



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Quels sont les moyens de communication mis en œuvre entre les
médecins libéraux et hospitaliers lors d'une admission programmée et
quel en est le contenu ?**

Présentée et soutenue publiquement le 6 octobre 2016 à 14h
Au pôle formation
Par Simon Beffara

JURY

Président :

Monsieur le Professeur André Thevenon

Assesseurs :

Monsieur le Professeur François-René Pruvot

Monsieur le Docteur Marc Bayen

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Bertrand Stalnikiewicz

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
Matériels et méthodes	4
Résultats	7
I. Population d'étude	7
II. Moyen de communication utilisé et contenu	8
A. Moyen de communication utilisé	8
B. Contenu de la communication	9
C. Rappel du médecin adressant	12
Discussion	14
I. Principaux résultats et comparaison avec les données de la littérature	14
II. Points forts et faiblesses de l'étude	19
Conclusion	21
Références bibliographiques	22
Annexes	26
Annexe 1 : fiche de recueil des données.	26
Annexe 2 : description du service d'endocrinologie.	27
Annexe 3 : Description du service de cardiologie 3 ^{ème}	28
Annexe 4 : Description du service de cardiologie 4 ^{ème}	29
Annexe 5 : Description du service de médecine interne.....	30
Annexe 6 : Description du service de gastro-entérologie.	31
Annexe 7 : Description du service de néphrologie.	32
Annexe 8 : Description du service de neurologie C.....	33
Annexe 9 : Description du service de pneumologie.	34
Annexe 10 : Description du service de rhumatologie.	35

RESUME

Contexte : Une communication efficace entre les médecins libéraux et hospitaliers est nécessaire au bon fonctionnement d'un système de santé et tout particulièrement lorsqu'il s'agit de programmer l'hospitalisation d'un patient directement dans un service.

Cette étude a pour objectifs d'étudier les modes de communication mis en œuvre entre les médecins libéraux et hospitaliers lors d'une hospitalisation programmée et d'en étudier le contenu.

Méthode : Etude rétrospective d'analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'informations du centre hospitalier régional de Lille afin de cibler les services d'inclusion puis étude transversale rétrospective descriptive réalisée dans 9 services du centre hospitalier régional sur une journée entre le 25 février et le 3 mai 2016. Etaient inclus les patients hospitalisés entrant du domicile et adressés par un médecin libéral. Les données recueillies étaient les modes de communication utilisés lors de la demande d'hospitalisation et leur contenu.

Résultats : Sur 228 patients présents dans les services au moment de l'étude, 20 correspondaient aux critères d'inclusion. L'appel téléphonique était utilisé pour programmer l'hospitalisation dans 95% des cas. Un courrier était présent à l'arrivée du patient dans 65% des cas. Dans respectivement 28% et 21% des cas, la totalité des informations jugées utiles étaient retrouvées dans les appels et les courriers.

Conclusion : L'appel téléphonique est incontournable pour programmer une hospitalisation. Les informations contenues dans les conversations téléphoniques et dans les courriers sont souvent très incomplètes. Il est donc nécessaire d'améliorer la communication lors des adressages notamment en standardisant les informations échangées par courrier ou par voie téléphonique.

INTRODUCTION

Une communication efficace entre professionnels est nécessaire au bon fonctionnement d'un système de santé et au déroulement du parcours de soins d'un patient.

Elle est utilisée entre des corps de métier différents exerçant dans les secteurs primaires ou secondaires et en de multiples circonstances permettant d'échanger les informations médicales et non médicales utiles à la prise en charge du patient.

La WONCA désigne la communication comme une des compétences requises à l'exercice de la médecine générale par le rôle de coordonnateur des soins que joue le médecin traitant.

Le code de santé publique en définit les modalités légales tout en garantissant le secret médical et la protection de l'utilisateur.

Le développement des nouveaux moyens de communication ainsi que la multiplication et la complexification des rôles des paramédicaux imposent d'ailleurs des mises à jour régulières de la loi, en témoigne le récent décret entrant en vigueur en janvier 2017 ⁽¹⁾.

La communication entre les professionnels de santé peut s'établir selon différentes modalités.

En effet, les informations peuvent être échangées par fax, courrier électronique, appel téléphonique ou par voie épistolaire, ces deux derniers étant de loin les plus utilisés ^(2,3,4).

En plus d'être utile au bon déroulement du parcours de soin du patient, cette mise en commun des informations revêt également un caractère de courtoisie et une norme déontologique.

Une défaillance de ce processus de communication peut entraîner une rupture de la continuité des soins, des retards diagnostiques, une polymédication, la réalisation d'examen complémentaires inutiles, et donc un surcoût pour le système de santé ^(5,6,7).

De même, une mauvaise qualité de ces échanges peut amener à détériorer les relations entre médecins ⁽⁸⁾.

Ces échanges d'informations contribuent aussi à la formation des médecins ^(2,8).

Plusieurs études se sont ainsi intéressées aux processus d'échange d'informations et notamment aux courriers d'adressage, analysant leur teneur ^(2,9-13) ou bien leur impact sur la suite de la prise en charge ^(9,14,15).

Ces études ont très souvent été réalisées dans le secteur des urgences et peu concerne la communication des médecins lors des hospitalisations programmées.

Les médecins généralistes sont responsables de près de 10% des hospitalisations totales en France ^(16,17). Ces hospitalisations sont programmées dans environ 14% des cas ⁽¹⁷⁾.

La programmation de l'hospitalisation est d'ailleurs souvent préférée à un passage inutile par les urgences ^(13,17) et, même si elle présente des difficultés logistiques, il a été montré qu'elle entraîne un bénéfice sur la prise en charge des patients ^(13,18).

On sait aussi que la communication entre l'hôpital et les médecins de premier recours est perfectible.

Partant de ces constats, nous avons décidé de mener une étude visant à étudier les moyens de communications mis en œuvre par les médecins généralistes pour programmer leurs hospitalisations directement dans les services du CHRU de Lille.

MATERIELS ET METHODES

Nous avons réalisé une étude rétrospective unicentrique au CHRU de Lille entre le 25 février 2016 et le 3 mai 2016.

Les critères d'inclusion étaient tous les patients hospitalisés au CHRU de Lille provenant de leur domicile et adressés par un médecin libéral.

Nous n'avons pas inclus les patients dont l'hospitalisation était programmée soit par le service lui-même, soit lors d'une consultation par un praticien hospitalier, les patients hospitalisés via les urgences, les transferts depuis un autre service, les transferts depuis un autre centre hospitalier.

L'objectif principal était de déterminer le mode de communication mis en œuvre entre le médecin libéral et le médecin hospitalier lors de la programmation de l'hospitalisation d'un patient et d'en déterminer le contenu.

L'objectif secondaire était d'évaluer la nécessité ressentie par le service de rappeler le médecin responsable de l'hospitalisation en vue d'obtenir plus d'informations concernant le patient.

Dans un premier temps, une sélection des services ayant un nombre d'entrées directes important a été réalisée par analyse rétrospective des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Pour cela nous avons demandé à consulter les données du département d'information médicale (DIM) pour l'année 2013. Nous leur avons demandé de lister l'ensemble des patients ayant séjourné au CHRU de Lille en 2013 puis de sélectionner à partir du « Résumé d'unité médicale » ceux dont le premier mouvement codait pour « venant du domicile ».

Ensuite, nous avons sélectionné manuellement les services qui présentaient sur l'année 2013 le plus d'entrées directes du domicile.

Nous n'avons pas inclus les services ayant une activité d'hospitalisation programmée dédiée (hospitalisation programmée à durée déterminée (HPDD) et hôpital de jour (HDJ)). Nous n'avons pas inclus les services de pédiatrie, les spécialités médico-chirurgicales et chirurgicales considérant leur activité comme majoritairement

programmée ou fortement dépendante des urgences. Nous n'avons également pas inclus les services d'urgences (générales ou spécialisées) eux-mêmes.

Les services retenus étaient tous des services d'hospitalisation complète : Neurologie A (n=214), B (n=69), C (n=20) et D (n=210), Néphrologie et Insuffisance Rénale Aigue (n=184), Pneumologie Oncologie Thoracique (n=315), Pneumologie Immunologie Allergologie (n=178), Rhumatologie (n=262), Maladie du sang (n=360), Endocrinologie Diabétologie Métabolisme (n=236), Dermatologie (n=233), Médecine Interne (n=229), Maladie de l'Appareil Digestif et Nutrition (n=96), Cardiologie 6 (n=169) et 7 (n=148).

Nous avons contacté les responsables médicaux de ces services entre le mois de septembre 2015 et le mois de mai 2016, par courrier électronique, téléphone, ou les deux afin d'obtenir leur accord pour participer à l'étude.

L'inclusion n'a pas pu avoir lieu dans les services de neurologie A, B et D, Pneumologie Immunologie Allergologie, Maladie du sang, et Dermatologie en raison d'un manque de disponibilité.

Nous avons donc inclus la population cible dans les services de Neurologie C, Néphrologie et Insuffisance Rénale Aigue, Pneumologie Oncologie Thoracique, Rhumatologie, Endocrinologie Diabétologie Métabolisme, Médecine Interne, Maladie de l'Appareil Digestif et Nutrition, Cardiologie 6 et Cardiologie 7.

Nous avons ensuite réalisé une étude transversale sur une journée dans chacun des services.

Elle se déroulait comme suit : Dans un premier temps et avec l'aide des hôtesses d'accueil, l'ensemble des patients hospitalisés ce jour dans le service était inventorié afin d'en établir une description. Leur mode d'entrée dans le service était noté : patient entrant du domicile, transféré d'un autre service, transféré d'un autre hôpital, transféré depuis les urgences.

Une fois ciblés les patients venant du domicile, les médecins ou internes qui s'étaient chargés de l'entrée du patient étaient consultés.

Dans un premier temps, il fallait distinguer les patients entrant du domicile pour une hospitalisation programmée par le service lui-même (ou via une consultation hospitalière) des patients adressés par un médecin libéral. En effet cette donnée ne pouvait être connue par simple consultation du registre du service. Puis, à l'aide d'un questionnaire, les informations sur la présence ou non d'un appel du médecin libéral, sa date et son contenu, la présence ou non d'un courrier et son contenu, ainsi que la

nécessité ou non de joindre le médecin responsable de l'hospitalisation durant le séjour du patient étaient recueillies.

Les données relevées concernant le patient étaient son âge et son sexe, sa date d'hospitalisation dans le service, et sa date d'inclusion dans l'étude.

L'analyse du contenu du courrier se basait sur des données bibliographiques décrivant les informations jugées pertinentes et devant figurer lors d'un échange épistolaire entre médecins, à savoir :

L'identité de l'expéditeur, l'identité du patient, la date du courrier, le motif d'hospitalisation, le traitement à domicile, les antécédents et le contexte social (c'est à dire la situation sociale du patient au moment de la demande d'hospitalisation). Chaque critère était codé comme présent ou absent.

Nous avons décidé de retenir les mêmes critères pour l'analyse du contenu de l'appel en l'absence de données bibliographiques, à savoir :

La date de l'appel, l'identité de l'interlocuteur, le motif d'hospitalisation, le traitement à domicile, les antécédents et le contexte social. Chaque critère était codé comme présent ou absent. Lorsque l'information sur un critère était indisponible, soit par défaut de mémorisation soit par défaut de traçabilité, elle était notée comme donnée manquante.

Les dates d'inclusion et de recueil des données dans les différents services furent respectivement le 25 février 2016 pour le service de médecine interne, le 29 mars pour les services de cardiologie 6ème étage et 7ème étage, le 30 mars pour le service d'endocrinologie/diabétologie, le 05 avril pour le service de rhumatologie, le 06 avril pour le service de maladie de l'appareil digestif, le 18 avril pour la pneumologie oncologie thoracique et la neurologie C, le 03 mai pour le service de néphrologie et insuffisance rénale aigue.

Les données ont été recueillies sur le logiciel Excel.

Les statistiques ont été réalisées par nos soins.

RESULTATS

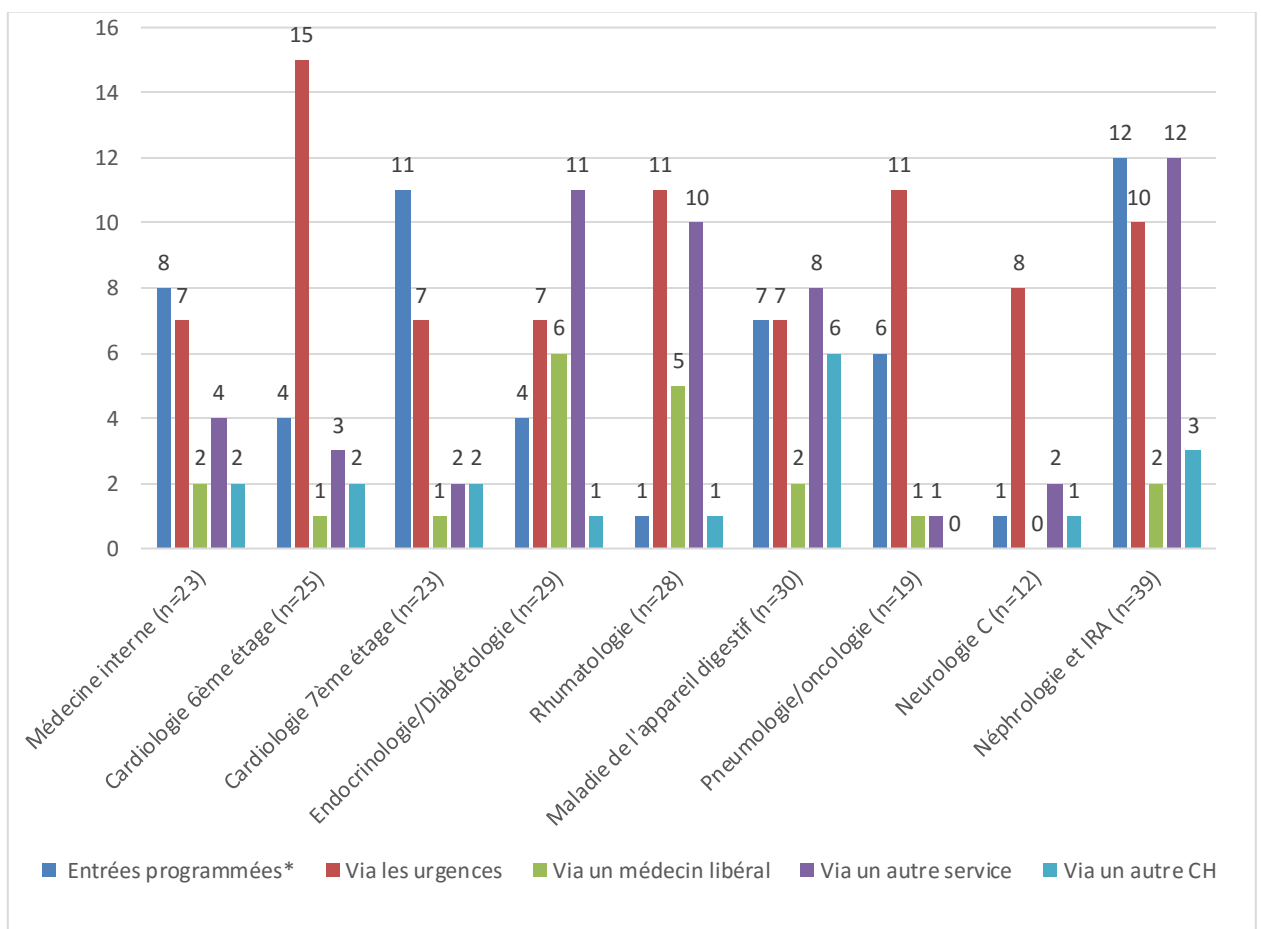
I. Population d'étude

Nous avons analysé les données de 228 patients issus des 9 services ayant participé à l'étude.

Sur ces 228 patients hospitalisés, 20 correspondaient aux critères d'inclusion définis, soit 8,8% des patients hospitalisés.

La distribution des patients dans chacun des 9 services est décrite dans la figure 1.

Figure 1 : Description des services



*Entrées programmées : par le service ou via une consultation hospitalière.

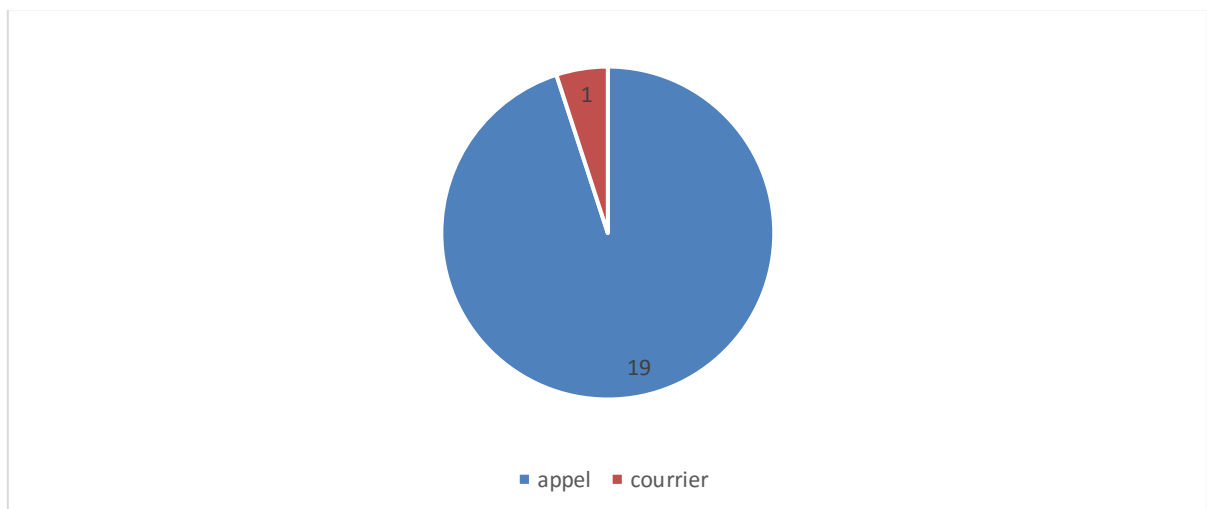
Sur la population incluse (n=20), l'âge moyen était de 65 ans et il y avait 7 femmes pour 13 hommes.

II. Moyen de communication utilisé et contenu

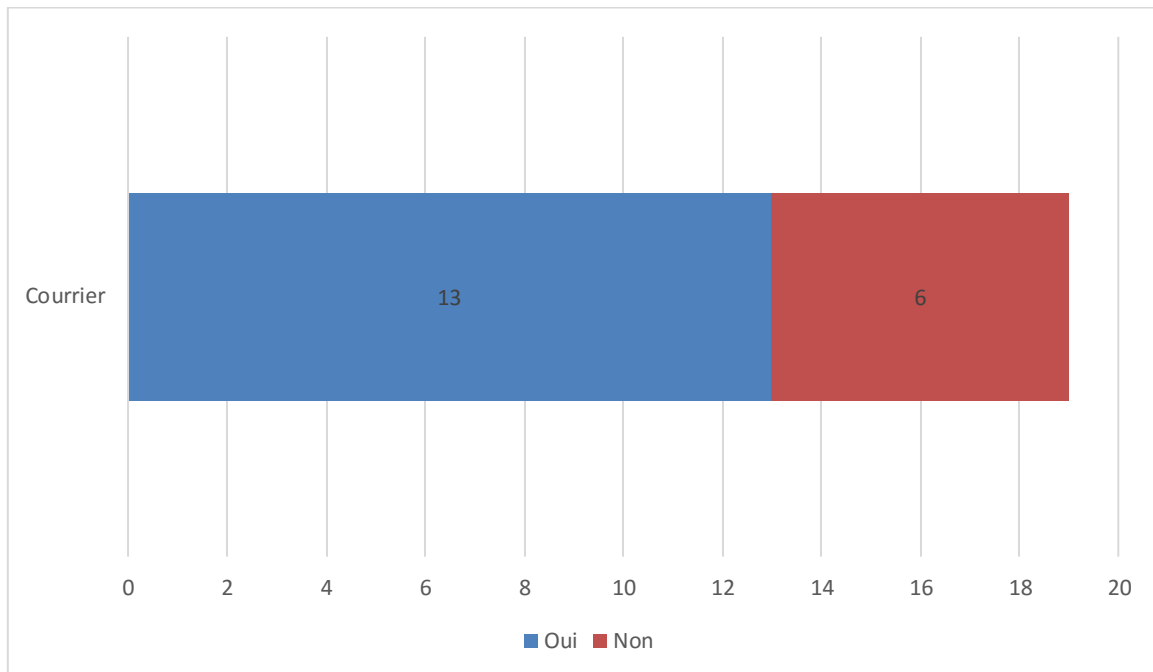
A. Moyen de communication utilisé

Sur les 20 hospitalisations programmées, un appel téléphonique entre le médecin libéral et le médecin hospitalier a été relevé 19 fois. La demande d'hospitalisation non réalisée par téléphone a été demandée par le médecin libéral par courrier manuscrit et acheminée par voie postale (Figure 2).

Figure 2 : Moyen de communication utilisé



Parmi les 19 patients adressés par téléphone, 13 ont présenté également un courrier de leur médecin à leur arrivée dans le service soit 65% d'entre eux (Figure 3).

Figure 3 : présence d'un courrier à l'admission du patient

Le délai moyen entre l'appel téléphonique et l'entrée du patient dans le service était de 1,3 jours.

B. Contenu de la communication

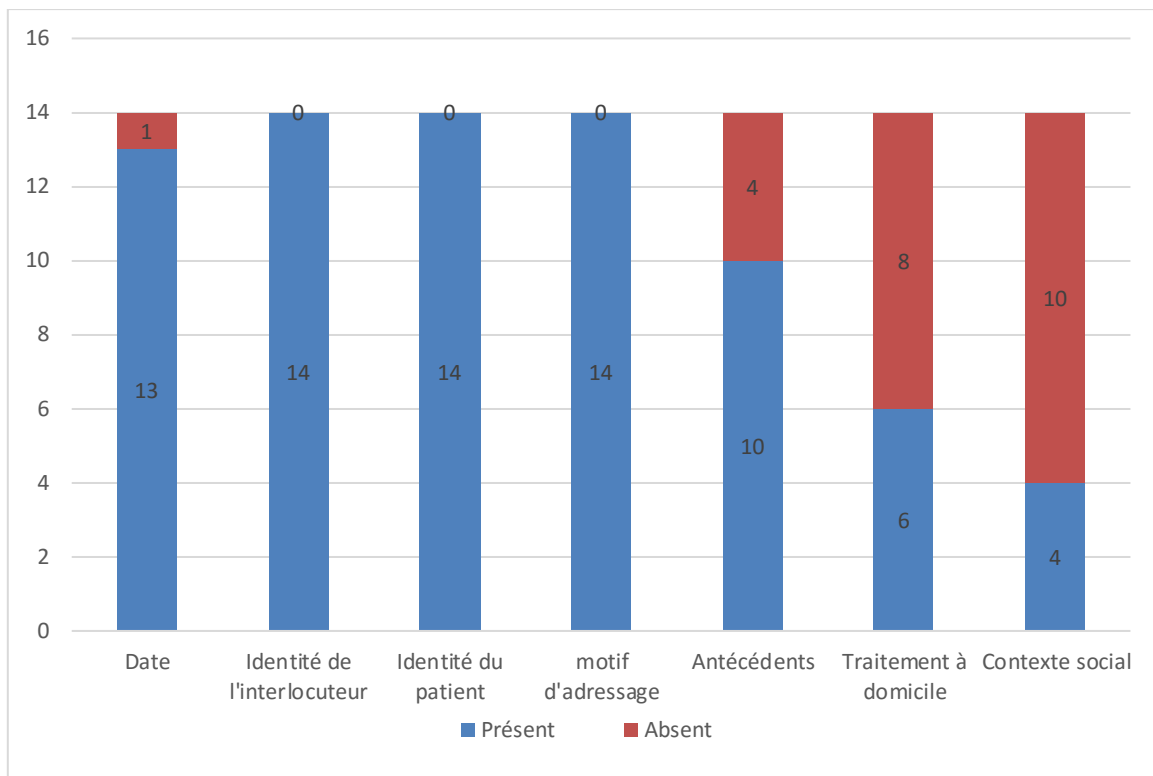
Les contenus des courriers d'adressage (Figure 4) et des conversations téléphoniques (Figure 5) ont été analysés. Nous avons déterminé si les informations retenues comme pertinentes étaient présentes ou absentes du contenu des courriers et des appels. Nous n'avons donc pas analysé la teneur de ces informations.

Parmi toutes les informations citées dans la littérature, nous avons décidé d'en choisir un nombre restreint afin d'une part de limiter un potentiel biais de mémorisation et d'autre part de réduire la durée de l'intervention auprès des médecins du service.

Nous rappelons avoir retenu l'identité de l'expéditeur, l'identité du patient, la date, le motif d'adressage, les antécédents, le traitement à domicile et le contexte social du patient.

Rappelons aussi que ces données étaient recueillies chaque fois que la possibilité était offerte directement auprès des médecins des services ayant été en relation avec le médecin adressant le patient afin de minimiser les pertes d'informations.

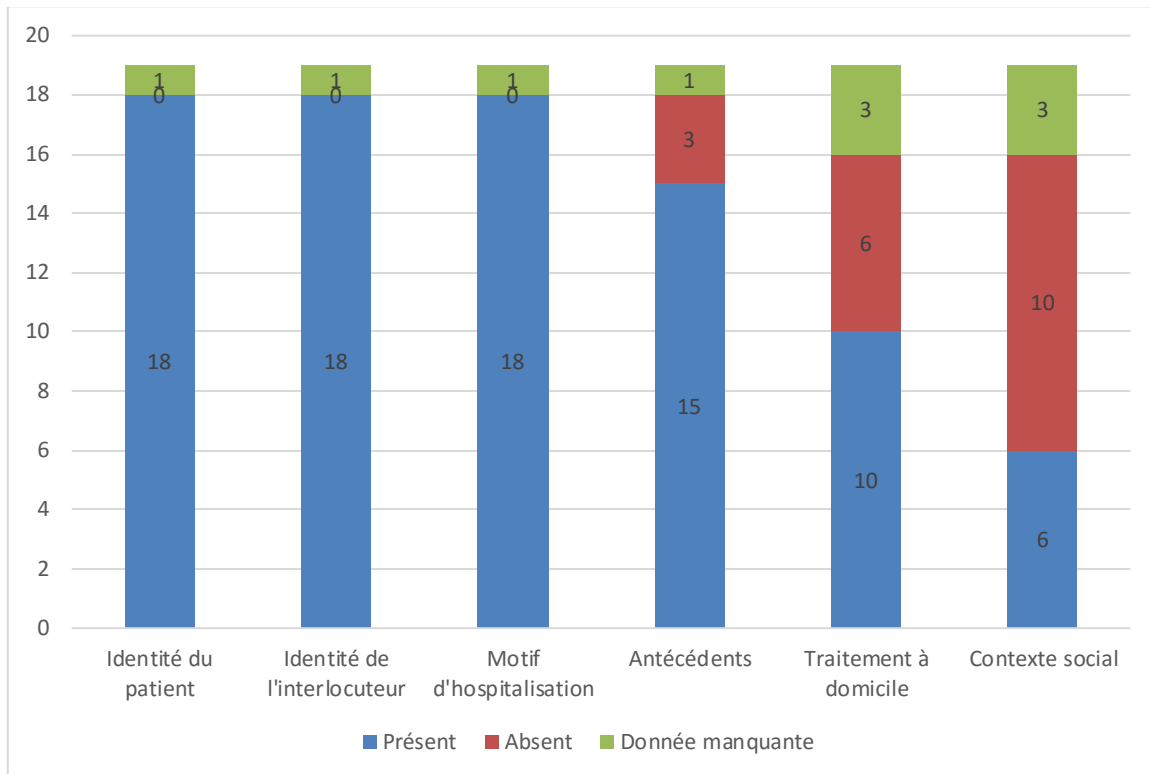
Figure 4 : Contenu des courriers



Hormis pour un patient, on observe que la date, l'identité de l'interlocuteur, celle du patient et le motif d'adressage sont des informations figurant systématiquement dans les courriers.

Les antécédents sont cités dans 10 des 14 courriers soit 71% des cas, le traitement à domicile est cité dans 6 des 14 courriers soit 43% des cas, le contexte social est cité dans 4 des 14 courriers soit 29% des cas.

Il n'y a que 3 courriers sur les 14 dans lesquels figurent toutes les informations préconisées soit 21 % des courriers.

Figure 5 : Contenu des appels

Le contenu de l'appel pour un patient n'a pas pu être analysé car le médecin hospitalier ayant reçu la communication n'a pu être contacté. Pour d'autres patients, certaines données sont manquantes en raison d'un problème de remémoration de la conversation téléphonique.

Malgré cela, on peut noter que l'identité de l'interlocuteur, celle du patient et le motif d'adressage ont été systématiquement abordés durant les 18 conversations téléphoniques analysées.

Les antécédents ont été abordés dans 15 des 18 conversations analysées soit 83% des cas.

Le traitement à domicile a été abordé dans 63% des cas (3 données manquantes).

Le contexte social a été abordé dans 38% des cas (3 données manquantes).

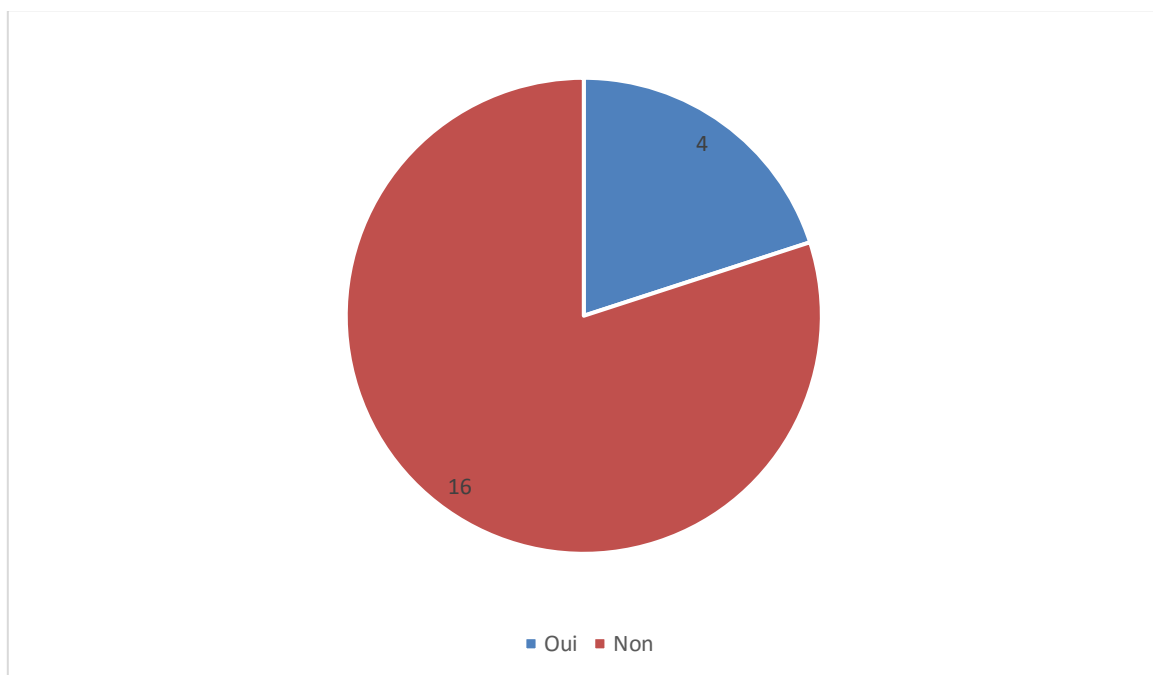
Il n'y a que 5 conversations téléphoniques sur les 18 analysées dans lesquelles figurent l'ensemble des informations préconisées soit 28% des appels.

C. Rappel du médecin adressant

La question posée au médecin hospitalier responsable du patient cherchait à savoir si, depuis l'entrée du patient jusqu'à sa sortie il lui avait semblé ou lui semblerait nécessaire de rappeler le médecin ayant adressé le patient afin d'obtenir des informations manquantes et jugées importantes pour la suite de sa prise en charge.

Le médecin adressant a été rappelé pour 4 des 20 patients hospitalisés depuis leur domicile (Figure 6).

Figure 6 : Rappel du médecin adressant pour informations complémentaires



Si on s'intéresse dans le détail aux réponses données on s'aperçoit que pour 3 de ces 4 patients pour lesquels un appel complémentaire a été donné il manque de nombreuses informations :

Pour le premier, il n'y a pas de courrier et durant l'appel il n'a pas été mentionné les antécédents, le traitement à domicile et le contexte social.

Pour le deuxième, il manque la date, les antécédents, le traitement à domicile et le contexte social dans le courrier. Le traitement et le contexte sont des données manquantes dans l'appel.

Pour le troisième, les antécédents, le traitement à domicile et le contexte social sont absents du courrier. Il manque aussi le traitement à domicile et le contexte social dans l'appel.

Pour le quatrième patient en revanche, toutes les informations retenues pour l'analyse de contenu du courrier et de l'appel étaient présentes. L'appel au médecin adressant visait à obtenir des informations plus détaillées sur le patient.

Pour certains des 16 patients pour lesquels aucun besoin de joindre le médecin adressant n'a été ressenti il existe également des données absentes du courrier ou de la conversation téléphonique.

DISCUSSION

I. Principaux résultats et comparaison avec les données de la littérature

La population de notre étude est extrêmement réduite (8,7% des patients analysés). On s'attendait à un recrutement faible, les hospitalisations programmées n'étant pas le mode d'entrée privilégié dans l'hôpital.

Reuter P-G ⁽¹⁷⁾ dans son étude sur le réseau sentinelle portant sur les hospitalisations par les médecins généralistes entre 1997 et 2009 montre que ces derniers sont à l'origine de 10% environ des hospitalisations totales. Il évoque également que parmi ces 10%, seulement 14% des patients sont hospitalisés dans un « contexte d'hospitalisation programmée » ce qui confirme le caractère peu fréquent de ce type d'hospitalisation. Pour autant il nous est impossible de comparer nos résultats avec ceux de cette étude puisqu'elle se concentrait uniquement sur les médecins généralistes et que le terme « d'hospitalisation programmée » ne se réfère qu'à un contexte selon l'appréciation du médecin traitant et non à un statut d'hospitalisation vrai.

Pour autant, plusieurs raisons nous portent à croire que notre effectif est inférieur à celui qu'il pourrait être dans un autre hôpital notamment périphérique.

En effet, notre étude est unicentrique. Elle a été menée dans un centre hospitalier régional universitaire qui, en plus de sa mission d'hôpital de proximité, joue également le rôle de centre de référence dans de nombreuses spécialités ce qui implique un nombre non négligeable de transfert de patient en provenance des hôpitaux périphériques de toute la région, diminuant de fait la capacité d'accueil des services pour les patients d'autres provenances.

De plus, il existe plusieurs autres centres hospitaliers dans la métropole Lilloise qui constituent autant d'alternatives à l'hospitalisation au CHRU. Citons le « groupement

des hôpitaux de l'institut catholique de Lille » implanté dans la ville même de Lille, ou encore les centres hospitaliers de Roubaix et de Tourcoing qui font partie de la métropole Lilloise.

On peut donc raisonnablement suggérer que le nombre de patients hospitalisés de manière programmée par les médecins libéraux pourrait être supérieur dans un centre hospitalier non universitaire et hors métropole.

De manière plus générale le faible taux d'hospitalisation programmée peut s'expliquer par le fait que le service des urgences est souvent pourvoyeur de patients pour les services d'hospitalisation complète. Cette tendance se retrouve dans la description des services de notre étude. Le nombre de passage annuel dans ces services n'a de cesse de croître, il est donc logique qu'il donne lieu à de plus en plus d'hospitalisations ⁽¹⁹⁾. Ce d'autant plus qu'une proportion non négligeable de médecins libéraux adresse leurs patients à hospitaliser directement aux urgences (13,17,20).

Les services d'hospitalisation complète programment eux-mêmes leurs entrées, soit pour leurs patients chroniques, connus du service et hospitalisés de manière récurrente, soit par les consultations hospitalières de spécialités qui ont un accès facilité et une connaissance en temps réel du nombre de lits disponibles.

Il en résulte encore une fois une disponibilité moindre des services pour les entrées programmées depuis le domicile.

On peut enfin citer d'autres causes, plus organisationnelles, apparaissant régulièrement dans la littérature comme la difficulté à joindre les médecins hospitaliers, le manque de temps des médecins libéraux pour organiser une hospitalisation, des délais d'hospitalisation trop longs, le manque de lits disponibles (13,20-22).

Le but principal de cette étude était d'analyser les moyens de communication mis en œuvre entre les médecins libéraux et hospitaliers lors de la programmation d'une hospitalisation et d'en étudier le contenu.

Il apparaît dans notre étude que l'appel téléphonique est le moyen le plus utilisé lorsqu'il s'agit de programmer une hospitalisation (95% des cas).

Plusieurs travaux de thèse se sont intéressés aux hospitalisations programmées et à la communication ville/hôpital et présentent des résultats similaires.

Une étude qualitative parisienne sur les hospitalisations programmées réalisée en 2009 ⁽²⁰⁾ montrait également un recours téléphonique dans 65% des cas contre 9% des cas pour un recours par courrier.

Une autre étude qualitative réalisée dans la région mâconnaise en 2010 ⁽¹³⁾ avait montré que les médecins libéraux et hospitaliers utilisaient le téléphone dans 95% des cas pour communiquer des informations lors d'une demande d'hospitalisation.

Enfin, un autre travail de thèse réalisé à Paris en 2013 ⁽¹²⁾ laissait supposer que le téléphone était la voie de recours la plus utilisée.

Il est intéressant de noter que des études plus anciennes sur la communication ville/hôpital réalisées en Angleterre notamment montraient des résultats différents.

En 1964, De Alarcon désignait la lettre comme le meilleur outil d'échange d'informations et d'opinions et n'abordait pas la question de l'appel téléphonique ⁽²³⁾.

Long et Atkins en 1974 désignait la lettre comme la méthode utilisée pour adresser un patient à l'hôpital dans 96% des cas ⁽³⁾.

Il est vrai qu'à cette époque l'hôpital était beaucoup moins sollicité, surtout dans le cadre des urgences, et un courrier pouvait donc apparaître comme le moyen le plus simple et le plus efficace pour transmettre des informations médicales dans des délais raisonnables.

Cependant, même si le téléphone a peu à peu supplanté le courrier dans la démarche initiale de l'adressage, celui-ci reste très présent.

En effet, dans notre étude, on note que pour 19 des patients adressés par téléphone, 13 ont également fourni un courrier médical à leur arrivée dans le service.

Ceci peut avoir plusieurs raisons.

La première revêt un caractère de courtoisie. En effet, il est déontologiquement et historiquement admis de joindre un courrier d'adressage lorsque l'on dirige un patient vers un confrère ou une structure de soin ⁽³⁾.

La deuxième est que le courrier peut apporter des informations non mentionnées pendant la conversation téléphonique. Il permet également une meilleure traçabilité des informations et fourni donc une preuve médico-légale ⁽¹⁰⁾.

D'ailleurs, dans un des services étudiés, les appels des médecins libéraux donnaient lieu à l'élaboration d'une « fiche évènement » permettant de tracer l'appel et de noter les informations nécessaires en cas d'hospitalisation programmée.

Durant notre étude, nous n'avons pas noté l'utilisation d'autres moyens de communication comme le fax ou le courrier électronique par messagerie sécurisée même si ce dernier a été utilisé ou évalué dans d'autres études ^(13,20).

L'autre aspect étudié de ces communications étaient leur contenu.

Nous nous sommes attachés à relever les informations présentes dans les courriers et les appels téléphoniques en nous basant sur des critères issus de la littérature.

Le contenu des courriers a fait l'objet de nombreuses études.

En 2013 notamment, Ramanyake publie une étude expérimentant un modèle de lettre type d'adressage en se basant sur plusieurs précédents travaux ⁽²⁴⁾. Dans son courrier type, on retrouve des informations basiques comme la date, l'identité du patient et son âge, celle de l'expéditeur et celle du destinataire. Les données médicales retenues sont les symptômes et signes relevés, les résultats d'examen complémentaires, le traitement donné, le diagnostic probable. Les antécédents, le traitement habituel, les allergies, le contexte familial et social et le motif d'adressage sont des informations également demandées.

François J. dans son étude de 2011 ⁽¹⁹⁾ a utilisé une revue systématique de la littérature afin de créer un outil d'évaluation de qualité d'une lettre.

Malgré tout il ne semble pas exister de vrai consensus sur le contenu supposé d'une lettre d'adressage ⁽²⁾.

Par souhait de simplicité et en nous basant sur les études disponibles ^(19,24,25) nous avons donc choisi de retenir un nombre de critères limité mais ayant le mérite de figurer à chaque fois dans ces études.

Dans notre étude, la première constatation faite est que le contenu des communications, que ce soit par courrier ou appel téléphonique, est très souvent incomplet. En effet, Les données sont toutes mentionnées dans respectivement 21% et 28% des cas.

Il n'existe pas d'étude ayant analysé le contenu des conversations téléphoniques, par contre, ces résultats coïncident avec les données de la littérature concernant les courriers. En effet la qualité du contenu des lettres d'adressage est pointée du doigt dans plusieurs études ^(8,9,26-28).

Les données administratives et le motif d'adressage sont les plus souvent correctement renseignées dans notre étude comme retrouvé dans l'étude de Viallon et al ⁽²⁸⁾.

Celles les plus souvent non citées dans notre étude sont le contexte social et le traitement à domicile. Ces résultats sont aussi retrouvés dans les études de Viallon⁽²⁸⁾ et Legall⁽¹³⁾.

Ces deux tendances sont valables pour les courriers comme pour les appels téléphoniques.

Il est intuitif de considérer les données administratives (identité du patient, âge, identité de l'interlocuteur, date) comme basiques et indispensables, expliquant leur présence quasi systématique dans les courriers ou les conversations téléphoniques.

Pour expliquer l'hétérogénéité des autres données, nous pouvons mentionner des attentes différentes quant aux informations jugées importantes en fonction du statut libéral ou hospitalier du médecin comme cela est cité dans l'étude britannique de Campbell et al.⁽¹⁰⁾ même si Newton et al.⁽²⁾ ont montré pour leur part une sorte de consensus existant entre les généralistes et les spécialistes de Newcastle sur le contenu des lettres.

La mauvaise qualité globale des courriers peut aussi s'expliquer par le fait qu'ils étaient tous écrit à la main, sans format type alors que les lettres standardisées semblent plus constamment informatives que les lettres manuscrites⁽¹¹⁾.

Il n'existe pas de données dans la littérature concernant les rappels aux médecins adressant afin d'obtenir de plus amples informations. Cette notion pourrait refléter la qualité de la transmission des informations entre les médecins adressants et les hospitaliers.

Dans notre étude, le taux de rappel est faible (20%) supposant une transmission correcte et complète des informations ce qui n'est malheureusement pas le cas.

Ce taux est peut-être dû au manque de temps de la part des hospitaliers. Une autre explication est que ces informations ont été obtenues via une consultation des précédents compte rendus d'hospitalisations si le patient avait déjà séjourné au CHRU. Nous pouvons aussi supposer que certaines informations souvent manquantes comme le contexte social, les antécédents ou les traitements à domicile peuvent également être obtenus auprès du patient lui-même (ou de sa famille). Enfin, les informations que nous avons sélectionnées ne sont peut-être pas jugées indispensables aux hospitaliers, confirmant l'hypothèse d'attentes différentes entre les deux parties.

II. Points forts et faiblesses de l'étude

A. Points forts

La sélection des services éligibles à ce travail s'est faite grâce à une étude préliminaire sur les données du programme de médicalisation des systèmes d'informations pour l'année 2013. Avec l'aide du département d'information médicale nous avons donc pu établir notre choix à partir de données chiffrées fiables.

Le personnel administratif et médical impliqué dans la collecte des informations nécessaires à cette étude a fait preuve d'une collaboration remarquable et d'une excellente disponibilité. Il en résulte un faible taux de données manquantes.

B. Faiblesses

Nous n'avons pas réussi à obtenir la participation de tous les services d'hospitalisations puisque 6 des 15 services contactés n'ont pu participer à l'étude. Ceci peut engendrer un biais de sélection et une perte de puissance.

Sur 228 patients initialement analysés seuls 20 correspondaient aux critères d'inclusion soit 8,7% des patients présents dans les services ce qui constitue une population extrêmement réduite et rend difficile l'interprétation des résultats.

Le recueil des données était rétrospectif. Le délai moyen entre l'entrée dans l'hôpital et l'inclusion dans le service était de 7,7 jours avec un minimum à 0 jours et un maximum à 20 jours. Ce délai parfois long peut expliquer les pertes d'informations constatées, constituant un biais de mémorisation.

Il s'agit d'une étude unicentrique réalisée dans le centre hospitalier régional universitaire de Lille ce qui ne nous permet pas d'extrapoler les résultats au niveau régional ou national. De plus, comme nous l'avons vu précédemment, cela a probablement contribué à réduire le nombre de patients répondants aux critères d'inclusion.

Enfin même si les critères de contenu des courriers et des appels sont issus des données de la littérature, ils ont été choisis de manière arbitraire et on peut regretter a posteriori de ne pas en avoir retenu d'autres comme l'histoire de la maladie ou bien

les résultats des investigations pratiquées en ville qui apparaissent également dans un certain nombre d'études.

CONCLUSION

Le but de cette étude était d'analyser le mode de communication utilisé et des informations échangées entre les médecins libéraux et hospitaliers lorsqu'ils désirent adresser un de leur patient directement dans un service du CHRU de Lille.

Nous avons vu que malgré l'évolution des technologies de communication, le téléphone et le courrier manuscrit reste les outils les plus utilisés par les médecins libéraux.

Nous avons également constaté que la qualité du contenu des courriers et/ou des conversations téléphoniques reste globalement médiocre.

Plusieurs pistes d'amélioration des pratiques d'adressage existent au travers par exemple de la standardisation des courriers de liaison, méthode qui semble avoir été choisie par les instances juridiques françaises. En effet, le décret 2016-995 paru le 20 juillet 2016 ⁽²⁹⁾ au journal officiel et entrant en vigueur au 1^{er} janvier 2017 précise le contenu et les modalités de transmission des lettres de liaison.

Les conditions de réussite de ces projets et plus généralement l'amélioration du lien ville/hôpital dépendent d'une mise en commun des difficultés réciproques entre médecins hospitaliers et libéraux afin de cerner les attentes de chacun pour élaborer des stratégies communes et coordonnées.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel. JORF n°0169 du 22 juillet 2016 texte n° 21
2. NEWTON J, ECCLES M, HUTCHINSON A. Communication between general practitioners and consultants : what should their letters contain ? *BMJ*. 1992 Mar 28 ; 304(6830) : 821–4
3. LONG A, ATKINS JB. Communications between General Practitioners and Consultants. *Br Med J*. 1974 Nov 23 ; 4(5942) : 456–9
4. PITERMAN L, KORITSAS S. Part II. General practitioner–specialist referral process. *Internal Medicine Journal*. 2005 Aug 1 ; 35(8) : 491–6
5. GANDHI TK, SITTIG DF, FRANKLIN M, SUSSMAN AJ, FAIRCHILD DG, BATES DW. Communication breakdown in the outpatient referral process. *J Gen Intern Med*. 2000 Sep ; 15(9) : 626–31
6. GRAHAM PH. Improving communication with specialists. The case of an oncology clinic. *Med J Aust*. 1994 May 16 ; 160(10) : 625–7
7. AKBARI A, MAYHEW A, AL-ALAWI MA, GRIMSHAW J, WINKENS R, GLIDEWELL E, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8 ; (4) : CD005471

8. WESTERMANN RF, HULL FM, BEZEMER PD, GORT G. A study of communication between general practitioners and specialists. *Br J Gen Pract.* 1990 Nov ; 40(340) : 445–9
9. NASH E, HESPE C, CHALKLEY D. A retrospective audit of referral letter quality from general practice to an inner-city emergency department. *Emergency Medicine Australasia.* 2016 Jun 1 ; 28(3) : 313–8
10. CAMBELL B, VANSLEMBROEK K, WHITEHEAD E, VAN DE WAUWER C, EIFELL R, WYATT M, et al. Views of doctors on clinical correspondence : questionnaire survey and audit of content of letters. *BMJ.* 2004 May 1 ; 328(7447) : 1060–1
11. JENKINS S, ARROL B, HAWKEN S, et al. Referral letters : are form letters better ? *Br J Gen Pract.* 1997, 47 (415) : 107-108
12. HERMANT S. Elaboration et évaluation d'un formulaire d'hospitalisation programmée utilisable en médecine générale. Thèse de médecine. Université Paris Diderot Paris-7. 2013
13. LE GALL A. La programmation des hospitalisations par les médecins généralistes dans les services de médecine : état des lieux, enjeux, limites et propositions ; enquête sur la région mâconnaise-181p Th D : Med. : Dijon : 2006 ; 60
14. ROSEMANN T, WENSING M, RUETER G, SZECSENYI J. Referrals from general practice to consultants in Germany : if the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. *BMC Health Serv Res.* 2006 ; 6 : 5
15. VIALON A, AKARZOUZ D, LEVEQUES Y, GARCIA F, ROBERT F, GONTHIER R, et al. Qualité de la lettre d'admission des patients âgés admis aux urgences. *Journal Européen des Urgences.* 2007 May ; 20(1) : 21

16. LETRILLIART L, FLAHAULT A. Une hospitalisation sur dix est décidée par le médecin généraliste. Réseau Sentinelles. Le quotidien du médecin, 26 Avril 2001. N°6906)
17. REUTER P-G. Les hospitalisations par les médecins généralistes : 12 années de surveillance par le réseau Sentinelles. Thèse de médecine. Université Paris-Descartes, 2011
18. HOUAID C, CHANSIAUX C, TROUILLET J-L, et al. Les personnes âgées consultant aux urgences médecine d'un centre hospitalo-universitaire : conséquences de l'ouverture d'une unité d'accueil et d'orientation (UAOPA). RéanUrg. 1995, 4 (1) : 9-14
19. FRANCOIS J. Tool to assess the quality of consultation and referral request letters in family medicine. Can Fam Physician. 2011 May ; 57(5) : 574–5
20. DELORME G. Hospitalisation par le médecin généraliste à Paris : modalités et obstacles rencontrés. Thèse de Médecine. Université Paris-Descartes 5, 2009, 75p
21. ANDRONIKOF M, THALMAN A. Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un généraliste. Evaluation de l'organisation de 4 spécialités par l'utilisation de cas simulés. Presse Med 2005 ; 34 (12) : 847-850
22. JENKINS C, BARTHOLOMEW J, GELDER F, MORRELL D. Arranging hospital admission for acutely ill patients : problems encountered by general practitioners. Br J Gen Pract. 1994 Jun ; 44(383) : 251–4
23. DE ALARCON R, HODSON JM. Value of the G.P.'s Letter. Br Med J. 1964 Aug 15 ; 2(5406) : 435–8
24. RAMANAYAKE RPJC. Structured printed referral letter (form letter) ; saves time and improves communication. J Family Med Prim Care. 2013 Apr ; 2(2) : 145–8

25. FLETCHER CM. Communication in medicine : Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972
26. WAHLBERG H, VALLE PC, MALM S, BRODERSTAD AR. Practical health co-operation - the impact of a referral template on quality of care and health care co-operation : study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*. 2013 Jan 7 ; 14 : 7
27. MARTINUSSEN PE. Referral quality and the cooperation between hospital physicians and general practice : the role of physician and primary care factors. *Scand J Public Health*. 2013 Dec ; 41(8) : 874–82
28. VIALLOA A, AKARZOUZ D, LEVEQUES Y, GARCIA F, ROBERT F, GONTHIER R, et al. Qualité de la lettre d'admission des patients âgés admis aux urgences. *Journal Européen des Urgences*. 2007 May ;20(1) : 21
29. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. *JORF* n°0169 du 22 juillet 2016 texte n° 22

ANNEXES

Annexe 1 : fiche de recueil des données.

No d'inclusion :

Date de recueil :

Service :

Age : Sexe : Date d'hospitalisation :

1) Présence d'un appel : Oui/Non/Donnée manquante

- Identité interlocuteur---- OUI/NON/DM
- Motif d'hospitalisation---- OUI/NON/DM
- Antécédent---- OUI /NON/DM
- Traitement à domicile---- OUI/NON/DM
- Contexte social---- OUI/NON/DM
- Date de l'appel :

2) Présence d'un courrier : Oui/Non/Donnée manquante

- Identité du patient----OUI/NON
- Identité de l'expéditeur----OUI/NON
- Date----OUI/NON
- Motif d'hospitalisation----OUI/NON
- Antécédent----OUI/NON
- Traitement à domicile----OUI/NON
- Contexte social----OUI/NON

3) Nécessité de joindre le MT durant l'hospitalisation ? Oui/Non/Donnée manquante

Annexe 2 : description du service d'endocrinologie.**Description du service d'endocrinologie**

(Le 30/03/2016)

- **Nombre total de lits disponibles dans le service : 28**

- **Nombre total de patients hospitalisés ce jour : 28**

-Hospitalisations programmées par le service : **4**
-Hospitalisations via les urgences : **7**
-Hospitalisation par un médecin libéral : **6**
-Transfert depuis un autre service : **11**
-Transfert depuis un autre CH : **1**

Annexe 3 : Description du service de cardiologie 3^{ème}.**Description du service de cardiologie 3^{ème}**

(Le 29/03/2016)

- **Nombre total de lits disponibles dans le service : 25**

- **Nombre total de patients hospitalisés ce jour : 25**

- Hospitalisations programmées par le service : **4**
- Hospitalisations via les urgences générales : **1**
- Hospitalisations via les soins intensifs/urgences cardio : **14**
- Hospitalisation par un médecin libéral : **1**
- Transfert depuis un autre service : **3**
- Transfert depuis un autre CH : **2**

Annexe 4 : Description du service de cardiologie 4^{ème}.**Description du service de cardiologie 4^{ème}**

(Le 29/03/2016)

- **Nombre total de lits disponibles dans le service : 25**

- **Nombre total de patients hospitalisés ce jour : 23**

-Hospitalisations programmées par le service : **11**
-Hospitalisations via les urgences générales : **1**
-Hospitalisations via les soins intensifs/urgences cardio : **6**
-Hospitalisation par un médecin libéral : **1**
-Transfert depuis un autre service : **2**
-Transfert via un autre CH : **2**

Annexe 5 : Description du service de médecine interne.**Description du service de médecine interne**

(Le 25/02/2016)

- **Nombre total de lits disponibles dans le service : 23**

- **Nombre total de patients hospitalisés ce jour : 23**

-Hospitalisations programmées par le service : **8**
-Hospitalisations via les urgences : **7**
-Hospitalisation par un médecin libéral : **2**
-Transfert depuis un autre service : **4**
-Transfert depuis un autre CH : **2**

Annexe 6 : Description du service de gastro-entérologie.Description du service de gastro-entérologie

(Le 06/04/2016)

- Nombre total de lits disponibles dans le service : 30

- Nombre total de patients hospitalisés ce jour : 30

-Hospitalisations programmées par le service : 7
-Hospitalisations via les urgences : 7
-Hospitalisation par un médecin libéral : 2
-Transfert depuis un autre service : 8
-Transfert depuis un autre CH : 6

Annexe 7 : Description du service de néphrologie.**Description du service de néphrologie**

(Le 03/05/16)

- **Nombre total de lits disponibles dans le service : 43**

- **Nombre total de patients hospitalisés ce jour : 39**

-Hospitalisations programmées par le service : **12**
-Hospitalisations via les urgences : **10**
-Hospitalisation par un médecin libéral : **2**
-Transfert depuis un autre service : **12**
-Transfert depuis un autre CH : **3**

Annexe 8 : Description du service de neurologie C.**Description du service de neurologie C**

(Le 18/04/16)

- **Nombre total de lits disponibles dans le service : 12**

- **Nombre total de patients hospitalisés ce jour : 12**

-Hospitalisations programmées par le service : **1**
-Hospitalisations via les urgences : **8**
-Hospitalisation par un médecin libéral : **0**
-Transfert depuis un autre service : **2**
-Transfert depuis un autre CH : **1**

Annexe 9 : Description du service de pneumologie.Description du service de pneumologie

(Le 19/04/16)

- Nombre total de lits disponibles dans le service : 20

- Nombre total de patients hospitalisés ce jour : 19

-Hospitalisations programmées par le service : **6**
-Hospitalisations via les urgences : **11**
-Hospitalisation par un médecin libéral : **1**
-Transfert depuis un autre service : **1**
-Transfert depuis un autre CH : **0**

Annexe 10 : Description du service de rhumatologie.**Description du service de rhumatologie**

(Le 05/04/16)

- **Nombre total de lits disponibles dans le service : 28**

- **Nombre total de patients hospitalisés ce jour : 28**

-Hospitalisations programmées par le service : **1**
-Hospitalisations via les urgences : **11**
-Hospitalisation par un médecin libéral : **5**
-Transfert depuis un autre service : **10**
-Transfert depuis un autre CH : **1**

AUTEUR : Nom : BEFFARA

Prénom : Simon

Date de Soutenance : Jeudi 6 Octobre 2016

Titre de la Thèse : Quels sont les moyens de communication mis en œuvre entre les médecins libéraux et hospitaliers lors d'une admission programmée et quel en est le contenu ?

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Mode de communication, hospitalisation programmée, adressage

Contexte : Une communication efficace entre les médecins libéraux et hospitaliers est nécessaire au bon fonctionnement d'un système de santé et tout particulièrement lorsqu'il s'agit de programmer l'hospitalisation d'un patient directement dans un service.

Cette étude a pour objectifs d'étudier les modes de communication mis en œuvre entre les médecins libéraux et hospitaliers lors d'une hospitalisation programmée et d'en étudier le contenu.

Méthode : Etude rétrospective d'analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'informations du centre hospitalier régional de Lille afin de cibler les services d'inclusion puis étude transversale rétrospective descriptive réalisée dans 9 services du centre hospitalier régional sur une journée entre le 25 février et le 3 mai 2016. Etaient inclus les patients hospitalisés entrant du domicile et adressés par un médecin libéral. Les données recueillies étaient les modes de communication utilisés lors de la demande d'hospitalisation et leur contenu.

Résultats : Sur 228 patients présents dans les services au moment de l'étude, 20 correspondaient aux critères d'inclusion. L'appel téléphonique était utilisé pour programmer l'hospitalisation dans 95% des cas. Un courrier était présent à l'arrivée du patient dans 65% des cas. Dans respectivement 28% et 21% des cas, la totalité des informations jugées utiles étaient retrouvées dans les appels et les courriers.

Conclusion : L'appel téléphonique est incontournable pour programmer une hospitalisation. Les informations contenues dans les conversations téléphoniques et dans les courriers sont souvent très incomplètes. Il est donc nécessaire d'améliorer la communication lors des adressages notamment en standardisant les informations échangées par courrier ou par voie téléphonique.

Composition du Jury : Président : Professeur André THEVENON

Assesseurs : Professeur François-René PRUVOT, Docteur Marc BAYEN, Docteur Bertrand STALNIKIEWICZ