



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2017

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Analyse descriptive du parcours de soins des patients en sortie  
d'hospitalisation sur le territoire de Steenvoorde et Cassel  
du 1er mai au 1er novembre 2015**

Présentée et soutenue publiquement le 25 septembre 2017 à 18 heures  
au Pôle Formation

**Par Thomas Paricaud**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Luc Defebvre**

**Asseseurs :**

**Monsieur le Professeur François Puisieux**

**Monsieur le Professeur Valéry Hédouin**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Laurent Verniest**

---

## Avertissement

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



## Liste des abréviations

<b>ATIH</b>	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>IDE</b>	Infirmier Diplômé d'État
<b>Paerpa</b>	Personne âgé en risque de perte d'autonomie
<b>PRADO</b>	Programme de Retour à Domicile
<b>PTA</b>	Plateforme Territoriale d'Appui
<b>SSR</b>	Soins de Suite et de Réadaptation

## Table des matières

<b>Résumé.....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>3</b>
<b>État des lieux.....</b>	<b>5</b>
1. Épidémiologie.....	5
2. Le parcours de soins.....	6
3. La transition hôpital – domicile.....	7
4. Les événements indésirables.....	10
5. Relations entre organisation de la transition hôpital – domicile et événements indésirables.....	12
6. Recommandations et état des lieux en France.....	16
6.1. Document de sortie d’hospitalisation.....	16
6.2. Interventions combinées.....	17
6.3. La conciliation médicamenteuse.....	20
<b>Présentation de l’enquête.....</b>	<b>25</b>
1. Le territoire de Steenvoorde et Cassel.....	25
2. Objectifs de l’étude.....	26
3. Matériels et méthodes.....	26
3.1. Modalités de l’inclusion.....	27
3.2. Le questionnaire patient.....	29
3.3. Les questionnaires pharmacien et IDE.....	30

3.4. Analyse des données.....	30
<b>Résultats.....</b>	<b>32</b>
1. Échantillon.....	32
2. Coordination ville – hôpital.....	38
2.1. Admission en hospitalisation.....	38
2.2. Sortie d'hospitalisation.....	39
3. Suites de l'hospitalisation.....	41
4. Événements indésirables et problèmes de communication.....	42
<b>Discussion.....</b>	<b>44</b>
1. Résultats.....	44
1.1. Qualité de la communication ville – hôpital.....	44
1.2. Communication indirecte.....	46
1.3. Parcours de soins.....	46
1.4. Représentativité de l'échantillon.....	47
1.5. Rythme hebdomadaire.....	48
1.6. Événements indésirables.....	48
2. Difficultés rencontrées.....	49
3. Forces et limites du travail.....	50
3.1. Limites.....	50
3.2. Forces.....	51
4. Proposition de check-list pour une sortie réussie.....	52
<b>Conclusion.....</b>	<b>56</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>59</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>64</b>
Annexe 1 : Questionnaire médecin.....	64
Annexe 2 : Questionnaire patient.....	68

Annexe 3 : Questionnaire IDE.....	72
Annexe 4 : Questionnaire pharmacien.....	76

## RÉSUMÉ

**Contexte :** Dans un contexte de vieillissement de la population, la nécessité de maîtrise des coûts hospitaliers amène les équipes de soins primaires à prendre plus de responsabilités dans le parcours de soin des patients sortant d'hospitalisation. La communication entre équipes hospitalières et de ville a, dans ce cadre, pris une importance primordiale.

**Méthode :** Nous avons réalisé, une étude observationnelle, prospective, pluri-professionnelle, sur le territoire des communes de Steenvoorde et Cassel au cours d'une période de 6 mois entre le 1er mai 2015 et le 1er novembre 2015. Il s'agissait d'une enquête en 3 étapes : une inclusion et un questionnaire à remplir par le médecin traitant, un entretien avec le patient puis un questionnaire à remplir par le pharmacien et l'infirmière libérale.

**Résultats :** 59 hospitalisations ont été rapportées. La durée moyenne d'hospitalisation était de 16,3 jours. La communication ville – hôpital était de qualité satisfaisante. Le médecin traitant était informé de l'hospitalisation avant la sortie dans 88,1% des cas. Pour la sortie, il était informé avant ou le jour même dans 76,3% des cas. Au moment de la consultation avec le médecin traitant faisant suite à l'hospitalisation, le patient apportait le compte-rendu d'hospitalisation dans 52,5%

des cas. Si l'on y inclut les courriers de sortie provisoires, le patient disposait d'un document utile à la continuité des soins dans 96,6% des cas. Cependant, dans 40,7% des cas cette communication pourrait encore être améliorée (problèmes de communication rapportés par les professionnels, comptes-rendus reçus plus de 8 jours après la sortie). Enfin nous mettons en évidence l'importance d'une communication indirecte entre ville et hôpital, le médecin traitant étant informé de la sortie par le patient lui-même ou un proche dans 81,4% des cas.

**Conclusion :** La communication ville – hôpital sur le territoire des communes de Steenvoorde et Cassel est donc très satisfaisante. Cependant, afin d'optimiser encore cette transition, nous proposons une check-list destinée aux équipes hospitalières afin d'assurer une coordination des soins optimale.

## **INTRODUCTION**

Ces dernières années ont été marquées par de nombreux changements dans notre système hospitalier. La mise en place de la tarification à l'activité a introduit une exigence de rentabilité au sein même de l'hôpital public. L'heure est donc à l'optimisation des séjours hospitaliers avec un raccourcissement des durées de séjour et le développement de la chirurgie ambulatoire.

Parallèlement, on assiste à un vieillissement de la population avec plus de personnes âgées fragiles, plus de maladies chroniques, plus de problématiques psycho-sociales à prendre en charge. Ces facteurs font que la transition entre l'hôpital et le domicile qui était déjà un point sensible dans le parcours de soins du patient, va représenter à l'avenir un défi de plus en plus grand pour les professionnels de soins primaires comme pour les hospitaliers.

Heureusement, on constate ces dernières années des avancées qui, même si elles mettent du temps à être mises en pratique, témoignent d'une volonté réelle des acteurs locaux et nationaux de fluidifier et sécuriser au mieux cette période de transition. Nous pensons ainsi à l'amélioration progressive de la qualité des comptes

rendus d'hospitalisation, à la mise en place des messageries sécurisées et du dossier médical partagé, au développement des comités ville – hôpital (depuis 2012 au CHRU de Lille [1]), aux réflexions autour du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa).

Pourtant, malgré ces efforts, notre expérience de professionnel de soins primaires nous indique qu'il y a encore une large place à l'amélioration. Chaque médecin généraliste peut y aller de son anecdote, avec souvent une sortie d'hospitalisation à l'organisation sous-optimale engendrant une insatisfaction et une charge de travail supplémentaire pour les différents acteurs de soins primaires ainsi qu'à un risque pour le patient.

Notre travail s'inscrit dans ce contexte et va tenter de déterminer la réalité du parcours de soins du patient sortant d'hospitalisation sur les territoires des communes de Steenvoorde et de Cassel en se basant sur des critères objectifs. Nous souhaitons mettre en évidence d'éventuels points de faiblesse qui pourraient faire l'objet d'une enquête plus dirigée, voire d'une intervention spécifique.

Notre ambition est de rechercher comment, à l'échelle d'un territoire donné, il serait possible de rendre le retour à domicile après une hospitalisation à la fois plus sûr pour le patient et plus satisfaisant pour les soignants de ville et de l'hôpital, tout en maîtrisant au mieux les dépenses de santé.

## ÉTAT DES LIEUX

### 1. Épidémiologie

Selon des chiffres de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) [2], en 2015 en France, on dénombrait 17,8 millions de séjours hospitaliers, concernant 11,7 millions de patients, dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique. Au total, en 2015, les patients ont passé 78,8 millions de journées à l'hôpital.

Par rapport aux années précédentes, le nombre de séjours hospitaliers est en augmentation (+1,1% par rapport à 2014) en raison d'une augmentation des hospitalisations sur une journée (+3,7% par rapport à 2014) alors que les séjours avec nuitées sont en légère diminution (-0,5% par rapport à 2014). Au total le nombre de journées d'hospitalisation est en baisse d'environ un demi-million de journées entre 2014 et 2015 (-0,7%).

Parmi les patients hospitalisés en 2015, environ un sur trois est âgé de 65 ans et plus avec la moitié des journées d'hospitalisation qui leur sont consacrées. En effet, cette population est plus souvent ré-hospitalisée dans l'année (1,7 hospitalisation en moyenne dans l'année, contre 1,4 pour les moins de 65 ans) et les prises en charge

en hospitalisation complète sont plus longues (8,3 jours contre 5,5 jours pour les moins de 65 ans).

Les femmes sont globalement plus nombreuses à être hospitalisées du fait de la maternité et d'une espérance de vie plus longue. Près d'une femme sur cinq (18,9%) a été hospitalisée au moins une fois en 2015 contre 16,5% pour les hommes. Cependant, chez les personnes âgées de plus de 65 ans, les hospitalisations deviennent plus fréquentes chez les hommes.

Parmi ces patients, en 2015, 39,6% étaient hospitalisés en chirurgie, 38,4% l'étaient en médecine, 23,4% étaient pris en charge pour des actes interventionnels non opératoires et 14,0% étaient hospitalisés en obstétrique.

## **2. Le parcours de soins**

Le parcours de soins tel qu'envisagé par l'assurance maladie a pour objectif la rationalisation des soins. Elle consiste à donner au médecin traitant la responsabilité d'organiser les différentes interventions des professionnels de santé. Ce parcours de soins coordonné implique une communication entre médecin traitant et médecin correspondant. Dans le cas de nécessité de soins itératifs les deux professionnels conviennent d'un plan de soin ou d'un protocole de soins (pour les patients en affection de longue durée).

Cette vision du parcours de soins, bien adaptée à la définition des modalités de remboursement par l'assurance maladie, est toutefois très simplifiée. Le patient est pris en charge par des équipes de soins composées de différents professionnels (médecin, pharmacien, infirmière, aide-soignant, travailleurs sociaux...), que ce soit

en ville ou à l'hôpital. Réduire la communication entre seulement deux professionnels présente un risque important de perte d'information ou d'avoir des informations erronées.

La Haute Autorité de Santé (HAS) va plus loin que l'assurance maladie avec un objectif d'amélioration des pratiques professionnelles. Dans un communiqué de presse publié en mai 2012 [3], elle définit ce que le parcours de soins doit comprendre :

*« pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales)... »*

### **3. La transition hôpital – domicile**

La HAS dans ses recommandations de juin 2013 « Comment réduire le risque de ré-hospitalisations évitables des personnes âgées ? » [4] définit l'organisation de la transition hôpital – domicile ainsi :

*« L'organisation de la transition hôpital – domicile désigne toutes les interventions qui ont pour objectif, pendant et après une hospitalisation, d'éviter la rupture de continuité des soins et de réduire la survenue d'événements de santé défavorables, incluant les ré-hospitalisations*

*évitables. »*

Plusieurs travaux mettent en évidence que les médecins de soins primaires sont souvent insatisfaits de la manière dont cette transition est organisée. Cette insatisfaction est souvent centrée autour du délai de réception et du contenu du compte-rendu d'hospitalisation comme le soulignent Harding [5] et Hesselink et al. [6]. Hesselink et al. rapportent par exemple un taux d'insatisfaction de 63% des médecins généralistes en ce qui concerne la communication de l'hôpital vers les professionnels de soins primaires.

D'autres ont sollicité les patients afin de recueillir leurs perceptions et expériences tels Arora et al. [7] qui mettent en évidence de nombreux problèmes rapportés par des patients âgés fragiles en sortie d'hospitalisation. En outre, cette même enquête met en lumière que le risque que le patient rapporte un événement indésirable était deux fois plus important quand le médecin traitant n'était pas au courant que son patient était hospitalisé (30% dans cette étude).

Ainsi la communication entre l'hôpital et les professionnels de soins primaires, pourtant point d'orgue de cette transition entre l'hôpital et le domicile, est malgré tout souvent source d'insatisfaction pour le professionnel avec un risque de rupture de la continuité des soins pour le patient.

Afin de mieux comprendre cette insatisfaction, Kripalani et al. [8] se sont intéressés, au travers d'une revue de la littérature, au déficit de communication entre l'hôpital et les médecins de soins primaires sur des observations objectives.

On y apprend en premier lieu que la communication directe entre médecins

hospitaliers et médecins de soins primaires est rare (3 à 20%). Pourtant selon une méta-analyse de Foy et al. [9] portant sur des études dans le domaine de la psychiatrie et de la diabétologie, une communication interactive entre spécialiste et médecin généraliste améliore l'état des patients.

Les modes de communications les plus courants sont :

- le courrier de sortie

Il s'agit d'un document rédigé dans un style narratif écrit à la main, mais parfois structuré et/ou imprimé. Il est généralement bref et ne comprend que les éléments essentiels à la continuité des soins en attendant un compte-rendu plus détaillé.

- le compte-rendu d'hospitalisation

Le compte-rendu d'hospitalisation est le document donnant toutes les informations concernant le déroulement de l'hospitalisation ainsi que les éléments permettant aux professionnels de soins primaires d'assurer une bonne continuité des soins. Il est généralement dicté par le médecin hospitalier et retranscrit puis imprimé.

Le courrier de sortie est souvent délivré directement au patient ou envoyé par courrier le jour de la sortie. Il est donc reçu par le médecin de soins primaires plus rapidement que les comptes-rendus d'hospitalisation : 1 semaine après la sortie, le courrier de sortie est reçu dans 30 à 94% des cas (médiane de 53%) selon la revue de Kripalani et al. contre seulement 9 à 20% (médiane de 14,5%) pour les comptes-rendus.

Après leur sortie d'hospitalisation, les patients sont souvent pris en charge par leur médecin traitant avant que celui-ci n'ait reçu un compte rendu d'hospitalisation (16 à 53%) ou un courrier de sortie (66 à 88%). Cela fait donc souvent du patient et de sa famille la première source d'informations concernant l'hospitalisation avec le problème du manque de données médicales fiables qui peut se répercuter sur la bonne continuité des soins et générer des erreurs.

Un autre sujet d'inquiétude rapporté par Kripalani et al. porte sur le contenu du compte-rendu d'hospitalisation avec par exemple l'absence de diagnostic principal pour une médiane de 17,5% des comptes-rendus, d'identification du médecin hospitalier responsable (médiane de 25%) ou encore du traitement de sortie (médiane de 21%).

#### **4. Les événements indésirables**

D'expérience de professionnel de soins, les événements indésirables nous semblent fréquents en sortie d'hospitalisation. À quelle fréquence surviennent-ils ? Quelle est leur nature ? Existe-t-il un marqueur de la qualité des soins ? Peut-on évaluer le risque de survenue ?

Selon une étude de Forster et al. [10] menée dans un hôpital universitaire canadien en 2002, environ un quart (23%) des patients sortant d'hospitalisation avait au moins un événement indésirable après la sortie d'hospitalisation. 6% ont présenté un événement indésirable évitable et 5% avaient un événement indésirable améliorable.

Parmi ces événements indésirables, trois quarts (72%) étaient liés au traitement médicamenteux (le plus fréquent étant des diarrhées sous antibiotiques). Les autres

types d'événement indésirable étaient : les erreurs thérapeutiques (16%), les infections nosocomiales (11%), les problèmes de procédure (7%), les escarres (7%), les erreurs diagnostiques (6%) et les chutes (2%).

Ces événements indésirables menèrent à une consultation aux urgences dans 12% des cas, à une nouvelle hospitalisation dans 17% des cas et au décès du patient dans 3% des cas. Ces derniers critères sont les plus utilisés par les différentes études s'intéressant à la qualité des soins autour de l'hospitalisation. Le taux de réadmissions à 30 jours de la sortie semble faire l'unanimité [11][12][13][14]. Ce critère est validé comme un marqueur de la qualité des soins délivrés au patient selon Ashton et al. [15][16].

De nombreux modèles de prédiction du risque de réadmission ont été développés mais leur pouvoir de discrimination reste modeste [17]. Les variables les plus couramment utilisées dans ces modèles sont les comorbidités et les antécédents d'hospitalisation. En revanche peu de modèles incluaient des variables associées à la sévérité de la pathologie, à l'état fonctionnel du patient ou encore à des déterminants sociaux.

Les pathologies les plus fréquemment associées aux ré-hospitalisations à 30 jours sont : la décompensation cardiaque, la pneumonie [13][12], l'infarctus du myocarde [12], l'accident vasculaire cérébral [18] et les maladies hépatiques [19].

D'autres facteurs de risque sont associés aux ré-hospitalisations précoces chez les personnes âgées : la survenue d'événements indésirables au cours de l'hospitalisation, le nombre de diagnostics, le nombre de médicaments [19], la perte de la capacité à se nourrir soi-même, les escarres, un mauvais état général [20] et

un antécédent d'hospitalisation récente [19][20].

La HAS dans sa fiche « Comment réduire le risque de ré-hospitalisations évitables des personnes âgées ? » [4] recommande d'évaluer le risque de ré-hospitalisation dès l'admission en hospitalisation. L'évaluation doit être fondée sur la situation globale du patient et non seulement sur sa pathologie et son âge. Les critères suivants sont proposés :

- une hospitalisation en rapport avec une insuffisance cardiaque, une pneumonie ou une exacerbation de broncho-pneumopathie chronique obstructive, un syndrome coronaire aigu
- un « syndrome gériatrique » défini comme la présence d'un de ces facteurs : dénutrition, dépression, chute, confusion mentale, escarre
- l'existence d'une dépendance préexistante, en particulier d'une incapacité à se nourrir soi-même survenue récemment
- un antécédent d'hospitalisation non programmée dans les 6 derniers mois
- une situation sociale défavorable (précarité, isolement)

En présence de 2 ou plus de ces facteurs, des interventions spécifiques doivent être envisagées.

## **5. Relations entre organisation de la transition hôpital – domicile et événements indésirables**

Nous avons donc vu qu'un certain nombre de critères relatifs au patient, à sa pathologie, à sa condition préexistante, à sa situation sociale, sont associés à un

risque de ré-hospitalisation plus important. Intéressons-nous maintenant aux éventuelles solutions connues permettant de réduire ce risque.

Hansen et al. [14] ont développé une classification des différentes interventions visant à réduire le risque de ré-hospitalisation :

- avant la sortie
  - l'éducation du patient
  - la conciliation médicamenteuse
  - la création d'un plan de sortie
  - la programmation de rendez-vous de suivi
- après la sortie
  - le suivi précoce
  - le suivi par téléphone
  - la transmission en temps utile des informations au médecin traitant
  - les visites à domicile
  - l'accès à une hotline
- avant et après la sortie
  - l'accompagnement par un professionnel (le « navigateur ») pendant la transition
  - la remise de directives au patient lui-même
  - le même dispensateur de soins à l'hôpital et en ville

Une consultation de suivi précoce, auprès d'un médecin de soins primaires ou un spécialiste, ne semble pas être associée à une diminution du risque de ré-hospitalisation selon une étude rétrospective de Kashiwagi et al. [21]. Ces résultats semblent confirmés par l'étude interventionnelle de Field et al. [22] qui ne mettait pas en évidence de diminution du risque de ré-hospitalisation quand une visite chez le médecin généraliste était programmée dans les 7 jours suivant l'hospitalisation.

Cependant une autre étude réalisée par Lee et al. [23] explorant la même association mais chez des patients hospitalisés pour décompensation cardiaque met en évidence un risque de ré-hospitalisation significativement diminué avec un odds ratio de 0,81 (IC à 95% : 0,70-0,94) pour les patients ayant bénéficié d'une consultation de suivi dans les 7 jours suivant l'hospitalisation.

Une autre association intéressante concerne la qualité, le mode et le délai d'envoi du compte-rendu d'hospitalisation. Nous avons vu précédemment que les médecins de soins primaires sont globalement insatisfaits de cette communication [5][6], et en effet les déficits sont nombreux [8]. Mais y'a t-il un lien entre ces composants et le risque de ré-hospitalisation ?

Là encore l'association reste incertaine. Ainsi selon Van Walraven et al. [24] il n'y aurait pas d'association entre ré-hospitalisation et délai d'envoi. Hansen et al. [25], quant à eux, n'ont pas pu mettre en évidence d'association avec le contenu du compte-rendu. En revanche, Al-Damluji et al. qui ont réalisé une étude auprès de patients hospitalisés pour décompensation cardiaque [26] mettent en évidence une réduction du risque de réadmission quand un compte-rendu de qualité est transmis au médecin de soins primaires.

Selon une revue de la littérature de Couturier et al. [27], une association significative avec les ré-hospitalisations étaient retrouvée dans seulement 8 études sur les 18 ayant exploré cette association. Parmi les 8 études ayant exploré l'association avec la consultation aux urgences, seules 2 trouvaient une association significative. Enfin aucune des 2 études ayant exploré l'association entre organisation de la sortie et décès n'ont retrouvé de chiffres significatifs.

Ces résultats contrastent avec une méta-analyse de Leppin et al. [11] publiée en 2014 qui s'intéresse à des essais cliniques d'interventions de différente nature à la sortie d'hospitalisation. Ce travail met en évidence une diminution du risque de ré-hospitalisation à 30 jours avec un risque relatif de 0,82 (IC à 95% : 0,73-0,91) tous types d'intervention confondus. Les interventions proposées dans les différents essais retenus dans cette méta-analyse ciblent généralement une population de patients à risque, âgée, polymédiquée ou encore présentant certaines pathologies chroniques.

Un autre résultat intéressant qui ressort de la méta-analyse de Leppin et al. est que l'association de plusieurs interventions différentes est plus efficace à réduire le risque de réadmission que si elles sont proposées isolément. Ainsi, le risque relatif est de 0,63 (IC à 95% : 0,53-0,76) quand au moins 5 interventions différentes sont proposées contre 0,91 (IC à 95% : 0,81-1,01) dans le cas contraire.

Ces résultats suggèrent donc que l'impact des interventions qui peuvent être proposées en sortie d'hospitalisation n'est pas significatif lorsque ces interventions sont appliquées isolément et de manière générale à tous les patients. Leur effet est par contre plus intéressant lorsqu'elles :

- ciblent certaines pathologies ou certaines catégories de patients à risque,
- sont combinées entre elles.

## 6. Recommandations et état des lieux en France

### 6.1. Document de sortie d'hospitalisation

Depuis quelques années, la Haute Autorité de Santé (HAS) tente d'encadrer cette période de transition délicate entre l'hôpital et le domicile en formulant un certain nombre de recommandations. Elle a mené de nombreux travaux dans un premier temps sur le document de sortie d'hospitalisation. Le dernier document datant de 2014 [28] précise que le patient devrait sortir d'hospitalisation avec un compte rendu d'hospitalisation, ou à défaut d'un courrier provisoire. Dans ce dernier cas le compte-rendu d'hospitalisation doit être envoyé dans les 8 jours suivant la sortie.

La recommandation citée précédemment définit également les rubriques que doit contenir le compte-rendu d'hospitalisation. Outre la rubrique administrative (identification du patient, dates d'entrée et de sortie, service, professionnel référent...), les rubriques obligatoires sont :

- le motif d'hospitalisation,
- la synthèse médicale du séjour,
- les événements indésirables au cours de l'hospitalisation le cas échéant,
- les actes techniques, examens complémentaires et biologiques et leurs résultats pertinents, normaux et anormaux,

- les traitements médicamenteux arrêtés, modifiés et introduits avec une justification pour toute modification du traitement,
- la suite à donner.

Depuis le 1er janvier 2017, la réglementation [29] va plus loin encore avec l'obligation pour les médecins de l'établissement de santé de remettre une lettre de liaison unique au patient le jour de sa sortie. Cette lettre doit contenir toutes les informations utiles à la continuité des soins incluant les rubriques obligatoires décrites ci-dessus. Elle est également adressée le jour même au médecin traitant.

Mais, ainsi que nous avons pu le voir précédemment, l'amélioration de la communication directe entre ville et hôpital, que ce soit en terme de contenu ou de délai, n'est pas la seule intervention possible. Ainsi, dans un objectif de diminuer de manière significative les ré-hospitalisations évitables, la HAS s'intéresse également depuis quelques années à d'autres types d'interventions.

## **6.2. Interventions combinées**

Nous avons vu que les interventions visant à réduire le risque de ré-hospitalisation sont efficaces lorsqu'elles s'adressent à certaines catégories de patient à risque. Par ailleurs, l'association de plusieurs interventions permet d'obtenir de meilleurs résultats. Ainsi les initiatives actuelles s'attachent à élaborer des recommandations, voire des programmes de retour à domicile (PRADO) enchaînant de multiples interventions différentes visant une catégorie particulière de patients.

En ce qui concerne les personnes âgées repérées comme étant à haut risque de ré-

hospitalisation, la HAS recommande [4] une évaluation médicale et sociale pendant l'hospitalisation permettant ainsi l'élaboration d'un plan personnalisé de santé (PPS). À ce titre, le recours à l'expertise d'une équipe mobile gériatrique est souhaitable.

Les interventions suivantes sont proposées par la HAS :

- l'optimisation des traitements : application des référentiels HAS visant à optimiser la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, conciliation médicamenteuse par un pharmacien,
- l'éducation du patient,
- l'implication du patient, de son entourage et de ses soignants habituels : remise de directives écrites au patient, programmation de rendez-vous, contact avec les soignants du domicile,
- remise d'un compte-rendu d'hospitalisation ou à défaut d'un courrier le jour même de la sortie,
- continuité de suivi par un même professionnel pendant et après l'hospitalisation : soit par des visites du médecin traitant ou de l'infirmière libérale pendant l'hospitalisation, soit par l'intervention d'un « navigateur » (infirmière libérale formée, gestionnaires de cas, coordonnateurs de réseaux, travailleurs sociaux),
- visites régulières à domicile dès la première semaine après la sortie permettant d'assurer la continuation à domicile des actions initiées pendant l'hospitalisation.

La HAS a également publié en avril 2015 une fiche points clés « Comment organiser

la sortie des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ? » [30] qui se concentre sur une autre catégorie de patients à haut risque de ré-hospitalisation précoce. Au-delà des interventions citées précédemment, ce document propose également un suivi par téléphone avec une hotline spécialisée, voire une télésurveillance, une surveillance clinique et biologique spécifique à cette pathologie, la remise d'informations directement au patient et la prise de contact avec les professionnels de santé du domicile afin de les prévenir de la sortie (médecin traitant systématiquement, infirmière libérale et pharmacien selon les cas).

La mise en œuvre de cette procédure peut être réalisée dans le cadre du programme de retour à domicile (PRADO) [30][31] qui permet aux patients hospitalisés pour décompensation cardiaque de bénéficier d'un accompagnement de retour à domicile.

Ce programme propose :

- une planification du suivi médical et médico-social par un conseiller de l'Assurance Maladie,
- une prise en charge pluri-professionnelle avec une identification des besoins par l'équipe hospitalière, complétée par le médecin traitant,
- un suivi infirmier hebdomadaire au domicile pendant au moins 2 mois afin de surveiller l'état clinique et renforcer les connaissances du patient,
- une coordination médecin traitant et cardiologue pour une optimisation des traitements.

Le PRADO [31] est un service de l'Assurance Maladie initié en 2010 pour les sorties de maternité puis étendu en 2012 aux sorties d'hospitalisation après chirurgie et en

2013 aux décompensations cardiaques. Il doit être encore étendu courant 2017 aux hospitalisations pour accident vasculaire cérébral et aux personnes âgées de plus de 75 ans, quel que soit le motif d'hospitalisation.

Les enjeux du PRADO sont :

- de préserver l'autonomie et la qualité de vie des patients,
- d'accompagner la diminution de la durée des séjours à l'hôpital,
- de renforcer la qualité de la prise en charge en ville autour du médecin traitant,
- d'améliorer l'efficience du recours à l'hospitalisation en réservant les structures les plus lourdes aux patients qui en ont le plus besoin.

Ce dispositif, bien qu'encore peu mis en œuvre correspond à une mise en pratique de ces différentes interventions permettant une amélioration de la continuité des soins du patient sortant d'hospitalisation.

### **6.3. La conciliation médicamenteuse**

Enfin la HAS participe également depuis 2009 à une initiative internationale des « High 5s » qui expérimente la conciliation médicamenteuse afin de tester sa faisabilité et de démontrer l'efficacité d'une solution standardisée dans ce domaine [32].

À la faveur de cette expérimentation, la définition suivante a été validée par la HAS :

*« La conciliation des traitements médicamenteux est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments*

*pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé, aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. »*

Un guide a été publié en décembre 2016 sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé [33].

En pratique, la conciliation médicamenteuse se déroule en 4 étapes :

1) Le recueil d'informations

Cette étape consiste à lister les médicaments pris ou à prendre par le patient en tenant compte de l'automédication et d'une éventuelle non-adhésion thérapeutique. Elle peut être réalisée par n'importe quel professionnel de santé en consultant plusieurs sources (entretien avec le patient, les proches, le pharmacien d'officine, le médecin traitant, lettre du médecin traitant, médicaments ou ordonnance apportés par le patient...).

2) La synthèse des informations

Cette étape est généralement réalisée par un pharmacien. Elle consiste à recouper et analyser les informations recueillies à l'étape précédente et résumer ces informations sous forme de bilan médicamenteux.

3) La validation du bilan médicamenteux

Le bilan médicamenteux est validé par le pharmacien qui appose sa

signature.

#### 4) Le partage et l'exploitation du bilan médicamenteux

Cette étape repose sur un échange collaboratif entre médecin et pharmacien et a pour but d'optimiser la prescription. Elle permet de repérer les divergences, qu'elles soient intentionnelles ou non. Ainsi les changements pourront être expliqués au patient ou à son entourage et ces informations seront transmises à l'ensemble des professionnels de santé.

En France, l'expérimentation sur la conciliation médicamenteuse a été menée sur 9 établissements et visait les patients de plus de 65 ans. Le taux de patients conciliés variait de 2,6 à 64,9% en 2014. Cette conciliation était réalisée efficacement selon les indicateurs mesurant la qualité de la conciliation. Le nombre d'erreurs médicamenteuses interceptées et corrigées par la conciliation était en moyenne de 0,8 par patient.

Les exemples qui suivent sont issus du rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux publié par la HAS en 2015 et illustrent les erreurs qui ont pu être détectées ou évitées grâce à la conciliation médicamenteuse :

*« Un patient âgé est hospitalisé dans le service d'orthopédie pour chute. Le patient a apporté lors de l'admission l'ensemble de ses ordonnances en cours de validité : une prescription réalisée par le médecin psychiatre ainsi qu'une prescription du médecin généraliste comprenant plusieurs psychotropes (benzodiazépines aux posologies habituelles sans adaptation pour la*

*personne âgée), le patient étant « étiqueté » agité. Une redondance de traitement de même classe pharmacologique est retrouvée. Lors de la rédaction de la prescription par le médecin généraliste, le compte rendu de la consultation du psychiatre n'avait pas été réceptionné. Le médecin traitant n'avait alors pas connaissance de l'ajout de ces nouveaux traitements. La conciliation des traitements médicamenteux a permis de mettre en évidence un surdosage en benzodiazépines causé par une absence de coordination entre le médecin traitant et le médecin spécialiste. »*

*« Un patient est hospitalisé dans un service de médecine. Son traitement antihypertenseur à l'admission comprend du RENITEC (énalapril). Lors de l'hospitalisation, le traitement disponible au livret thérapeutique de l'établissement est le générique énalapril. Le médecin hospitalier prescrit lors de la rédaction du traitement de sortie : énalapril (identique au traitement de l'hospitalisation). Lors de la conciliation de sortie, une information est réalisée au lit du patient afin de lui expliquer son traitement de sortie et les changements réalisés par comparaison avec les traitements d'admission. Le patient avait notion que son traitement antihypertenseur (RENITEC) était important et qu'il ne devait pas l'arrêter (information délivrée par son médecin traitant), il allait ainsi le poursuivre lors de son retour à domicile sans avoir connaissance que le traitement prescrit à la sortie, énalapril (générique), était identique. Un surdosage en traitement antihypertenseur a ainsi été évité par conciliation de sortie. »*

*« Un patient âgé (79 ans) est admis aux urgences pour dyspnée brutale.*

*L'interrogatoire à l'admission est difficile. La conciliation des traitements médicamenteux réalisée dans les 24h de l'admission permet de révéler l'arrêt du PREVISCAN fluindione sur la prescription médicale d'admission, le traitement anticoagulant administré à domicile. Le traitement est réintroduit par le médecin hospitalier avant la prise quotidienne du soir, évitant le saut de prise. »*

## **PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE**

### **1. Le territoire de Steenvoorde et Cassel**

Le territoire sur lequel a été réalisée notre enquête compte 21 communes (9 pour le canton de Steenvoorde et 13 pour celui de Cassel). Les 2 cantons représentent une population de 25 066 habitants (14 481 pour le canton de Steenvoorde, 10 585 pour celui de Cassel).

On compte 3 centres hospitaliers à proximité : Hazebrouck, Armentières et Saint-Omer auxquels s'ajoutent une clinique privée à Saint-Omer et un hôpital psychiatrique (EPSM) à Bailleul. Les patients peuvent également selon les besoins être orientés vers le CHRU de Lille, l'hôpital Saint-Philibert à Lomme, la clinique de Béthune ou encore la polyclinique du Bois à Lille.

Le territoire comporte 4 médecins généralistes exerçant en cabinet individuel dans la commune de Cassel et 5 exerçant dans une maison de santé pluridisciplinaire dans la commune de Steenvoorde, 4 pharmacies (2 à Cassel et 2 à Steenvoorde) et 2 cabinets infirmiers (1 à Cassel et 1 dans la maison de santé de Steenvoorde).

## 2. Objectifs de l'étude

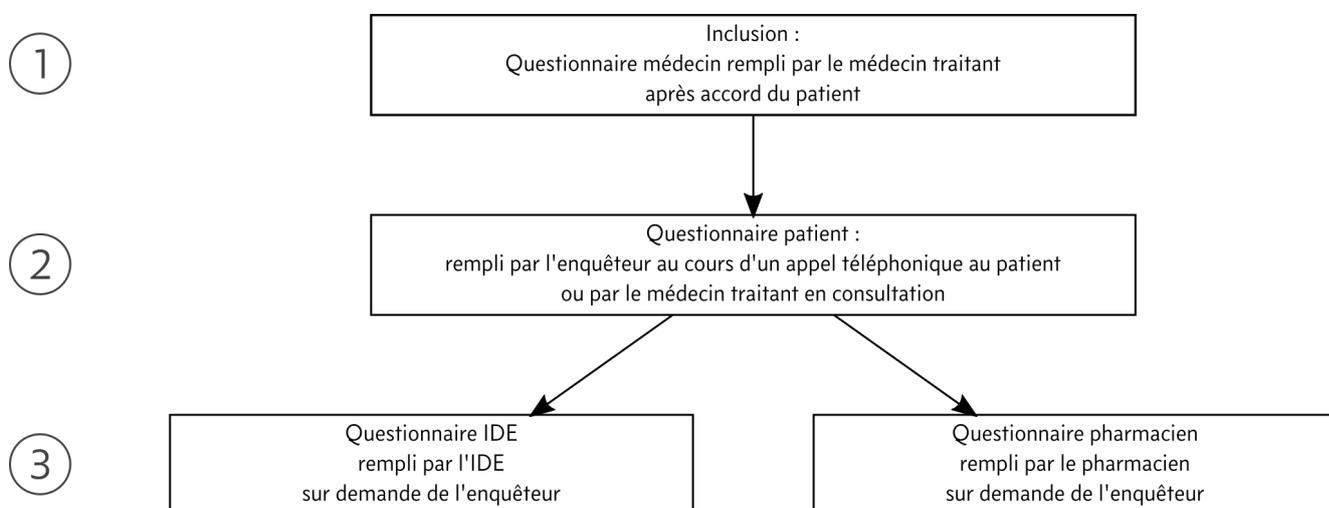
Le principal objectif de ce travail est de décrire le parcours de soins du patient hospitalisé, de son admission à l'hôpital jusqu'aux jours suivant sa sortie. Nous avons cherché à savoir quels étaient les caractéristiques de l'hospitalisation, quels professionnels le patient a vus à sa sortie d'hospitalisation, quels événements indésirables sont éventuellement survenus et ont été rapportés.

Un objectif secondaire est de mettre en évidence d'éventuels points de fragilité qui pourraient bénéficier d'une intervention spécifique.

## 3. Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective, pluri-professionnelle, réalisée sur une période de 6 mois entre le 1er mai 2015 et le 1er novembre 2015.

Notre enquête s'est déroulée en 3 étapes telles que résumées dans la figure ci-dessous.



Chaque professionnel participant à l'enquête avait un questionnaire à remplir pour chaque situation de sortie d'hospitalisation auquel s'ajoute un questionnaire à destination du patient qui est rempli par un enquêteur au cours d'un entretien avec le patient ou un de ses proches. Ces questionnaires sont disponibles en annexe et commentés ci-après. Des représentants des différentes professions ont participé à l'élaboration de ces différents questionnaires.

Les différents professionnels étaient par ailleurs encouragés à rapporter librement tout événement en lien avec l'hospitalisation et survenu jusqu'à un mois après la sortie.

Les données étaient ensuite anonymisées à partir de 30 jours suivant la date de sortie d'hospitalisation.

### **3.1. Modalités de l'inclusion**

L'inclusion est réalisée par le médecin traitant du patient (ou le cas échéant son remplaçant ou collaborateur) au moment de la première consultation suivant la sortie d'hospitalisation.

Les médecins participants devaient exercer sur les territoires de Steenvoorde ou de Cassel. Il leur était demandé d'inclure toute sortie d'hospitalisation quelle qu'en soit le motif, la durée, le caractère programmé ou non ou encore le lieu de sortie (domicile ou institution).

En accord avec le patient informé, le médecin devait remplir le questionnaire médecin et le transmettre à l'enquêteur.

Le questionnaire médecin est divisé en 4 parties :

1) Le patient

Cette partie recueille d'une part l'identification du patient ainsi que son numéro de téléphone qui sera utilisé dans la 2ème partie de l'enquête mais qui ne seront pas conservés dans la base de données. D'autre part elle recueille des données sur le profil du patient (âge, nombre de maladies chroniques et handicaps).

2) L'hospitalisation

Les données relatives à l'hospitalisation elle-même ; quand et par quel moyen le médecin a été informé de l'entrée et de la sortie de son patient.

3) Les suites de l'hospitalisation

Les données relatives à la consultation faisant immédiatement suite à l'hospitalisation ainsi que la réception du compte-rendu d'hospitalisation.

4) Les événements indésirables

Une partie libre où le médecin pouvait décrire les événements indésirables de son point de vue. Les événements indésirables étaient pris ici au sens large et incluaient également les déficits de communication ou tout autre événement n'ayant pas de conséquence directe sur la santé du patient mais entraînant une gêne pour le médecin.

L'objectif était de recueillir au maximum 100 situations rapportées entre le 1er mai 2015 et le 1er novembre 2015.

### **3.2. Le questionnaire patient**

La deuxième partie de l'enquête était réalisée auprès du patient par un enquêteur sur appel téléphonique ou par le médecin traitant au cours de la consultation. L'accord du patient était de nouveau recherché et confirmé au début de l'entretien. Cet entretien pouvait être réalisé auprès d'une tierce personne lorsque la communication avec le patient était difficile ou impossible (démence, troubles neuro-sensoriels, bénéficiant d'une aide pour la communication).

L'entretien permettait de remplir un questionnaire en 5 parties :

1) Le patient

Partie reprenant l'identification du patient et précisant si une aide administrative était nécessaire.

2) L'entrée en hospitalisation (les modalités de l'hospitalisation)

Données concernant le déroulement de l'entrée en hospitalisation (date, adressé ou non par le médecin traitant, documents apportés, passage par les urgences).

3) L'hospitalisation

Données concernant l'hospitalisation (hôpital et service concerné, notion de transfert au cours de l'hospitalisation).

4) La sortie d'hospitalisation

Données concernant la sortie, sa préparation (annonce de la sortie, délais éventuels, les documents délivrés et le suivi prévu) et son déroulement (date

et heure, moyen de sortie).

#### 5) Les suites de l'hospitalisation

Le but était de déterminer quels professionnels ont été vus ou contactés, dans quel délai, dans quel ordre.

### **3.3. Les questionnaires pharmacien et IDE**

Au cours de la 3ème partie de l'enquête, l'enquêteur envoyait les questionnaires correspondant au pharmacien et à l'IDE (infirmier diplômé d'état) avec lesquels le patient a été en contact à sa sortie d'hospitalisation.

Ces questionnaires avaient pour but, d'une part de confirmer les contacts rapportés par le patient et de les préciser (notamment, les documents fournis). D'autre part il s'agissait de recueillir les événements indésirables du point de vue de ces professionnels.

### **3.4. Analyse des données**

La saisie et l'analyse des données a été réalisée à l'aide des logiciels Modalisa et R.

Les parties libres des questionnaires (commentaires libres et événements indésirables) ont été analysés afin de rechercher d'une part les événements indésirables définis comme tout nouveau symptôme ou aggravation d'un symptôme, consultation non prévue, ré-hospitalisation ou encore décès. Les événements indésirables ont été catégorisés en prenant pour modèle le travail de Forster et al.

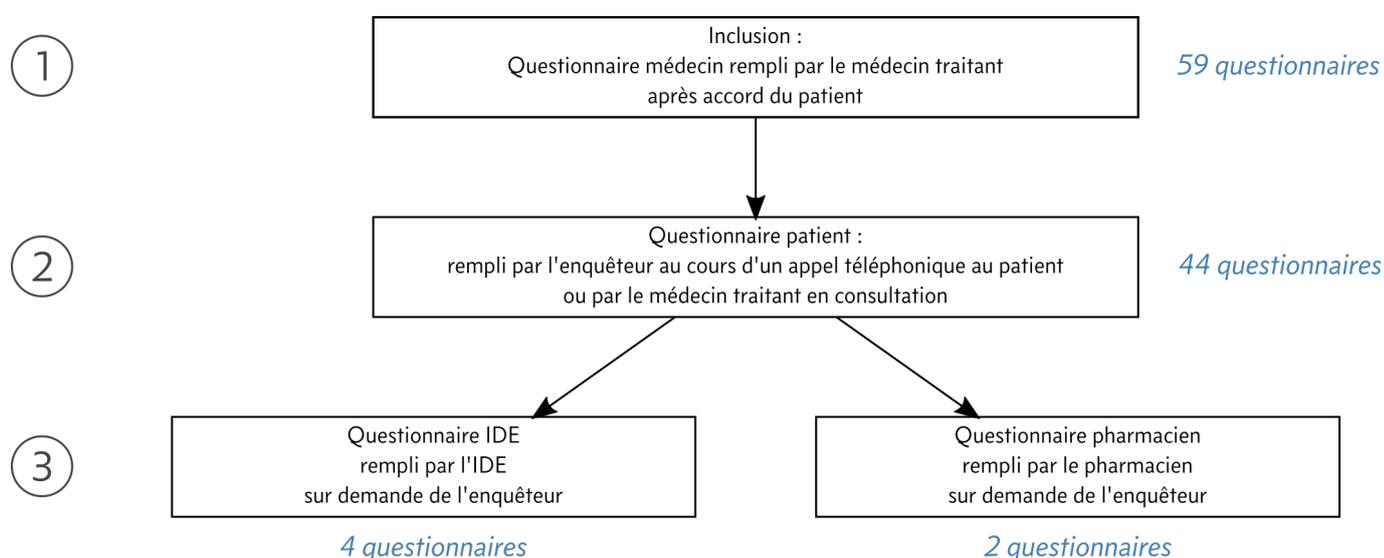
[10] :

- effets indésirables médicamenteux,
- erreurs thérapeutiques,
- problèmes de procédure,
- escarres,
- erreurs de diagnostic,
- chutes.

D'autre part les déficits de communication entre ville et hôpital qu'ils soient ou non à l'origine d'un événement indésirable, étaient classés séparément.

## RÉSULTATS

### 1. Échantillon



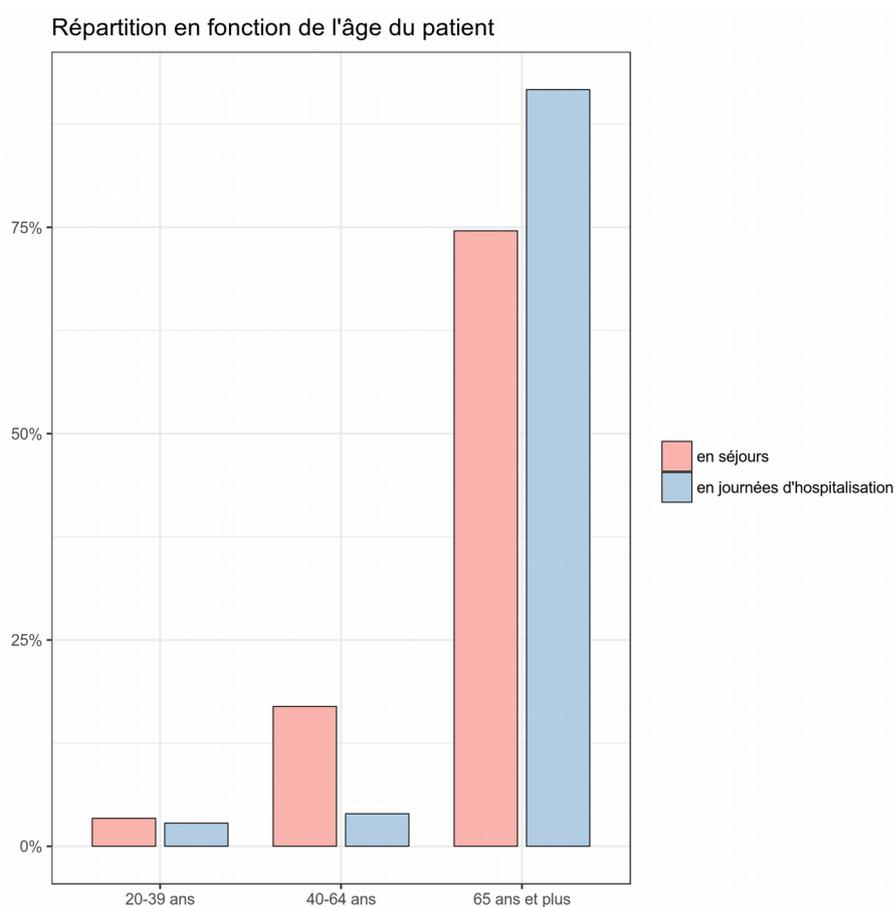
59 hospitalisations ont été rapportées sur 6 mois, du 1er mai 2015 au 1er novembre 2015, représentant au total 963 jours d'hospitalisation.

Une réponse aux questionnaires patient a pu être obtenue pour 44 (74,6%) hospitalisations. Par contre les réponses aux questionnaires IDE et pharmacie n'ont pu être obtenues que pour respectivement 4 et 2 hospitalisations.

Parmi les hospitalisations rapportées 39% concernaient des patients de sexe féminin.

Répartition des séjours et journées d'hospitalisation en fonction de l'âge du patient :

Âge	Nombre de séjours (proportion)	Nombre de journées d'hospitalisation (proportion)
20-39 ans	2 (3,4%)	27 (2,8%)
40-64 ans	10 (16,9%)	38 (3,9%)
65 ans et plus	44 (74,6%)	883 (91,7%)

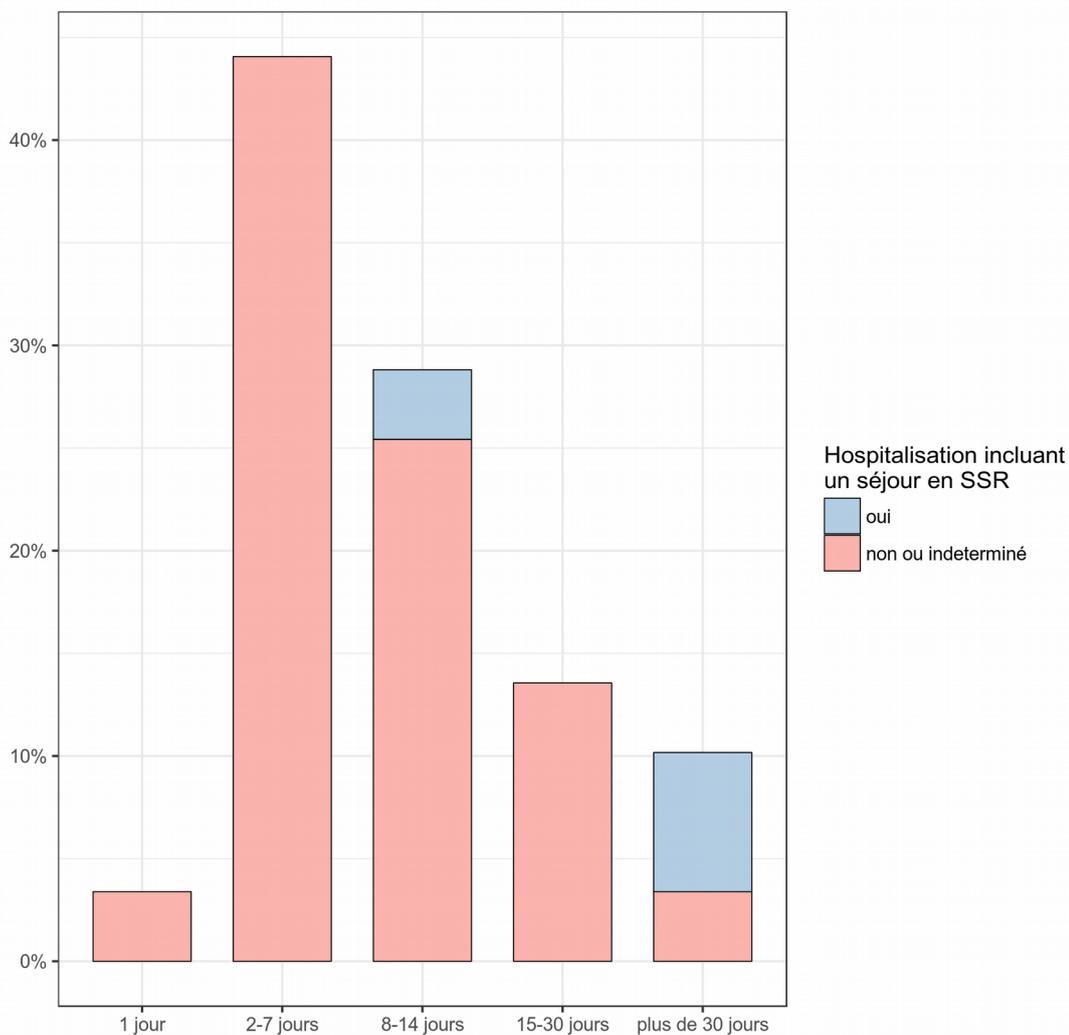


L'âge moyen du patient hospitalisé le jour de l'entrée en hospitalisation était de 75,2 ans (écart type : 15,15). L'âge médian était de 78,5 ans (écart interquartile : 16,25).

## Répartition des séjours en fonction de leur durée :

Durée du séjour	Nombre de séjours (proportion)	Dont incluant un séjour en SSR (proportion)
1 jour	2 (3,4%)	0 (0%)
2-7 jours	26 (44,1%)	0 (0%)
8-14 jours	17 (28,8%)	2 (3,4%)
15-30 jours	8 (13,6%)	0 (0%)
plus de 30 jours	6 (10,2%)	4 (6,8%)

Répartition en fonction de la durée d'hospitalisation

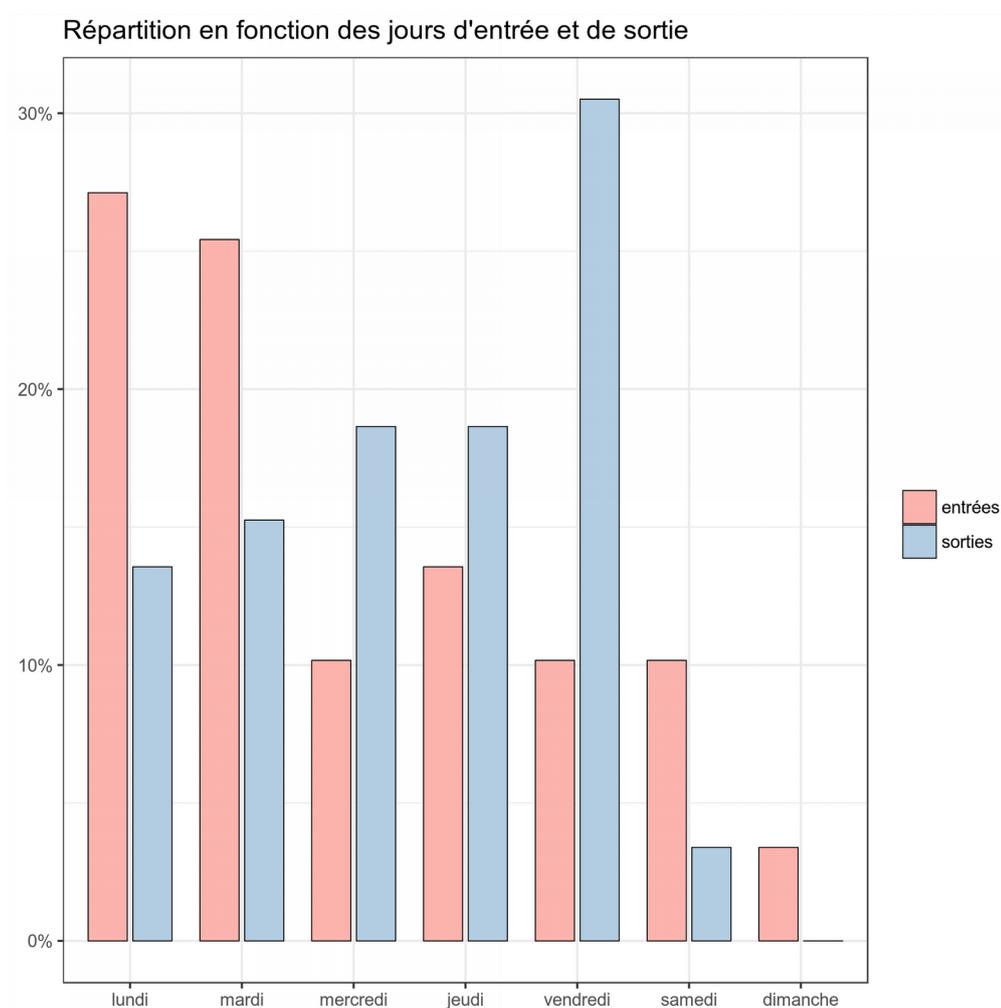


La durée d'hospitalisation était comprise entre 1 et 212 jours avec une durée moyenne de 16,3 jours (écart type : 30,4). Si l'on exclut les hospitalisations concernées par un séjour en soins de suite et de réadaptation (SSR) qui sont souvent plus longues, la durée moyenne est de 10,4 jours (écart type : 11,4).

Les séjours hospitaliers concernant des patients âgés de plus de 65 ans sont plus longs avec une moyenne de 20,1 jours (12,4 jours en excluant les séjours en SSR) contre 5,4 jours pour les moins de 65 ans (aucun séjour en SSR rapporté pour les moins de 65 ans dans notre échantillon).

Répartition des entrées et sorties d'hospitalisation en fonction du jour de la semaine :

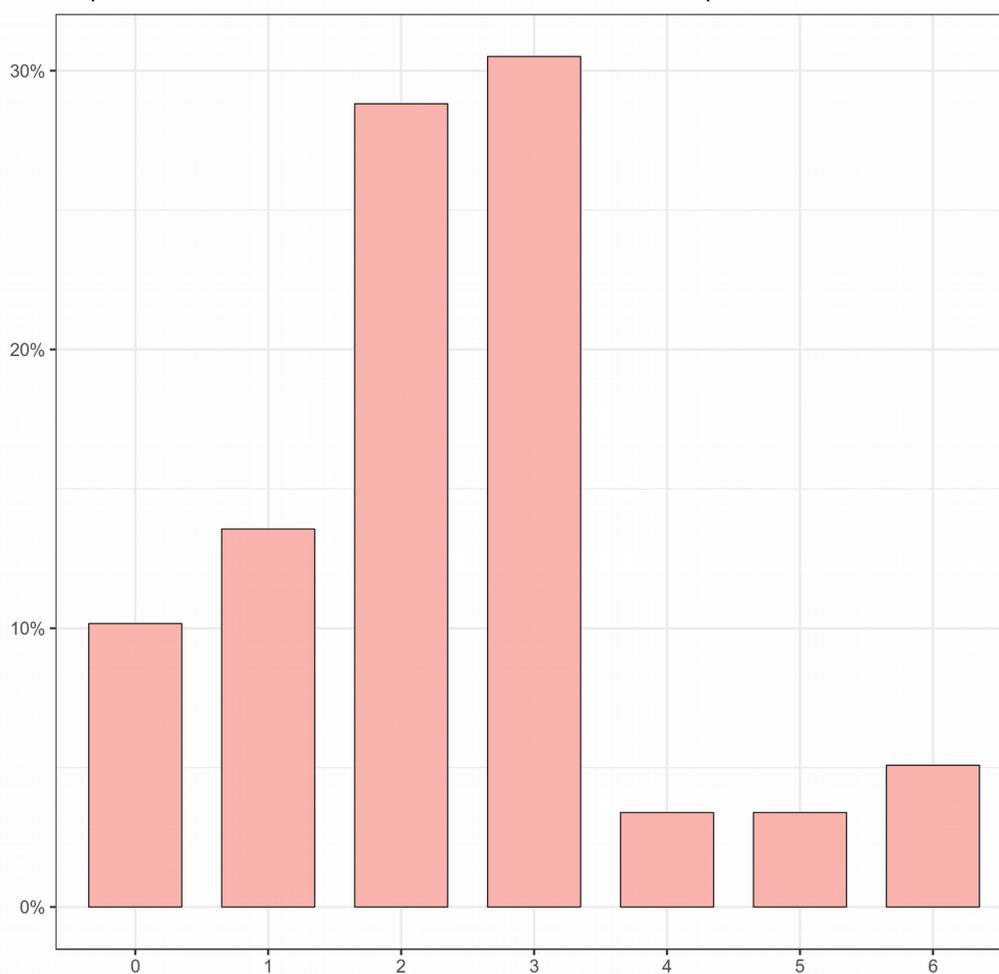
Jour de la semaine	Nombre d'admissions (proportion)	Nombre de sorties (proportion)
Lundi	16 (27,1%)	8 (13,6%)
Mardi	15 (25,4%)	9 (15,3%)
Mercredi	6 (10,1%)	11 (18,6%)
Jeudi	8 (13,6%)	11 (18,6%)
Vendredi	6 (10,1%)	18 (30,5%)
Samedi	6 (10,1%)	2 (3,4%)
Dimanche	2 (3,4%)	0 (0%)



**Répartition des hospitalisations en fonction du nombre de maladies chroniques :**

<b>Nombre de maladies chroniques</b>	<b>Nombre d'hospitalisations (proportion)</b>
<b>0</b>	6 (10,2%)
<b>1</b>	8 (13,6%)
<b>2</b>	17 (28,8%)
<b>3</b>	18 (30,5%)
<b>4</b>	2 (3,4%)
<b>5</b>	2 (3,4%)
<b>6</b>	3 (5,1%)

Répartition en fonction du nombre de maladies chroniques



Une nette majorité des hospitalisations concernaient des patients ayant plus de 2 maladies chroniques (76,3%).

Parmi les hospitalisations rapportées, 40 (67,8%) concernaient un patient ayant au moins un handicap dont 24 (40,7%) en avaient plusieurs. Les types de handicap étaient répartis comme suit :

**Répartition des types de handicap :**

<b>Handicap</b>	<b>Nombre d'hospitalisations (proportion)</b>
<b>Neuro-sensoriel</b>	19 (32,2%)
<b>Physique</b>	32 (54,2%)
<b>Psychologique</b>	16 (27,1%)
<b>Social</b>	9 (15,3%)

## **2. Coordination ville – hôpital**

### **2.1. Admission en hospitalisation**

**Moment où le médecin traitant apprend l'hospitalisation de son patient :**

<b>Moment par rapport à l'hospitalisation</b>	<b>Nombre d'hospitalisations (proportion)</b>
<b>Avant</b>	31 (52,5%)
<b>Pendant</b>	21 (35,6%)
<b>Après</b>	5 (8,5%)
<b>Donnée manquante</b>	2 (3,4%)

Les cas où le médecin traitant est au courant de l'hospitalisation avant même

l'admission de son patient correspond aux cas où il organise lui-même l'hospitalisation.

**Moyen par lequel le médecin traitant apprend l'hospitalisation de son patient :**

<b>Moyen</b>	<b>Nombre d'hospitalisations (proportion)</b>
<b>Le patient ou un proche</b>	12 (42,9%)
<b>L'hôpital</b>	7 (25,0%)
<b>Un autre soignant</b>	5 (17,9%)
<b>Un autre médecin généraliste</b>	1 (3,6%)
<b>Un médecin spécialiste</b>	1 (3,6%)
<b>Autre moyen</b>	1 (3,6%)
<b>Donnée manquante</b>	1 (3,6%)

## 2.2. Sortie d'hospitalisation

**Moment où le médecin traitant apprend la sortie de son patient :**

<b>Moment par rapport à la sortie</b>	<b>Nombre d'hospitalisations (proportion)</b>
<b>Avant</b>	15 (25,4%)
<b>Le jour même</b>	30 (50,8%)
<b>1 à 8 jours après</b>	12 (20,3%)
<b>Plus de 8 jours après</b>	1 (1,7%)
<b>Donnée manquante</b>	1 (1,7%)

**Moyen par lequel le médecin traitant apprend la sortie de son patient :**

<b>Moyen</b>	<b>Nombre d'hospitalisations (proportion)</b>
<b>Le patient ou un proche</b>	48 (81,4%)
<b>L'hôpital</b>	3 (5,1%)
<b>Un autre soignant</b>	7 (11,9%)
<b>Donnée manquante</b>	1 (1,7%)

**Délai de réception du compte-rendu d'hospitalisation :**

<b>Délai</b>	<b>Nombre d'hospitalisations (proportion)</b>
<b>Le jour de la sortie</b>	18 (30,5%)
<b>1 à 8 jours après</b>	20 (33,9%)
<b>Plus de 8 jours après</b>	13 (22,0%)
<b>Donnée manquante</b>	8 (13,6%)

Parmi les 13 situations où le compte-rendu d'hospitalisation est reçu plus de 8 jours après la sortie, seule une correspondait à un cas où le patient disposait du compte-rendu d'hospitalisation à sa sortie mais n'a consulté le médecin traitant que tardivement. Dans les 12 autres situations, le patient a consulté le médecin traitant avant que celui-ci ne reçoive le compte-rendu mais tous sauf 1 ont apporté un courrier de sortie provisoire.

Sur les 13 situations décrites précédemment, 9 concernaient des patients de plus de 75 ans et 7 des patients présentant au moins 3 maladies chroniques.

Documents apportés par le patient à la consultation avec son médecin traitant :

Document	Nombre de sorties (proportion)
Compte-rendu d'hospitalisation	31 (52,5%)
Courrier de sortie provisoire	26 (44,1%)
Prescription de médicaments	15 (25,4%)
Prescription pour des soins paramédicaux	6 (10,2%)
Résultats de bilan biologique	2 (3,4%)
Résultats d'examen complémentaire	4 (6,8%)

Le compte-rendu d'hospitalisation est apporté par le patient à la consultation ou reçu par le médecin traitant le même jour pour 35 cas (59,3%).

Une ordonnance pour le traitement médicamenteux est fournie au patient dans 33,9% des cas.

### 3. Suites de l'hospitalisation

Délai de consultation du médecin traitant après la sortie d'hospitalisation :

Délai	Nombre d'hospitalisation (proportion)
Le jour de la sortie	29 (49,2%)
1 à 2 jours après	20 (33,9%)
3 à 7 jours après	9 (15,3%)
8 jours ou plus	1 (1,7%)

Le délai le plus long de consultation du médecin traitant après la sortie

d'hospitalisation était de 17 jours et concernait une femme de 63 ans sans handicap mais porteuse de 3 maladies chroniques et ayant été hospitalisée dans un service de médecine. Pour cette situation, le médecin n'avait pas connaissance de l'hospitalisation avant la consultation.

#### 4. Événements indésirables et problèmes de communication

Problèmes de communication et événements indésirables rapportés :

	Nombre de situations (proportion)
<b>Déficits de communication</b>	13 (22,0%)
<b>Événements indésirables</b>	8 (13,6%)
effets indésirables médicamenteux	0 (0%)
infections nosocomiales	2 (3,4%)
erreurs thérapeutiques	4 (6,8%)
problèmes de procédure	3 (5,1%)
escarres	0 (0%)
chutes	0 (0%)
<b>Ré-hospitalisations &lt; 30 jours</b>	2 (3,4%)

Les déficits de communication rapportés pouvaient correspondre par exemple à un courrier illisible, l'absence de certaines données indispensables à la bonne continuité des soins ou des modifications thérapeutiques non justifiées.

Parmi les 13 situations pour lesquelles un déficit de communication a été rapporté :

- 2 correspondaient à une situation où le compte-rendu d'hospitalisation était reçu plus de 8 jours après la sortie,

- 4 correspondaient à une situation où il était reçu entre 1 et 8 jours après la sortie,
- 4 correspondaient à une situation où il était reçu le jour de la sortie.

Au total, 24 situations (40,7%) répondent à un critère combiné rassemblant les problèmes de communication rapportés par les professionnels et les comptes-rendus d'hospitalisation reçus tardivement (plus de 8 jours après la sortie).

## DISCUSSION

### 1. Résultats

Il s'agit à notre connaissance de la première étude sur le parcours de soins du patient en sortie d'hospitalisation du point de vue des soins primaires sur un territoire précis.

#### 1.1. Qualité de la communication ville – hôpital

Sur les territoires de Steenvoorde et de Cassel, notre enquête a mis en évidence une communication ville – hôpital de qualité satisfaisante. Ainsi, le médecin traitant sait le plus souvent que son patient est hospitalisé : il ne le découvre après sa sortie qu'une fois sur dix. Il est aussi généralement informé de la sortie relativement rapidement, trois fois sur quatre avant ou le jour même de la sortie.

Au moment de la consultation avec le médecin traitant faisant suite à la sortie d'hospitalisation, le patient disposait d'un courrier de sortie ou du compte-rendu d'hospitalisation dans 96,6% des cas. Si l'on compare aux résultats de la revue de Kripalani et al. [8] (66 à 88%), ces résultats sont excellents.

Le compte-rendu d'hospitalisation est apporté par le patient à la consultation avec le

médecin traitant dans 52,5% des cas et est transmis au médecin traitant le jour même de sa sortie dans 30,5% des cas. Au total, le médecin traitant dispose donc de ce document dans au moins 59,3% des cas. Ce chiffre est là encore supérieur aux résultats rapportés par Kripalani et al. [8] (16 à 53%).

Notre enquête intervient directement après des travaux nationaux menés par la HAS [4] qui donnent des objectifs précis aux établissements hospitaliers. D'autre part il y a une dynamique particulière sur le territoire dit « zone fragile » depuis 2006, dynamique qui a probablement le mérite de sensibiliser les professionnels à ces discussions et thématiques prioritaires au niveau national.

Pourtant, malgré ces bons résultats, il reste encore 22% des comptes-rendus qui sont reçus plus de 8 jours après la sortie, donc plus que les recommandations HAS [28] et bien plus que le nouveau décret [29] entré en vigueur le 1er janvier 2017. Nous avons pu constater cependant que ces comptes-rendus reçus tardivement concernent souvent des patients âgés présentant fréquemment plusieurs maladies chroniques, patients qui devraient pourtant bénéficier d'une attention toute particulière.

Au-delà du simple délai de réception du compte-rendu d'hospitalisation, des problèmes de communication ont été signalés par les professionnels dans 22% des cas. Selon un critère combinant ces déficits de communication avec les comptes-rendus d'hospitalisation reçus tardivement (plus de 8 jours après la sortie), on constate qu'une amélioration serait souhaitable dans 40,7% des cas.

## 1.2. Communication indirecte

L'analyse de la communication avec le médecin traitant autour de l'hospitalisation met en évidence l'importance des interactions entre le médecin et son patient ou ses proches. Du point de vue du médecin traitant, ce constat se retrouve à l'entrée et à la sortie de l'hôpital :

- il est informé de l'admission par le patient ou un proche dans 42,9% des cas (l'hôpital est directement la source de cette information dans 25% des cas),
- il est informé de la sortie par le patient ou un proche dans 81,4% des cas (l'hôpital est directement la source de cette information dans 5,1% des cas).

La communication directe entre médecins généralistes et praticiens hospitaliers reste donc relativement rare, ce qui rejoint les données fournies par Kripalani et al. [8].

Cette communication se fait donc en grande partie de manière indirecte, celle-ci passant souvent par le patient et ses proches. Le faible nombre d'ordonnances de médicaments délivrées par l'hôpital (un cas sur trois) peut faire évoquer une volonté de forcer cette communication indirecte. Se pose alors la question de savoir si ce type de communication est réellement satisfaisant. Notre travail a mis en évidence sa rapidité, surtout si on le compare au délai de réception du compte-rendu d'hospitalisation. Mais il nous a également fourni un exemple de l'inverse où un médecin n'apprend que sa patiente a été hospitalisée que 17 jours après sa sortie.

## 1.3. Parcours de soins

L'analyse du parcours de soins du patient fait apparaître, d'une part que le médecin

traitant est à l'origine de l'hospitalisation une fois sur deux. D'autre part, nous mettons en lumière le temps très court entre la sortie d'hospitalisation du patient et sa première consultation avec son médecin traitant puisque celle-ci a lieu dans trois quarts des cas le jour-même ou le lendemain de la sortie. Ce délai semble être nettement meilleur que ceux rapportés dans la littérature avec, par exemple, dans l'étude de Kashiwagi et al. [21] où 1 sur 2 seulement bénéficie d'un contact (en consultation ou téléphonique) avec un médecin (cardiologue, interniste ou médecin de famille) dans les 7 jours suivant la sortie.

Là encore, ce bon résultat peut s'expliquer par le fait qu'une ordonnance pour le traitement médicamenteux n'est fournie par l'hôpital que dans un cas sur trois, obligeant ainsi le patient à consulter son médecin traitant dès sa sortie pour poursuivre son traitement. À noter toutefois que quelques professionnels ont rapporté des situations où le patient devait se faire avancer ses médicaments par la pharmacie en se basant sur le compte rendu d'hospitalisation ou le courrier de sortie, ou encore que le médecin traitant devait rédiger l'ordonnance avant de pouvoir recevoir son patient en consultation.

#### **1.4. Représentativité de l'échantillon**

L'analyse de notre échantillon fait apparaître que la proportion de séjours hospitaliers concernant des patients âgés de plus de 65 ans (3 patients sur 4) est nettement supérieure aux chiffres donnés par l'ATIH en 2015 [2] (1 patient sur 3). La raison en est probablement la non inclusion des hospitalisations en obstétrique et en pédiatrie en raison d'un probable biais de sélection ; ainsi que de la méthodologie de l'étude qui n'incluait que les patients consultant leur médecin traitant après leur sortie

d'hospitalisation, ce qui est rarement le cas pour les sorties d'obstétrique et de pédiatrie.

La durée moyenne d'hospitalisation de notre échantillon est également nettement plus élevée que les chiffres fournis par l'ATIH en raison de l'inclusion dans notre enquête des séjours en SSR qui explique la très longue durée de certains séjours. En excluant ces hospitalisations, la durée moyenne se rapproche des données de référence même si celle-ci reste plus élevée chez les plus de 65 ans dans notre enquête.

### **1.5. Rythme hebdomadaire**

Nous avons également pu constater un rythme des entrées et des sorties d'hospitalisation fortement et logiquement lié au rythme de fonctionnement de l'hôpital au cours de la semaine. Les entrées sont ainsi plus concentrées en début de semaine alors que les sorties le sont en fin de semaine. Ce constat nous laisse entrevoir une probable répercussion sur le délai de consultation du médecin traitant après la sortie.

### **1.6. Événements indésirables**

Au moins un événement indésirable est survenu pour environ 13,6% des situations. Ce chiffre est plus faible que celui retrouvé en 2002 par Forster et al. [10] (23%). La répartition des différents types d'événements indésirables diverge également. En effet aucun effet indésirable médicamenteux n'a été rapporté dans notre enquête alors qu'ils représentaient les trois quarts des événements indésirables pour Forster et al.. Cette absence s'explique par le mode de recueil adopté dans notre étude

(commentaire libre), les professionnels n'ayant probablement pas jugé utile de rapporter ces événements souvent peu significatifs.

## **2. Difficultés rencontrées**

Plusieurs difficultés survenues au cours de l'enquête peuvent être signalées.

La première était la lourdeur du questionnaire médecin qui nécessitait de nombreuses informations pas toujours disponibles au moment de remplir ledit questionnaire. Ce questionnaire nécessitait une bonne implication du professionnel car cela pouvait prendre du temps à le remplir puis à le transmettre aux enquêteurs. Ces contraintes ont pu introduire un biais de sélection.

D'autre part une telle enquête nécessitait une rencontre et une relance régulière des différents professionnels qui était difficile à réaliser par les enquêteurs.

La seconde difficulté concernait le questionnaire réalisé auprès des patients, généralement sur appel téléphonique. Cet entretien téléphonique se heurtait souvent à des non-réponses aux appels, des problèmes de compréhension de la personne interrogée, de perte de patience (l'entretien durait de 10 à 15 min), voire parfois d'opposition survenant au bout de quelques minutes d'entretien.

Par ailleurs l'appel téléphonique avait parfois lieu plusieurs semaines après la sortie d'hospitalisation avec des problèmes d'oubli de la personne interrogée. Ce délai se répercutait sur la 3ème partie de l'enquête (questionnaire IDE et pharmacien) avec généralement une non réponse de ces professionnels.

Enfin les questionnaires IDE et pharmacien nécessitaient également un

investissement de temps de la part des professionnels concernés. Ces professionnels n'étaient par ailleurs informés de l'inclusion du patient qu'a posteriori, et parfois trop longtemps après la sortie d'hospitalisation ce qui a limité leur participation.

La conséquence de ces différentes difficultés a été le nombre important de données manquantes notamment sur l'articulation entre les différents professionnels, ne nous permettant pas d'analyser assez précisément le parcours de soins du patient à sa sortie de l'hôpital.

### **3. Forces et limites du travail**

#### **3.1. Limites**

L'objectif principal de notre étude n'a pu être que partiellement atteint. En effet, en raison de la faible participation des IDE et pharmaciens, l'analyse du parcours de soins des patients est restée centrée autour du médecin traitant. L'enchaînement des différents professionnels n'a pas toujours pu être détaillé.

Les patients de notre échantillon sont en moyenne nettement plus âgés que les statistiques nationales ce qui suggère un biais de sélection. Ce biais peut être dû d'une part au mode de recrutement qui n'inclut que les patients consultant leur médecin traitant dans les jours suivants leur sortie d'hospitalisation. Ce mode de recrutement est probablement à l'origine de l'absence d'inclusion des hospitalisations de pédiatrie et les sorties de maternité. Un tel recrutement aurait été plus adapté pour un travail n'étudiant que les sorties d'hospitalisation de patient âgés fragiles

et/ou porteur de maladie chronique.

Par ailleurs l'autre facteur pouvant expliquer le biais de sélection est l'absence probable d'inclusion d'un certain nombre d'hospitalisations par les médecins participants qui ont pu ainsi ignorer les sorties d'hospitalisation simples qui n'ont pas posé problème et au contraire sélectionner les sorties plus complexes et/ou ayant posé un certain nombre de problèmes.

Enfin un biais de déclaration ou de mémorisation significatif peut avoir été introduit, particulièrement au cours de l'enquête auprès du patient. En effets les patients étaient souvent âgés et présentaient parfois des troubles cognitifs plus ou moins importants. Le tout combiné au fait que l'enquête auprès du patient était souvent réalisée à distance de la sortie, entraîne probablement des erreurs ou un manque de données précises dans les résultats.

### **3.2. Forces**

Malgré les limitations indiquées précédemment, cette étude est un travail original. Il s'agit d'un travail fait par des acteurs de terrain, pour les acteurs de terrain. Nous cherchons à offrir une vision globale du parcours de soins contrastant avec celle hospitalo-centrée étudiée dans la majorité des différents travaux que nous avons pu citer.

Si ce travail ne nous a pas permis d'analyser avec suffisamment de précision ce parcours de soins, il nous a permis de mettre en évidence une complémentarité dans la transmission d'information entre :

- le réseau professionnel : l'institution, les confrères qui correspondent souvent

à des relations formelles et codifiées avec des échanges le plus souvent écrits, détaillés, complets,

- les non professionnels : la famille et le patient lui-même avec un langage moins précis, profane, le plus souvent oral mais beaucoup plus rapide.

Le médecin traitant fait le lien entre ces deux modes de transmission d'informations ce qui le situe au cœur de la prise en charge globale du patient. Il est l'artisan de la fluidité de la prise en charge, exerçant à l'échelle individuelle auprès de chaque patient, mais aussi de sa famille et finalement à l'échelle d'un territoire.

Nous pouvons, au vu des résultats de ce travail, reconnaître l'efficacité des hospitaliers dans la transmission d'information, le patient disposant la plupart du temps d'un document fournissant des données médicales sur l'hospitalisation au moment de sa sortie, même si des progrès sont encore à faire.

Enfin nous pouvons également reconnaître l'efficacité des médecins généralistes qui arrivent à voir leurs patients très rapidement après leur sortie d'hospitalisation.

#### **4. Proposition de check-list pour une sortie réussie**

Au vu des résultats de notre enquête, des données de la littérature et des recommandations et initiatives actuelles en France, nous proposons une série de sept questions réunies en check-list. L'objectif de cette check-list est de s'assurer que tous les éléments permettant une coordination des soins optimale aient été pris en compte avant la sortie d'hospitalisation.

Elle peut être appliquée dès que la décision de sortie a été prise et avant que celle-ci

n'intervienne. En pratique un professionnel de soins du service (médecin ou infirmière) doit s'assurer que chacune de ces questions a reçu une réponse. En l'absence de réponse à une ou plusieurs questions, le professionnel a la responsabilité de la rechercher, si besoin en sollicitant les personnes concernées.

### **1) Quels changements thérapeutiques et pourquoi ?**

L'application de la conciliation des traitements médicamenteux, réalisée à l'entrée et à la sortie de l'hospitalisation, permet d'apporter la réponse à cette question. Afin de prévenir toute erreur médicamenteuse, il est important que ces changements soient compris par le patient et son éventuel aidant, le médecin traitant, le pharmacien et l'infirmière libérale. Ces changements doivent donc être mentionnés sur le document de sortie avec leurs justifications. Ils doivent également apparaître clairement sur l'ordonnance de sortie et avoir été expliquées et comprises par le patient et/ou son aidant.

### **2) Quel suivi assurer ?**

Quels examens complémentaires ? Faut-il prévoir un suivi auprès du médecin traitant et/ou d'un spécialiste et dans quel délai ? Le rendez-vous est-il pris ? Faut-il prévoir un transport ?

### **3) Le patient est-il informé ?**

Le patient (ou son aidant) doit être informé sur sa pathologie, son traitement (et notamment des changements effectués) et son suivi. Il est également important de s'enquérir de ce qu'il a compris.

**4) L'équipe de soins primaires est-elle informée de la sortie ?**

Nous avons pu constater au cours de notre travail que le médecin traitant est le plus souvent informé de manière indirecte, par le patient ou un proche. Même si ce mode de communication est efficace, nous avons vu qu'il n'est pas toujours fiable. Aussi, l'envoi d'un message électronique par messagerie sécurisée ou un court appel téléphonique permettent de s'assurer que l'information est bien transmise et peut être fait par une secrétaire médicale.

**5) Le document de sortie est-il prêt et contient-il tous les éléments permettant d'assurer une bonne continuité des soins ?**

Ce document doit être remis au patient et transmis au médecin traitant le jour même de la sortie. Il doit être conforme aux recommandations de la HAS [28].

Il convient de le mettre à jour dans le cas où celui-ci a été rédigé à l'avance.

**6) Peut-on proposer un programme de retour à domicile (PRADO) ?**

Nouveauté de ces dernières années, les programmes de retour à domicile proposés par l'assurance maladie à destination de certaines catégories de patients fragiles combinent plusieurs interventions. C'est un outil prometteur qui doit permettre une coordination des soins optimale pour ces patients.

Dans le cas où le PRADO peut être mis en œuvre, il convient de s'assurer que l'équipe du PRADO dispose de tous les éléments nécessaires à la bonne continuité des soins.

**7) Peut-on proposer un programme d'éducation thérapeutique ?**

Pour tout patient atteint d'une maladie chronique, il convient de s'enquérir de

ce qu'il sait déjà et de se poser la question de quelle démarche éducative mettre en place. Peut-on lui proposer un programme d'éducation thérapeutique ? Des objectifs éducatifs ont-il déjà été définis ?

Les cinq premières questions peuvent être appliquées à toute sortie d'hospitalisation, quel que soit le service ou la pathologie du patient. L'accent est mis sur la communication, que ce soit entre la ville et l'hôpital mais aussi et surtout avec le patient qui est au centre de cette démarche.

Les deux dernières questions s'adressent uniquement à certaines catégories de patients en fonction des disponibilités locales.

Nous pensons qu'appliquer cette check-list à toute sortie d'hospitalisation permettrait d'éviter la plupart des problèmes de communication que nous avons mis en évidence dans notre travail, et probablement certains événements indésirables. Cette check-list est un outil centrée autour du patient et de son parcours de soins. Sa mise en œuvre implique plusieurs professionnels de soins au sein du service hospitalier.

L'évaluation de l'efficacité et de la faisabilité de cette check-list pourrait faire l'objet d'un travail futur.

## CONCLUSION

Notre étude est intervenue juste après des travaux nationaux visant à améliorer les parcours de soins des patients sortants d'hospitalisation :

- standardisation des comptes rendus d'hospitalisation,
- mise en place de messageries sécurisées et du dossier médical partagé,
- plans personnalisés de soins,
- programmes de retour à domicile de la caisse d'assurance maladie (PRADO),
- conciliation médicamenteuse.

La littérature nous apprend que toutes ces interventions améliorent la prise en charge du patient dans cette phase de transition en réduisant le taux de réadmission à 30 jours.

Nous avons pu constater dans notre enquête, que, sur le territoire des communes de Steenvoorde et de Cassel, la communication entre l'hôpital et la ville est de manière générale très satisfaisante. Le délai de consultation faisant suite à la sortie d'hospitalisation est très court permettant ainsi une bonne coordination des soins.

Pourtant, alors que les moyens de communication électroniques se développent, le

principal vecteur de communication reste le patient lui-même et ses proches. Par ailleurs les résultats de notre enquête semblent suggérer que la communication entre l'hôpital et l'équipe de soins primaires pourrait encore être améliorée.

Les efforts produits et le dynamisme des différents acteurs du territoire, qu'ils soient hospitaliers ou de soins primaires, permettront probablement dans un avenir proche d'améliorer encore cette transition délicate pour le patient et les professionnels. Des solutions existent déjà et n'attendent qu'à être implémentées, renforcées ou diffusées.

Les conclusions de ce travail vont permettre de contribuer aux réflexions des comités ville – hôpital mis en place en 2016 et 2017. Par ailleurs ce travail pourra également bénéficier au projet de mise en place d'une plateforme territoriale d'appui (PTA) sur le territoire.

Il serait intéressant de comparer ces résultats à d'autres territoires. Mon expérience personnelle en tant que remplaçant dans le département de la Haute-Saône me laisse penser que les résultats d'une telle enquête dans ce département pourraient être très différents du fait d'une moins bonne communication ville – hôpital.

En qualité de professionnel de soins primaires, nous nous sommes naturellement intéressé à la sortie d'hospitalisation qui est source de nombreuses difficultés. Nous pourrions étendre notre réflexion sur la communication ville – hôpital à l'entrée et sur la durée de l'hospitalisation. Quel est son impact sur la qualité des soins hospitaliers ?

Enfin, au sein même d'une équipe pluri-professionnelle, à l'hôpital ou en ville, nous

pouvons également nous interroger sur la communication des différents professionnels entre eux. Quelle connaissance ont-ils des conditions d'accueil par les uns et les autres ? L'enjeu réside dans cette démarche que doit avoir toute équipe de soins : centrée autour du patient, en prenant en compte tous les aspects médico-psycho-sociaux, afin de le prendre en charge dans sa globalité.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Usagers : une dynamique poursuivie [Internet]. Available from: <http://www.chru-lille.fr/chrulille/presentation/119221.html>
2. ATIH. Analyse de l'activité hospitalière 2015 [Internet]. 2015. Available from: <http://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2015>
3. Haute Autorité de Santé. Promouvoir les parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques [Internet]. 2012. Available from: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1247611/fr/promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalises-pour-les-malades-chroniques](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1247611/fr/promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalises-pour-les-malades-chroniques)
4. Haute Autorité de Santé. Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ? [Internet]. 2013. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees)
5. Harding J. Study of discharge communications from hospital doctors to an inner London general practice. *J R Coll Gen Pract.* 1987 Nov 1;37(304):494–5.
6. Hesselink G, Schoonhoven L, Plas M, Wollersheim H, Vernooij-Dassen M. Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients,

- relatives and care providers. *Int J Qual Health Care*. 2013 Feb;25(1):66–74.
7. Arora VM, Prochaska ML, Farnan JM, D’Arcy MJ, Schwanz KJ, Vinci LM, et al. Problems after discharge and understanding of communication with their primary care physicians among hospitalized seniors: a mixed methods study. *J Hosp Med*. 2010 Sep;5(7):385–91.
8. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007 Feb 28;297(8):831–41.
9. Foy R. Meta-analysis: Effect of Interactive Communication Between Collaborating Primary Care Physicians and Specialists. *Annals of Internal Medicine* [Internet]. 2010 Feb 16;152(4):247.
10. Forster AJ, Clark HD, Menard A, Dupuis N, Chernish R, Chandok N, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ*. 2004 Feb 3;170(3):345–9.
11. Leppin AL, Gionfriddo MR, Kessler M, Brito JP, Mair FS, Gallacher K, et al. Preventing 30-day hospital readmissions: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *JAMA Intern Med*. 2014 Jul;174(7):1095–107.
12. Dharmarajan K, Hsieh AF, Lin Z, Bueno H, Ross JS, Horwitz LI, et al. Diagnoses and Timing of 30-Day Readmissions After Hospitalization for Heart Failure, Acute Myocardial Infarction, or Pneumonia. *JAMA* [Internet]. 2013 Jan 23 [cited 2017 Jun 4];309(4):355–63.

13. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med*. 2009 Apr 2;360(14):1418–28.
14. Hansen LO, Young RS, Hinami K, Leung A, Williams MV. Interventions to Reduce 30-Day Rehospitalization: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine* [Internet]. 2011 Oct 18 [cited 2017 May 17];155(8):520.
15. Ashton CM, Wray NP. A conceptual framework for the study of early readmission as an indicator of quality of care. *Soc Sci Med*. 1996 Dec;43(11):1533–41.
16. Ashton CM, Del Junco DJ, Soucek J, Wray NP, Mansyur CL. The association between the quality of inpatient care and early readmission: a meta-analysis of the evidence. *Med Care*. 1997 Oct;35(10):1044–59.
17. Kansagara D, Englander H, Salanitro A, Kagen D, Theobald C, Freeman M, et al. Risk Prediction Models for Hospital Readmission: A Systematic Review [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2011. (VA Evidence-based Synthesis Program Reports).
18. Bravata DM, Ho S-Y, Meehan TP, Brass LM, Concato J. Readmission and death after hospitalization for acute ischemic stroke: 5-year follow-up in the medicare population. *Stroke*. 2007 Jun;38(6):1899–904.
19. Franchi C, Nobili A, Mari D, Tettamanti M, Djade CD, Pasina L, et al. Risk factors for hospital readmission of elderly patients. *European Journal of Internal Medicine*. 2013 Jan;24(1):45–51.
20. Lanière I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D, et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among

French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age Ageing*. 2008 Jul;37(4):416–22.

21. Kashiwagi DT, Burton MC, Kirkland LL, Cha S, Varkey P. Do timely outpatient follow-up visits decrease hospital readmission rates? *Am J Med Qual*. 2012 Feb;27(1):11–5.

22. Field TS, Ogarek J, Garber L, Reed G, Gurwitz JH. Association of early post-discharge follow-up by a primary care physician and 30-day rehospitalization among older adults. *J Gen Intern Med*. 2015 May;30(5):565–71.

23. Lee KK, Yang J, Hernandez AF, Steimle AE, Go AS. Post-discharge Follow-up Characteristics Associated With 30-Day Readmission After Heart Failure Hospitalization. *Med Care*. 2016 Apr;54(4):365–72.

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

25. Hansen LO, Strater A, Smith L, Lee J, Press R, Ward N, et al. Hospital discharge documentation and risk of rehospitalisation. *Quality and Safety in Health Care* [Internet]. 2011 Sep 1 [cited 2017 May 21];20(9):773–8.

26. Al-Damluji MS, Dzara K, Hodshon B, Punnanithinont N, Krumholz HM, Chaudhry SI, et al. Association of Discharge Summary Quality With Readmission Risk for Patients Hospitalized With Heart Failure Exacerbation. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2017 May 21];8(1):109–11.

27. Couturier B, Carrat F, Hejblum G. A systematic review on the effect of the

organisation of hospital discharge on patient health outcomes. *BMJ Open*. 2016 Dec 21;6(12):e012287.

28. Haute Autorité de Santé. Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h [Internet]. 2014. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1777678/fr/document-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1777678/fr/document-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h)

29. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison - Article 1. 2016-995 2016.

30. Haute Autorité de Santé. Comment organiser la sortie des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ? [Internet]. 2015. Available from: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2041354/fr/comment-organiser-la-sortie-des-patients-hospitalises-pour-insuffisance-cardiaque?xtmc=&xtcr=4](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2041354/fr/comment-organiser-la-sortie-des-patients-hospitalises-pour-insuffisance-cardiaque?xtmc=&xtcr=4)

31. Prado, le service de retour à domicile [Internet]. Available from: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>

32. Haute Autorité de Santé. L'initiative OMS High 5s [Internet]. 2015. Available from: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1498429/fr/l-initiative-oms-high-5s](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1498429/fr/l-initiative-oms-high-5s)

33. Haute Autorité de Santé. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé [Internet]. 2016. Available from: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante)

## **ANNEXES**

### **Annexe 1 : Questionnaire médecin**

# PARCOURS DE SOINS DU PATIENT HOSPITALISÉ

## QUESTIONNAIRE MÉDECIN

---

### PATIENT

Nom

Prénom

Numéro de téléphone

Âge

Nombre de maladies chroniques

Existence d'un handicap  neuro-sensoriel  
 physique  
 psychologique  
 social

---

### HOSPITALISATION

Date d'entrée

Date de sortie

Avez vous organisé l'hospitalisation ?  oui  non

Si vous avez répondu non à la question précédente :

Quand avez vous été prévenu de l'hospitalisation ?  le jour de l'entrée en hospitalisation  
 pendant l'hospitalisation  
 le jour de la sortie d'hospitalisation  
 après la sortie d'hospitalisation

Par quel moyen ?  le patient ou son entourage  
 l'hôpital  
 un autre soignant du patient (IDE, auxiliaire de vie...)  
 autre (précisez) :

Si vous saviez que votre patient était hospitalisé :

Quand avez vous été prévenu de sa sortie ?

- avant la sortie
- le jour même
- le lendemain
- 2 jours après
- autre (précisez) :

Par quel moyen ?

- le patient ou son entourage
- l'hôpital
- un autre soignant du patient (IDE, auxiliaire de vie...)
- autre (précisez) :

---

**SUITES DE L'HOSPITALISATION**

À quelle date avez-vous vu votre patient en consultation après sa sortie d'hospitalisation ?

À quelle heure ?

Avez-vous une idée de qui a demandé le rendez-vous ?

- le patient
- son entourage
- un autre soignant
- autre (précisez) :

ne sait pas

Quels documents vous a-t-il présenté ?

- document unique de sortie
- courrier provisoire
- ordonnance pour des médicaments
- ordonnance pour des soins paramédicaux (IDE, kiné...)
- autre (précisez) :

Si le patient ne disposait pas du document unique de sortie :

Quand l'avez vous reçu ?

- le jour de la sortie
- entre 1 et 8 jours après la sortie
- plus de 8 jours après la sortie ou non encore reçu

Commentaire libre concernant les suites d'hospitalisation (hors survenue d'événement indésirable)

---

#### ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES LIÉS À L'HOSPITALISATION

En cas de survenue d'événement(s) indésirable(s) lié(s) à l'hospitalisation, merci de faire une courte description de chaque événement ci dessous

Exemples : absence de document, état du patient peu compatible avec un maintien à domicile, modification de traitement sans explication, ...

①

②

③

④

## **Annexe 2 : Questionnaire patient**

# PARCOURS DE SOINS DU PATIENT HOSPITALISÉ

## QUESTIONNAIRE PATIENT

Personne interrogée

patient lui même

aidant

autre (précisez) :

---

### PATIENT

Nom

Prénom

Aide administrative nécessaire ?

oui

non

---

### ENTRÉE EN HOSPITALISATION

Date d'entrée

Adressé par le médecin traitant ?

oui

non

Documents

courrier du médecin traitant

ordonnance

courrier du spécialiste ou ancien courrier d'hospitalisation

autre (précisez) :

Passage par les urgences ?

oui

non

---

### HOSPITALISATION

Transfert ?

oui

non

Hôpital

Service

Hospitalisation antérieure dans ce service ?

oui

non

---

**SORTIE D'HOSPITALISATION**

Date d'annonce de sortie	<input type="text"/>
Délai de sortie annoncé	<input type="text"/>
Date de sortie réelle	<input type="text"/>
Heure de sortie	<input type="text"/>
Documents	<input type="checkbox"/> courrier <input type="checkbox"/> manuscrit <input type="checkbox"/> imprimé <input type="checkbox"/> ordonnance pour des médicaments <input type="checkbox"/> ordonnance pour des soins paramédicaux (IDE, kiné...) <input type="checkbox"/> autre (précisez) : <input type="text"/>
Suivi	<input type="checkbox"/> rendez-vous avec un médecin du service <input type="checkbox"/> rendez-vous avec un autre spécialiste <input type="checkbox"/> rendez-vous d'examen complémentaire <input type="checkbox"/> autre (précisez) : <input type="text"/>
Moyen de sortie	<input type="checkbox"/> véhicule personnel <input type="checkbox"/> aidant <input type="checkbox"/> ambulance <input type="checkbox"/> autre (précisez) : <input type="text"/>

---

**SUITES DE L'HOSPITALISATION**

Date / Heure

Événement



Sortie

Commentaire libre concernant les suites d'hospitalisation

### **Annexe 3 : Questionnaire IDE**

# PARCOURS DE SOINS DU PATIENT HOSPITALISÉ

## QUESTIONNAIRE IDE

---

### PATIENT

Nom

Prénom

---

### AVANT L'HOSPITALISATION

Suiviez-vous ce patient avant l'hospitalisation ?

oui

non

Si vous suiviez ce patient avant l'hospitalisation :

À quelle fréquence ?

tous les jours

plusieurs fois par semaine

une fois par semaine

moins d'une fois par semaine (précisez) :

---

### SUITES DE L'HOSPITALISATION

À quelle date avez-vous été contacté après la sortie d'hospitalisation ?

À quelle heure ?

À quelle date avez-vous délivré les premiers soins après la sortie d'hospitalisation ?

À quelle heure ?

Quels documents vous a-t-il présenté ?

- ordonnance pour des soins infirmier (ordonnance de l'hôpital)
- ordonnance pour des soins infirmier (ordonnance du médecin traitant)
- document unique de sortie (courrier médical)
- courrier médical provisoire
- ordonnance pour des médicaments
- autre (précisez) :

Commentaire libre concernant les suites d'hospitalisation (hors survenue d'événement indésirable)

---

## ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES LIÉS À L'HOSPITALISATION

En cas de survenue d'événement(s) indésirable(s) lié(s) à l'hospitalisation, merci de faire une courte description de chaque événement ci dessous

Exemples :

- Description : absence d'ordonnance, matériel manquant, ...
- Réponse apportée : téléphone au médecin traitant, avance de matériel, ...

① Description :

Réponse apportée :

② Description :

Réponse apportée :

③ Description :

Réponse apportée :

## **Annexe 4 : Questionnaire pharmacien**

# PARCOURS DE SOINS DU PATIENT HOSPITALISÉ

## QUESTIONNAIRE PHARMACIEN

---

### PATIENT

Nom

Prénom

---

### SUITES DE L'HOSPITALISATION

À quelle date avez-vous délivré les médicaments après la sortie d'hospitalisation du patient ?

À quelle heure ?

Qui s'est présenté ?

le patient en personne

un aidant (précisez) :

l'IDE

autre (précisez) :

Quels documents vous a-t-il présenté ?

ordonnance pour des médicaments (ordonnance de l'hôpital)

ordonnance pour des médicaments (ordonnance du médecin traitant)

document unique de sortie (courrier médical)

courrier médical provisoire

ordonnance pour des soins paramédicaux

autre (précisez) :

Commentaire libre concernant les suites d'hospitalisation (hors survenue d'événement indésirable)

---

## ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES LIÉS À L'HOSPITALISATION

En cas de survenue d'événement(s) indésirable(s) lié(s) à l'hospitalisation, merci de faire une courte description de chaque événement ci dessous

Exemples :

- Description : révision d'ordonnance, absence d'ordonnance, médicament manquant, anomalie matérielle, ...
- Réponse apportée : téléphone au médecin traitant, avance de médicament avec régularisation ultérieure, ...

① Description :

Réponse apportée :

② Description :

Réponse apportée :

③ Description :

Réponse apportée :

**AUTEUR : Nom : Paricaud**

**Prénom : Thomas**

**Date de Soutenance : 25 septembre 2017**

**Titre de la Thèse : Analyse descriptive du parcours de soin des patients en sortie d'hospitalisation sur le territoire de Steenvoorde et Cassel du 1er mai au 1er novembre 2015**

**Thèse - Médecine - Lille 2017**

**Cadre de classement : Médecine**

**DES + spécialité : Médecine générale**

**Mots-clés : hospitalisation, sortie du patient, continuité des soins**

**Résumé :**

**Contexte :** Dans un contexte de vieillissement de la population, la nécessité de maîtrise des coûts hospitaliers amène les équipes de soins primaires à prendre plus de responsabilités dans le parcours de soin des patients sortant d'hospitalisation. La communication entre équipes hospitalières et de ville a, dans ce cadre, pris une importance primordiale.

**Méthode :** Nous avons réalisé, une étude observationnelle, prospective, pluri-professionnelle, sur le territoire des communes de Steenvoorde et Cassel au cours d'une période de 6 mois entre le 1er mai 2015 et le 1er novembre 2015. Il s'agissait d'une enquête en 3 étapes : une inclusion et un questionnaire à remplir par le médecin traitant, un entretien avec le patient puis un questionnaire à remplir par le pharmacien et l'infirmière libérale.

**Résultats :** 59 hospitalisations ont été rapportées. La durée moyenne d'hospitalisation était de 16,3 jours. La communication ville – hôpital était de qualité satisfaisante. Le médecin traitant était informé de l'hospitalisation avant la sortie dans 88,1% des cas. Pour la sortie, il était informé avant ou le jour même dans 76,3% des cas. Au moment de la consultation avec le médecin traitant faisant suite à l'hospitalisation, le patient apportait le compte-rendu d'hospitalisation dans 52,5% des cas. Si l'on y inclut les courriers de sortie provisoires, le patient disposait d'un document utile à la continuité des soins dans 96,6% des cas. Cependant, dans 40,7% des cas cette communication pourrait encore être améliorée (problèmes de communication rapportés par les professionnels, comptes-rendus reçus plus de 8 jours après la sortie). Enfin nous mettons en évidence l'importance d'une communication indirecte entre ville et hôpital, le médecin traitant étant informé de la sortie par le patient lui-même ou un proche dans 81,4% des cas.

**Conclusion :** La communication ville – hôpital sur le territoire des communes de Steenvoorde et Cassel est donc très satisfaisante. Cependant, afin d'optimiser encore cette transition, nous proposons une check-list destinée aux équipes hospitalières afin d'assurer une coordination des soins optimale.

**Composition du Jury :**

**Président : Pr Luc Defebvre**

**Assesseurs : Pr François Puisieux, Pr Valéry Hédouin**