusives).....	71
Figure 17 Mise en place des aides à domicile le jour de la sortie?	71
Figure 18 Qualité d'information médicale fournie au patient selon le médecin traitant	72
Figure 19 L'information est-elle assimilée par le patient?.....	73
Figure 20 Remarques formulées par les patients concernant la sortie	73
Figure 21 Les conditions de sortie du CHR sont-elles satisfaisantes?	74

PREAMBULE HISTORIQUE

La prise en charge de la santé en France s'effectue selon plusieurs modalités au sein de différentes structures. Le cabinet de médecine générale et l'hôpital, structure d'hospitalisation publique ou privée, en sont deux piliers essentiels.

Un lien harmonieux a longtemps uni la médecine de ville et la médecine hospitalière. Jusqu'au début du XIXe siècle, l'hôpital était avant tout un « Hôtel-Dieu », chargé d'une mission sociale assurant l'accueil et l'hébergement des indigents. Les médecins ne consacraient aux services hospitaliers qu'une activité réduite, non rémunérée; la médecine s'exerçait essentiellement à domicile, auprès des patients (1).

Au cours du XIXe siècle, l'hôpital est progressivement devenu le lieu privilégié de l'exercice médical et de son enseignement. Cette évolution fut principalement liée à l'invention de la clinique médicale et chirurgicale par Corvisart et Desault, qui instaurèrent dès 1780 une méthode d'examen et d'instruction de la médecine auprès du malade hospitalisé (2). L'hôpital, considéré auparavant comme une simple structure d'accueil est devenu une véritable structure de soins. Le trait commun des sujets accueillis n'était plus la pauvreté mais la maladie. La mise en place de l'Assurance Maladie en 1928 a favorisé l'extension du recrutement hospitalier à l'ensemble des catégories sociales. Les structures hospitalières, lieu de service public, ont ainsi connu une envolée considérable avec une nette augmentation de leur activité. En application des lois Debré de 1958, l'instauration du temps plein hospitalier a permis l'investissement complet des praticiens hospitaliers pour répondre aux besoins grandissants. Ces dispositions législatives ont également proposé la fusion de l'hôpital et de la faculté en des Centres Hospitalo-Universitaires, renforçant ainsi le rôle prépondérant de l'hôpital dans l'enseignement du savoir médical et de sa technique. Ainsi, dans la logique de l'évolution amorcée au XIXe siècle, l'hôpital devient l'endroit où s'exercent l'art et la science de soigner.

Parallèlement, la médecine libérale connaît son évolution par la création des cabinets médicaux, lieux relais de l'exercice médical au chevet du malade. Devant un vieillissement de la population, les besoins de santé se font grandissants. Grâce à l'avancée des moyens diagnostiques et thérapeutiques, l'offre médicale s'élargit. La pratique médicale connaît ainsi une véritable expansion.

Par ailleurs, depuis la fin du XXe siècle, les modalités de communication se sont beaucoup modifiées. L'essor de l'informatique est venu supplanter les moyens de communication plus traditionnels, essentiellement fondés sur des réseaux confraternels ou d'amitié. La rapidité de ces mutations a entraîné des difficultés d'adaptation tant pour les médecins de ville que pour les médecins hospitaliers et la relation entre ces deux groupes s'en est vue entachée. Les médecins hospitaliers, n'ayant pas ou peu connu la pratique libérale, n'ont probablement qu'une vision incomplète de l'exercice de la médecine de ville, en particulier en ce qui concerne l'aspect relationnel. La pratique polyvalente des médecins généralistes s'éloigne de plus en plus de la pratique spécialiste et hyper technique des médecins hospitaliers, avec de ce fait des niveaux de préoccupations qui diffèrent parfois. Le clivage ainsi opéré entre la médecine de ville et la médecine hospitalière ne s'est pas produit entre les médecins spécialistes libéraux et leurs confrères hospitaliers, suivant ensemble les évolutions techniques de leur discipline. De surcroît, quel que soit leur mode d'exercice ultérieur, les médecins ne reçoivent aucune formation à la communication au cours de leurs études.

La collaboration entre la médecine de ville et la médecine hospitalière reste à l'heure actuelle un enjeu majeur pour le système de santé. La qualité de la communication médicale, tant sur le plan du contenu que sur le plan des modalités de transmission et leur rapidité, paraît en effet indispensable pour assurer une continuité des soins de qualité.

En outre, force est de constater que la gestion d'un hôpital devient semblable à celle d'une entreprise, et à ce titre, une politique de communication hospitalière se conçoit dans le cadre d'un projet d'établissement, pour développer ou pérenniser un recrutement et mieux faire face à la concurrence. La communication médicale représente un des axes de cette communication hospitalière globale. La qualité de la communication médicale est un élément clé de la continuité des soins et par là même de la qualité du service médical proposé. Il ne s'agit donc plus uniquement d'un souci législatif et déontologique, mais aussi d'une exigence économique. Le rapport Fieschi soumis au ministre de la santé en 2003 confirme cette tendance : « Le travail coopératif est devenu un outil stratégique aux yeux des décideurs en santé publique dans tous les pays. Il répond à des raisons pragmatiques d'amélioration de la productivité et de réduction des coûts » (3).

Enfin, la loi du 4 mars 2002 (4), offrant un droit d'accès des patients à leur dossier médical, a bouleversé les relations entre les médecins et les patients, notamment autour de l'information médicale et a exigé, du corps médical, plus de transparence à ce sujet.

Chaque professionnel de santé se doit ainsi d'être parfaitement informé de l'état de santé de son patient pour lui offrir une prise en charge globale, pluridisciplinaire et une information médicale exhaustive.

INTRODUCTION

La communication entre les acteurs de la médecine hospitalière et ceux de la médecine libérale nous paraît un point essentiel dans la prise en charge médicale d'un individu.

Dans le parcours du patient en médecine générale, le recours à une prise en charge hospitalière est fréquent ; recours justifié par une pathologie médicale (apparition d'une nouvelle pathologie à explorer, bilan et suivi d'une pathologie chronique, décompensation d'une maladie chronique) ou par la nécessité d'une intervention chirurgicale. L'hospitalisation, qu'elle soit programmée ou non, marque une rupture dans le suivi médical exercé en ville.

La sortie de l'hôpital correspond au passage d'un suivi quotidien médical au sein d'une équipe pluridisciplinaire à un suivi intermittent par un omnipraticien et constitue également une rupture. On comprend aisément qu'une préparation de la sortie est nécessaire pour assurer ce changement de mode de prise en charge de façon sécurisée et efficace.

La qualité de communication entre les différents acteurs de soins autour de cette étape clé qu'est la sortie d'un patient de l'hôpital permet une prise en charge médicale cohérente et pertinente du patient. Une transmission de qualité des informations médicales est essentielle pour assurer la continuité des soins ; informations concernant la pathologie du patient, son état de santé physique et mentale, la prise en charge hospitalière dispensée, les traitements entrepris et les modalités de suivi...

Pourtant, la transmission d'informations entre le milieu hospitalier et la médecine libérale est souvent défectueuse. L'interface entre ces deux milieux médicaux est source de perte d'informations et de discontinuité de suivi médical, comme l'a montrée l'HAS (ex-ANAES) en publiant en 2002 une enquête qui mettait en évidence un défaut de transmission des informations médicales nécessaires à une qualité dans la continuité des soins (5). Depuis cette date, deux conférences de consensus donnant lieu à de nouvelles recommandations concernant la sortie de la structure hospitalière ont été promulguées par cette même instance en 2004 : « sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou physique » (6) et « sortie du monde hospitalier et

retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuropsychologique » (7).

Ces travaux étant centrés sur le versant hospitalier des modalités de sortie des patients, il nous a semblé intéressant d'évaluer le point de vue des médecins généralistes sur ce sujet. Pour ce faire, un questionnaire leur a été soumis, les interrogeant sur les différents aspects de la sortie de l'hôpital et du retour à domicile d'un patient. L'objectif de cette étude est d'identifier les écueils de la communication médicale de cette interface hôpital – ville, générateurs potentiels d'une rupture de la continuité des soins, tels qu'ils sont perçus par les médecins généralistes et de proposer des pistes d'améliorations pour y pallier.

I. La sortie de l'Hôpital

A. Définition

1. Définition exacte

Pour ce travail, nous adopterons la définition proposée par l'ANAES en novembre 2001 pour l'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé autour de la préparation de la sortie d'un patient hospitalisé (5). Elle est définie par : « 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 ». Nous n'évoquerons pas les sorties à l'issue d'une hospitalisation de jour ou de soins en ambulatoire, ainsi que les activités d'accueil en urgence et les consultations, les modalités de celles-ci étant assez différentes et ne requérant pas la même préparation en amont.

2. La sortie: un acte juridique

Au delà de la définition et de l'aspect matériel de la sortie du patient de l'hôpital, nous constatons que la sortie ou plutôt l'acte de sortie de l'hôpital remplit une fonction juridique précise (8). Un lien de droit est créé entre le malade et l'hôpital au cours de l'admission dans l'établissement de santé. En vertu du principe de droit public de parallélisme des formes, cette relation juridique est rompue par un acte contraire, la sortie de l'hôpital. Celle-ci doit ainsi obéir à des règles précises. Comme l'admission, la sortie est prononcée par le chef d'établissement, sur avis favorable du médecin, du chef de service ou de son représentant légal. Cet acte donne lieu à l'émission d'un bulletin de situation indiquant les dates exactes de l'hospitalisation, sans aucune mention d'ordre médical.

3. Son rôle dans le parcours de soins

La sortie du patient d'un établissement de santé est une étape importante dans la chaîne de soins. Elle doit être envisagée comme un acte de soins qui permet d'une part d'assurer la continuité de prise en charge entre la médecine hospitalière et la médecine de ville et d'autre part de mettre en place des systèmes d'alerte et de protection.

Elle représente pour le patient un moment de transition : passage d'un milieu hospitalier assurant une surveillance médicale pluriquotidienne à un milieu, certes plus familial, mais plus incertain en terme de sécurité médicale (9). La sortie impose au patient un changement de prise en charge de sa santé : passage d'une forme de dépendance aux avis du personnel médical à une surveillance responsable de son état physique et éventuellement psychique. On comprend aisément que c'est une période de fragilité pour le patient et que l'équipe soignante se doit de préparer et d'encadrer cette étape clé qu'est la sortie du patient avec méthode et rigueur. C'est la qualité de sa préparation qui permet d'assurer l'éducation du patient, la mise en place des stratégies de prévention et des systèmes de protection, le tout concourant à garantir une continuité des soins.

On comprend ainsi que l'acte de sortie n'est que la résultante physique et juridique d'un important travail sous-jacent que représente la préparation de la sortie de l'hôpital.

B. Projet de sortie : aspects conceptuels

Du fait des progrès de la médecine moderne, un nombre croissant de personnes de tous âges sort du milieu médical en survivant à une maladie ou à un traumatisme qui aurait autrefois entraîné leur décès. Cette vie en milieu non hospitalier peut se caractériser par la présence de déficiences ou d'incapacités entraînant un désavantage responsable d'une limitation d'activité ou d'une restriction de participation. L'anticipation de ce statut de personne sortant de l'hôpital, avec un handicap éventuel, nous oblige à inscrire le projet de sortie dans la préparation de la sortie de l'hôpital.

L'ANAES, en concertation avec la SOFMER a proposé en 2004 un texte de recommandations sur la sortie du monde hospitalier et le retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteurs et/ou neuropsychologiques (7).

Ces outils d'évaluation ont été élaborés précisément pour envisager la sortie de l'hôpital d'une personne adulte handicapée. Il apparaît clairement que toutes ces questions ne se posent pas lors de la sortie et du retour à domicile de patients ayant peu ou pas d'antécédents et pour lesquels la pathologie traitée est curable, sans complications et n'a pas de conséquences sur leur *habitus*. Cependant, cette démarche nous semble intéressante pour appréhender de manière globale un patient autour de son projet de sortie, et particulièrement pertinente pour des personnes âgées.

On comprend aisément que l'apparition ou l'existence d'un handicap fonctionnel modifie les conditions de sortie et le retour à domicile d'un patient. Il nécessite ainsi au cours de l'hospitalisation une démarche de soins et d'interventions pluridisciplinaires rigoureuses et régulières pour préparer au mieux cette sortie du milieu hospitalier. Quel que soit le niveau de gravité séquellaire, la personne est confrontée à la difficulté de la transposition dans son milieu de vie ordinaire des acquis fonctionnels qu'elle a pu faire à l'hôpital. La réadaptation et la réinsertion relèvent bien des missions de l'hôpital, et plus particulièrement des services de soins de suite et de réadaptation.

Par ailleurs, au delà de l'aspect matériel et du quotidien élémentaire, le retour à domicile après un séjour hospitalier amène le patient à reconsidérer ses projets de vie et à les ajuster au mieux à ses potentialités actuelles. Il est nécessaire, bien que difficile pour le patient, d'intégrer et d'assimiler un nouvel handicap. C'est en réfléchissant et en se projetant sur sa vie hors de l'hôpital, avec les données nouvelles induites par le traumatisme ou la maladie, que le patient peut élaborer un mode de fonctionnement futur. En ce sens, le projet de sortie est un concept individuel, qui tient compte des représentations sociales, culturelles et individuelles du patient. On comprend facilement que selon l'histoire, le contexte culturel, le contexte socio-économique et l'environnement familial du patient, les modalités de sortie seront bien différentes pour une même pathologie.

Ainsi, le projet de sortie sous-tend plusieurs domaines complémentaires : l'opérationnalité d'une part touchant à l'organisation des soins et aux conditions de retour à domicile et la finalité d'autre part impliquant l'adhésion du patient à cette démarche.

L'élaboration du projet de sortie se fait de manière continue au cours de l'hospitalisation, depuis l'admission jusqu'à l'orientation du patient. Pour ce faire, l'ANAES propose des étapes dans l'élaboration de ce projet :

- Le projet de sortie se développe comme « un assemblage de moyens et une harmonisation de méthodes confrontées à la réalité, autour de la personne handicapée et de son projet de vie, tenant compte de trois axes : la personne handicapée, le monde hospitalier et l'entourage sanitaire et social ». Il nous est rappelé que le projet de sortie relève de la singularité de chaque personne, il est construit et élaboré dans le contexte hospitalier, il est l'objectif qui conditionne la prise en charge, il a pour but d'accompagner la personne dans la reprise du cours de sa vie, en dehors de l'institution de soins.

- La sortie vise :

- ◇ quant à la personne :

- le transfert des acquis de la phase de rééducation et la poursuite de la progression en situation environnementale ;

- l'atteinte d'un maximum d'autonomie et la recherche de la plus grande qualité de vie.

- ◇ quant aux moyens à mettre en œuvre :

- la continuité des soins, le transfert et le partage des informations, le passage de relais entre les acteurs hospitaliers et ceux du lieu de vie ;

- la compensation des incapacités dans toutes ses modalités (aides techniques, humaines,...) ;

- elle tient compte des ressources et des limites de l'environnement.

- La personnalisation du projet de sortie se fait en fonction des critères d'évaluation du patient et de son contexte de vie, pour cela, l'HAS propose 3 axes d'évaluation permettant une approche globale du patient, dans son environnement :

- ◇ L'évaluation des données personnelles :

Elle doit être dynamique, répétée dans le temps afin de suivre les évolutions. L'état clinique, les antécédents, les circonstances de l'hospitalisation et le parcours hospitalier sont les éléments déterminants pour l'élaboration du projet de soins au long cours et du projet de vie.

L'analyse des besoins et des potentiels de la personne permet de personnaliser le projet sur des valeurs positives et non sur l'étalonnage de ses déficiences.

L'évolution des capacités fonctionnelles, motrices et cognitives en cours d'hospitalisation est une des clés du projet de sortie, en particulier les capacités de jugement, relationnelles et de comportement. A noter que les troubles psychologiques perturbent l'élaboration individualisée et/ou la réalisation du projet de sortie. La présence de signes d'un stress post-traumatique ou de syndrome dépressif interfère avec les capacités à se projeter de façon adaptée dans l'avenir.

◇ La prise en compte de la dimension psychosociale :

Les aspects psychosociaux et notamment la façon dont la personne est perçue et se perçoit par rapport aux soignants et par rapport à son entourage familial vont influencer le niveau de dialogue avec l'équipe sur le projet de sortie, et par conséquent son niveau de personnalisation.

◇ L'évaluation et la prise en considération du contexte de vie et des besoins :

L'évaluation du contexte de vie vise à identifier tous les aménagements à prévoir dans la perspective du retour à domicile (logement, aides techniques, ressources financières, aides humaines). Cette évaluation se fait avec la personne handicapée et avec la personne référente qu'elle a désignée.

L'évaluation des besoins de la personne est pluridisciplinaire. Elle se fonde sur des outils propres à chaque professionnel et donne lieu à une mise en commun des interprétations et conclusions (réunions de synthèse), qui doit être transcrite et mise à disposition de l'ensemble des professionnels en charge du patient.

Elle comporte systématiquement une évaluation du patient dans son milieu de vie sous la forme de visite à domicile ou de la structure d'accueil envisagée, de l'utilisation d'un simulateur d'appartement et de l'organisation de permissions thérapeutiques, qui permettent une confrontation réelle avec la situation de vie et qu'il convient de favoriser. Cette évaluation implique aussi les acteurs et services intervenant localement.

Certes, l'approche proposée dans ces recommandations est plus vaste et plus globale que la préparation de la sortie d'une « hospitalisation classique ». Toutes ces démarches ne

sont probablement pas à instaurer pour tout projet de sortie ; elles nous apportent cependant un éclairage sur ce que peut être une préparation de sortie dans le cadre d'une prise en charge globale d'un patient aux lourdes séquelles.

C. Intérêt individuel et collectif d'une préparation de la sortie

En 2001, l'ANAES publie un document sur la préparation de la sortie du patient hospitalisé (5). Dans ce guide, plusieurs études citées s'accordent à entrevoir une relation entre l'organisation de la sortie et le taux de ré-hospitalisation. Deux études nous semblent particulièrement intéressantes. La première est une étude anglaise portant sur une population de patients âgés ayant bénéficié d'une sortie programmée avec mise en place d'aides à domicile pendant la quinzaine suivant la sortie de l'hôpital ; les résultats obtenus mettent en évidence une diminution significative du taux de ré-hospitalisation au sein de ce groupe, dans les 18 mois suivant leur sortie (10). La seconde étude, menée aux Etats-Unis en 1999 (11), observait le suivi post-hospitalier d'une population de personnes âgées incluses dans un protocole d'organisation et de préparation de la sortie. Les personnes âgées étaient sélectionnées sur un risque de sortie non réussie : 80 ans ou plus, absence de soutien à domicile, polyopathie, antécédents dépressifs, handicaps modérés à sévères, mauvaise observance thérapeutique, hospitalisations multiples... L'étude portait sur 363 patients, dont 186 dans le groupe témoin et 177 dans le groupe bénéficiant du protocole de sortie préparée. On constate une diminution du nombre de ré-hospitalisations dans un délai de 24 semaines suivant la sortie dans ce groupe étudié (20% contre 37% dans le groupe témoin) ainsi qu'une diminution du nombre de jours d'hospitalisation par patient dans ce même délai (1 contre 4 dans le groupe témoin).

En effet, ces différentes études nous montrent que la qualité d'organisation et de préparation de la sortie permet de diminuer le taux de ré-hospitalisation. Cet effet est d'autant plus remarquable pour une population dite « à risque » que sont les sujets âgés, les patients handicapés ou polyopathologiques.

A titre individuel, il apparaît que le processus hospitalier d'organisation de la sortie est bénéfique pour le patient sur la qualité de sa prise en charge médicale.

D'un point de vue collectif, l'intérêt est d'observer l'impact économique que ce procédé engendre.

L'enquête américaine, réalisée dans deux hôpitaux universitaires de Pennsylvanie, constatait une nette diminution du coût des soins dispensés dans les groupes de patients ayant bénéficié du protocole de préparation de la sortie.

Une étude similaire finlandaise (12) a mis en évidence une réduction des dépenses de santé lorsque la continuité des soins est assurée et encadrée après la sortie du patient de l'hôpital.

Ainsi, la préparation de la sortie du patient semble présenter un intérêt immédiat pour le patient dans sa prise en charge médicale et un bénéfice indirect pour la société en ne majorant pas, voire en diminuant les dépenses publiques de santé.

D. Préparation de la sortie : les acteurs concernés

La sortie ne représente qu'une étape de la chaîne de soins et la préparation de cette étape s'inscrit pleinement dans la prise en charge globale du patient. Le manuel de certification HAS de 2009 (13) nous rappelle que la continuité des soins et la coordination de la prise en charge s'évaluent au sein de l'établissement, mais aussi à l'occasion des transferts du patient vers d'autres structures (critères 18.a) et que l'établissement doit garantir la fiabilité de la communication des éléments d'information nécessaires à la continuité des soins (critères 24.a). Ainsi, les professionnels de santé hospitaliers sont clairement impliqués dans le processus de sortie du patient, à différentes étapes de cette préparation selon le type de travail qu'ils exercent au sein de l'hôpital (14).

1. Le service administratif

Le personnel administratif, regroupant les agents administratifs et les secrétaires médicales, recueille les informations administratives utiles pour une prise en charge globale. Il est déjà possible de détecter une situation pouvant compromettre la sortie dans de bonnes conditions, telle que l'absence de couverture sociale, les situations irrégulières, l'absence de domicile fixe, ou encore l'absence de médecin référent ou de personne de confiance.

2. Le service social

Le service social de l'hôpital est directement sollicité pour régulariser des problèmes d'accès aux droits sociaux, détectés lors du premier contact administratif (exemples suscités) ou au cours de l'hospitalisation.

Par ailleurs, ce service a un rôle d'information, d'aide, d'écoute et d'accompagnement auprès de chaque patient hospitalisé et de sa famille. Il a également un rôle d'alerte à l'égard de l'équipe soignante. En concertation avec les équipes pluridisciplinaires et la famille, il évalue la faisabilité d'un retour à domicile et l'organise dans des conditions optimales d'autonomie ou recherche la solution d'hébergement temporaire ou définitive la plus adaptée. Comme certaines des prises en charge proposées sont payantes, il relève du service social de s'assurer de l'adéquation entre le coût des prestations proposées et les ressources financières du patient.

3. Les soignants

Le médecin décide du jour à partir duquel une sortie du service hospitalier est possible, au regard de l'état de santé du patient. Cette décision, d'ordre médical, n'est prononcée qu'après une concertation pluridisciplinaire incluant les IDE du service, l'assistante sociale et les autres professionnels paramédicaux qui peuvent être des kinésithérapeutes, des ergonomes ou des psychologues. Les professionnels sanitaires et sociaux participent à la mise en œuvre

de ce projet commun. La sortie est un événement attendu et perçu par tous les professionnels comme un objectif fondamental.

Il incombe également à l'équipe médicale de s'assurer de la possibilité pour les sortants d'obtenir les médicaments et dispositifs médicaux nécessaires à la continuité des soins. Une vigilance particulière s'impose pour les sorties en fin de semaine ou pendant le week-end.

Le médecin traitant est associé dans la mesure du possible à cette démarche. Il peut être une personne ressource compte tenu de sa vision holistique du patient et de son environnement. Il sera le référent de la poursuite des soins médicaux et paramédicaux.

Le cadre de santé veille à ce que les conditions soient réunies pour assurer une sortie satisfaisante du patient, il vérifie leur traçabilité dans le dossier du patient. Il s'assure de la qualité des informations délivrées si une fiche de liaison infirmière est constituée.

4. Le patient et son entourage

Ils sont également acteurs dans l'élaboration de la sortie.

Le patient participe activement à l'éducation thérapeutique. L'objectif est de créer un projet « patient-équipe ». C'est en s'impliquant dans la prise en charge médicale qu'il pourra obtenir une indépendance dans la gestion de sa pathologie, liberté conquise par la connaissance de sa maladie, des complications potentielles et des modalités de traitement.

L'entourage du patient joue également un rôle important. Il peut soutenir le patient, l'aider dans la prise en charge de sa maladie et le soulager de certaines contraintes qu'elle engendre. Il joue parfois le rôle de personne relais entre le monde médical et le patient.

E. Les modalités de préparation de la sortie

1. Information et éducation du patient

a) L'information médicale

(1) Historique et évolution du concept

L'information médicale dispensée par le médecin au patient fait partie intégrante de l'acte de soins et conditionne la qualité de la relation médecin-malade. Il est cependant intéressant de faire quelques pas en arrière et de constater que cette notion d'information du patient était autrefois sensiblement différente.

Au temps d'Hippocrate, célèbre médecin connu par son serment lu par l'impétrant avant de devenir docteur en médecine, l'information du patient était plutôt restreinte voir inexistante. On s'abstenait de lui apporter de mauvaises nouvelles et on lui cachait les données essentielles concernant son état de santé, évitant ainsi d'être nuisible à sa guérison (15). Ce concept de non information médicale, teintée d'une forme d'autoritarisme et de paternalisme du médecin envers son patient sera entretenu jusqu'au siècle des Lumières.

Sous l'influence de la philosophie des Lumières avec l'émergence de la notion d'individualité et du positionnement de l'humain dans la société, naît une nouvelle forme de discours. Ainsi, le professeur J. Gregory considère que « le médecin doit partager l'information avec les malades pour leur permettre d'accepter la décision médicale en connaissance de cause et pour favoriser leur obéissance ». Il persiste cette notion d'obéissance mais la notion d'information médicale apparaît.

Cependant le principe de bienveillance selon lequel le médecin sait ce qui est bon pour le patient prévaut toujours et la décision thérapeutique relève uniquement du jugement du médecin. Ainsi, le médecin anglais T. Percival affirme en 1803 que la vérité est plutôt nuisible à la santé et que la bienveillance du médecin rejoint, de principe, les intérêts du patient.

Puis vient le XXe siècle, siècle de la révolution industrielle, siècle où les progrès médicaux se font nombreux et où la position du médecin se modifie : du guérisseur tout-

puissant, il devient petit à petit un technicien de la santé, maniant le nouvel arsenal thérapeutique dont il dispose.

L'organisation du système de santé, avec notamment la création en 1945 de la sécurité sociale et la conversion de l'hôpital à des missions de service public, entraîne également une modification de la place du médecin dans la société et de ce fait un changement de rapport entre le thérapeute et son patient. Ainsi, la société n'hésite plus à contester le corps médical en revendiquant une meilleure information délivrée au patient. Un nouveau thème de réflexion émerge avec la notion d'humanisation de l'hôpital public. Ces mouvements sociaux contribuent à la naissance de textes juridiques, légiférant notamment sur la relation médecin – malade et sur la notion d'information médicale.

En France, c'est en 1936 suite à l'arrêt Mercier (16), arrêt de la cour de cassation, que la relation médecin patient est définie comme une relation contractuelle, impliquant par conséquent le consentement des parties contractantes et sous-tend de ce fait la nécessité de l'information du patient. Cette notion de consentement du patient s'étend à la chirurgie via l'arrêt Teyssier (17) en 1942 où « le chirurgien (...) est tenu, sauf cas de force majeure, d'obtenir le consentement du malade avant de pratiquer une opération ; en violant cette obligation imposée par le respect de la personne humaine, il commet une atteinte grave aux droits du malade ».

Les deux premiers codes de déontologie médicale de 1947 et de 1955 n'abordent pas véritablement le sujet de l'information médicale et se contentent de rappeler qu'il est important d'éclairer le malade ou sa famille sur les avantages et les sacrifices du traitement.

C'est en 1974 que la circulaire du 20 septembre (18), signée par Simone Veil, ministre de la santé, fait de l'information médicale un devoir envers le patient hospitalisé : « pour ce qui concerne votre état de santé, les examens qui seront faits, les traitements qui pourront être décidés, les médecins responsables ou le personnel soignant autorisé par ceux-ci vous informeront. Dans la mesure du possible, c'est le médecin qui vous informera à chaque fois ». L'information concernant la sortie du patient de l'hôpital est également mentionnée : « une ordonnance de sortie sera remise au patient afin de lui permettre de poursuivre son traitement et les indications nécessaires seront fournies au médecin que vous aurez désigné ».

Ces droits des malades étaient préalablement inscrits dans le décret du 14 janvier 1974 « relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers » (19) ; cette circulaire rend sa

diffusion obligatoire auprès de tous les malades des établissements généraux publics. La Charte du malade hospitalisé s'en fait aussitôt la traduction en termes usuels (20).

Ainsi, nous comprenons l'émergence et l'évolution du concept d'information du patient au cours de l'évolution de la médecine. Voyons maintenant les textes en vigueur.

(2) Réglementation actuelle

(a) Loi du 04 mars 2002 (4)

La loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, aussi appelée loi Kouchner, alors ministre de la Santé, a été promulguée par le gouvernement Jospin.

C'est la loi la plus récente en matière d'information et de droits du malade. Etablissant la notion juridique de droit des malades, elle instaure le droit des patients à être informé de leur état de santé et à disposer de la totalité de leur dossier médical. Le dossier médical personnel, créé par cette même loi, reste la propriété des patients.

L'information du patient est au cœur de cette loi. Elle est due au patient avant, pendant et après sa prise en charge et cette information doit être délivrée personnellement par le médecin, lors d'un entretien individuel. L'objectif est de permettre au patient de disposer de l'ensemble des données utiles à la compréhension de son état de santé et des nécessités thérapeutiques qui en découlent. Elle précise en outre qu'« aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

(b) Le code de déontologie médicale

Le code de déontologie, rédigé par l'Ordre des médecins, précise des dispositions réglementaires concernant l'exercice de la profession (21). Ces dispositions sont subordonnées aux textes légaux inscrits dans le code de la santé publique.

Le présent code, mis à jour le 30 janvier 2010, réitère le devoir d'information du patient : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension » (22).

Ce texte nous rappelle à notre pratique concernant les modalités d'information du patient : une information loyale, claire et appropriée.

(c) Charte de la personne hospitalisée

L'objectif de cette charte est de faire connaître aux personnes malades, accueillies dans les établissements de santé, leurs droits essentiels tels qu'ils sont affirmés par les lois - notamment la loi du 04 mars 2002 - et les principaux décrets, arrêtés, circulaires concernant ce sujet (23).

Le résumé de la charte est remis, dès son entrée dans l'établissement, à chaque personne hospitalisée.

Cette charte nous rappelle les fondements de l'information médicale : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé », « l'information donnée au patient doit être accessible, intelligible et loyale », « cette information doit être renouvelée si nécessaire », « le médecin répond avec tact et de façon adaptée aux questions qui lui sont posées ».

Elle rend garant les établissements de santé de la qualité de cette information : « Les établissements doivent veiller à ce que l'information médicale et sociale des personnes hospitalisées soit assurée et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles

difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information. Il revient à l'établissement et aux professionnels de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé ».

(d) Recommandations de l'HAS

L'évolution du droit et des représentations sociétales du monde médical fait du patient un partenaire et un acteur de ses soins. Ainsi, il se doit au cours d'une hospitalisation d'inclure l'information, la participation et le consentement du patient dans le protocole de soins.

Le manuel de certification des établissements V2010 (13) réserve une référence [ref.11] à ce sujet :

- Information du patient sur son état de santé et les soins proposés [11.a] ;
- Consentement et participation du patient [11.b] ;
- Information du patient en cas de dommage lié aux soins [11.c].

b) L'éducation du patient

Elle vient en complément de l'information du patient sur sa pathologie et les modalités de prise en charge de celle-ci. L'éducation du patient doit être envisagée comme un véritable apprentissage et débutée de façon précoce au cours de l'hospitalisation.

Elle doit porter sur:

- la prise en charge thérapeutique de la maladie : le traitement, les effets secondaires de ce traitement, les éventuelles interactions médicamenteuses, les conséquences de l'arrêt du traitement ;
- les éléments de surveillance de la maladie avec les paramètres de suivi et d'évolutivité et les signes d'alerte nécessitant un recours à un avis médical en urgence ;

- la gestion du quotidien avec les contraintes médicales secondaires à la maladie : les précautions à prendre, les réflexes à mettre en place pour ne pas oublier la prise du traitement, les règles hygiéno-diététiques, les soins éventuels...

Cette éducation favorise l'adhésion du patient au traitement et à la gestion de sa maladie. Elle lui permet de se responsabiliser, de devenir autonome et acteur de la prise en charge de sa pathologie.

2. Ordonnance de sortie

Afin d'assurer la continuité de la prise en charge médicale, le médecin hospitalier doit s'assurer que le patient dispose des éléments nécessaires pour recevoir les soins que son état de santé nécessite. De ce fait, il est fréquent que le praticien hospitalier remette au patient une ordonnance de sortie : prescription médicamenteuse, ordonnance de soins infirmiers, ordonnance d'examens complémentaires biologiques ou d'imagerie.

Dans un document d'évaluation des pratiques concernant la sortie du patient hospitalisé, l'HAS nous rappelle la qualité attendue de l'ordonnance de sortie.

Cette ordonnance de sortie doit :

- être lisible : ordonnance dactylographiée si possible, avec les noms de spécialités ou en DCI pour les médicaments génériques et les posologies inscrites en majuscules, ainsi que le nom et la qualité du rédacteur en majuscules afin que le pharmacien d'officine puisse l'identifier en cas de problème ;
- être pertinente quant aux choix des médicaments prescrits : usage de médicaments dont l'utilisation est familière ;
- inciter une bonne observance thérapeutique : ordonnance comportant peu de médicaments, prescrite pour une durée courte afin que le patient consulte rapidement son médecin traitant. L'ordonnance doit être expliquée au patient, notamment pour certains traitements nécessitant une surveillance particulière, et doit être comprise par le patient.

Le code de santé publique nous rappelle ces mêmes consignes en une phrase dans l'article R4127-34 : « Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution » (24).

3. Information du médecin traitant

On voit apparaître dans la circulaire du 18 décembre 1970 (25) les premiers écrits législatifs sur la communication entre l'hôpital et les médecins traitants : « à l'entrée de son malade dans un service hospitalier, le médecin de ville doit être informé, invité à rendre visite à son client et à prendre contact avec le médecin hospitalier. Ces relations entre l'hôpital et le médecin de ville s'imposent également, à plus forte raison, lors de la sortie du malade. Il appartient au service hospitalier de fournir alors au médecin traitant - à moins que le malade s'y oppose - un compte rendu complet et précis sur le diagnostic fait dans le service, les soins dispensés et, s'il y a lieu la thérapeutique recommandable pour la suite du traitement ».

Ces notions sont reprises clairement dans le décret du 14 janvier 1974 (19) avec la phrase suivante : le médecin traitant « doit être informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé » et doit recevoir « toutes les indications propres à le mettre en état de poursuivre s'il y a lieu la surveillance du malade ».

Actuellement, la loi du 4 mars 2002, formalise cette nécessité d'informer le médecin traitant en rappelant : « en fin de séjour hospitalier, les informations sont transmises à un médecin désigné (par le patient) ».

L'article R1112-2 du Code de la Santé Publique (26) nous rappelle que les informations formalisées établies lors de la sortie du patient comportent :

- le compte rendu d'hospitalisation et une lettre rédigée en fin de séjour ;
- la prescription de sortie et les doubles des ordonnances de sortie ;
- des informations concernant les modalités de sortie (domicile, autres structures).

4. Le compte rendu d'hospitalisation

Le Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH) est un élément d'information capital pour le médecin traitant. Il lui permet de comprendre la stratégie diagnostique et thérapeutique développée au cours de l'hospitalisation pour prendre en charge la pathologie de son patient et d'assurer ainsi la suite de la prise en charge médicale.

Le code de santé publique fait de cette nécessité d'information du médecin traitant un devoir légal (27) et prévoit que cette information doit être donnée dans le délai de 8 jours suivant la sortie (28).

Le manuel de certification V2010 de l'HAS (13) nous rappelle que « les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de la confidentialité » et que le « courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires » [référence 24].

Contenu du CRH : les informations jugées les plus importantes proposées par l'ANAES en 2001 sont :

- le détail du traitement (dosage, fréquence d'administration, durée envisagée) ;
- les résultats significatifs des examens réalisés durant l'hospitalisation ;
- les modalités de suivi conseillées ;
- les informations données au patient concernant le diagnostic de sa pathologie.

5. Mise en place d'aides humaines et matérielles

Une évaluation des besoins du patient dans son milieu de vie détermine la nécessité de mise en place d'aides humaines ou matérielles lors du retour à domicile du sujet. Les structures d'aides sont classiquement contactées et sollicitées par l'équipe hospitalière pour être efficiente dès la sortie de l'hôpital. Ce travail peut être réalisé par le cadre infirmier, l'assistante sociale ou le médecin, en fonction de l'organisation du service.

6. Intérêt de l'utilisation d'une grille de contrôle ?

L'HAS réalise en juin 2006 un audit clinique ciblé (ACC) sur la préparation de la sortie de l'hôpital. L'évaluation se fait en fonction de 18 critères, répartis de la façon suivante:

- 9 critères sur l'organisation de la sortie ;
- 4 critères sur l'information et la communication de la sortie ;
- 5 critères sur la continuité des soins.

F. Sortie du patient : un indicateur de la qualité de la prise en charge hospitalière?

Le projet COMPAQH (Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière), projet de recherche à visée opérationnelle né en 2003, a pour objectif de développer des indicateurs de qualité des soins (Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins ou IPAQSS) pour les établissements de santé et d'établir des modes d'utilisation efficaces de ces indicateurs (29). Ce projet est soutenu conjointement par le Ministère de la Santé et l'HAS.

Ont été définis 9 Objectifs Prioritaires (OP) dont l'OP n°2 concernant la continuité des soins intitulé « assurer la continuité de la prise en charge des patients ». Cet objectif comporte 7 IPAQSS. Un de ces indicateurs, l'IPAQSS n°2, nous intéresse particulièrement puisqu'il concerne le « délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ». C'est un indicateur de la coordination des soins entre les professionnels de l'établissement de santé et l'extérieur après la sortie du patient.

Cet indicateur, faisant référence en France, mesure le taux de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours.

Selon cet indicateur, deux niveaux de mesure distincts reflètent le degré de qualité obtenu :

- Niveau 1 : courrier de fin d'hospitalisation envoyé dans un délai inférieur ou égal à 8 jours.
- Niveau 2 : courrier conforme et envoyé dans un délai inférieur ou égal à 8 jours. Un courrier conforme est défini comme comportant les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins, soit : l'identité du destinataire, les dates d'entrée et de sortie, une synthèse du séjour et une trace écrite du traitement de sortie.

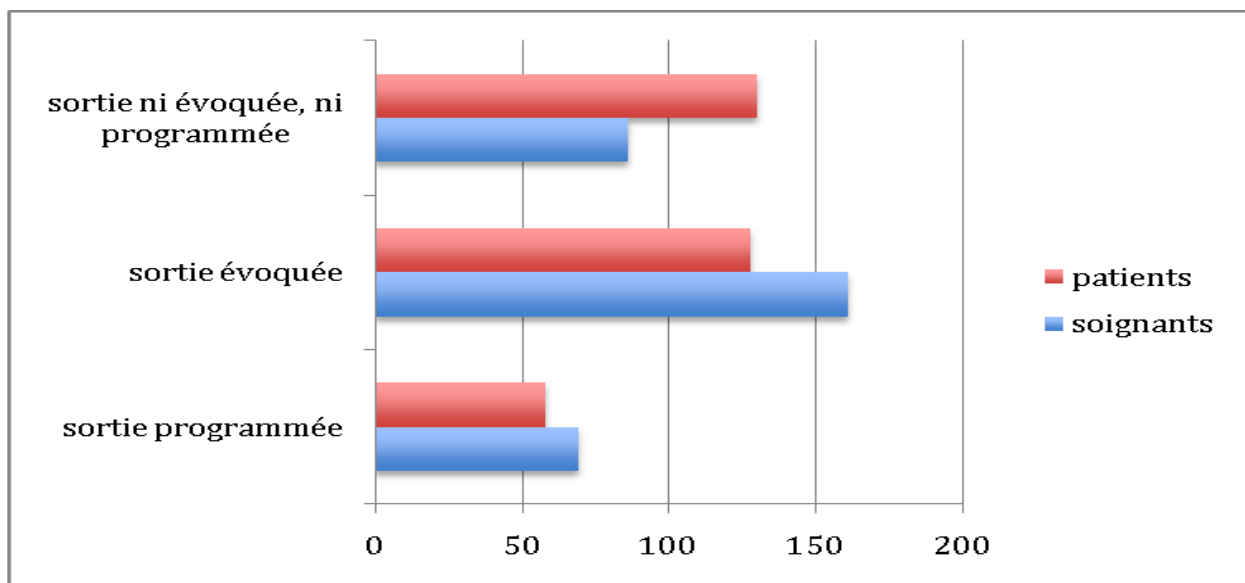
Le résultat donne un taux de conformité.

La préparation de la sortie du patient est bénéfique pour la prise en charge médicale du patient, pour assurer la continuité des soins et se montre être un indicateur de la qualité de la prise en charge médicale et de la structure hospitalière dans laquelle se déroule cette démarche.

Nous souhaitons conclure cette première partie en citant une étude prospective suisse (30) faite auprès de 254 patients dans un service de médecine interne de moyen séjour et qualifiée de qualitative par ses auteurs (questionnaires remplis lors d'entretiens semi structurés en interrogeant le même jour les patients et l'équipe soignante). L'objectif de cette étude était d'examiner les avis des patients hospitalisés et des membres de l'équipe soignante sur la durée de séjour considérée comme nécessaire et sur la politique de raccourcissement des séjours. La sortie était perçue comme programmée par une proportion semblable de patients (18%) et de soignants (22%). Le degré de préparation des sorties étaient cependant considéré comme plus avancé par les équipes que par les patients.

Les résultats montrent, selon les auteurs, que les avis des patients et des soignants sur la durée d'hospitalisation et la programmation de la sortie peuvent diverger notablement (figure 1).

Figure 1 Avis des patients et des soignants sur la programmation de la sortie



Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que les projets de sortie sont souvent discutés entre soignants avant d'être évoqués et programmés avec les patients. Ceci corrobore l'expérience clinique quotidienne qui atteste de la difficulté inhérente à l'élaboration du projet de sortie faisant l'objet d'une décision consensuelle.

Nous pouvons également invoquer les difficultés de compréhension intrinsèque à la communication humaine pour expliquer cette divergence de point de vue.

II. Communication hôpital ville autour de la sortie du patient

A. Transmission des informations médicales entre professionnels de santé

1. Historique et évolution du concept

La notion de communication entre l'hôpital et les médecins traitants est un sujet de réflexion important de par son impact sur la qualité de la continuité des soins entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. Les fondements y sont décrits dans la circulaire du 18 décembre 1970 (25) : « à l'entrée de son malade dans un service hospitalier, le médecin de ville doit être informé, invité à rendre visite à son client et à prendre contact avec le médecin hospitalier. Ces relations entre l'hôpital et le médecin de ville s'imposent également, et à plus forte raison, lors de la sortie du malade. Il appartient au service hospitalier de fournir alors au médecin traitant – à moins que le malade s'y oppose – un compte rendu complet et précis sur le diagnostic fait dans le service, les soins dispensés et, s'il y a lieu la thérapeutique recommandable pour la suite du traitement. »

Le décret du 14 janvier 1974 (19) renforce cette notion d'information du médecin traitant lors de la sortie du patient de l'hôpital : le médecin traitant « doit être informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé » et doit recevoir « toutes les indications propres à le mettre en état de poursuivre s'il y a lieu la surveillance du malade ».

Cette information médicale prend la forme d'un compte rendu d'hospitalisation via le décret du 7 mars 1974 (31) : « sous réserve de l'accord du malade, le chef de service hospitalier concerné adresse au médecin désigné par le malade, par voie postale, dans un délai maximum de huit jours suivant la sortie, une lettre l'informant de cette sortie ».

Nous voyons ainsi se profiler la notion de communication médicale telle qu'elle est envisagée actuellement. Force est de rappeler que cette communication médicale ne peut se faire que dans un cadre juridique clair et défini par le secret médical partagé.

2. Secret médical partagé :

Le secret médical, principe reconnu depuis toujours dans l'exercice de la pratique médicale, conditionne l'acte de soins et en assure sa confidentialité. Le Serment d'Hippocrate nous le rappelle en ces termes : « admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés » (32). Le code de la Santé Publique transforme ce devoir du médecin en un droit fondamental du patient : « Toute personne prise en charge par un professionnel de santé (...) a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations le concernant. » (4, 33).

Toutefois, nous comprenons aisément que la pluridisciplinarité médicale impose régulièrement la communication d'informations médicales entre professionnels de santé autour d'un patient commun.

Ainsi ces deux concepts antinomiques que sont le secret médical et la transmission des informations médicales entre professionnels de santé se font face quotidiennement dans l'exercice de tout praticien. La notion de secret médical partagé a ainsi trouvé sa place en permettant aux professionnels ayant en charge un patient commun l'échange d'informations nécessaires à l'efficacité et à la continuité des soins prodigués. La levée du secret médical se fait afin d'assurer la qualité globale de la prise en charge proposée et ce uniquement entre professionnels soignant un même patient (34).

Le code de la santé publique et le code de déontologie médicale affirment cette nécessité de secret médical partagé en précisant : « Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins » (33, 35).

3. Textes et réglementations en vigueur

Le code de la Santé Publique et le code de Déontologie Médicale donnent obligation au médecin hospitalier de « prendre toutes les dispositions pour que soit assurée la continuité des soins entre les médecins hospitaliers et les médecins traitants » (36). L'article 63 du Code de Déontologie Médicale nous précise que « le médecin qui prend en charge un malade à

l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le praticien désigné par le malade ou son entourage. Il doit le tenir informé des décisions auxquelles ce praticien sera associé, dans toute la mesure du possible» (37).

La loi confirme que la responsabilité de la transmission des informations médicales est portée par les établissements de soins : « Les établissements de santé (...) sont tenus d'informer par lettre le praticien désigné par le malade hospitalisé ou sa famille de la date et de l'heure de l'admission du malade et du service concerné. » Ce praticien, ayant eu connaissance de l'hospitalisation de son patient est invité à « prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier. » Il peut également faire une demande écrite pour suivre l'évolution de la prise en charge médicale de son patient. Dans ce cas, « en cours d'hospitalisation, le chef de service communique au praticien désigné (...) toutes informations significatives relatives à l'état du malade ».

4. Le rôle central du médecin traitant

Le « dispositif » du médecin traitant, instauré par la loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004 incite chaque citoyen à choisir un médecin traitant. Ce dispositif confirme et renforce le rôle central du médecin traitant dans la prise en charge médicale de son patient (38) Cette loi précise l'ensemble de ses missions, notamment celle de « favoriser la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et l'intégration de cette synthèse dans le dossier médical personnel ». Le médecin traitant orchestre ainsi le parcours de soins de son patient et l'oriente, si besoin, vers les professionnels de santé adaptés. Il assure le recueil des informations médicales dispensées par les spécialistes sollicités.

Le médecin traitant devient ainsi le coordinateur du parcours de soins de son patient ; pour ce faire, l'échange d'informations médicales avec les autres professionnels de santé est indispensable. La qualité de son travail est conditionnée par la pertinence de la communication médicale entretenue avec les spécialistes. C'est ainsi un devoir d'information réciproque qui lie les médecins spécialistes et les médecins généralistes.

L'HAS inclut d'ailleurs la mention des coordonnées de tous les professionnels de santé dans ses recommandations quant à la tenue du dossier médical hospitalier.

Nous comprenons bien que la transmission des informations médicales entre professionnels de santé est un élément capital dans la continuité des soins. Il a paru nécessaire de légiférer à ce sujet afin de donner un cadre légal à cette communication médicale et de placer le médecin traitant comme garant de la bonne coordination des soins entre les différents professionnels de santé. Voyons désormais les modalités de transmission des informations médicales : quels sont les différents supports de l'information médicale ? Par quel moyen la communique-t-on ?

B. Modalités de transmission des informations médicales

1. Support et contenu de l'information médicale

a) Dossier médical

Pour les professionnels de santé, le dossier médical constitue un instrument de travail et d'échanges entre confrères, consignait la démarche diagnostique, thérapeutique ou préventive et les soins dont le patient a bénéficié. Il est un outil indispensable pour la synthèse, l'organisation et la traçabilité des soins.

Le dossier médical offre de bonnes conditions pour le recueil et la conservation des informations détenues par les professionnels de santé et les établissements de santé. La tenue du dossier doit permettre de répondre à toute demande de consultation ou de transmission d'informations, émanant de professionnels de santé ou de patients. Tout professionnel de santé doit veiller à la qualité de cet outil.

Dans les établissements de santé, un dossier médical est constitué pour chaque patient, dès son admission (39). Ce dossier est organisé en trois parties : la première partie concerne les informations recueillies lors de l'admission et au cours du séjour hospitalier, la deuxième partie comprend les informations formalisées établies à la fin du séjour et

comportent notamment le compte rendu d'hospitalisation et/ou la lettre rédigée à l'occasion de la sortie, la prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie, les modalités de sortie et la fiche de liaison infirmière. Dans la troisième partie sont recueillies des informations personnelles concernant le patient et éventuellement son entourage, n'intervenant pas directement dans la prise en charge thérapeutique. Ce dossier médical permet d'assurer un suivi du patient au cours d'une même hospitalisation ou lors d'hospitalisations répétées.

Rappelons que le dossier médical remplit d'autres fonctions : c'est un outil médico-légal, c'est aussi un outil de formation et d'évaluation et également un support d'informations indispensable pour améliorer les pratiques dans le respect des règles en vigueur. On peut considérer le dossier comme un élément d'évaluation de la qualité des soins.

Il en est de même pour les dossiers médicaux en médecine générale. Le principe et le contenu sont similaires à ceux décrits précédemment, ils peuvent également être un outil d'évaluation de la qualité des soins. Ainsi, en juillet 2003, le service d'Evaluation des pratiques de l'ANAES propose aux médecins libéraux une auto-évaluation de la tenue des dossiers médicaux de leurs patients avec des critères d'évaluation concernant les données administratives et médicales devant être contenues dans le dossier, une grille de recueil des informations et une feuille d'aide à l'interprétation des résultats (40).

En ville ou à l'hôpital, le dossier médical, à condition d'être exhaustif, structuré et exploitable, nous semble un outil indispensable à la qualité de la prise en charge médicale et au suivi du patient.

b) Carnet de santé

Le carnet de santé a pour objet de faciliter le suivi des malades et leur orientation dans le système de soins (41). Une des mesures introduites par l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (42), est de généraliser du carnet de santé à l'ensemble de la population. L'objectif assigné à ce nouvel instrument

est d'assurer une meilleure coordination des soins en améliorant l'information mutuelle entre le médecin traitant et les autres professionnels.

Il existe deux types de carnet de santé :

- le carnet de santé des assurés sociaux : l'ordonnance d'avril 1996 prévoit que tout patient de plus de 16 ans possède un carnet de santé, instrument de liaison entre les différents personnels de santé, « afin de favoriser la continuité des soins ».
- le carnet de santé de l'enfant : le carnet de santé est délivré à la naissance ou par le service de protection maternelle et infantile.

Le texte ne précise pas les informations médicales qui doivent être mentionnées : « les médecins (traitants) doivent porter sur le carnet de santé, dans le respect des règles de déontologie, les constatations pertinentes pour le suivi médical du patient ». A la fin d'une hospitalisation, le carnet de santé est rempli par le ou les médecins ayant pris en charge l'intéressé.

Il semble, à l'heure actuelle, que le carnet de santé des plus de 16 ans soit peu utilisé et n'ait pas répondu à sa mission. Les patients en sont rarement en possession, ne le présentent pas de façon spontanée aux médecins les prenant en charge et les médecins le demandent rarement lors d'une consultation ou à la suite d'une hospitalisation.

c) Dossier Médical Personnel :

Créé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le Dossier Médical Personnel (DMP) est un service conçu pour contribuer à « l'amélioration de la coordination, de la continuité et donc de la qualité des soins » (42).

Le DMP est un ensemble de services permettant au patient et aux professionnels de santé de partager sous forme électronique, des « informations de santé jugées utiles et pertinentes pour améliorer la prévention, la continuité, la coordination et la qualité des soins ».

Le DMP est à la fois personnel et partagé :

- personnel : car il contient des données de santé personnelles du patient; c'est aussi ce dernier qui décide quels sont les professionnels de santé autorisés à le consulter. Le DMP est un droit instauré par la loi, il n'est pas obligatoire ; chaque assuré le souhaitant doit pouvoir en bénéficier.
- partagé : car il est au service des professionnels de santé en vue d'une meilleure coordination des soins.

Objet d'expérimentations en 2006, puis d'un appel à projets en 2007, le DMP s'est trouvé confronté à des difficultés liées à son environnement : systèmes d'information non communicants, nécessité de bénéficier d'un outil informatique complet et d'un réseau internet type ADSL, développement insuffisant des systèmes d'information de production de soins à l'hôpital, organisation de soins cloisonnée, absence de sécurisation des données médicales des patients par certains hébergeurs entraînant un problème de confidentialité des informations contenues dans le DMP, offre industrielle dispersée et non cohérente, etc... (43, 44)

Au terme de différents travaux commandés à ce sujet (rapport IGF/IGAS/CGTI en novembre 2007, rapport Gagneux en mai 2009, rapport de la Cour des Comptes en février 2009), la ministre de la Santé et des Sports, Mme Roselyne Bachelot-Narquin a décidé la relance du DMP et des systèmes d'information partagés de santé dans le contexte d'une gouvernance renouvelée avec la création des Agences Régionales de Santé (ARS). Des groupes de réflexion associant la CNIL, le ministère de la Santé, les industriels et la CNAMTS ont conduit à la construction d'un cadre d'interopérabilité et à l'élaboration du programme Identifiant National de Santé.

Inscrite dans cette perspective, la création de l'ASIP Santé (Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé) répond à l'objectif de créer et mettre en œuvre les conditions favorables au déploiement de systèmes d'information partagés de santé en cohérence avec un cadre national : identifiant national de santé, référentiels d'interopérabilité, mobilisation des acteurs, accompagnement des utilisateurs.

Ainsi le 9 avril 2010, lors de la journée nationale industrielle de l'ASIP Santé, le lancement opérationnel du DMP est annoncé pour le 9 décembre 2010.

Afin de permettre la construction et la diffusion des systèmes d'information de santé, les maîtrises d'ouvrage territoriales, appuyées par les ARS, sont invitées à se structurer et à se doter de moyens qui leur permettront d'organiser le déploiement de la première version du DMP fin 2010 et l'expérimentation des services spécialisés. Ils piloteront les nouveaux Espaces Numériques Régionaux de Santé (ENRS), espaces de services dématérialisés, respectant le cadre d'interopérabilité et les référentiels promus par l'ASIP Santé, tout en répondant aux besoins régionaux de santé.

Le DMP se veut être un outil de recueil et de partage de données de santé, disponible en tout point du territoire, à tout moment. Ces données médicales comprennent par exemple :

- les antécédents et les allergies de la personne ;
- les prescriptions médicamenteuses récentes ;
- les prescriptions dispensées au patient par le pharmacien ;
- les comptes-rendus d'hospitalisation et de consultation, les résultats des examens complémentaires (biologie, radiologie...) ;
- tout document jugé utile à la coordination des soins par le professionnel de santé qui en est l'auteur.

Les informations contenues dans le DMP « sont accessibles de façon totalement sécurisée », pour le patient via un navigateur internet et pour les professionnels de santé, via leur logiciel habituel sous forme de nouveaux services intégrés ou via un navigateur internet standard. L'Identifiant National de Santé (INS) est la clé d'accès au DMP, utilisée conjointement avec la Carte de Professionnel de Santé (CPS) permettant d'identifier l'intervenant sur le DMP ou avec un certificat collectif pour les structures hospitalières. Pour les Urgences et le SAMU, un mode « bris de glace » permet d'accéder directement au DMP. L'alimentation du DMP ne peut se faire que par les professionnels de santé avec des documents jugés utiles à la coordination des soins et dont le format est conforme au cadre d'interopérabilité. Certains documents peuvent « être déclarés sensibles et être non visibles au patient en attente de la consultation d'annonce ». Certains documents peuvent également être dépubliés à la demande du patient, de même que des documents peuvent être masqués par le patient et ne sont dans ce cas visibles que par le médecin traitant et le professionnel de santé

auteur du document. L'accès du patient à son DMP se fera progressivement, dans le cadre d'expérimentations avant généralisation.

Dans le cadre de son premier cycle de développement (2010-2013), le DMP a vocation de proposer deux types de service, qui « reposent sur un hébergement national de documents et des services de confiance intégrés » :

- Les services de partage de documents entre les professionnels de santé ;
- Les services mis à disposition des patients.

Le DMP constitue également un support pour le développement de nouvelles pratiques médicales comme la télémédecine. Il permettra le développement, par les éditeurs de logiciels de professionnels de santé, de services porteurs d'une valeur médicale supplémentaire, comme les services d'aide à la décision. Il doit également servir d'appui au développement de nouveaux services à destination des patients, notamment à travers des applications Internet.

L'ASIP conclut une des présentations sur le DMP par la réflexion suivante : « Le DMP pour tous et pour l'amélioration de la qualité des soins se construira donc progressivement : c'est une affaire d'étapes, de concertation, de retours d'expérience. Il agit naturellement comme un catalyseur pour la modernisation et la recherche d'une meilleure efficacité de notre système de santé. »

Il nous paraît évident, concernant la transmission des informations médicales suite à une hospitalisation, que ce type de dispositif, s'il se montre opérationnel et efficace sera un outil modifiant radicalement les délais et la qualité de la communication médicale.

Après avoir abordé le contenu des informations médicales et leur support, observons désormais quels sont les moyens de communications actuels de ces données confidentielles.

2. Moyens de communication

- Le courrier :

C'est actuellement le moyen le plus usité pour la communication médicale. Les comptes-rendus d'hospitalisation, aussi appelés courriers de sortie, sont habituellement adressés aux médecins généralistes concernés par envoi postal. La confidentialité des informations médicales est respectée, on peut considérer ce moyen de communication comme fiable et sûr. Il faut, par contre, tenir compte du délai entre l'élaboration et la réception de ce courrier. Ce délai est inhérent aux différentes étapes de l'élaboration du CRH et à d'éventuelles difficultés rencontrées :

- ◇ Elaboration du CRH par le médecin : obtention de l'ensemble des résultats validés par le laboratoire, regroupement de l'ensemble des éléments du dossier, temps de préparation du CRH, difficultés d'expression française pour certains médecins étrangers ;
- ◇ Dactylographie du CRH par la secrétaire : temps de secrétariat insuffisant, retard dans la mise à jour des courriers ;
- ◇ Acheminement et prise de connaissance du CRH par le destinataire.

L'addition des temps indispensables à chaque étape forme un délai non négligeable entre la création et la lecture du CRH qui semble retarder l'efficacité de la communication entre professionnels de santé. À l'heure où règnent les autoroutes de l'information et le multimédia, il semble que ce mode de communication, bien que encore très utilisé, ne soit pas représentatif des capacités technologiques de notre siècle.

- Le téléphone :

L'appel téléphonique est un moyen de communication rapide, fiable, efficace et financièrement peu coûteux. Le médecin désigné peut être averti précocement de la sortie du patient et des conclusions de l'hospitalisation. Reste toutefois la difficulté de joindre le médecin traitant. C'est parfois après plusieurs appels itératifs que la communication médicale s'établit enfin. La ligne portable peut parfois faciliter cette démarche.

Ce moyen de communication pose deux autres problèmes : celui de la confidentialité, on ne peut s'assurer de l'identité de la personne avec laquelle on communique et celui de la traçabilité, les communications téléphoniques hospitalières, en dehors du Centre 15, ne sont pas enregistrées.

En cas de décès, ce moyen de communication semble pertinent afin que le médecin traitant soit informé rapidement de la situation de son patient et puisse éventuellement répondre à une famille en deuil. Ainsi, le centre hospitalier intercommunal de Fréjus - Saint-Raphaël a mis en place une procédure commune à l'ensemble des secrétariats médicaux des services d'hospitalisation (46). Cette procédure charge les secrétaires médicales de contacter le cabinet médical du médecin traitant concerné le plus rapidement possible après le décès du patient afin d'en informer le médecin ou son secrétariat. Si le médecin traitant souhaite obtenir plus de renseignements d'ordre médical, il est mis en contact avec un des praticiens hospitaliers du service. A titre indicatif, ce centre hospitalier enregistre entre 500 et 550 décès sur l'année. Bien qu'il n'existe pas de textes législatifs à ce propos, le CNOM a recommandé dans ses commentaires au Code de déontologie de prévenir téléphoniquement le médecin traitant du décès d'un de ses patients (47).

Cet outil de communication permet la discussion autour d'un cas et l'échange instantané d'informations entre professionnels médicaux. Afin d'illustrer l'efficacité de cette méthode nous citerons l'Association pour une Bonne Coordination Diagnostique (ABCD) de l'Hôtel Dieu à Paris qui offre aux généralistes adhérents la possibilité de demander par téléphone un avis diagnostique à un spécialiste hospitalier et d'obtenir une réponse immédiate, via un simple secrétariat téléphonique. Si des investigations complémentaires sont nécessaires, l'accès du malade à l'hôpital est organisé. L'objectif de ce système est d'accélérer et d'améliorer le processus diagnostique et de faciliter le passage du malade à travers un réseau de soins organisé. Nous pensons également au système d'astreinte instauré dans le service de maladies infectieuses et tropicales du Pr.MAY du CHU de Nancy : un téléphone portable d'astreinte permet aux médecins du CHU ou à des médecins libéraux de joindre, de jour comme de nuit, le praticien hospitalier infectiologue d'astreinte pour répondre à des questions sur une modalité diagnostique ou thérapeutique d'une prise en charge en infectiologie.

- Le fax :

C'est un outil utilisé par le monde libéral pour communiquer rapidement avec le monde hospitalier : recevoir un CRH lors d'une consultation auprès d'un patient récemment hospitalisé et pour lequel le médecin traitant n'a encore aucune information, adresser aux praticiens hospitaliers des données sur les antécédents ou le traitement d'un patient venant d'être admis à l'hôpital. Le fax est également largement utilisé par les laboratoires d'analyses médicales pour fournir des résultats paraissant urgents aux médecins généralistes (INR hors normes, bilan infectieux problématique...). Ce moyen de communication est un bon moyen d'échange urgent d'information médicale. Se pose cependant le problème de la confidentialité des documents faxés : mauvais numéro, plusieurs utilisateurs d'un même fax, envoi ou réimpression différés. Par ailleurs, le fax ne se prête pas à l'envoi d'autres informations telles que l'imagerie médicale, par exemple. Enfin, la communication via cet outil peut être parasitée par des envois publicitaires qui exposent à un risque de perte des informations médicales indispensables.

- Les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) :

Elles regroupent les techniques utilisées dans le traitement et la transmission des informations, principalement de l'informatique, d'internet et des télécommunications. Les NTIC concernent pleinement le domaine médical (48), permettant :

- ◇ le partage des informations de santé, comme par exemple le DMP ou encore la télémédecine ;
- ◇ le développement des systèmes d'information hospitaliers facilitant la gestion de l'ensemble des informations médicales et administratives d'un hôpital ;
- ◇ l'accès à de nombreuses banques d'informations et de connaissances sur Internet.

Concernant la transmission des informations médicales suite à l'hospitalisation d'un patient, les NTIC sont utilisées selon différentes modalités, comme par exemple Apycript (49). La transmission des messages cryptés est le moyen de communication médicale électronique le plus utilisé. En effet, cet outil, simple d'utilisation, est disponible sur l'ensemble du territoire pour chaque médecin informatisé et respecte les consignes juridiques de sécurité et de confidentialité. Cette méthode de cryptage des informations médicales a été créée en 1996 par l'Association pour la Promotion de l'Informatisation et de la

Communication en Médecine (APICEM) fondée pour favoriser l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans l'exercice de la médecine. L'APICEM est validée et approuvée par la CNIL, sans quoi cette méthode ne pourrait être proposée aux professionnels de santé. Apycript utilise un double cryptage des données via des clefs très lourdes, propres à chaque utilisateur. Ce système peut s'adapter à partir de tout type de système d'exploitation (MacOs, Windows, Linux) et peut fonctionner également avec tous les fournisseurs d'accès internet. Il s'applique aussi bien à l'exercice libéral qu'à la pratique hospitalière.

Mi-juillet 2010, APICEM recense l'adhésion apycript de 23053 médecins libéraux, 2373 laboratoires et 623 établissements de soins (données reçues sur demande par le Service technique Apycript).

3. Les difficultés rencontrées par le médecin traitant

Une étude réalisée en 2006 auprès de 50 médecins généralistes de Paris et de Seine-Saint-Denis explorait certains aspects de la communication entre la médecine de ville et la médecine hospitalière : les circuits d'information, la quantité et la qualité des informations reçues (50). D'après les résultats de cette enquête, trois raisons expliquent les difficultés de la communication avec l'hôpital :

- indisponibilité des médecins hospitaliers et difficultés à les joindre ;
- instabilité des correspondants hospitaliers ;
- méconnaissance de la pratique de ville.

Les médecins généralistes interrogés semblent satisfaits de l'information échangée sur le plan quantitatif (près de 8 retours d'informations pour 10 patients adressés par médecin généraliste) mais pas sur le plan qualitatif. Le défaut de qualité d'informations reçues par les médecins généralistes, jugées « insuffisamment exhaustive », est une remarque récurrente.

Les résultats de cette étude nous amènent à nous interroger sur les raisons de cette insuffisance de communication et d'échange d'informations : est-ce le seul fait du type de prise en charge proposée ? Ou est-ce liée à une divergence de prise en charge entre la ville et l'hôpital ? En effet la prise en charge hospitalière permet d'obtenir une synthèse sur une

pathologie médicale donnée via des examens complémentaires, un diagnostic objectivable et la mise en place du traitement précis adapté. Le compte-rendu d'hospitalisation reflète les éléments chiffrables et objectivables obtenus et/ou instaurés au cours de l'hospitalisation. *A contrario*, la prise en charge en médecine générale se veut holistique ; le cabinet du médecin est un lieu de soin global, s'étalant sur du long terme, là où se rejoignent les champs du médical, du social et du psychisme. Les médecins généralistes ne peuvent peut-être pas attendre de l'hôpital une information qui relève de la spécificité de leur exercice.

Cette étude nous révèle un autre constat : les médecins généralistes ont peu de contacts directs avec leurs collègues hospitaliers, leurs réseaux sont restreints avec peu de correspondants hospitaliers privilégiés. Les $\frac{3}{4}$ des médecins interrogés ne se sentent pas associés au projet thérapeutique de leurs patients lors de leurs hospitalisations.

Ces constatations nous évoquent la définition que proposait un sociologue spécialiste de la profession médicale il y a déjà plusieurs années : « une juxtaposition de petits cercles de médecins intérieurement homogènes et déconnectés les uns des autres » (51).

À la lumière des résultats obtenus dans notre étude, nous essayerons d'analyser l'état de la communication entre les médecins libéraux et les médecins hospitaliers ; désormais, intéressons nous aux objectifs de cette transmission d'informations : que nous apporte-t-elle sur la qualité du service médical ? Quels sont ses intérêts à échelle individuelle ? Et à échelle nationale ?

III. Objectifs du processus de prise en charge de la sortie du patient

A. Echelle individuelle

- amélioration de la qualité de la PEC ?
- amélioration de la coordination entre professionnels de santé ?
- impact sur l'état de santé du patient ?

Certains textes de lois répondent à nos questions en mettant en relation direct le rôle central du médecin traitant comme coordinateur de soins, centralisant les informations

médicales reçues des différents collègues spécialistes avec la qualité de la prise en charge médicale et la diminution des dépenses de santé.

La loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (38) confie aux partenaires conventionnels l'organisation du suivi médical du patient, sur la base de son dossier médical personnel, tenu et géré par le médecin traitant qu'il a choisi. Elle les charge également de définir les modalités de l'accompagnement du patient, tout au long de son parcours dans le système de soins, à partir du médecin traitant qui l'oriente vers d'autres soignants lorsque son état de santé le requiert. L'objectif de ces deux dispositifs est de garantir la qualité des soins, par une organisation et une utilisation plus cohérente du système de santé, résultant d'une structuration plus explicite des soins de première et seconde intention.

L'arrêté ministériel du 3 février 2005, paru dans le JO du 11 février 2005, porte approbation à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, cosigné par X.BERTRAND, alors secrétaire d'Etat à l'assurance maladie et P.DOUSTE-BLAZY qui assurait les fonctions de ministre de solidarités, de la santé et de la famille (52). Cet arrêté nous informe des modalités proposées par la convention nationale pour améliorer la coordination des soins, gage de la qualité des soins dispensés :

- position du médecin généraliste comme « spécialiste de premier recours » ;
- le médecin généraliste doit s'appuyer sur un réseau de professionnels de santé, en ville ou à l'hôpital, qu'il sait pouvoir consulter pour un avis diagnostique ou thérapeutique concernant son patient ;
- la prévention et l'éducation thérapeutique s'inscrivent naturellement dans le lien privilégié créé avec son patient ;
- la répétition d'actes médicaux ou paramédicaux redondants et inutiles devient exceptionnelle ;
- ce dispositif coordonné est incitatif pour le patient comme pour ses praticiens.

Ce dispositif invite également les signataires à s'engager sur la voie d'une régulation médicalisée des dépenses de santé. Compte tenu de la gravité de la situation financière de l'assurance maladie, l'objectif est d'améliorer l'efficacité du système de santé, tout en exerçant une médecine dans le respect des référentiels médicaux scientifiquement validés.

B. Intérêt collectif ?

S'il peut paraître utopiste de vouloir plafonner les dépenses de santé, il semble en revanche de plus en plus indispensable de rechercher le meilleur rapport entre le coût et l'efficacité des soins de santé, sans réduire leur qualité ni accroître les inégalités. Les professionnels de santé doivent ainsi accepter de moduler leurs pratiques à la recherche de solutions plus efficaces, au moindre coût, dans le respect des principes éthiques d'égalité et d'accès aux soins pour tous.

L'offre de soins souffre d'un cloisonnement important, notamment concernant les relations entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Cette scission perturbe l'approche globale et cohérente du patient, mais aussi le développement des alternatives à l'hospitalisation. L'hôpital doit s'organiser, dans le cadre de réseaux de soins ville-hôpital, avec des partenaires tels que les médecins généralistes, les services de soins à domicile, l'hospitalisation à domicile, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes... Ce système de réseaux de soins peut permettre le transfert de compétences entre l'hôpital public et la médecine libérale pour la réalisation d'actes à moindre coût (à travers le service d'accueil des urgences, par exemple, l'hôpital public effectue des actes qui pourraient être moins onéreux en étant réalisés par un médecin généraliste). Une communication médicale pertinente et efficace est indispensable au bon fonctionnement de ces réseaux de soins.

L'hôpital doit être un élément moteur dans la mise en œuvre des réseaux de soins ville-hôpital avec les autres partenaires institutionnels. Cette évolution sera possible « si les acteurs de santé investissent dans les nouvelles technologies de l'information et de la communication en santé permettant de garantir la continuité des soins, mais aussi la sécurité du dossier médical du patient » (53).

La mise en place du DMP devrait contribuer à réduire la séparation existante entre l'hôpital et la médecine de ville et présenter de nombreux avantages pour les professionnels de santé (54). Il permettra un meilleur suivi du patient grâce à une information en temps réel sur l'évolution de sa maladie et sur les examens réalisés, notamment à l'hôpital. Il facilitera ainsi la communication entre ces deux entités au fonctionnement bien différent.

La notion des dépenses de santé et de leur maîtrise est un vaste sujet qui fait l'objet de différentes recherches par les instances étatiques : le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), l'Assemblée nationale... et mériterait d'être appréhendé de façon plus approfondie.

MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête épidémiologique descriptive, transversale, réalisée auprès des médecins généralistes meusiens au moyen d'un questionnaire auto administré, envoyé à leur adresse professionnelle.

II. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est d'évaluer le degré de satisfaction des médecins généralistes du territoire sanitaire meusien concernant les modalités de sortie de leur patient du centre hospitalier avec lequel ils travaillent habituellement, d'évaluer leur degré de satisfaction concernant les conditions de retour à domicile de leur patient, d'identifier les dysfonctionnements qu'ils perçoivent et d'étudier leurs propositions d'amélioration à ce sujet.

III. Matériel et méthode

A. Etude pilote

Un premier questionnaire, réalisé début 2009 en collaboration avec V. COEVOET, a été soumis à un échantillon de médecins généralistes du secteur de recrutement du CH de Verdun (CHV). Pour définir ce secteur nous avons utilisé un classement des communes meusiennes regroupées par code postal et calculé un taux de pénétration égal au rapport entre le nombre de patients du CHV résidant dans un groupe de communes donné divisé par la population total de ce groupe de communes. Le taux de pénétration s'exprime en nombre de patients pour 100 habitants.

Le classement des communes meusiennes en fonction de leur taux de pénétration montre qu'elles se répartissent en deux groupes : des communes ayant un taux de pénétration faible (compris entre 0,03 et 2,07) et des communes dont le taux de pénétration est élevé (compris entre 7,30 et 14,89). Nous avons donc décidé de définir le secteur de recrutement du CHV comme la zone géographique regroupant toutes les communes ayant un taux de pénétration supérieur ou égal à 7,30.

Soixante seize médecins généralistes ont été recensés dans ce secteur, et 3 d'entre eux ont été exclus de l'étude car ils exerçaient également une activité au sein du CHV. Nous avons donc choisi de tirer au sort, parmi les 73 médecins restants, un échantillon de 20 médecins.

Un questionnaire relatif aux conditions de sortie des patients hospitalisés dans l'établissement a été soumis aux 20 médecins. La démarche consistait à appeler les médecins sélectionnés, à leur présenter l'objectif de l'étude et à leur proposer de prendre un rendez-vous téléphonique à une date qu'ils choisissaient afin de recueillir leurs réponses. S'ils acceptaient, un exemplaire du questionnaire leur était faxé à l'avance afin qu'ils puissent prendre connaissance des questions au préalable.

Le recueil des données a été effectué du 16/12/2008 au 05/01/2009. La saisie a été effectuée dans le logiciel Access 2002.

Dix-sept médecins ont participé à l'étude : une femme (6%) et 16 hommes (94%). Trois médecins ont refusé de participer à cette étude : par manque de temps pour 2 d'entre eux, par manque d'intérêt pour le troisième. Trente-cinq pourcents des médecins interrogés avaient entre 35 et 49 ans, 65% avaient 50 ans et plus.

Le résumé des résultats de cette étude est le suivant : 36% des médecins interrogés ne sont pas du tout ou peu satisfaits de la façon dont ils sont informés de cette sortie et 12% ne sont pas du tout ou peu satisfaits des conditions de sortie de leurs patients. Cette enquête a montré que plusieurs points du processus de sortie des patients hospitalisés au CHV posaient problèmes aux médecins généralistes du secteur. Ceux-ci concernent majoritairement la communication.

De par les résultats obtenus, cette étude pilote a conforté l'hypothèse selon laquelle la communication entre l'hôpital et les médecins généralistes autour de la sortie du patient de l'hôpital n'est pas optimale et mérite d'être améliorée. En incluant un plus grand nombre de

médecins généralistes, nous espérons proposer une vision plus représentative du point de vue des médecins traitants concernant les modalités de sortie des patients de l'hôpital. Ainsi, en identifiant les différents dysfonctionnements constatés par les médecins généralistes au cours de la sortie des patients et en tenant compte des suggestions faites, nous souhaitons montrer qu'il existe un potentiel d'amélioration de la communication entre les praticiens hospitaliers et les médecins libéraux et quelles en sont les voies de développement.

Par ailleurs, cette étude nous a permis de tester notre questionnaire et de reformuler certaines questions qui n'avaient pas été interprétées par les médecins interrogés comme nous l'attendions. Ce sujet sera abordé dans la discussion de la méthodologie de notre thèse.

B. Présentation de l'étude

1. Echantillonnage

La population visée concernait les médecins généralistes installés, inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins de Meuse, le 1er juillet 2009, développant une activité de médecine générale et travaillant avec des centres hospitaliers généraux se situant sur le territoire meusien.

Le conseil de l'ordre nous a fourni une liste de 157 médecins; l'échantillon était exhaustif.

Il ne nous a pas paru utile d'inclure les médecins ayant une activité particulière telle que l'ostéopathie, l'allergologie, l'angiologie ou encore la médecine chinoise. Ainsi, nous avons exclu de cette population cible deux médecins ostéopathes, un médecin ayant une activité centrée sur l'acupuncture, un médecin allergologue et un médecin angéiologue.

Par ailleurs, deux autres médecins n'ont pas été inclus dans la population étudiée, le premier était collaborateur libéral d'un cabinet de groupe, le second était installé sur le territoire meusien mais travaillait essentiellement avec un centre hospitalier de Haute-Marne.

La population source regroupe donc 150 médecins généralistes, répertoriés à l'Ordre des médecins le 1er juillet 2009, installés et exerçant sur le territoire meusien, en collaboration avec les centres hospitaliers généraux du département 55.

2. Présentation du questionnaire (annexe 1)

Les questions adressées aux médecins généralistes portent sur une appréciation globale des modalités de sortie de l'hôpital en général sans tenir compte du service. Les médecins généralistes meusiens collaborent habituellement avec le CHV ou avec le centre hospitalier de Bar-Le-Duc.

Le choix étant de ne pas mettre en concurrence les 2 pôles hospitaliers du territoire meusien, nous n'avons pas demandé de nommer ou de faire préciser le centre hospitalier avec lequel les médecins échangent habituellement. Il est ainsi nommé pour cette étude Centre Hospitalier référent (CHr).

Nous avons construit notre questionnaire en 5 parties, comportant chacune 2 items. Chaque item se compose d'une ou plusieurs questions. Ce questionnaire est ainsi constitué de 10 items et de 20 questions.

Ces 5 parties n'apparaissent pas dans le questionnaire soumis aux médecins généralistes, cependant nous souhaitons les mentionner dans cette présentation afin d'en faciliter l'approche :

- La première partie s'interroge sur les modalités d'information des médecins traitants concernant les différentes possibilités de sortie de l'hôpital : retour à domicile, transfert dans une autre structure médicale ou sortie par décès. Nous essayons de recueillir l'avis des médecins généralistes face aux informations reçues à ce sujet. Nous essayons aussi d'évaluer si les médecins traitants sont sollicités quant à la faisabilité d'un retour à domicile pour leur patient suite à une hospitalisation.
- En deuxième partie nous évaluons la qualité des informations transmises aux médecins généralistes lors d'une sortie de l'hôpital ; informations qui leur sont indispensables afin de poursuivre la prise en charge médicale initiée à l'hôpital et d'assurer ainsi la continuité des soins.
- La troisième partie concerne les soins médicaux et paramédicaux (ordonnance de sortie, soins ou aides à domicile) proposés et mis en place au cours du séjour à l'hôpital pour assurer

la prise en charge post hospitalière précoce. Ces soins sont-ils proposés ? Si oui, sont-ils effectifs lors du retour à domicile ?

- En quatrième place, nous essayons d'apprécier, via le sentiment du médecin généraliste, le point de vue du patient concernant la qualité d'information médicale dispensée par l'équipe hospitalière et les modalités de sortie d'hospitalisation.
- La dernière partie demande aux médecins généralistes d'estimer globalement la qualité de sortie d'hospitalisation de leur patient et les invite, via une question libre, à faire des propositions d'amélioration des conditions de sortie actuelles.

3. Méthodes de recueil des informations

a) Prise de contact et envoi du questionnaire

L'ensemble des médecins répertoriés au Conseil de l'Ordre des médecins le 1^{er} juillet 2009 ont reçu un mail du Conseil de l'Ordre les informant qu'ils allaient être sollicités pour participer à une enquête dans le cadre d'une thèse de médecine générale. La démarche consistait à prendre un premier contact téléphonique avec les médecins sélectionnés. L'objectif était de leur présenter cette étude et de les inviter à y participer. Après avoir reçu leur accord pour collaborer à ce travail, il leur a été proposé de recevoir le questionnaire de cette étude par courrier ou par mail, selon leur préférence. Si leur choix s'orientait vers la voie électronique, nous leur demandions alors de nous communiquer une adresse email valide pour recevoir le questionnaire. Cette première étape a été réalisée entre mi-juin et fin juillet 2009.

L'envoi du premier courrier comprenant le questionnaire papier et une enveloppe pré affranchie jointe pour l'expédition de la réponse s'est fait le 07/08/2009.

Le mail, envoyé le 02/09/2009, contenait le questionnaire en pièce jointe (format power point) et un résumé de l'objectif de l'étude.

b) Rappels

Un premier rappel a été programmé mi-novembre 2009, avec contact téléphonique de tous les médecins ayant souhaité recevoir le questionnaire papier et pour lesquels nous n'avions pas encore reçu de réponse, et mail adressé aux médecins ayant choisi le mode informatique pour participer à ce travail. Quelques questionnaires papiers ont été ré adressés aux médecins le souhaitant (perte du questionnaire initial)

Le deuxième rappel, basé sur le même principe, s'est fait début janvier 2010 : rappel téléphonique des médecins ayant reçu le questionnaire papier et renvoi de quelques questionnaires par courrier si nécessaire. Le rappel par mail, avait été précédé de quelques jours d'un mail du Conseil de l'Ordre des médecins de Meuse invitant les médecins à répondre à ce questionnaire participant à l'élaboration d'une thèse de médecine générale.

c) Protection des données

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données recueillies ont été rendues anonymes avant tout traitement informatique.

L'identité des médecins généralistes ne figurait pas sur les questionnaires papiers. Un registre de correspondance entre l'identité des médecins généralistes et un numéro attribué sur les questionnaires adressés par courrier nous permettait de rattacher le questionnaire réceptionné à l'identité du médecin.

4. Données recueillies

Les données démographiques recueillies sont la catégorie d'âge et le sexe. Ces deux variables nous semblaient être nécessaires en tant que données reflétant la population étudiée. L'âge, variable quantitative, a été transformée en variable discrétisée en trois tranches d'âge (moins de 35 ans, entre 35 et 49 ans, 50 ans et plus). Le sexe, variable qualitative, a été analysé comme tel.

Les autres données du questionnaire concernent le degré de satisfaction des médecins face aux modalités de sortie des patients du CH référent et du retour à domicile suite à une hospitalisation.

Nous avons choisi de proposer quelques questions semi-ouvertes pour permettre aux médecins généralistes d'apporter des précisions sur le sujet traité.

5. Saisie des données et méthodes d'analyse

a) Traitement des questions ouvertes

Les questions ouvertes ont été analysées une par une : il n'y a pas eu de recodage en mots-clés des réponses apportées à ces questions. Elles sont utiles pour apporter des compléments de réponses aux questions soumises aux médecins interrogés et nous servent dans la discussion.

b) Traitement statistique des données

Compte tenu du type d'étude, nous avons réalisé une analyse descriptive des données.

Une simple saisie des données a été réalisée sur le logiciel Access 2002 après l'élaboration d'un masque de saisie; l'analyse descriptive des données et leur représentation graphique ont été réalisées sous le logiciel Excel 2008. Toutes les variables sont présentées sous forme de pourcentage.

RESULTATS

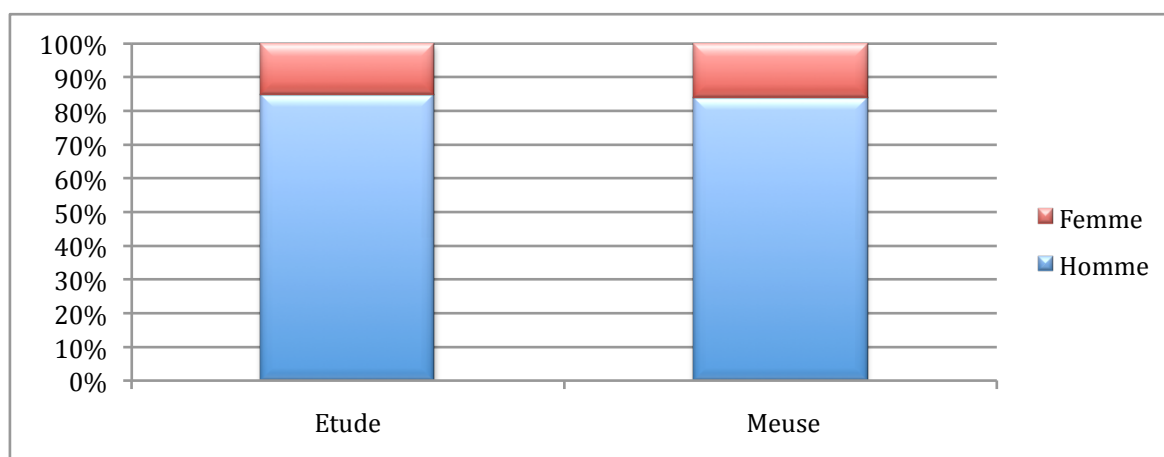
I. Caractéristique des médecins participant à l'étude

Sur les 150 médecins sélectionnés, 98 nous ont répondu, dont 15 femmes et 83 hommes, soit 84,7 % d'individu de sexe masculin.

Nous avons comparé les résultats de la répartition de sexe de cette étude avec celle des médecins libéraux exerçant sur le territoire meusien et pratiquant une activité de médecine générale. Sur les 156 médecins généralistes recensés le 19 janvier 2010 par le conseil de l'ordre de la Meuse, on compte 131 médecins de sexe masculin et 25 de sexe féminin; soit 84 % d'hommes. La population de l'étude est ainsi assez représentative de celle du territoire meusien concernant la catégorie de sexe.

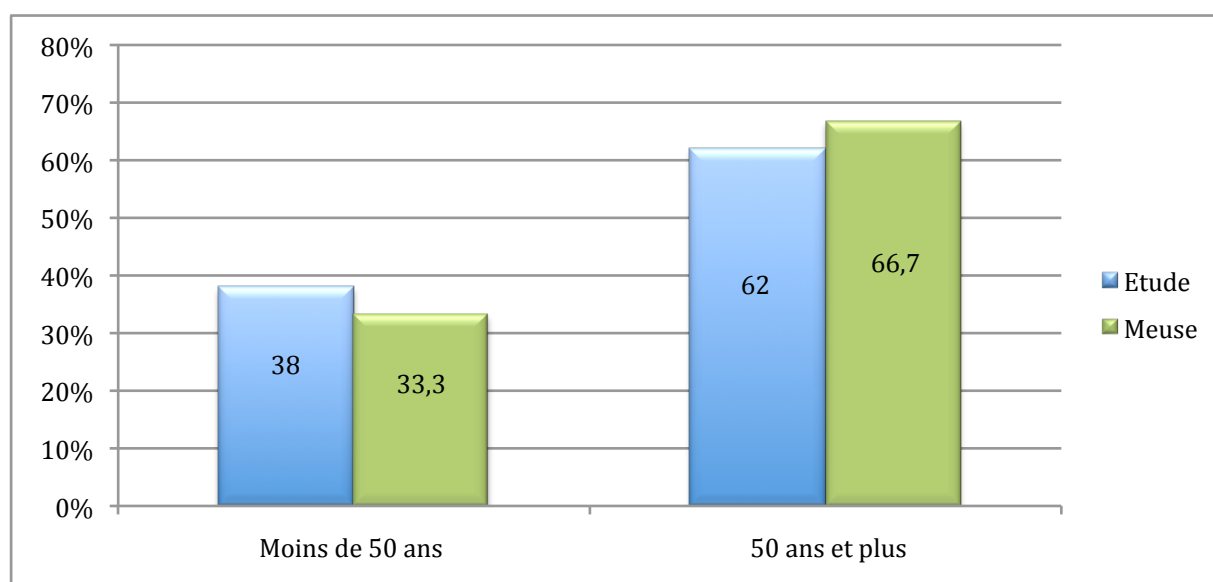
Dans la région Lorraine, au 1er janvier 2009, 4317 médecins généralistes sont inscrits au Tableau de l'Ordre. Parmi ces médecins, 76% exercent leur profession en activité régulière, soit 3277 personnes. Les libéraux exclusifs sont 2633 et représentent 61% de médecins généralistes inscrits au Tableau de l'Ordre. Au sein de ces médecins généralistes libéraux exclusifs, les femmes représentent 26% de ce groupe et les hommes 74%. A noter que la moyenne d'âge est de 47 ans pour les femmes et de 53 ans pour les hommes.

Figure 2 Comparaison de la répartition de sexe de cette étude à celle des médecins généralistes libéraux exerçant sur le territoire meusien



Nous avons également souhaité comparer la deuxième variable décrivant notre échantillon qu'est la catégorie d'âge avec celle des médecins généralistes libéraux exerçant dans le département meusien et recensés au conseil de l'Ordre des Médecins. Les médecins de 50 ans et plus représentent 62 % de notre échantillon alors que les jeunes médecins de moins de 35 ans ne représentent que 4 %. En comparant avec les données des médecins généralistes libéraux du territoire meusien, nous constatons que les pourcentages sont sensiblement identiques avec 104 médecins de 50 ans ou plus et seulement 5 médecins de moins de 35 ans. Pour faciliter la comparaison entre la population étudiée meusienne et celle de notre travail, nous avons regroupé les 2 catégories d'âge : moins de 35 ans et entre 35 et 49 ans en une même catégorie : les moins de 50 ans.

Figure 3 Comparaison de l'âge des médecins généralistes ayant répondu à notre étude à celui des médecins généralistes exerçant en Meuse



Nous pouvons ainsi conclure à une concordance entre les données d'âge et de sexe qui caractérisent la population de notre étude et celle de la population de médecins généralistes libéraux du territoire meusien, selon des données officielles de janvier 2010.

II. Résultats de l'étude

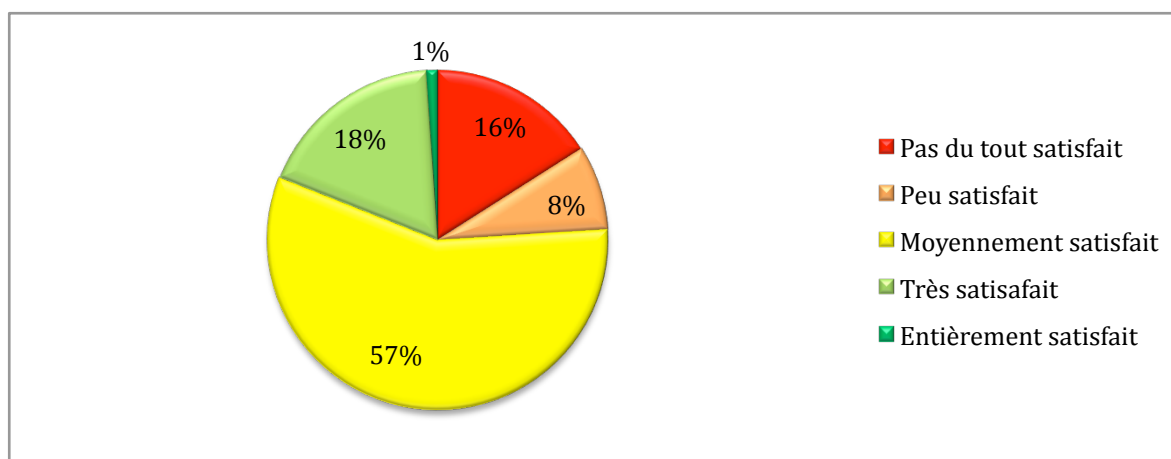
A. Information concernant la sortie et le retour à domicile du patient

1/ Le premier item regroupe 6 questions concernant les différentes sorties possibles de l'hôpital : retour à domicile, transfert, sortie contre avis médical, décès et les délais dans lesquels le médecin généraliste est prévenu.

La première question interrogeait les médecins sur leur degré de satisfaction concernant les modalités d'information de la sortie et du retour à domicile de leurs patients suite à une hospitalisation au CHR.

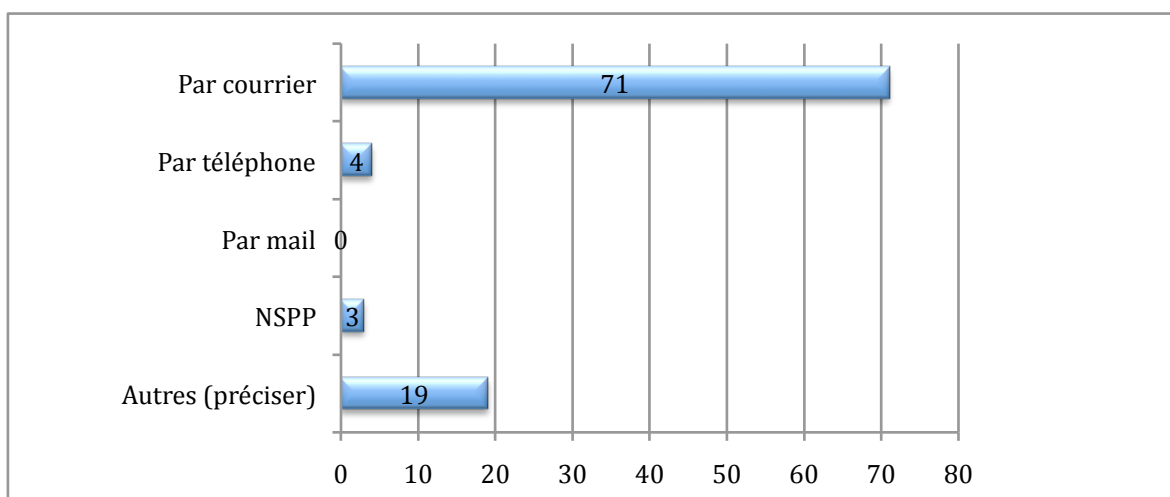
Une majorité des médecins (57%) sont moyennement satisfaits de la façon dont ils en sont informés. Un quart des médecins nous répondent qu'ils sont peu ou pas satisfaits. On compte 18 médecins très ou entièrement satisfaits.

Figure 4 Information du retour à domicile du patient



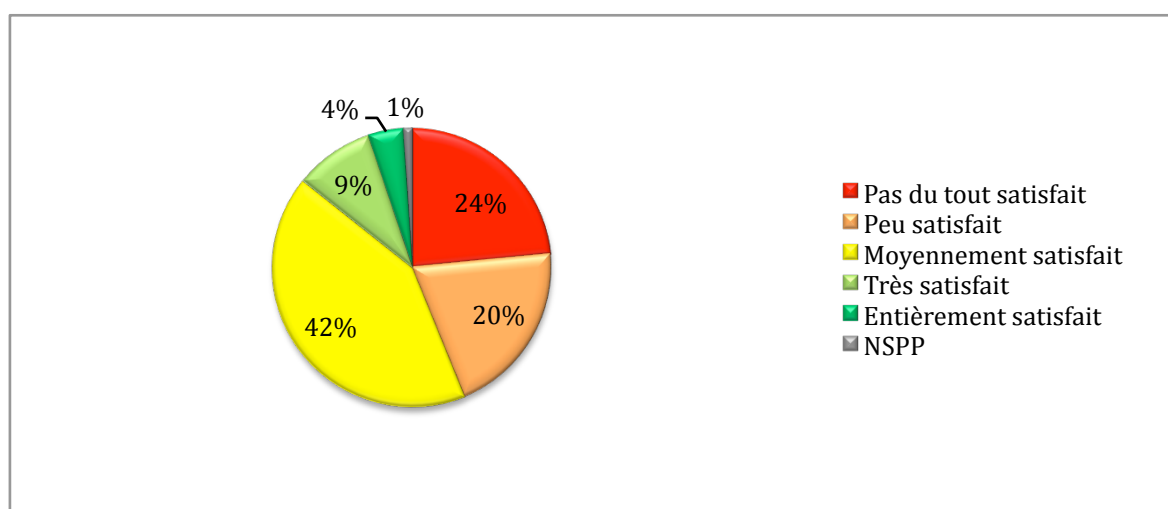
Nous les avons également interrogés sur la façon dont ils sont prévenus de cette sortie. La majorité des médecins (72 %) le sont par courrier, et quelques uns (4%) le sont par téléphone. Le courrier électronique ne semble pas être un moyen de communication utilisé dans cette population.

Figure 5 Moyens de communication usités? (nombre de médecins contactés)



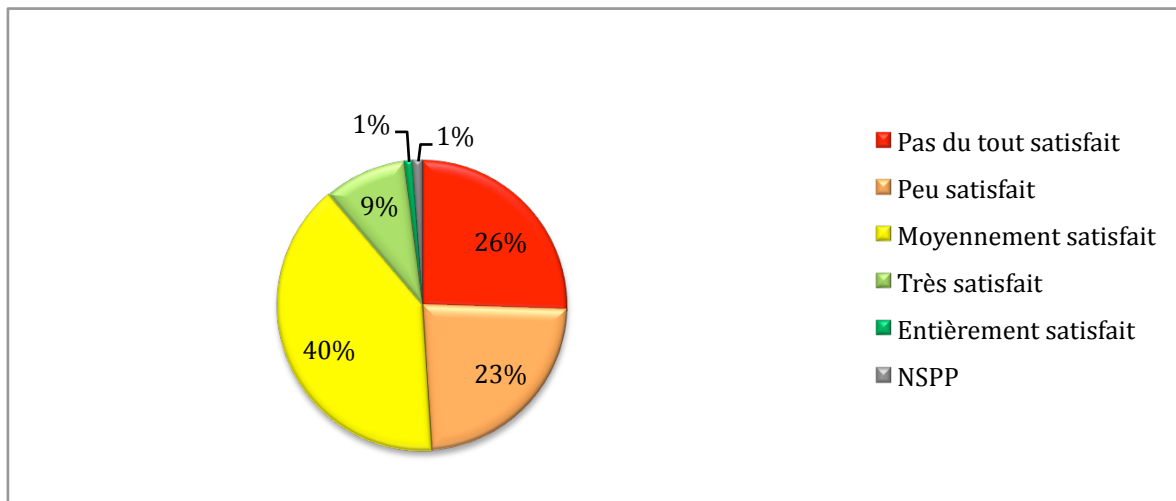
Concernant le transfert des patients du CHr vers une autre structure hospitalière, nous constatons que 43 des 98 médecins interrogés sont peu ou pas satisfaits de la façon dont ils sont informés du transfert de leur patient. Il n'y a que 13 médecins qui sont très ou entièrement satisfaits de cette qualité de transmission d'information.

Figure 6 Information d'un transfert du CHr vers un autre établissement de santé



Quant au délai avec lequel les médecins sont prévenus d'un transfert, la moitié se dit pas ou peu satisfait. Il n'y a que quelques médecins (10) qui se trouvent très ou entièrement satisfaits de ce délai.

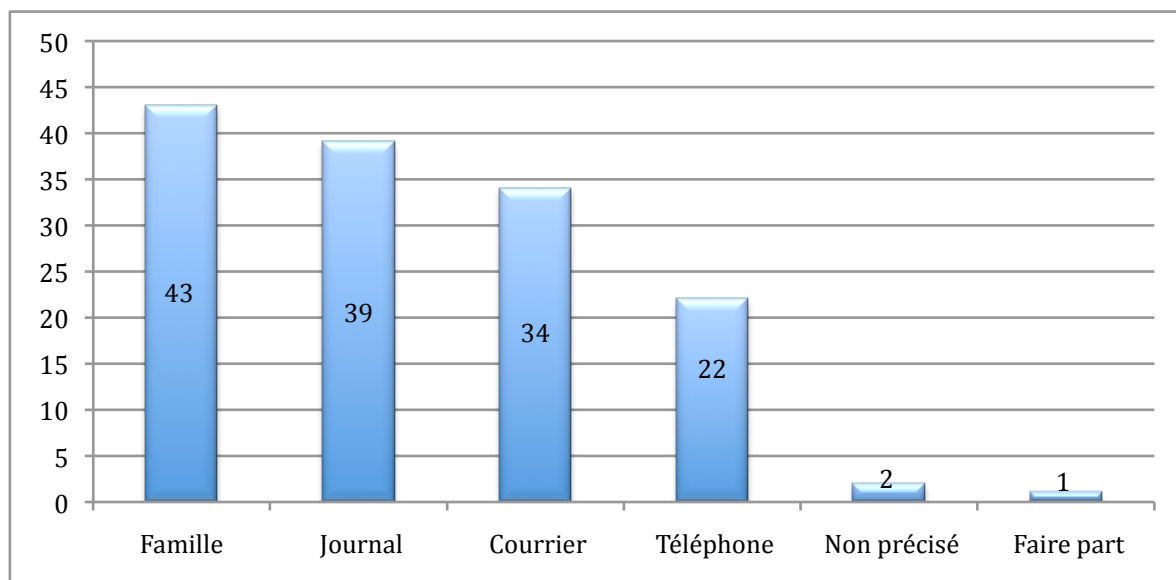
Figure 7 Délai d'information d'un transfert du CHR



Au sujet de la sortie contre avis médical, un médecin sur deux ne s'estime pas correctement averti lorsqu'un de ses patients refuse la poursuite de l'hospitalisation.

Lors du décès d'un patient à l'hôpital, le médecin traitant est le plus souvent informé par la famille ou par la presse locale. Les annonces de décès se font également par courrier (1/3 des cas) ou par téléphone (1/5 des cas).

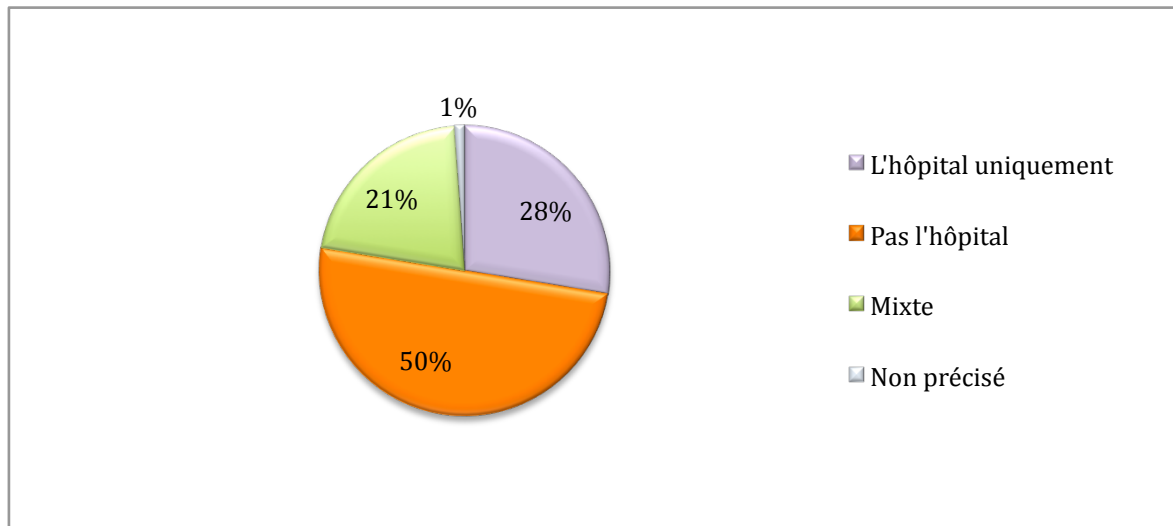
Figure 8 Comment les médecins généralistes apprennent-ils le décès de leurs patients? (nombre de médecins, propositions non exclusives)



Si nous considérons un mode d'information qui se fait uniquement par l'hôpital (téléphone seul ou courrier seul ou téléphone + courrier) et un mode d'information extérieur à

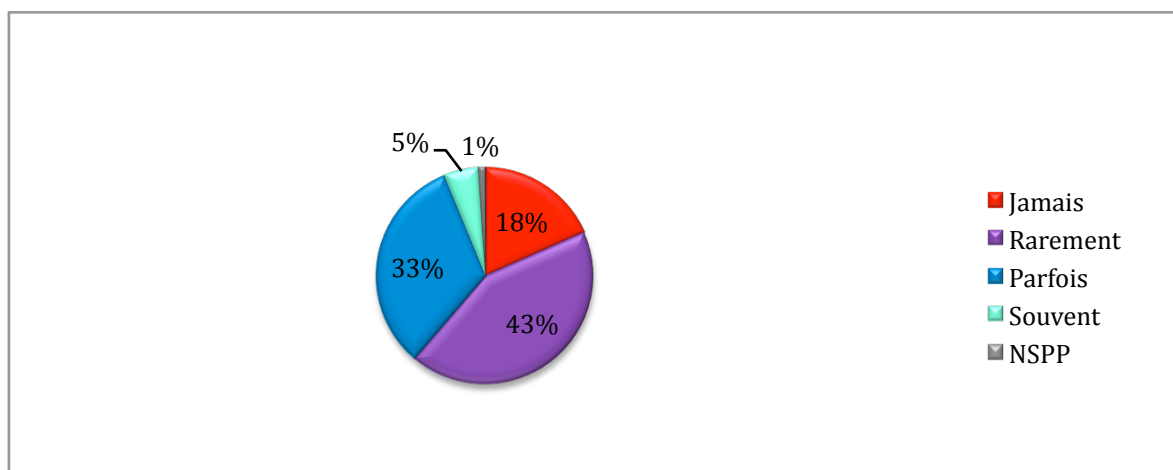
la prise en charge hospitalière (famille seule ou journal seul ou famille + journal ou faire-part), nous constatons que moins d'1/3 des médecins (28%) déclare être informé directement et uniquement par l'hôpital du décès. Un médecin sur 2 déclare apprendre le décès de son patient par une autre source que l'hôpital.

Figure 9 Qui informe le médecin traitant du décès de son patient à l'hôpital?



2/ Nous souhaitons ensuite savoir avec quelle fréquence les médecins traitants étaient sollicités par l'hôpital pour les renseigner sur la faisabilité d'un retour à domicile pour leurs patients hospitalisés. Cinq médecins sont souvent sollicités. Deux tiers des médecins de notre étude (68) ne sont que rarement ou parfois interrogés à ce sujet, 18 ne le sont jamais.

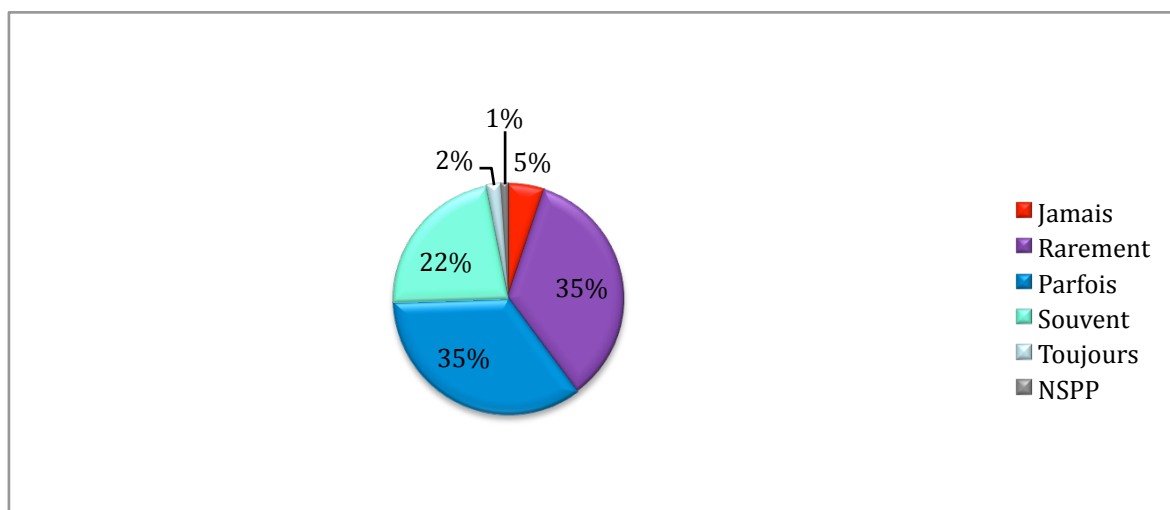
Figure 10 Les médecins traitants sont-ils concertés sur la faisabilité d'un retour à domicile pour leurs patients?



B. Les informations médicales reçues par le médecin traitant pour assurer la poursuite de la prise en charge médicale

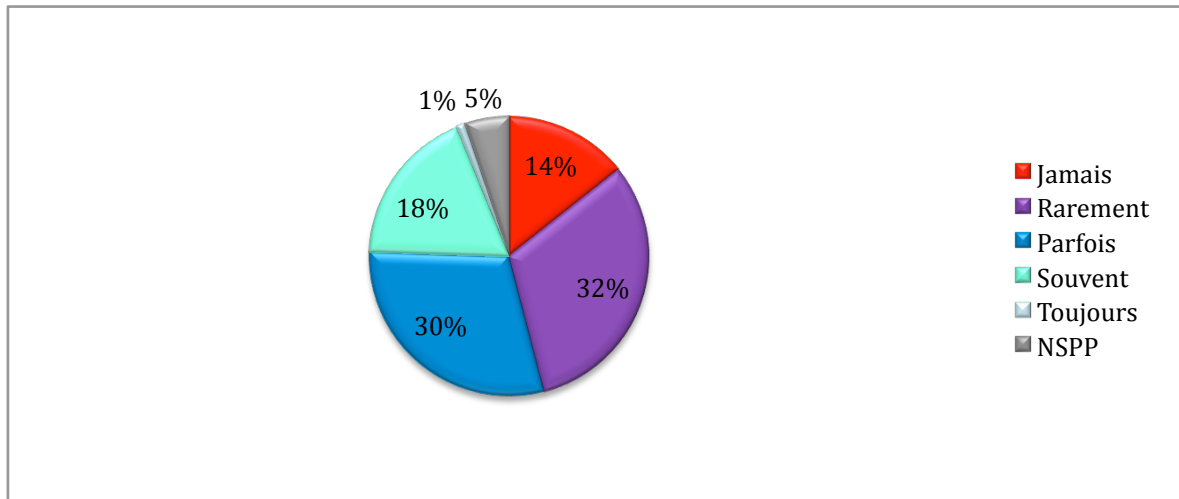
3/ La plupart des médecins (70%) ne sont que rarement ou parfois en possession du CRH pour assurer la première visite suite à la sortie du CHr. Un quart des médecins disposent souvent ou toujours d'un compte rendu d'hospitalisation (CRH) lors de la première visite post hospitalisation. Cinq médecins ne l'ont jamais.

Figure 11 CRH disponible lors de la première visite suivant l'hospitalisation?



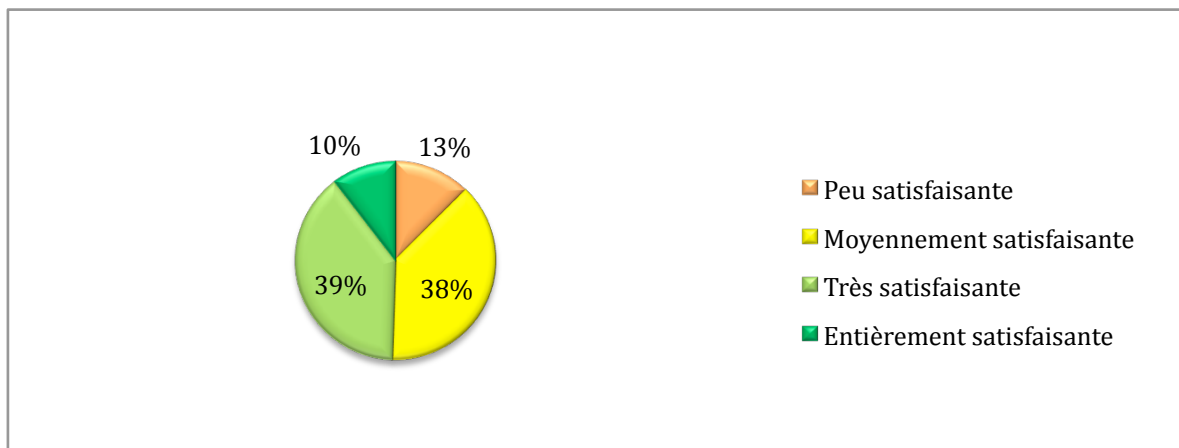
Nous les avons interrogés sur le délai avec lequel les médecins recevaient les CRH, afin d'observer si le délai légal de 8 jours est respecté. Plus de la moitié des médecins de cette étude (60) ne disposent que parfois ou rarement du CRH dans un délai de 8 jours. Un cinquième des médecins ont souvent le CRH dans ce délai légal. Un seul médecin le reçoit toujours dans ce délai imparti.

Figure 12 Délai légal de réception du CRH respecté?



Un compte-rendu dit provisoire est-il une solution pour pallier au délai d'obtention du CRH ? La moitié des médecins trouvent très ou entièrement satisfaisante la solution du compte rendu provisoire manuscrit remis au patient à sa sortie ; douze médecins évaluent cette proposition comme peu satisfaisante.

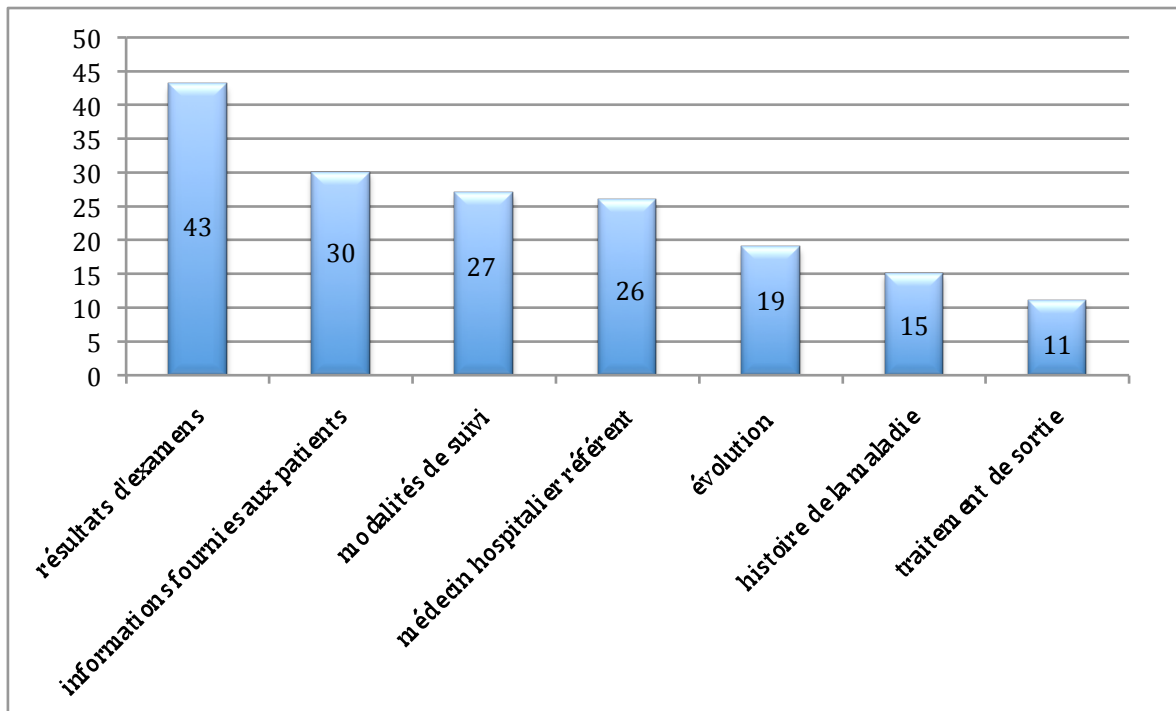
Figure 13 La solution d'un compte rendu provisoire?



4/ Dans le courrier provisoire reçu, les informations qui manquent le plus souvent sont :

- les résultats des examens complémentaires : 44% ;
- des renseignements sur les informations fournies au patient : 31% ;
- les modalités de suivi : 27% ;
- les noms et coordonnées du médecin ayant assuré la prise en charge : 26%.

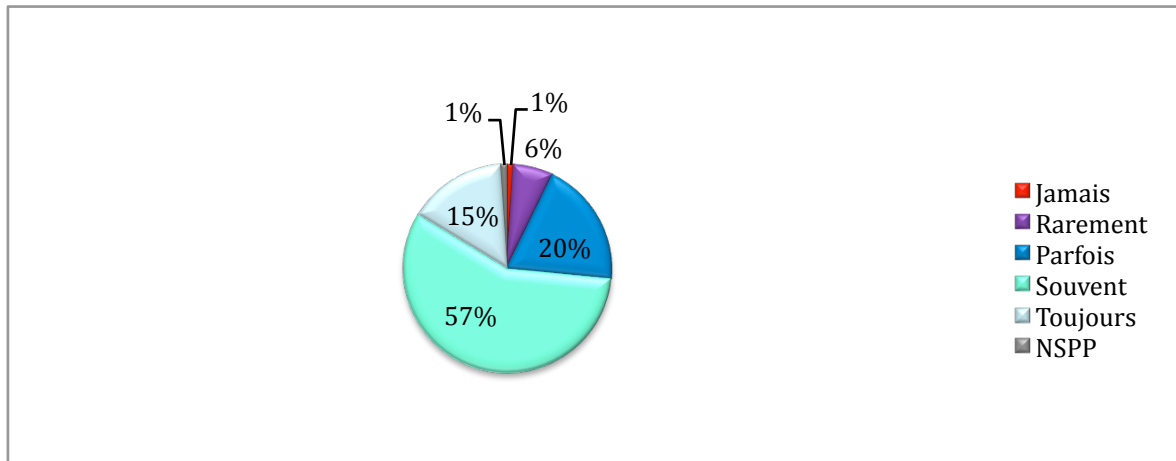
Figure 14 Informations manquantes dans le courrier provisoire (nombre de médecins, propositions non exclusives)



C. Soins médicaux et paramédicaux à la sortie de l'hôpital

5/ Une large majorité de médecins (71) nous répondent que leurs patients sortent souvent ou toujours avec une prescription médicamenteuse du CHr lorsque cela est nécessaire. Sept médecins constatent que leurs patients ne sortent que rarement ou jamais avec une ordonnance de sortie.

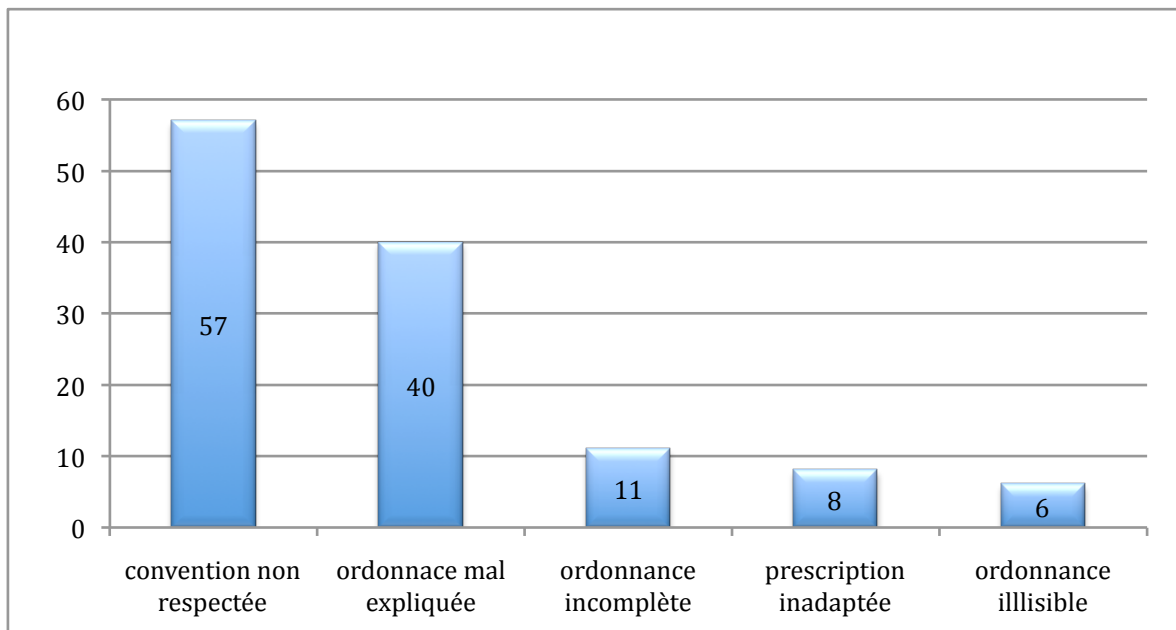
Figure 15 Une ordonnance de sortie?



Soixante-dix pourcents des médecins interrogés ont des remarques à formuler au sujet des ordonnances de sortie :

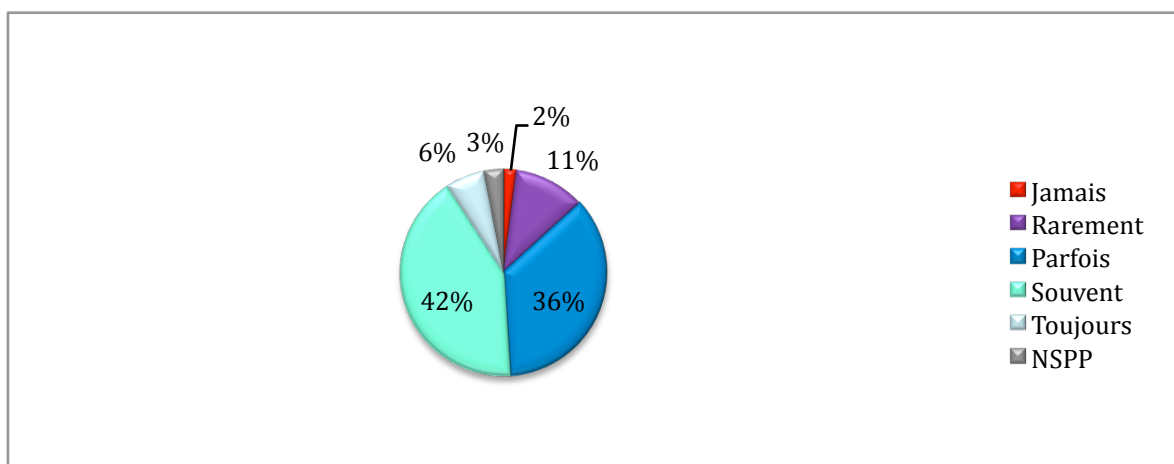
- plus de la moitié des médecins (57) constatent que les conventions d'ordonnance ne sont pas respectées ;
- 40 médecins trouvent que les ordonnances ne sont pas ou sont mal expliquées au patient ;
- les autres remarques concernent essentiellement la durée de prescription de l'ordonnance de sortie : une prescription pour une durée de 1 mois n'oblige pas le patient à consulter précocement son médecin traitant pour un renouvellement d'ordonnance et échappe alors à un suivi rapproché dans la période post-hospitalière précoce.

Figure 16 Les difficultés rencontrées concernant les ordonnances de sortie (nombre de médecins, propositions non exclusives)



6/ Concernant la mise en place des aides et des soins à domicile, la moitié des médecins nous répondent qu'elles sont toujours ou souvent mises place lors du retour à domicile de leurs patients. Pour 1/3 des médecins interrogés, ces aides sont parfois prêtes le jour de la sortie du patient.

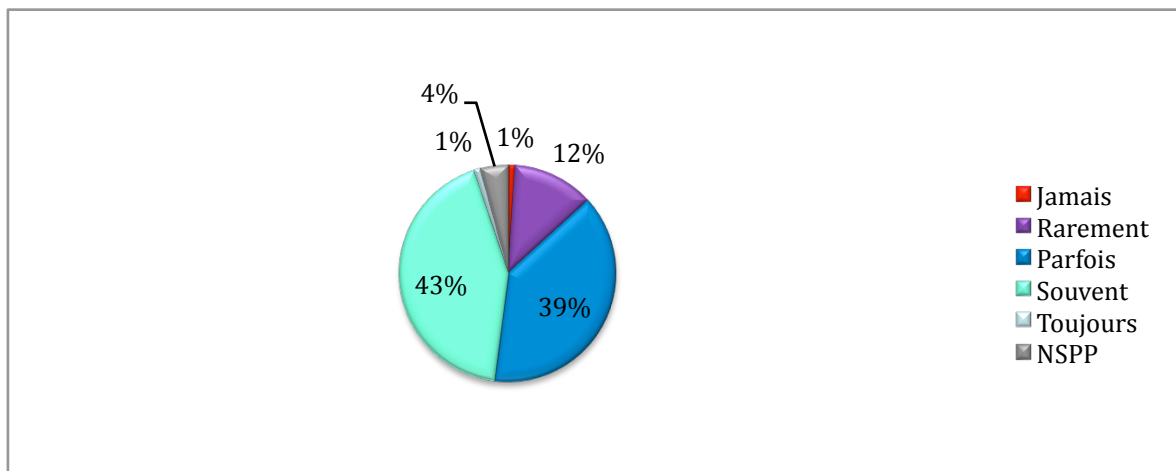
Figure 17 Mise en place des aides à domicile le jour de la sortie?



D. Côté patient : qu'ont-t-ils compris de l'information médicale reçue ? Comment l'ont-ils assimilée ? Que pensent-t-ils des conditions de sortie du CHR ? Les médecins traitants nous ont livré leurs sentiments à ce sujet

7/ Quarante-six médecins constatent qu'une information satisfaisante sur la pathologie et la prise en charge n'est que rarement ou parfois dispensée. Quarante-sept médecins estiment qu'elle est souvent ou toujours fournie à leurs patients avant la sortie du CHR.

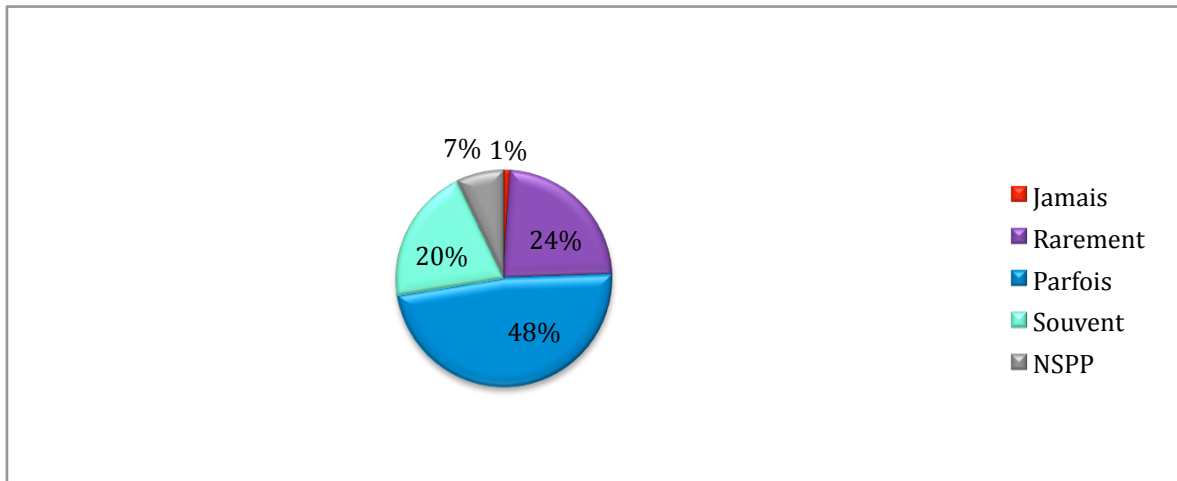
Figure 18 Qualité d'information médicale fournie au patient selon le médecin traitant



Les médecins estiment que cette information est :

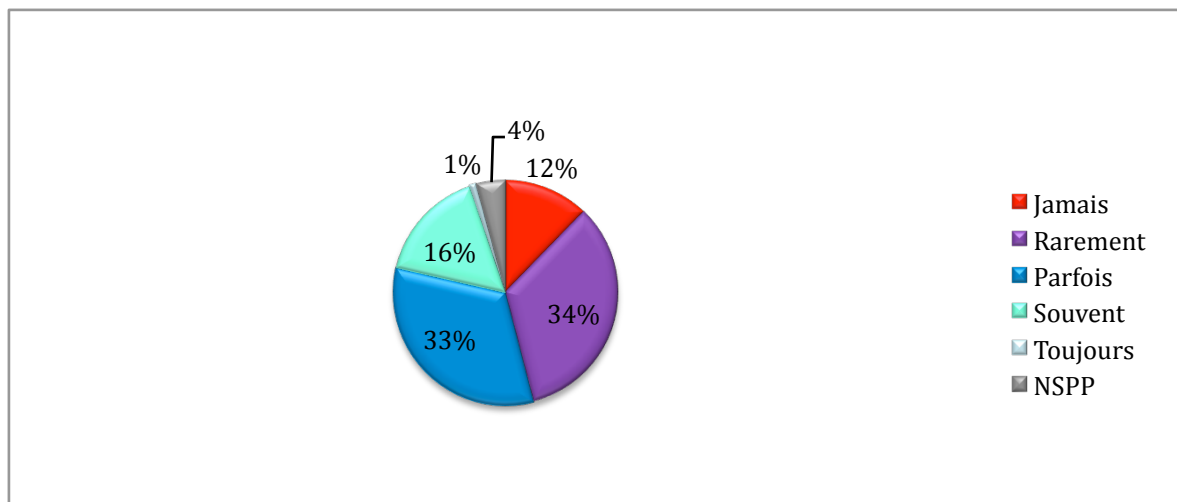
- dans 43% des cas souvent assimilée par le patient ;
- parfois assimilée dans 39% cas ;
- rarement ou jamais assimilée dans 13,3 % cas.

Figure 19 L'information est-elle assimilée par le patient?



8/ Dans 1/3 des cas, les patients ne font que parfois des remarques concernant des problèmes liés à leur sortie du CHR ; dans 17 % des cas, les patients rapportent souvent ou toujours des problèmes liés aux conditions de sortie de l'hôpital. Douze médecins nous disent que les patients ne font jamais de remarques concernant leur sortie du CHR.

Figure 20 Remarques formulées par les patients concernant la sortie



Parmi les problèmes décrits par les patients au cours de leur sortie et rapportés à leurs médecins traitants, on retrouve :

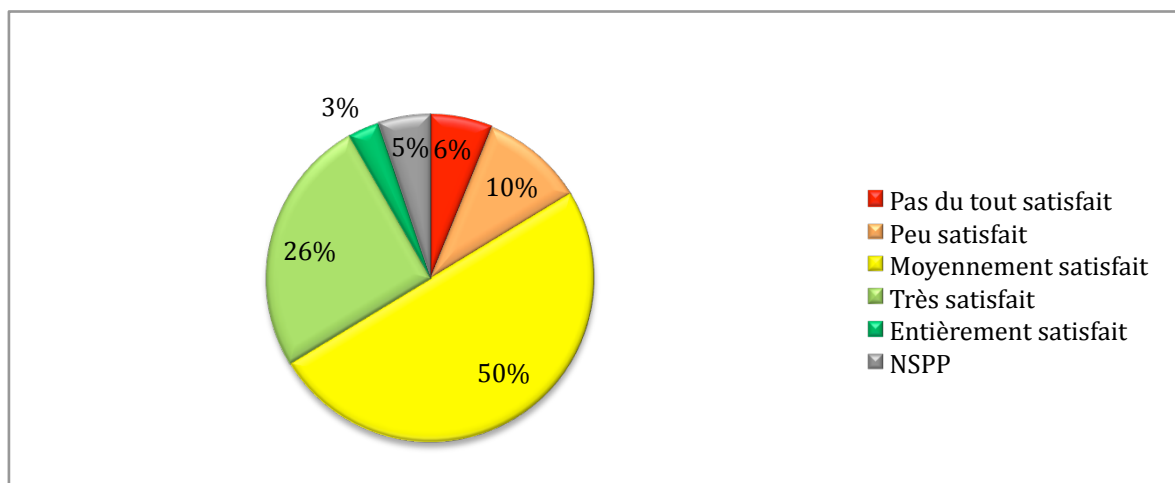
- un manque d'informations médicales dispensées au cours du séjour hospitalier sur la pathologie et son éventuel suivi ;
- une sortie trop précoce ;
- une sortie accélérée par manque de lit pour accueillir de nouveaux patients.

E. Evaluation globale du degré de satisfaction des médecins généralistes concernant les modalités de sortie des patients de l'hôpital et leurs éventuelles pistes de réflexion

9/ A la question «Etes-vous satisfait(e) des conditions actuelles de sortie d'hospitalisation du CHR de vos patients ? », un quart des médecins interrogés se disent très satisfait, 16 % des médecins s'estiment peu ou pas du tout satisfait.

La moitié des médecins interrogés se trouvent moyennement satisfait des conditions de sortie proposées actuellement dans le centre hospitalier avec lequel ils travaillent régulièrement.

Figure 21 Les conditions de sortie du CHR sont-elles satisfaisantes?



10/ La moitié des médecins interrogés souhaiterait que plusieurs points concernant les modalités de sortie soient améliorés.

Ils concernent essentiellement :

- le courrier de sortie et son caractère parfois incomplet ;
- les délais d'information du médecin traitant ;
- la programmation d'une visite du médecin généraliste suite au retour à domicile ;
- une meilleure information du médecin traitant ;
- l'utilisation de l'outil informatique pour améliorer les délais de communication.

DISCUSSION

I. Discussion de la méthodologie de l'étude

L'objectif de cette étude était d'évaluer le degré de satisfaction des médecins généralistes du territoire sanitaire meusien concernant les modalités de sortie du centre hospitalier avec lequel ils travaillent habituellement et les conditions de retour à domicile des patients. Les résultats de ce travail sont ainsi le reflet des avis des médecins généralistes sur ce sujet.

Pour mémoire, ce travail est né d'une collaboration entre le Dr WILCKE, président du syndicat des pharmaciens de la Meuse, du Dr COLLINOT, chef de service de la pharmacie du Centre Hospitalier de Verdun et du DIM du CHV, partant de la constatation que les médecins généralistes et les pharmaciens de ville détiennent une quantité importante d'information sur leur patient et ne sont que rarement sollicités par les médecins hospitaliers. Ils sont rarement avertis de la sortie d'hôpital de leur patient et ne peuvent ainsi anticiper le retour à domicile (programmation d'une visite, commande de matériel médical ou de médicaments).

La motivation des médecins généralistes participant à cette étude était purement intellectuelle et confraternelle, il n'y avait pas d'intéressement financier à leur réponse.

Nous avons reçu, globalement, un bon accueil des médecins généralistes sélectionnés lors du premier contact téléphonique pour leur présenter l'objet de notre thèse et les solliciter à participer à cette enquête. Plusieurs médecins se sont montrés intéressés par ce sujet. Cette démarche nous a permis de sensibiliser les médecins généralistes à l'intérêt de l'étude et de les inciter à collaborer avec nous.

Certains médecins, initialement enclins à répondre à ce questionnaire, ont déploré lors de la première ou deuxième relance un manque de temps et une surcharge de travail qui ne leur permettaient pas d'effectuer cette tâche supplémentaire. Selon les données du CNOM recueillies dans les atlas régionaux de démographie médicale (55), on constate en effet entre le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2009 une baisse des effectifs inscrits au Tableau de l'Ordre. La Meuse, qui représente notre territoire d'enquête, compte une densité de médecins

généralistes libéraux (de 63,9 pour 100000 habitants), inférieure à la valeur métropolitaine française (90,7) et lorraine (83,7). Par ailleurs, le vieillissement de la population médicale est une réalité, avec un nombre croissant de médecins qui partent en retraite. On compte 48% de médecins généralistes libéraux de plus de 55 ans en Meuse, alors qu'ils ne représentent que 38% des médecins généralistes libéraux lorrains et 42% des métropolitains. En ce qui concerne le renouvellement de la profession médicale, la moyenne d'âge des nouveaux entrants s'établit à 34 ans au 1^{er} janvier 2009 en France métropolitaine. Les atlas régionaux alertent également sur le risque de pénurie de médecins libéraux généralistes en activité régulière. À cette situation s'ajoute une augmentation de l'espérance de vie de la population française qui implique une majoration de la demande de soins.

Ces différents facteurs peuvent probablement concourir à l'augmentation de l'activité médicale par médecin généraliste. On comprend ainsi que certains médecins généralistes se sentent surchargés et ne peuvent absorber des demandes accessoires à leur travail médical auprès des patients.

D'autres médecins nous ont répondu au cours des contacts téléphoniques lors de la première ou la deuxième relance qu'ils étaient extrêmement sollicités et qu'ils recevaient plusieurs questionnaires ou enquêtes par semaine ; demande à laquelle ils ne peuvent répondre. Des études ont été effectuées sur les taux de réponses aux questionnaires adressés, soit par téléphone soit par courrier, à des médecins généralistes (56, 57). On constate qu'un taux faible de réponse est un problème récurrent dans les enquêtes par voie postale chez les médecins généralistes au Royaume-Uni, en raison d'un nombre croissant d'enquêtes. Plus de la moitié des non-répondeurs contactés dans l'étude ont indiqué que le questionnaire s'était perdu dans une pile de papier ou qu'ils étaient trop occupés pour prendre le temps d'y répondre (57). Ce type de réponse nous a également été faite au cours des contacts téléphoniques.

Une autre difficulté concernant le taux de participation de notre enquête réside peut-être dans la période de réalisation. Les questionnaires papiers ont été adressés début août, période de vacances estivales pour certains médecins généralistes. Les mails ont été envoyés début septembre, date coïncidant avec la rentrée scolaire, période de reprise du travail à l'échelle nationale et où les médecins généralistes sont fréquemment sollicités, pour la réalisation de certificats médicaux de non contre-indication à la pratique sportive, par exemple. Les relances, quant à elles, sont effectuées entre mi-novembre et début janvier,

période des pics épidémiques (GEA à Rotavirus, grippe dont grippe H1N1, bronchiolite à VRS, ...).

Si l'on observe d'autres études du même type, sollicitant par mail ou par courrier une population de médecins généralistes, les taux de participation sont du même ordre. En 2010, B.LAM obtient un taux de réponse de 55% auprès des médecins généralistes sélectionnés pour évaluer la pertinence d'un document d'information sur la chimiothérapie intraveineuse (58). Une étude réalisée en 2009 par un confrère nancéen sur l'évaluation de la communication du service des urgences de l'hôpital de Neufchâteau envers les médecins généralistes à partir d'un questionnaire soumis aux médecins généralistes du territoire sanitaire néocastrien obtenait un taux de réponse égal à 51% (59). Par contre, d'autres enquêtes comme celle réalisée par C.PENOT en 1997 à proximité de l'hôpital Saint-Louis sur les relations entre médecins de ville et médecine hospitalière enregistre un taux de participation de 15% (60). Ainsi, le taux de participation obtenue à notre questionnaire nous semble relativement conforme à ce que l'on peut attendre de la méthode de recueil d'information choisie.

Concernant l'élaboration de notre questionnaire, l'enquête pilote nous a permis d'ajuster le questionnaire en fonction des réponses reçues et nous avons ainsi modulé l'ordre des questions du premier item et reformulé une interrogation. La question « comment êtes-vous prévenu(e), le plus souvent ? » concernait la sortie du patient de l'hôpital et non son transfert vers un autre établissement ; nous l'avons ainsi reformulée en précisant qu'il s'agissait bien du retour à domicile du patient. De même la question 4 dans l'étude pilote interrogeait les médecins sur les éléments qui manquent le plus souvent parmi les informations reçues. Dix propositions leur étaient faites : dates d'hospitalisation, motif d'hospitalisation, antécédents, histoire de la maladie, évolution, principaux résultats d'examens, traitement de sortie, modalités de suivi, nom et coordonnées de médecin ayant assuré la prise en charge et informations fournies au patient. Une onzième proposition, stipulée « autres, préciser », leur était proposée pour compléter cette liste. Plusieurs médecins ont répondu qu'ils leur manquaient souvent de CRH. Par cette question, nous souhaitions identifier les informations nécessaires lors de la première visite auprès des patients suite à une hospitalisation. Le but était d'évaluer si le compte rendu provisoire manuscrit était exhaustif et référençait toutes les informations utiles. Nous avons ainsi pu préciser dans le questionnaire définitif que nous cherchions à connaître les informations qui manquent le plus souvent dans le courrier provisoire.

Par ailleurs, nous avons choisi de proposer aux questions fermées 5 réponses afin d'apprécier au mieux le degré de satisfaction des médecins généralistes. La ventilation avec 3 degrés nous semblait insuffisante, celle avec 7 degrés nous semblait trop excessive.

II. Discussion des résultats

Notre étude conclut que la moitié des médecins interrogés ne sont que moyennement satisfaits des conditions de sortie de l'hôpital de leurs patients. Ce résultat nous indique qu'il existe un réel potentiel d'amélioration de la communication entre les praticiens hospitaliers et les médecins généralistes autour de la sortie d'hospitalisation des patients. Ceci donne sens à notre travail et justifie la nécessité de trouver des propositions d'amélioration à ce sujet.

A/ Information concernant la sortie et le retour à domicile du patient

Concernant l'acte de sortie de l'hôpital, la plupart des médecins interrogés ne sont pas très satisfaits de la façon dont ils sont informés de la sortie de leurs patients. Les relations entre l'hôpital et la ville à ce sujet sont essentiellement épistolaires ; l'utilisation de moyens de communication tels que le téléphone ou l'internet est rare dans la population étudiée. Nous retrouvons le même type de résultats que ceux obtenus dans l'enquête menée par M.LAXENAIRE auprès de 529 médecins généralistes lorrains en 1973 : 70% des praticiens n'étaient jamais contactés par téléphone au cours ou suite à l'hospitalisation d'un de leurs patients (61). Ces données semblent malheureusement partagées à l'échelle nationale. Dans la thèse de Melle Hubert, l'enquête réalisée à partir d'un échantillon de 50 médecins généralistes rapporte que 64% des médecins interrogés ne sont pas prévenus de la sortie de leur patient (62). L'étude menée en 2006 par l'URML auprès de 109 médecins d'Ile-de-France montre qu'ils ont été informés de la sortie de leur patient dans seulement 23% des cas (50). Une autre étude menée par ce même organisme auprès de 1537 médecins généralistes conclut dans ses recommandations à la nécessité d'organiser la sortie dès l'admission, « pour une meilleure collaboration » entre l'hôpital et les médecins traitants (63). Quant à l'information reçue par courrier, ceci pose évidemment la question du délai avec lequel les médecins généralistes reçoivent l'information. Pourtant, comme nous l'avons vu précédemment, la législation semble claire à ce sujet et précise l'organisation de la sortie d'hospitalisation.

Autour du décès du patient à l'hôpital, nous constatons que la moitié des médecins en sont informés par une source extérieure à l'hôpital. C'est souvent par la famille ou la presse

locale que le médecin généraliste apprend la disparition de son patient. Ce constat n'est pas récent. En effet, en 1990, le rapport de l'AP-HP sur l'amélioration des relations ville-hôpital déplorait que « encore trop souvent, c'est par la famille que le médecin traitant est informé du décès de son patient » (64). L'étude réalisée par G.HUBERT en 2006 à partir d'un échantillon de 50 médecins généralistes exerçant à Paris et en Seine-Saint-Denis relate que dans seulement 12% des cas l'hôpital a prévenu le médecin généraliste du décès de ses patients (62). Selon une enquête téléphonique menée en Irlande en 2000 auprès de médecins généralistes à propos de l'information reçue lors du décès de leurs patients à l'hôpital, 75% d'entre eux n'étaient pas satisfaits du fait qu'il n'avaient pas été prévenus ou de la façon dont ils l'avaient été (65).

Peut-on considérer cela comme recevable ? Il est en effet paradoxal de constater que des médecins libéraux, qui ont souvent partagé avec leurs patients des années de suivi, apprennent le décès par une source extérieure (famille, presse locale,...), sans avoir d'éléments médicaux pour éventuellement informer l'entourage du patient décédé. Il s'agit d'un point au sujet duquel les médecins généralistes sont particulièrement mécontents et justifient ce sentiment par le fait que l'absence de cette information peut les placer dans une situation particulièrement délicate vis-à-vis de l'entourage du patient décédé. De plus, le rôle central conféré au médecin traitant par la réforme du parcours de soins l'invite à se soucier de l'environnement, notamment familial de son patient. Dans un article de la revue du praticien concernant l'accompagnement en médecine générale, P.LEFEVRE, médecin généraliste, affirme : « L'accompagnement du médecin généraliste prend toute son envergure et sa spécificité dans l'accompagnement familial. Il s'inscrit dans la durée et dans l'histoire de la famille. Il connaît la place, la spécificité et la fonction de chacun au sein de la famille » (66). Ce soutien unique apporté aux familles par le médecin généraliste invite fortement les praticiens hospitaliers à se soucier de communiquer les informations médicales en temps utiles. Il s'agit presque d'une obligation morale de la part de l'équipe hospitalière que d'informer très rapidement le médecin généraliste du décès de son patient. Il n'existe pas de texte législatif précis à ce propos. Seul le CNOM recommande dans ses commentaires au Code de Déontologie une attitude à adopter qu'il formule en ces termes : « il est également souhaitable que le médecin traitant soit prévenu téléphoniquement du décès de l'un de ses patients afin de pouvoir remplir son rôle auprès des familles » (47).

Les généralistes éprouvent également le besoin de comprendre les causes du décès pour appréhender leur qualité de prise en charge. Les interrogations sont multiples et ils

souhaitent des réponses à leurs questions (ce décès est-il lié à une erreur diagnostique de ma part ? à un retard de prise en charge ? fallait-il envisager une hospitalisation plus précocement ?...). Un échange confraternel d'informations médicales permet de clarifier la situation et de comprendre le déroulement des faits.

Concernant les sorties par transfert ou les sorties contre avis médical, plus de la moitié des médecins se disent peu ou moyennement satisfaits de la façon dont ils sont informés. La non-information du médecin traitant, notamment dans les sorties contre avis, peut avoir des conséquences graves pour le patient (décès à domicile, aggravation d'une situation précaire...).

Il existe dans certaines structures hospitalières des protocoles d'information standardisés assurant une bonne qualité de communication entre les praticiens hospitaliers et les médecins libéraux. Citons l'exemple de la charte de bonnes pratiques entre l'hôpital Erasme, clinique universitaire bruxelloise, et les médecins traitants (67). Cette charte affirme la « volonté d'établir un véritable partenariat dans un climat d'estime réciproque et d'optimiser la continuité des soins pour le plus grand bien des patients ». Elle propose une information systématique du médecin traitant pour « toute intervention chirurgicale, tout transfert dans un autre territoire ou une autre institution et tout décès ». Cette même charte nous renseigne sur deux autres modalités d'information du médecin traitant suite à une hospitalisation :

- après l'admission : « l'expédition immédiate d'un document (sous forme de fax, télégramme, courrier électronique ou par téléphone) informant le médecin traitant de l'entrée de son patient, du service concerné et du médecin responsable ». Cet envoi se fait de manière systématique et ne résulte pas d'une demande d'information faite par le médecin généraliste
- au cours de l'hospitalisation : « collaboration de l'équipe soignant avec le médecin traitant : accès au dossier, dialogue avec le spécialiste hospitalier en charge du patient. »

Ainsi, à l'instar de cette pratique bruxelloise, on peut imaginer un protocole concernant l'information immédiate du médecin traitant suite au décès de son patient par contact téléphonique ou par courrier électronique. Le courrier électronique présente l'avantage de pouvoir être automatisé. Ce protocole pourrait s'étendre aux transferts et aux sorties contre avis médical s'il se montre fonctionnel et efficace.

Les résultats de ce travail nous montrent également que 2/3 des médecins ne sont que rarement ou parfois sollicités sur la faisabilité d'un retour à domicile. Nous nous sommes alors interrogés sur la raison de ce phénomène et émettons plusieurs hypothèses :

- les informations fournies par le patient et son entourage proche suffisent-elles à répondre aux interrogations sur la faisabilité d'un retour à domicile (RAD) ? Peut-on considérer ces personnes comme suffisamment informées de la problématique du RAD pour y répondre ? sont-elles suffisamment neutres pour être objectives face à ce sujet ? (Conflit relationnel entre les proches, conflit d'intérêts, certains enfants souhaitent parfois le placement d'un parent pour vendre une maison...)
- pourquoi l'équipe hospitalière ne contacte que rarement le médecin traitant : est-ce par manque de temps ? le médecin traitant est-il la bonne personne pour répondre aux interrogations suscitées par le projet du RAD ?
- les hospitaliers sont-ils toujours bien informés des structures d'aide matérielle et humaine disponibles sur le territoire ?
- à qui incombe la tâche d'évaluer les possibilités et les modalités du RAD ?

Cette dernière question rejoint une réflexion plus vaste sur les différents acteurs de la gestion du parcours de soins d'un patient. En effet, cette gestion implique plusieurs aspects organisationnels concernant la prise en charge médicale, administrative et financière de la maladie. Le Haut Conseil de la santé publique propose, en novembre 2009, un rapport sur la prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique (68) dans lequel est précisé la nécessité de développer l'accompagnement dans les parcours de soins. Il est ainsi proposé de « promouvoir une fonction de gestionnaire du parcours de soins, qui consiste à aider la personne atteinte de maladie chronique dans toutes ses démarches de prise en charge médicale, sociale, administrative et financière ». Cette fonction doit être « définie, reconnue et dévolue à des professionnels déjà existants, ou développée comme un nouveau métier. »

Nous comprenons ainsi que le cloisonnement actuel du système de santé, avec la segmentation des compétences et des responsabilités entre professionnels, peut donner lieu à des vacances d'encadrement et de prise en charge, comme par exemple l'évaluation du lieu de vie et de ses fonctionnalités, des capacités de l'entourage du patient, permettant de valider ou non la faisabilité d'un RAD suite à une hospitalisation.

B/ Les informations médicales reçues par le médecin traitant pour assurer la poursuite de la prise en charge médicale

Pour évaluer la qualité de la continuité des soins, il nous paraissait important de savoir si les médecins interrogés disposaient du compte rendu d'hospitalisation lors de la première visite et, plus précisément, s'ils le recevaient dans un délai inférieur à 8 jours. Rappelons que nous avons choisi cette limite de 8 jours pour l'envoi du CRH car il s'agit du délai légal imposé par l'article R.710-2-6 du Code de santé publique. Nous constatons que seulement 20% des médecins interrogés disent recevoir souvent le CRH dans ce délai imparti. Dans l'enquête URML - Ile de France, le retard de réception du CRH était aussi évoqué : seuls 33% des CRH étaient parvenus à temps (50). Dès 1973, c'est un des éléments mis en cause dans les difficultés relationnelles entre la médecine de ville et la médecine hospitalière selon 92% des médecins interrogés (61).

Le délai de réception du CRH mécontente très souvent les médecins généralistes. Il est estimé trop long par la majorité d'entre eux et est considéré comme pénalisant la prise en charge adéquate du patient (69, 70). La rapidité de transmission de l'information est sans aucun doute un critère déterminant de la qualité de la communication médicale (71).

Devant ces délais jugés trop longs, se pose la question de l'intérêt d'un courrier provisoire remis au patient le jour de sa sortie. C'est une pratique assez répandue dans les services d'hospitalisation classique dans les Centres Hospitaliers Universitaires comme dans les hôpitaux périphériques. La moitié de notre population étudiée trouve cette solution très ou entièrement satisfaisante.

Nous sommes pourtant amenés à nous interroger sur la qualité des comptes rendus provisoires. Les résultats de notre enquête nous montrent que plusieurs informations d'ordre médical ne sont pas mentionnées dans le courrier provisoire : dans presque la moitié des cas les résultats des examens complémentaires ne sont pas précisés, dans 1/3 des cas le médecin traitant ne sait pas quelle information a été donnée au patient, les modalités de suivi n'y figurent pas pour 1/3 des médecins. Le traitement médical proposé diffère souvent de celui qui figure dans le courrier définitif de sortie. L'inexactitude des courriers provisoires remet d'emblée en question leur intérêt réel. Il nous semble plus intéressant de développer des stratégies pour faire parvenir plus rapidement le CRH au médecin traitant que d'utiliser la

solution d'un courrier de sortie provisoire pour pallier à un délai trop long de réception du courrier définitif.

Remettre alors le courrier de sortie directement au patient ? En effet, selon plusieurs travaux (71, 72), confier le courrier de sortie directement au patient permet d'optimiser son délai de diffusion et comporte, en outre, d'autres avantages :

- les informations sont plus claires et plus simples à expliquer dans l'esprit du rédacteur et sont transcrites plus aisément ;
- le patient est rendu acteur de sa prise en charge, il est responsabilisé quant à la transmission des informations médicales le concernant ;
- les coûts d'envoi du CRH sont réduits.

Nous pouvons cependant évoquer deux écueils à ce mode de transmission des courriers de sortie.

Le premier concerne la fiabilité de ce mode de transmission : le patient va-t-il réellement remettre ce courrier au destinataire ? Ce courrier fera-t-il l'objet d'un oubli ? Doit-on évaluer la fiabilité du patient avant de lui remettre ce courrier définitif ? Il est probablement utile d'insister sur le caractère important de ce courrier et de la nécessité de le transmettre au médecin traitant rapidement.

Notre deuxième interrogation concerne le fait que le patient puisse lire le courrier adressé au médecin traitant. Ce souci était aussi décrit dans le travail de E.ORFILA, lors d'une enquête sur la relation hôpital - généraliste (74). Certes, en l'état actuel des textes de lois, tout courrier fait partie du dossier médical et doit être consultable par le patient. Cependant, suite à une hospitalisation, on peut concevoir qu'il est plus souhaitable que le patient soit à nouveau informé de son état de santé par son médecin traitant. Une information médicale lue dans un courrier destiné au médecin généraliste sera probablement moins intelligible pour le patient que celle dispensée de vive voix par son médecin. Ce dernier fournira les précisions et les informations complémentaires en réponse aux demandes du patient. On imagine aisément que le médecin traitant adaptera son propos en fonction de l'état psychologique du patient et de son niveau de compréhension de la maladie.

Le service des Maladies Infectieuses et tropicales du Centre Hospitalier Universitaire Archet 1 de Nice nous montre un bel exemple à ce sujet : un CRH est rédigé de façon dactylographiée par l'interne ou le senior, le CRH est toujours relu et signé par un senior et un exemplaire est remis au patient le jour de sa sortie (75).

Ce CRH se doit de contenir les informations suivantes :

- nom et coordonnées du patient
- dates de l'hospitalisation
- nom et coordonnées du médecin en charge du patient
- diagnostic(s)
- résultats des examens réalisés (résultats positifs ou négatifs)
- traitement(s) réalisé(s) durant l'hospitalisation
- détails du traitement de sortie
- suivi conseillé ou proposé
- informations données au patient concernant le diagnostic

Ce protocole permet que le médecin traitant dispose du CRH rapidement, en respectant le délai légal de 8 jours. Il permet également au médecin senior de disposer de l'ensemble des éléments médicaux pour récapituler la prise en charge médicale proposée à l'hôpital, expliquer le traitement de sortie au patient et lui remettre les documents nécessaires.

Par ailleurs, l'évolution des technologies informatiques permet d'envisager de nouvelles possibilités de diffusion des informations médicales par voie électronique (48). La diffusion des courriers de fin d'hospitalisation est possible par e-mail avec des conditions de confidentialité assurées par des serveurs sécurisés ou un cryptage informatique tel qu'il est proposé par apycript avec la mise en œuvre d'une organisation et d'une adhésion des différents partenaires du réseau ville – hôpital (76). Les avantages de ce mode de diffusion des informations médicales sont nombreux : rapidité de transmission, rapidité de classement et d'archivage, rapidité de lecture, aide à une meilleure prise en charge du patient (77).

C/ Soins médicaux et paramédicaux à la sortie de l'hôpital

Afin d'appréhender les soins médicaux et paramédicaux mis en place suite à une hospitalisation, nous avons interrogé les médecins sur les ordonnances de sortie remises au patient d'une part et sur la mise en place des aides et soins à domicile d'autre part.

La question 5 s'intéresse aux ordonnances de sortie de l'hôpital. Les médecins estiment que globalement les patients sortent avec une prescription médicamenteuse lorsque cela est nécessaire. Par contre, 70% des médecins ont souhaité formuler des remarques à ce sujet.

La principale remarque concerne le non respect des conventions d'ordonnance : l'utilisation d'ordonnance bizonnes chez des patients n'étant pas déclarés sous ALD ou le non respect des règles de prescription d'une ordonnance bizonne avec l'ensemble des traitements prescrits dans la zone de remboursement à 100%. Ces pratiques, en dehors du fait qu'elles ne soient pas réglementaires, placent les médecins généralistes dans une position inconfortable vis-à-vis de leurs patients. En effet les patients ne comprennent pas pourquoi l'ordonnance n'est pas reconduite à l'identique par leur médecin traitant et pourquoi ils ne bénéficient finalement pas d'une prise en charge à 100% à laquelle ils croyaient avoir droit. Ces remarques traduisent aussi une impression d'inégalité de traitement par les tutelles : les prescriptions des médecins généralistes sont surveillées régulièrement alors que celles réalisées par les hospitaliers ne souffrent pas du même contrôle...

Il serait intéressant de discuter avec le service informatique de la possibilité d'éditer des ordonnances simples et de déterminer, pour les ordonnances bizonnes, la zone d'impression pour chaque traitement prescrit. Cette possibilité existe déjà dans les logiciels médicaux des généralistes. Les ordonnances informatisées solutionneraient également le problème de la lisibilité des ordonnances de sortie.

Une critique récurrente est formulée sur le fait que les ordonnances ne sont pas correctement expliquées au patient. Cette remarque rejoint le thème des dysfonctionnements concernant l'information du patient et nous aborderons ce sujet dans la question 7.

D'autres observations ont été faites au sujet des ordonnances dont la prescription est jugée inadaptée par le médecin traitant. Au cours d'une hospitalisation, en fonction du stock médicamenteux de l'hôpital, un traitement habituel peut être substitué par une molécule thérapeutiquement semblable. Cette pratique semble relativement cohérente et ne pose pas de problème au cours de l'hospitalisation. Les médecins généralistes souhaiteraient cependant que le traitement habituel soit repris au moment de la sortie afin d'éviter une confusion chez certains patients, notamment chez les sujets âgés. Par ailleurs, certains médecins signalent une prescription insuffisante des génériques. Nous savons que les médecins généralistes ont des objectifs fixés par la CNAM concernant la prescription des génériques. Ainsi, il serait souhaitable que les médecins hospitaliers participent à cet effort collectif en reconduisant un traitement générique habituel ou en proposant un générique lors de l'introduction d'un nouveau traitement. Certains patients comprennent en effet difficilement que les médecins traitants ne reconduisent pas exactement le même traitement que celui initié par l'équipe médicale hospitalière et proposent de le substituer par des génériques.

Rappelons qu'il paraît important de préciser sur le CRH ou sur l'ordonnance de sortie quels sont les traitements effectivement arrêtés ou substitués, afin de considérer cela comme une décision médicale et non comme un oubli.

Au sujet de la mise en place des aides à domicile, quelques médecins déplorent le délai de mise en place de ces aides. Elles ne sont en effet parfois pas effectives lors du retour à domicile du patient hospitalisé. Se pose alors la question de l'intérêt de ces aides et soins à domicile s'ils ne sont pas opérationnels dès la sortie de l'hospitalisation. Ces aides assurent un relais entre la prise en charge hospitalière et l'autogestion du patient à domicile. On comprend ainsi facilement que ce retard de prise en charge peut être délétère pour le patient et sa sécurité médicale. Cette question rejoint le thème abordé précédemment concernant la gestion du parcours de soins (question 2/ sur la faisabilité du RAD). En effet, il semble clair qu'une organisation du retour à domicile gérée, en amont, au cours d'une hospitalisation, par un professionnel de santé dédié à cette tâche faciliterait les démarches logistiques et permettrait d'éviter des situations où on constate un retard de prise en charge médicale et/ou paramédicale à domicile.

***D/ Côté patient : qu'ont-ils compris de l'information médicale reçue ?
Comment l'ont-ils assimilée ? Que pensent-ils des conditions de sortie du
CHr ? Les médecins traitants nous ont livré leurs sentiments à ce sujet***

Il nous paraissait intéressant d'interroger les médecins traitants sur ce qu'ils percevaient de la qualité des informations médicales fournies au patient au cours d'une hospitalisation et sur les remarques formulées par les patients concernant les modalités de sortie du CHr dans lequel ils venaient d'être hospitalisés.

Au sujet de la qualité de l'information médicale dispensée, les avis sont mitigés. La moitié des médecins de notre étude rapportent qu'une information médicale de qualité n'est que rarement ou parfois délivrée. Quant à la compréhension de l'information médicale donnée, $\frac{3}{4}$ des médecins estiment que les patients n'ont que rarement ou parfois assimilé ce qui avait été dit par l'équipe médicale hospitalière.

Avant d'interpréter ces résultats, il nous paraît essentiel de rappeler qu'il n'y a pas une adéquation parfaite entre l'information médicale délivrée et celle que le patient a assimilée. En effet, le patient n'intègre pas l'ensemble des éléments évoqués au cours d'un entretien médical. Il est ainsi dit que le patient ne va retenir au mieux que 30% de la consultation, et en particulier les premières et les dernières paroles prononcées par le médecin.

A travers ces résultats, nous pouvons toutefois constater que, pour les patients, la compréhension de leur maladie n'est que partielle. Bien que ces difficultés de compréhension soient d'origines diverses et ne relèvent pas uniquement de la qualité de l'information délivrée au cours de l'hospitalisation, nous souhaitons évoquer quelques aspects sur l'information du patient.

Selon la loi du 4 mars 2002, l'information médicale relève d'un devoir légal et moral du médecin envers son patient. L'entretien en tête-à-tête reste l'élément clé de la procédure d'information du patient au cours de laquelle une information orale et écrite lui est donnée. Cette procédure est bien codifiée et il ne nous semble pas nécessaire de rappeler son contenu dans ce texte. Toutefois, nous insistons sur l'importance de demander au patient de reformuler les explications données par le médecin afin d'évaluer la compréhension des informations fournies.

Il peut être intéressant de réaliser un 2^{ème} entretien individuel au cours de l'hospitalisation dans le cas d'annonce de maladie grave. Ce 2^{ème} entretien permet ainsi au patient de poser les questions engendrées par le 1^{er} contact médical et au médecin d'évaluer la compréhension du patient et de compléter l'information médicale si besoin. Il est intéressant de réaliser ce(s) entretien(s) un peu avant la sortie effective du patient, en présence de la personne responsable ou de l'entourage proche si la compréhension du patient semble altérée.

De même, il nous semble important d'expliquer au patient les documents qui lui sont remis : ordonnance de sortie, photocopies de compte rendu d'examen complémentaires, courrier de sortie provisoire ou compte rendu d'hospitalisation.

Par ailleurs, il est envisageable de considérer que l'information donnée à l'hôpital ne peut être que partielle compte tenu de la durée d'hospitalisation, parfois courte, des conditions d'annonce et du lien thérapeutique récent instauré entre le praticien hospitalier et le patient. Il relève alors du rôle du médecin généraliste de compléter cette information et de préciser les points incompris par le patient. Se profile ainsi une complémentarité entre la prise en charge hospitalière et celle effectuée ultérieurement par le praticien libéral. On comprend ici l'intérêt de préciser dans le CRH ce qui a été dit au patient, ce qui semble avoir été compris et les éventuelles difficultés rencontrées par le praticien hospitalier au cours de cet entretien, dans le but de faciliter et de clarifier la tâche du médecin généraliste.

Rappelons, d'autre part, que la communication médicale avec les patients ou entre professionnels de santé peut faire l'objet de formation et d'ateliers dans le cadre du développement professionnel continu. Ce concept, anciennement connu sous le nom de formation médicale continue, fait partie intégrante de la récente loi HPST (78) et propose notamment une évaluation des pratiques professionnelles, un perfectionnement des connaissances et une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Des cours sur la communication médicale pourrait également être dispensés de façon plus soutenue au cours des études médicales de 2^{ème} et 3^{ème} cycle.

Quelles sont les remarques formulées par les patients et rapportées par les médecins généralistes ?

¼ des patients font souvent ou toujours des remarques concernant les modalités de sortie du CHr.

Les remarques se regroupent autour de 3 points :

- un manque d'information médicale dispensée au cours de l'hospitalisation
- une sortie trop précoce
- une sortie accélérée par manque de place

Le problème de l'information médicale fournie au patient, déjà évoquée dans la question précédente, est un problème récurrent, existant depuis plusieurs décennies.

Dans le cadre du plan cancer, afin de perfectionner la prise en charge du patient cancéreux, les services d'oncologie ont créé des protocoles et ont formé les médecins à « l'annonce d'une maladie grave ». Cet item fait également l'objet d'un cours aux étudiants de médecine de 2^{ème} cycle. Ces protocoles décrivent comment organiser le temps, l'espace et le contenu d'une consultation pour ce type d'annonce : un lieu où la confidentialité est respectée, prendre le temps, s'asseoir, montrer sa disponibilité au patient, informer par étapes, chercher quel niveau d'informations le patient souhaite obtenir, ne pas hésiter à laisser le patient poser des questions, voire même susciter les questions, reformuler, rester prudent en terme de pronostic, donner des perspectives et annoncer la stratégie thérapeutique, terminer l'entretien par un contrat d'avenir. Peut-être faudrait-il exiger le même investissement de la part des professionnels de santé pour tout entretien médical au cours d'une hospitalisation. Ce type d'entretien prend cependant un certain temps; compte tenu de la charge de travail des médecins hospitaliers, il faudrait octroyer un temps particulier pour cet aspect de la prise en charge médical dans les plannings journaliers. On pourrait également envisager de faire intervenir un professionnel de la communication « chargé de l'information du patient ».

On peut également se demander quel est l'impact de la qualité de l'information médicale délivrée sur la prise en charge du patient : relation médecin – malade facilitée ? Lien de confiance établi ? Bénéfice sur état de santé mentale du patient ? Amélioration globale de la qualité des soins ?

Au sujet des remarques concernant une sortie trop précoce, rappelons nous de l'étude suisse qui montrait une discordance de perception entre les patients et les soignants au sujet de la programmation de la sortie, avec un degré de préparation des sorties considéré comme plus avancé par l'équipe soignante (30).

Cependant, il est vrai que suite à des besoins logistiques (demande d'hospitalisation de patients reçus au Service d'accueil des urgences, hospitalisation programmée ou transfert intra-hospitalier), les sorties peuvent être parfois accélérées.

Toutefois, si la sortie est envisagée dès l'entrée dans l'établissement ou rapidement au cours de l'hospitalisation (comme ce qui est proposé dans le projet de sortie de l'HAS), on peut imaginer qu'anticiper la sortie d'une journée ne soit pas forcément problématique. Cette question de la sortie anticipée par manque de lits est comprise dans une problématique plus vaste de la politique de gestion hospitalière et de gestion opérationnelle de la production de soins, thème que nous n'aborderons pas dans cette thèse.

E/ Evaluation globale du degré de satisfaction des médecins généralistes concernant les modalités de sortie des patients de l'hôpital et leurs éventuelles pistes de réflexion

La dernière question de notre étude était destinée à recueillir les souhaits des médecins généralistes concernant les modalités de sortie du CHR ; nous les avons regroupés en 5 propositions :

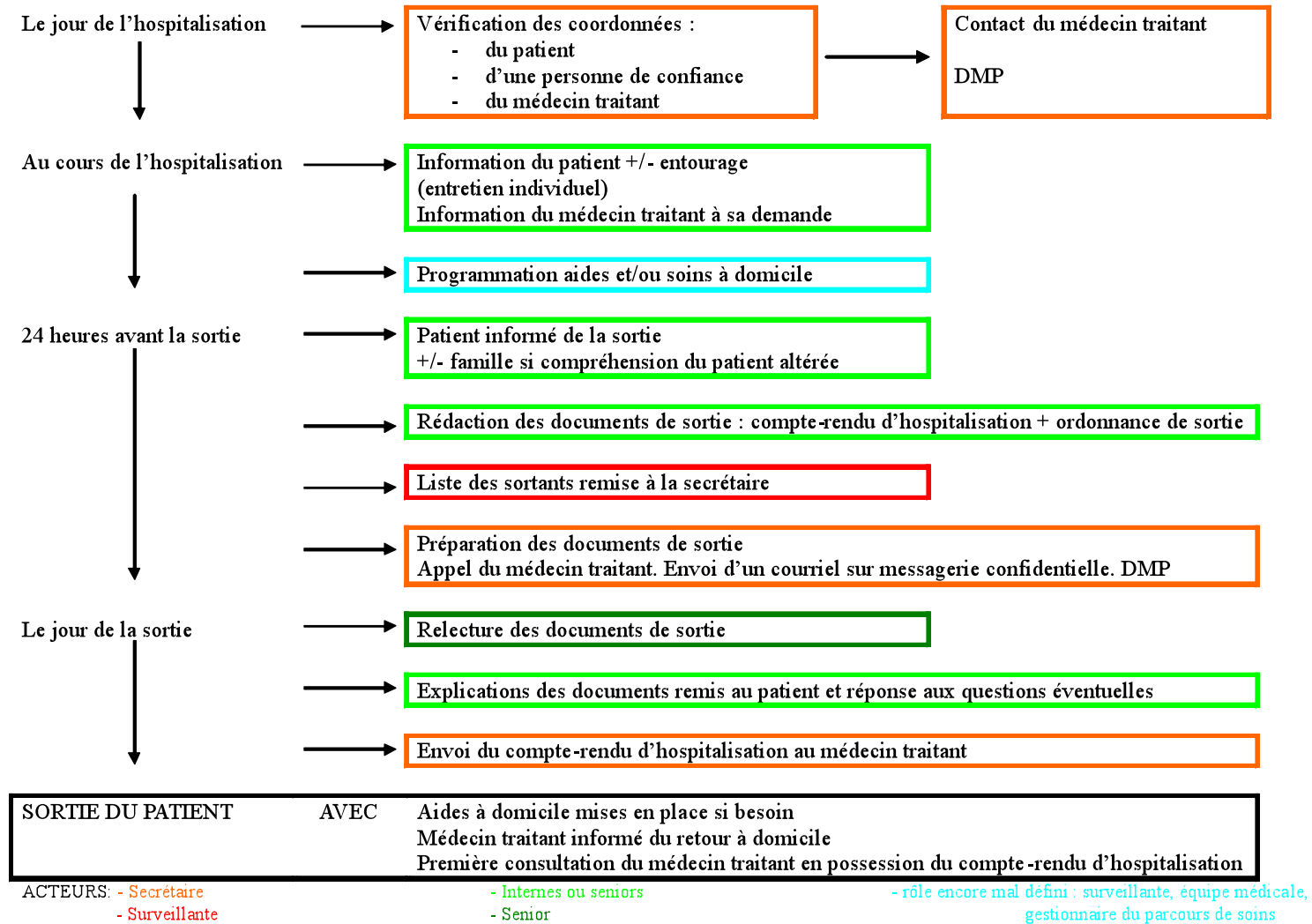
- un courrier de sortie plus complet
- une meilleure information du médecin traitant
- une information plus rapide du médecin traitant
- l'utilisation de l'outil informatique pour améliorer les délais de communication
- la programmation d'une visite du médecin généraliste suite au retour à domicile

La programmation d'une visite du médecin traitant suite à l'hospitalisation n'avait jusqu'alors pas été abordée. Plusieurs médecins nous ont cependant soumis cette demande, qui semble assez pertinente, au moins pour certaines hospitalisations longues ou complexes. Reste la question de comment programmer cette visite : demander au patient de contacter son médecin traitant pour prendre un rendez-vous avec lui ? Cette hypothèse semble envisageable pour un patient autonome, responsable et acteur de sa prise en charge médicale. Téléphoner au médecin traitant pour l'informer de la sortie de son patient et programmer une visite en

même temps ? Cette solution peut permettre de faciliter la continuité de la prise en charge pour des patients âgés ou pour lesquels la gestion de la maladie semble lourde et complexe. L'outil informatique pourrait permettre au médecin traitant d'être informé de la sortie du patient ; il nous semble par contre difficilement envisageable que le médecin traitant contacte lui-même le patient pour programmer une visite ou une consultation compte tenu de la charge de travail des cabinets libéraux. Cette idée pourrait être discutée pour les maisons médicales disposant d'un secrétariat.

Devant l'ensemble de ces réflexions faites autour de la sortie du patient de l'hôpital, nous sommes tentés de proposer un organigramme reprenant les différentes étapes de la préparation de cette sortie.

SORTIE PROGRAMMEE DU PATIENT



CONCLUSION

Les conditions actuelles de sortie de l'hôpital ne paraissent pas optimales pour les médecins généralistes interrogés et mériteraient d'être améliorées sur plusieurs aspects.

Au cours de la prise en charge hospitalière, un protocole de préparation de la sortie semble nécessaire afin de pouvoir, le jour de la sortie, laisser le patient regagner son domicile avec les éléments médicaux suffisants pour poursuivre la prise en charge. Le patient doit être informé à l'hôpital, au cours d'un entretien individuel, de sa pathologie et des modalités de suivi. Une évaluation des aides humaines et/ou matérielles à mettre en place pour le retour à domicile est faite précocement. Le compte rendu d'hospitalisation est remis au patient le jour de sa sortie pour parvenir au médecin généraliste dans les délais impartis. L'ensemble de ce parcours pourrait être piloté par un gestionnaire du parcours de soins, supervisant ces différentes actions.

L'amélioration de la qualité des relations entre hospitaliers et généralistes semble indispensable pour proposer une offre de soins de qualité, notamment autour de la transmission des informations médicales. L'amendement de cette relation nécessite une évolution du mode de communication d'une part et d'une évolution structurelle et culturelle d'autre part.

La communication entre les professionnels de santé doit permettre de fournir rapidement les éléments utiles à la continuité des soins. L'institution en cours du DMP semble une solution technologique pertinente et porteuse d'espoir pour dispenser des informations de qualité, instantanément.

La collaboration entre ces deux pôles que sont l'hôpital et la médecine générale doit s'intensifier afin de mettre en place une prise en charge globale et holistique des patients. Une politique de décloisonnement des structures de prise en charge médicale est à développer, ainsi que la création de réseaux de soins. Ces réformes structurelles engendreront une complémentarité et une interdépendance entre ces deux entités, exigeant une qualité de relation et de communication. Le défi reste de concilier une qualité de prise en charge médicale et une maîtrise économique efficace du système de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. IMBERT J. Les hôpitaux en France. PUF. 6^{ème} édition. Paris : 1994.
2. CANDILLE M. Les soins à l'hôpital en France au XIXe siècle. Bulletin de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux. Lyon : 1974, 28 p.
3. FIESCHI M. Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins. Rapport au ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées. Paris : 2003, 45 p.
4. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [**en ligne**]. Journal Officiel du 5 mars 2002. Disponible sur : <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&fastPos=6&fastReqId=740305405&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>> (consulté le 05/03/2010).
5. ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. Paris : 2001, 72 p.
6. ANAES. Sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou physique. Paris : 2004. [**en ligne**]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_monde_hospitalier_eco.pdf> (consulté le 05/03/2010).
7. ANAES. Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuropsychologique. Paris : 2004. [**en ligne**]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_monde_hospitalier_long.pdf> (consulté le 05/03/2010).
8. DEUBECH L. La sortie normale. **In** : Le malade à l'hôpital. Ramonville Saint-Agne : Eres, 2000, p.869-870 ISBN : 2.86586.783.8.
9. MEMIN B., BONNAMOUR A., Le projet de sortie, aspects conceptuels. Journal de réadaptation médicale, 2009, 29, pp.20-24.
10. TOWNSEND J., PIPER M., FRANK AO., et al. Reduction in hospital readmission stay of elderly patients by a community based hospital discharge scheme : a randomised controlled trial. BMJ, 1988, 297, pp.544-547.
11. NAYLOR MD., BROOTEN D., CAMPBELL R., et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. A randomized clinical trial. JAMA, 1999, 281, pp.613-620.

12. ANTTILLA SK., HUHTALA HS., PEKURINEN MJ., et al. Cost-effectiveness of an innovative four-year post-discharge programme for elderly patients. Prospective follow-up of hospital and nursing home use in project elderly and randomized controls. Scand J Public Health 2000, 28, pp.41-46.
13. HAS. Manuel V2010 de certification des établissements de santé - version juin 2009 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf> (consulté le 05/03/2010).
14. Réseau Santé Qualité. Préparer la sortie du patient. Guide pratique – version 2005.
15. FAGOT-LARGEAULT A. Le consentement éclairé : historique du concept de consentement. Med et droit, 1994, 6, pp.55-56.
16. MINISTERE DE LA JUSTICE. Cour de cassation. Arrêt Mercier, 20 mai 1936 [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.droit.univ-paris5.fr/cddm/modules.php?name=Encyclopedia&op=content&tid=221>> (consulté le 06/03/2010)
17. MINISTERE DE LA JUSTICE. Chambre des requêtes de la cour de cassation. Arrêt Teyssier, 29 janvier 1942.
18. Anonyme. Circulaire n°636 du 20 septembre 1974. B.O. 74/41-7578.
19. Anonyme. Décret n°74-27 du 14 janvier 1974. J.O. du 16 janvier 1974.
20. CLEMENT R., RODAT O. Hospitalisation – La Charte du patient. **In** : ROGIER A. Responsabilité médicale : la référence pour les hôpitaux – médecins – juristes. Paris : ESKA, 2005, p253-256. ISBN 2-7472-0640-8.
21. CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE [en ligne]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/.affichSarde.do?reprise=true&page=1&idSarde=SARDOBJT000007109126&ordre=null&nature=null&g=ls> (consulté le 24/02/2010)
22. Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique). Code de déontologie médical [en ligne]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=69700D90ACC4A6E2154F79F1772B11FC.tpdjo06v_3?idArticle=LEGIARTI000006680538&cidTexte=LEGITEXT000006072634&dateTexte=20040807> (consulté le 06/03/2010).
23. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins – Direction générale de la santé. Charte de la personne hospitalisée. Avril 2006 [en ligne]. Diponible sur : <http://www.sersante.com/chartepatient/commander_telecharger/images_telechargement/livret%20charte_a4_couleur.pdf> (consulté le 06/03/2010).

24. Article R4127-34 du Code de la Santé Publique, relatif aux devoirs envers les patients, version en vigueur du 08 août 2004 [**en ligne**]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B8B195A370F312F68F42F3CB3262AC77.tpdjo16v_2?idArticle=LEGIARTI000006912896&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100624 (consulté le 06/03/2010).
25. Anonyme. Circulaire n°132 du 18 décembre 1970 relative à l'humanisation des hôpitaux. B.O.70/52-15 414.
26. Article R1112-2 du Code de la Santé Publique, modifié par le décret n°2006-119 du 6 février 2006 – art.2. J.O. 7 février 2006 [**en ligne**]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006908161&idSectionTA=LEGISCTA000006190179&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100624> (consulté le 06/03/2010)
27. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Annexe du décret n°2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du Code de la Santé Publique. Article R-1112-6 du Code de la Santé Publique [**en ligne**]. Journal Officiel n°122 du 27 mai 2003. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000412528&dateTexte=>> (consulté le 07/03/2010).
28. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Annexe du décret n°2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du Code de la Santé Publique. Article R-1112-1 du Code de la Santé Publique [**en ligne**]. Journal Officiel n°122 du 27 mai 2003. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000412528&dateTexte=>> (consulté le 07/03/2010).
29. INSERM-COMPAQH. Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière [**en ligne**]. Disponible sur : <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compagh/> (consulté le 07/03/2010).
30. LUTHY C., RENTSCH D., CEDRASCHI C. et al. Durée d'hospitalisation, programmation de la sortie et politique de raccourcissement des séjours : avis des patients et des soignants. Rev Epidemiol Sante Publique, 2005, 53, pp. 629-634.
31. Anonyme. Décret n°74-230 du 7 mars 1974. J.O. du 12 mars 1974.
32. Serment d'Hippocrate

33. Article R.4127-45 du Code de la santé Publique, relatif aux devoirs envers les patients, version en vigueur du 8 août 2004 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912911&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100829&oldAction=rechCodeArticle> (consulté le 13/03/2010).
34. MARCELLI A. Le secret partagé. Rapport adopté par le Conseil National de l'Ordre des Médecins [en ligne]. Paris : mai 1998. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/secretpart.pdf> (consulté le 13/03/2010).
35. Article 45 du Code de Déontologie Médicale, figurant dans le Code de la Santé Publique sous le n° R.4127-45 [en ligne]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=85C847A7973C486195E68E703B680257.tpdjo15v_2?idArticle=LEGIARTI000006680551&cidTexte=LEGITEXT000006072634&dateTexte=20040807 (consulté le 13/03/2010).
36. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION. Décret n°92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés [en ligne]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000357021&dateTexte=> (consulté le 13/03/2010).
37. Article 63 du Code de Déontologie Médicale [en ligne]. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont_1.pdf (consulté le 13/03/2010).
38. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie [en ligne]. J.O. du 17 août 2004. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=> (consulté le 17/03/2010)
39. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Annexe du décret n°2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du Code de la Santé Publique. Article R-1112-2 du Code de la Santé Publique [en ligne]. Journal Officiel n°122 du 27 mai 2003. Disponible sur : [<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000412528&dateTexte=>](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000412528&dateTexte=) (consulté le 07/03/2010).
40. ANAES. Evaluation des Pratiques Professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient : réglementation et recommandations. Juin 2003 [en ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_amelioration_de_la_qualite_de_la_tenue_et_du_contenu_-_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf (consulté le 13/03/2010).

41. Article R162-1-1 du Code de la Sécurité Sociale, modifié par décret n°2004-1159 du 29 octobre 2004 – art.19 [**en ligne**]. J.O. du 31 octobre 2004. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=C8FF62AD2CDA218554DCF06F3533531C.tpdjo12v_3?idArticle=LEGIARTI000006747489&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20100829 (consulté le 14/03/2010).
42. MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins [**en ligne**]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005620824&dateTexte=20100829> (consulté le 14/03/2010).
43. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. ASIP Santé. Agence des systèmes d'information partagés de santé [**en ligne**]. Disponible sur : <http://esante.gouv.fr/categorie/thematique/dmp> (consulté le 17/03/2010).
44. MANAOUIL C. Le dossier médical personnel (DMP) : « autopsie » d'un projet ambitieux ? Médecine & Droit, 2009, pp. 24-41
45. Comité Consultatif national d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Avis n°104. Le « dossier médical personnel » et l'informatisation des données de santé. Paris, 29 mai 2008. 16 p.
46. CENTRE HOSPITALIER FREJUS – SAINT RAPHAEL. Retour d'informations à la médecine de ville [**en ligne**]. Disponible sur : http://www.chi-frejus-saint-raphael.fr/site/cadres.php?url=affi_chap.php?id_site=12 (consulté le 17/03/2010).
47. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Commentaires au Code de Déontologie Médicale [**en ligne**]. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/17/tous> (consulté le 05/03/2010).
48. MAJED B., MARQUE G. Les technologies de l'Information et de la Communication et la santé. ORS NORD – PAS-DE-CALAIS. Mai 2003, 90 p.
49. APYCRYPT. Cryptage de données médicales [**en ligne**]. Disponible sur : <http://www.apicrypt.org/> (consulté le 18/03/2010).
50. DORMARD C., CLAVERO J. La continuité des soins en ville après une hospitalisation, URML Ile de France. 2006.
51. FREIDSON E. La profession médicale. Payot. Paris : 1984, 369p.

52. MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes [**en ligne**]. J.O. du 11 février 2005. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000805768&fastPos=14&fastReqId=1321731234&categorieLien=id&oldAction=rechTexte> (consulté le 17/03/2010).
53. FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE. Le projet de la FHF, L'avenir de l'hospitalisation publique au service des français. Décembre 2001. p.7.
54. CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL. L'hôpital public en France : Bilan et perspectives. Etude présentée par E.MOLINIE [**en ligne**]. Paris : 21 juin 2005. Disponible sur : < <http://www.conseil-economique-et-social.fr/rapport/doclon/05062810.pdf> > (consulté le 20/03/2010).
55. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Les atlas régionaux . Situation au 1^{er} janvier 2009 [**en ligne**]. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/les-atlas-regionaux-966> (consulté le 20/01/2010)
56. BARCLAY S., TODD C., FINLAY I. et al. Not another questionnaire ! Maximizing the response rate, predicting non-response and assessing non-response bias in postal questionnaire studies of GPs. Family Practice, 2002, vol. 19, pp.105-111.
57. SIBBALD B., ADDINGTON-HALL J., BRENNEMAN D. et al. Telephone versus postal surveys of général practitioners : methodological considérations. Br J Gen Pract, 1994, vol. 44, pp. 297-300.
58. LAM B.T. Améliorer la coordination des soins en cancérologie entre l'hôpital et la ville : élaboration d'un document d'information sur la chimiothérapie intraveineuse destiné au médecin traitant. Thèse de Pharmacie. Grenoble : Université Joseph Fourier – Grenoble 1, 2010, 94 p.
59. TRAUTMANN J. Evaluation de la communication du service des urgences de l'hôpital de Neufchâteau envers les médecins généralistes. Thèse de Médecine Générale. Nancy : Université Henri Poincaré, 2009, 101 p.
60. PENOT C. Relations entre médecine de ville et médecine hospitalière. Thèse de Médecine. Paris : Université René Descartes, 1997, 67 p.
61. LAXENAIRE M., SCHMITT D., MUR JM. Relations de l'omnipraticien avec l'hôpital. Gestions Hospitalières. 1973, vol. 131, pp. 1407-1418.
62. HUBERT G. La circulation de l'information médicale : évaluation du lien complexe ville-hôpital. Thèse de Médecine. Paris : Université Paris 13, 2006, 42 p.

63. ORTOLAN B., ALBY M-L. Enquête auprès des médecins généralistes, SROS III – volet médecine, URML Ile de France. 2006.
64. BODO O., FOURCADE A. Amélioration des relations médecine de ville AP-HP, Rapport AP-HP. 1990.
65. QUINN R., JOYCE K. How do general practitioners learn of their patient's deaths? Ir Med J. 2000, p. 9.
66. LEFEVRE P., L'accompagnement en médecine générale. La Revue du Praticien, 1996, vol. 10, n°336, pp. 35-42.
67. HÔPITAL ERASME. Cliniques universitaires de Bruxelles. La Charte de Bonnes Relations entre l'hôpital Erasme et les médecins traitants [**en ligne**]. Disponible sur : <http://www.erasme.ulb.ac.be/page.asp?id=15323&langue=FR> (consulté le 22/03/2010).
68. HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE. La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique. Paris : La documentation Française, 2010, 80 p. ISBN : 978-2-11-008113-1.
69. BEDEN C. Attentes et satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis d'un hôpital universitaire. Journal de l'économie médicale, 2001, vol. 19, pp. 263-278.
70. OGRIZEK M., GUILLERY JM., MIRABAUD C. La communication médicale. PUF, Que sais-je ? Paris : 1996, pp.102-109.
71. VAN WALRAVEN C., ROKOSH E. What is necessary for high-quality discharge summaries ? Am J Med Qual, 1999, vol.14, pp.106-109.
72. VAN WALRAVEN C., SETH R., LAUPACIS A. Dissemination of discharge summaries. Not reaching follow-up physicians. Can Fam Physician, 2002, vol. 48, pp.737-742.
73. SANDLER DA., MITCHELL JR. Interim discharge summaries : how are they best delivered to général practitioners ? Br Med J (Clin Res Ed), 1987, vol. 295 (6612), pp.1523-1525.
74. ORFILA E. Enquête sur la relation hôpital-généralistes. Thèse de Médecine. Paris 11 : Kremlin – Bicêtre, 1992, 74p.
75. CONTESTIN J. Information délivrée au patient lors de sa sortie d'un service hospitalier. Evaluation du protocole de sortie du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales. Thèse de Médecine. Nice : Université de Nice, 2005, 73p.
76. SCHABETSBERGER T., AMMENWERTH E., ANDREATTA S. et al. From a paper-based transmission of discharge summaries to electronic communication in health care regions. Int J Med Inform, 2006, vol. 75 (3-4), pp.209-215.

77. MACHAN C., AMMENWERTH E., SCHABETSBEGGER T. Evaluation of the electronic transmission of medical findings from hospitals to practitioners by triangulation. *Methods Inf Med*, 2006, vol. 45 (2), pp.225-233.
78. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [**en ligne**]. Journal Officiel du 22 juillet 2009. Disponible sur : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id> (consulté le 05/04/2010).

Projet d'amélioration des conditions de
sortie d'hospitalisation des patients des
centres hospitaliers référents du territoire
meusien

- Questionnaire destiné aux médecins traitants exerçant
sur le territoire meusien-

Les questions concernent le centre hospitalier avec lequel vous travaillez habituellement, intitulé pour cette enquête le Centre Hospitalier référent

Vous êtes :

Une femme

Un homme

NSPP

Quel âge avez-vous ?

34 ans ou moins

Entre 35 et 49 ans

50 ans ou plus

NSPP

1. Etes-vous satisfait(e) de la façon dont vous êtes informé(e) de la sortie de vos patients lorsqu'ils rentrent à domicile après une hospitalisation au CH référent ?

Pas du tout satisfait

Un peu satisfait

Moyennement satisfait

Très satisfait

Entièrement satisfait

Comment êtes-vous prévenu(e), le plus souvent, de cette sortie ?

Par téléphone

Par mail

Par courrier

Autre(s) (préciser)

Etes-vous satisfait(e) de la façon dont vous êtes informé(e) lorsque vos patients sont transférés du CH référent vers un autre établissement ?

Pas du tout satisfait

Un peu satisfait

Moyennement satisfait

Très satisfait

Entièrement satisfait

Etes-vous satisfait(e) du délai avec lequel vous êtes prévenu(e) ?

Pas du tout satisfait

Un peu satisfait

Moyennement satisfait

Très satisfait

Entièrement satisfait

Estimez-vous être correctement averti dans les situations de sortie du CH référent contre avis médical de l'un de vos patients ?

Oui

Non

Comment apprenez-vous le plus souvent le décès de vos patients lorsque celui-ci survient au CH référent ?

Par courrier

Par la famille

Par téléphone

Autre(s) (préciser)

2. Etes-vous consulté(e), avant la sortie de vos patients du CH référent, sur la faisabilité d'un retour à domicile (conditions de vie, aménagements du logement, participation de l'entourage, ...) ?

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

3. Disposez-vous du compte-rendu d'hospitalisation quand vous voyez vos patients pour la première fois après leur sortie du CH référent ?

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Si non, le recevez-vous dans un délai inférieur à 8 jours après la sortie ?

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Jugez-vous satisfaisante la solution d'un compte-rendu provisoire manuscrit remis au patient à sa sortie ?

Pas du tout satisfaisante

Peu satisfaisante

Moyennement satisfaisante

Très satisfaisante

Entièrement satisfaisante

4. A la sortie d'hospitalisation au CH référent, quels sont les informations qui manquent le plus souvent dans le courrier provisoire que vous recevez ? (Plusieurs réponses possibles) ?

Dates d'hospitalisation

Traitement de sortie

Motif d'hospitalisation

Modalités de suivi

Antécédents

Nom et coordonnées du médecin ayant assuré la prise en charge

Histoire de la maladie

Evolution

Informations fournies au patient

Principaux résultats d'examens

Autre(s) (préciser)

5. Vos patients sortent-ils du CH référent avec une ordonnance lorsque c'est nécessaire ?

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Avez-vous des remarques à formuler au sujet des ordonnances rédigées par les praticiens du CH référent à la sortie d'hospitalisation de vos patients ?

Oui

Non

Si oui, lesquelles ? (*Plusieurs réponses possibles*)

Ordonnance illisible

Ordonnance incomplète (dosage, posologie, durée, ...)

Ordonnance non ou mal expliquée au patient (traitements arrêtés ou substitués, interactions médicamenteuses, rythme des prises, ...)

Prescription inadaptée (dosage, galénique, contre-indication ou allergie, mode d'administration incompatible avec les possibilités du patient, ...)

Conventions d'ordonnances non respectées (ordonnances bi-zones, sécurisées, médicaments d'exception) Autre(s) (préciser)

6. Lorsque la mise en place de soins et aides à domicile est devenue nécessaire, ceux-ci sont-ils effectivement mis en place par l'équipe médicale et paramédicale du CH référent avant le retour à domicile de vos patients ?

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

7. Une information satisfaisante sur la pathologie et la prise en charge est-elle fournie à vos patients avant leur sortie d'hospitalisation du CH référent ?

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Est-elle assimilée ?

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

8. Vos patients vous font-ils part de remarques concernant des problèmes liés à leur sortie d'hospitalisation du CH référent ? (*Attention, nous faisons ici référence uniquement aux remarques liées aux conditions dans lesquelles s'est déroulée la sortie d'hospitalisation au CHV et non pas sur le séjour au CHV*)

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Si oui, lesquelles ?

Libre

9. Etes-vous satisfait(e) des conditions actuelles de sortie d'hospitalisation au CH référent de vos patients ?

Pas du tout satisfait

Un peu satisfait

Moyennement satisfait

Très satisfait

Entièrement satisfait

10. Y a-t'il d'autres points que vous souhaiteriez voir améliorer concernant la sortie de vos patients hospitalisés au CH référent ?

Oui

Non

Si oui, lesquels ?

Libre

Abréviations utilisées

ADSL : Asymmetric Digital Subscriber Line

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ASIP Santé : Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé

CHr : Centre Hospitalier référent

CHV : Centre Hospitalier de Verdun

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPS : Carte de Professionnel de Santé

CRH : Compte rendu d'hospitalisation

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

DCI : Dénomination commune internationale

DMP : Dossier médical personnel

ENRS : Espaces Numériques Régionaux de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière diplômée d'état

INS : Identifiant National de Santé

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

MG : Médecin généraliste

MT : Médecin traitant

NTIC : Nouvelles Techniques pour l'Information et la Communication

OP : Objectif prioritaire

PEC : Prise en charge

RAD : Retour à domicile

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SM : Secret médical

RESUME

HOSPITAL DISCHARGE : THE GENERAL PRACTITIONERS POINT OF VIEW.

A survey near GPs of a french rural area.

The coordination of care between hospital and general practitioners (GPs) is essential to achieve quality care for patients. The continued quality of care upon leaving the hospital depends significantly on good transmission of patient between the GPs and the hospital practitioners. For that transmission to be completed properly, a thoughtful discharge planning process must be implemented. The transmitted patient information must be of good quality including the relevant support information and provided to the GPs in due time.

This study relies on a qualitative assessment approach to evaluate GPs view concerning the methods of patient hospital discharge handover. A simple questionnaire sent or mailed to 150 GPs from the Meusien area explored the way they perceived the quantity or quality of the information delivered to them by their hospital counterparts. 98 of the 150 GPs responded to the questionnaire (65,3%).

Sixty percent of GPs interviewed stated that the discharge process from hospitals to be partially or not satisfied.

According to our study, in order to improve the coordination and continuity of care around the hospital discharge process, there are two essential issues to consider. Firstly, the patient must be given the Hospital Discharge Form at the very time of discharge. Secondly, would be to improve the time taken to communicate the relevant information by using new types of information and communication technologies. The patient's medical information seems to be the key link between the hospital and general practitioners, requiring a new method of communication between healthcare professionals to ensure improved efficiency of healthcare services.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

La communication entre l'hôpital et les médecins libéraux est indispensable à une prise en charge médicale de qualité. Lors de la sortie du patient, le relais d'informations entre les praticiens hospitaliers et les médecins généralistes conditionne la qualité de la continuité des soins. Cette transmission d'informations médicales est conditionnée par la préparation de la sortie organisée au cours de l'hospitalisation, la qualité des documents fournis, support de l'information et les moyens de communications usités, vecteurs de cette même information.

Cette étude propose d'évaluer, au moyen d'un questionnaire, le point de vue des médecins généralistes concernant les modalités de sortie de l'hôpital. La population source regroupe 150 médecins généralistes libéraux exerçant sur le territoire meusien et collaborant avec les centres hospitaliers régionaux de ce territoire. Quarante-deux des 150 médecins interrogés ont répondu à ce questionnaire (65,3%). Soixante pour cent des médecins interrogés estiment que les conditions de sortie sont moyennement ou peu satisfaisantes.

Les points essentiels à développer pour améliorer la qualité de prise en charge médicale sont une préparation de la sortie au cours de l'hospitalisation permettant de remettre le compte-rendu d'hospitalisation au patient et l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication, améliorant les délais de transmission d'information entre l'hôpital et la ville. Le Dossier Médical Personnel se montre prometteur en proposant un nouveau mode de communication entre professionnels de santé.

Ces propositions s'inscrivent dans un projet plus global de décloisonnement de la prise en charge médicale via la création de réseaux de soins ville – hôpital.

TITRE EN ANGLAIS :

HOSPITAL DISCHARGE : THE GENERAL PRACTITIONERS POINT OF VIEW.

A survey near GPs of a french rural area.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2010

MOTS CLEFS : sortie de l'hôpital, programmation de la sortie, communication médicale, CRH, information du médecin traitant.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDŒUVRE LES NANCY Cédex
