

## **FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2021

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

### **Communication Hôpital-Ville : Évaluation de la qualité des comptes-rendus d'hospitalisation et satisfaction des médecins généralistes**

Présentée et soutenue publiquement le 27 octobre 2021 à  
18h00 au Pôle Formation

**Par Yahya Kherbeche**

---

#### **JURY**

**Président :**

**Monsieur le professeur Luc DEFEBVRE**

**Assesseurs :**

**Madame le Docteur Lucie MACCHI**

**Madame le Docteur Alissa SEBBAH**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**

---

# **AVERTISSEMENT**

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

## LISTE DES ABREVIATIONS

|       |   |
|-------|---|
| ANAES | Agence nationale de sécurité d'accréditation et d'évaluation en santé |
| CDOM  | Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins                         |
| CAT   | Conduite à tenir  |
| CRH   | Compte rendu hospitalier  |
| DMP   | Dossier médical partagé   |
| HAS   | Haute autorité de santé   |
| IQSS  | Indicateur de qualité et de sécurité des soins                        |
| MCO   | Médecine, chirurgie et obstétrique                                    |
| MG    | Médecin généraliste   |
| MGT   | Médecin généraliste traitant  |
| MH    | Médecin hospitalier   |
| MSS   | Messagerie sécurisée de santé   |
| ROSP  | Rémunération sur objectifs de santé publique                          |

# TABLE DES MATIERES

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUCTION</b> .....   | <b>13</b> |
| I. Généralités : Place du médecin généraliste dans le système de soins.....                               | 14        |
| II. Le cadre réglementaire .....  | 14        |
| III. Revue rapide de la littérature .....   | 18        |
| V. Objectifs de l'étude .....   | 20        |
| <b>MATERIEL ET METHODE</b> .....  | <b>22</b> |
| I. Type d'étude .....   | 23        |
| II. Population et lieu d'étude.....   | 23        |
| III. Élaboration du questionnaire .....   | 23        |
| IV. Modalités du recueil de données .....   | 24        |
| V. Analyses des données.....  | 24        |
| <b>RESULTATS</b> .....  | <b>26</b> |
| I. Le diagramme de flux .....   | 27        |
| II. Profil des patients .....   | 28        |
| III. Caractéristiques des séjours hospitaliers :.....   | 29        |
| IV. Caractéristiques de la réception des CRH .....  | 30        |
| V. Analyse des données objectives : présence des rubriques.....   | 31        |
| VI. Analyse des données subjectives concernant l'utilité des rubriques du CRH .....                       | 34        |
| VII. Analyse des données subjectives concernant la qualité des informations contenues<br>dans le CRH..... | 36        |
| VIII. Comparaison entre les courriers de chirurgie et de médecine .....                                   | 39        |
| IX. Les commentaires libres.....  | 48        |
| <b>DISCUSSION</b> .....   | <b>47</b> |
| I. Les principaux résultats .....   | 48        |
| II. Confrontation des principaux résultats aux données de la littérature .....                            | 49        |
| III. Les limites de l'étude .....   | 51        |
| IV. Les perspectives d'amélioration.....  | 51        |
| <b>CONCLUSION</b> .....   | <b>55</b> |
| <b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....  | <b>57</b> |
| <b>ANNEXES</b> .....  | <b>59</b> |
| Annexe 1 : questionnaire de thèse.....  | 59        |



# RESUME

**Introduction** : La communication entre le secteur hospitalier et ambulatoire est essentielle pour garantir la continuité des soins. Elle est principalement établie par l'intermédiaire du compte-rendu l'hospitalisation. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la qualité des comptes-rendus d'hospitalisation en provenance du centre hospitalier De Dunkerque par les médecins généralistes.

**Matériel et méthodes** : Il s'agit d'une étude quantitative transversale descriptive monocentrique. Elle concernait les médecins généralistes du littoral dunkerquois qui ont été interrogés grâce à un questionnaire qui leur a été adressé par voie postale entre le 3 novembre 2020 et le 15 février 2021

**Résultats** : Au total, nous avons adressé un questionnaire à 122 médecins généralistes traitants. Deux relances ont été nécessaires pour recueillir 80 réponses soit un taux de réponse de 65,6%. Le niveau de satisfaction global était élevé. Les items composant les CRH étaient présents dans plus des 2/3 des courriers excepté pour la rubrique « effets indésirables et complications ». Les informations qu'ils contiennent étaient jugées globalement satisfaisantes par les médecins généralistes.

**Conclusion** : Cette étude permet de mettre en évidence plusieurs pistes d'amélioration possibles :

- Pour améliorer le délai : favoriser la voie électronique pour communiquer
- Pour améliorer la qualité des CRH : créer un CRH type à partir du dossier informatisé
- Pour améliorer le délai et la fiabilité des données : favoriser l'usage de la transmission sécurisée par les médecins hospitaliers.



# **INTRODUCTION**

## I. Généralités : Place du médecin généraliste dans le système de soins

La loi du 13 août 2004 du code de la sécurité sociale relative à l'assurance maladie prévoit d'instaurer un médecin déclaré comme traitant dans le parcours de soins (1).

Ce statut de médecin traitant (MT) lui confère une place centrale dans la coordination des soins, il est le médecin de premier recours, l'interlocuteur privilégié et centralise les informations de soin dans le dossier médical.

Pour les patients, la désignation d'un MT offre des avantages de remboursement s'ils respectent le parcours de soin.

En pratique, les MT sont, dans 98% des cas des médecins spécialisés en médecine générale.

## II. Le cadre réglementaire

### II.1 Historique des textes législatifs

Le premier texte qui encadre la rédaction des documents de sortie hospitaliers a été rédigé en 1974, il s'agit d'un décret (2) relatif à la communication du dossier des malades hospitalisés ou consultant des établissements hospitaliers publics.

Il précise : « *le chef du service hospitalier concerné adresse au médecin (ou à la sage-femme) désigné par le malade ou sa famille, par voie postale et dans un délai maximum de huit jours suivant la sortie du malade, une lettre l'informant de cette sortie, résumant les observations faites, les traitements effectués ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre et lui précisant le lieu, les jours et heures auxquels il lui sera possible de prendre connaissance du dossier de l'intéressé.* »

Ce décret a été agrémenté par des apports législatifs successifs pour aboutir à l'article R1112-1-2 du Code de santé publique (CSP), relatifs à la protection des personnes accueillies dans les établissements de santé (3), cet article précise :

*« Lors de la sortie de l'établissement de santé, une lettre de liaison, rédigée par le médecin de l'établissement qui l'a pris en charge, est remise au patient par ce médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins qui l'a pris en charge, et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises. (...) la lettre de liaison est transmise le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient. Elle est adressée par messagerie sécurisée (...), ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations, et versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé.*

*Cette lettre de liaison contient les éléments suivants :*

*1° Identification du patient, du médecin traitant, le cas échéant du praticien qui adresse, ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation ;*

*2° Motif d'hospitalisation ;*

*3° Synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable ;*

*4° Traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement ;*

*5° Annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison ;*

*6° Suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières. »*

## **II.2. Recommandations de la Haute autorité de santé (HAS)**

En 2014, la HAS a édité un « *Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation* » (4).

La HAS précise que : « *ce référentiel s'applique à tout document remis au patient à la sortie d'une hospitalisation et adressé aux professionnels de santé d'aval, quelle qu'en soit la dénomination : compte-rendu d'hospitalisation et lettre rédigée à l'occasion de la sortie, lettre ou document de liaison, courrier de fin d'hospitalisation* ».

Le document de sortie d'hospitalisation doit contenir les principaux éléments relatifs au séjour du patient ainsi que les éléments utiles à la continuité des soins hôpital-ville. Cet outil distingue des rubriques obligatoires et des rubriques optionnelles, médicales et administratives, « *laissées au choix des équipes en fonction de leur environnement et du contexte* » pouvant être discutées avec la ville ou structure d'aval.

Les rubriques administratives sont les suivantes :

- Identification du patient ;
- Nom et coordonnées du médecin traitant ;
- Date d'entrée et de sortie d'hospitalisation ;
- Hôpital et service d'hospitalisation ;
- Professionnel référent de la prise en charge du patient pendant l'hospitalisation ;

- Mode d'entrée ;
- Destination du patient à la sortie ;
- Coordonnées du rédacteur du document de sortie ;
- Date de rédaction ;
- Liste de diffusion du document de sortie ;
- Statut de ce document ;
- Personne de confiance.

Ces rubriques sont toutes obligatoires à l'exception de la rubrique « personne de confiance ».

Les rubriques médicales obligatoires sont les suivantes :

- Motif d'hospitalisation ;
- Synthèse médicale de séjour ;
- Actes techniques, examens complémentaires et biologiques pertinents ;
- Traitement médicamenteux ;
- Suites à donner ;
- Événements indésirables survenus au cours de l'hospitalisation.

Les rubriques laissées au choix des équipes sont les suivantes :

- Antécédents ;
- Événements indésirables ;
- Mode de vie ;
- Histoire de la maladie ;
- Examen clinique et statut fonctionnel ;
- Évolution dans le service ;
- Actes techniques, examens complémentaires et biologiques ;

- Liste des éléments remis au patient ;
- Rubriques médico-administratives.

### **III. Revue rapide de la littérature**

Il y a peu d'étude réalisée en France concernant la communication entre médecins hospitaliers (MH) et médecins généralistes (traitants) (MGT).

#### **III.1. Littérature internationale**

La littérature scientifique traitant de ce sujet est essentiellement anglo-saxonne et est généralement ancienne.

Les études britanniques (5,6) publiées mettent en évidence un manque de communication pour les rubriques suivantes : l'histoire de la maladie, le mode de vie, les traitements ainsi que sur les informations délivrées au patient.

Une étude australienne (7) faisait état d'un défaut de communication concernant les données sur les traitements, les examens complémentaires et les délais étaient trop longs.

Une revue de littérature publiée en langue anglaise et allemande (8) s'étendant sur 10 ans (de 2008 à 2018) a souligné les risques sur la sécurité des patients en lien avec le courrier de sortie : Le retard de réception, la faible qualité des informations, le manque d'information et l'absence de formation à la rédaction des courriers de sortie dans les formations médicales.

#### **III.2. Littérature française**

En novembre 2001, l'ANAES a publié une étude sur l'évaluation des pratiques dans les établissements de santé concernant la préparation de la sortie du patient hospitalisé (9).

La transmission des informations à l'usage des partenaires extrahospitaliers, ou des personnels d'autres établissements dans le cas des transferts, conditionne la continuité des soins et la qualité de la prise en charge du patient après la sortie.

Le compte rendu d'hospitalisation constitue un élément essentiel du dossier médical. Il regroupe les principales informations recueillies durant l'hospitalisation, la thérapeutique proposée et les éléments du suivi médical ultérieur, constituant, de ce fait, un important support de communication entre médecins.

Les principaux problèmes liés au compte rendu d'hospitalisation tiennent à son contenu et à son délai d'émission.

Les informations jugées les plus importantes par les médecins correspondants sont :

- le détail du traitement de sortie (comprenant la fréquence d'administration, le dosage et la durée de traitement proposée) ;
- les résultats significatifs des examens réalisés durant l'hospitalisation (résultats positifs, mais aussi négatifs) ;
- les modalités de suivi conseillées ou proposées ;
- les informations données au patient concernant le diagnostic de sa pathologie.

Les MGT souhaitent également être informés du pronostic de la pathologie présentée, les patients les interrogeant souvent à ce propos. Ils voudraient également que la destination du patient (domicile, institution...) soit précisée.

Le délai maximum acceptable entre la sortie du patient et la réception du courrier de sortie varie selon les articles. Le plus communément admis est celui de 8 jours qui correspond en France à une contrainte réglementaire (art. R.710-2-6 du CSP).

#### **IV. Données démographiques et statistiques sur le territoire de l'étude**

Le territoire couvert par l'étude correspond à l'intercommunalité de la communauté urbaine de Dunkerque soit 17 communes regroupant 196 901 habitants recensés en 2017 avec une proportion de 25,1 % des habitants ayant un âge de plus de 60 ans soit une augmentation de 6,4 % par rapport à 2007 de cette tranche d'âge marquant ainsi le vieillissement de la population de l'intercommunalité de la communauté urbaine de Dunkerque.

En 2016, le centre hospitalier de Dunkerque (10) enregistre une augmentation de son activité avec environ 62 054 passages par an aux urgences, près de 58 965 séjours en hospitalisation et 15 120 interventions chirurgicales aux blocs opératoires. Dans le même temps, la démographie médicale décline dans les Hauts-de-France (11) et en particulier dans la région Dunkerquoise qui a connu pour la seule année 2016 dix départs de médecins généralistes (MG) sans successeur (12).

Ainsi ces deux phénomènes démographiques concomitants entraînent une augmentation des échanges entre les MH et les MGT, d'où l'importance de la qualité de la communication entre le secteur hospitalier et la ville.

#### **V. Objectifs de l'étude**

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la conformité aux recommandations et à la loi des courriers de sortie d'hospitalisation (CRH) en provenance du centre hospitalier de Dunkerque par les MG du littoral dunkerquois. L'objectif secondaire est d'évaluer le niveau de satisfaction des MG concernant les informations présentes dans les CRH.



## **MATERIEL ET METHODE**

## I. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête observationnelle descriptive transversale monocentrique, réalisée entre le 3 novembre 2020 et le 15 février 2021.

## II. Population et lieu d'étude

Le questionnaire a été adressé par voie postale à 122 MG du littoral dunkerquois correspondant aux communes d'Armbouts-Cappel, Bourbourg, Bray-Dunes, Cappelle-la-Grande, Coudekerque-Branche, Dunkerque, Ghyvelde, Grande-Synthe, Grand-Fort-Philippe, Gravelines, Leffrinckoucke, Loon-Plage, Saint-Georges-sur-l'Aa, Spycker, Tétéghem-Coudekerque-Village et Zuydcoote.

Les critères d'inclusion étaient : MG en activité du territoire cité ci-dessus.

Les critères d'exclusion étaient : MG remplaçants, médecins exerçant majoritairement des médecines complémentaires ou alternatives, médecins hors soins premiers (angiologues, échographistes...).

## III. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire (Annexe 1) a été rédigé à partir des dernières recommandations validées par l'HAS. Les 14 items les plus pertinents pour assurer la continuité des soins ont été sélectionnés.

Le questionnaire était divisé en trois parties :

- La première concernait les caractéristiques du patient
- La deuxième comportait un questionnaire composé de 14 rubriques pour lesquelles il était demandé si elles étaient présentes, si elles étaient jugées utiles et quel était le niveau de satisfaction concernant la qualité des

informations présentes dans la rubrique selon une échelle à quatre niveaux :  
très satisfaisant, satisfaisant, peu satisfaisant, pas satisfaisant.

- La troisième partie était dédiée aux commentaires libres concernant le courrier évalué.

#### **IV. Modalités du recueil de données**

La voie postale, pour adresser les questionnaires et pour recevoir les réponses, a été préférée à la voie de numérique pour plusieurs raisons :

- Impossibilité d'obtenir des listes de mails des médecins généralistes, le Conseil départemental de l'Ordre des médecins n'en fournissant pas la liste pour des raisons de confidentialité
- Possibilité d'atteindre les médecins qui ne sont pas équipés d'outil informatique, qui ne la maîtrisent pas ou qui ne l'utilisent pas.

Les courriers ont été adressés aux 122 médecins de la région prédéfinie par voie postale entre le 3 novembre 2020 et le 15 février 2021. Deux relances par voie postale ont été nécessaires pour obtenir un nombre de réponse suffisant.

#### **V. Analyses des données**

Les données quantitatives ont été traitées grâce au logiciel EXCEL de manière descriptives en les exprimant par leur médiane et leur espaces Interquartiles pour les variables continues.

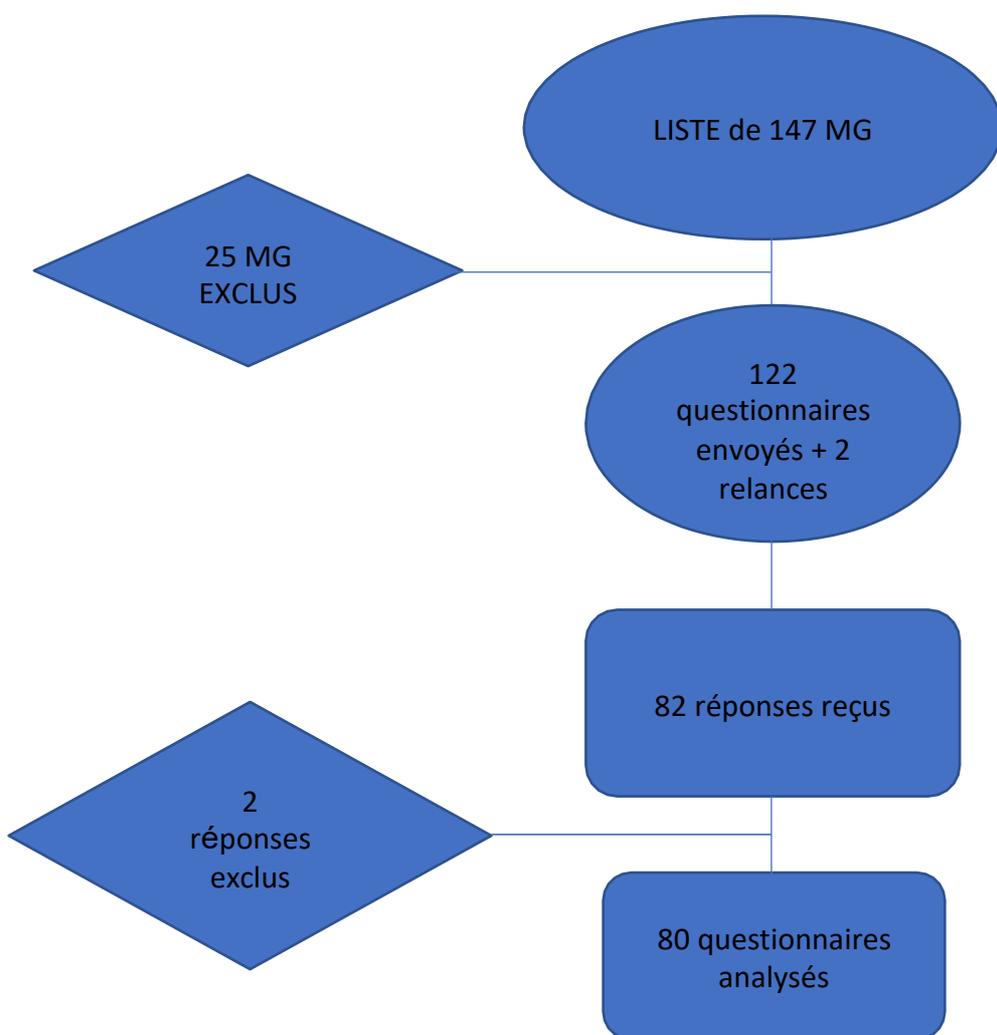
Les données exprimées par des variables discontinues étaient exprimées par leur moyenne.



# **RESULTATS**

## I. Le diagramme de flux

Figure 1 : diagramme des flux



La liste des destinataires comportait 147 médecins généralistes.

Quinze médecins ont été exclus car ils étaient retraités, décédés, avaient arrêté leur activité ou changé de région. Dix médecins ont été exclus car ils exerçaient des médecines alternatives ou complémentaires, l'angiologie ou la médecine esthétique.

Au total, 122 questionnaires ont été envoyés.

Deux relances ont été nécessaires pour obtenir un nombre de réponses suffisant.

Nous avons recueilli 82 réponses. Après avoir exclu deux questionnaires où plus de la moitié de réponses étaient manquantes, 80 (65,6 %) questionnaires ont été analysés.

## II. Profil des patients

L'âge médian des patients concernés était de 68 ans [60;78] (Figure 2).

Les patients étaient à 55 % des hommes (Figure 3).

Figure 2 : Répartition des âges des patients

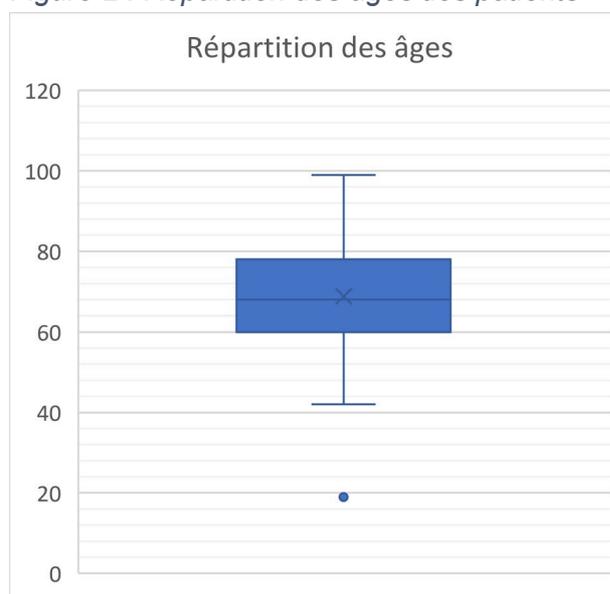
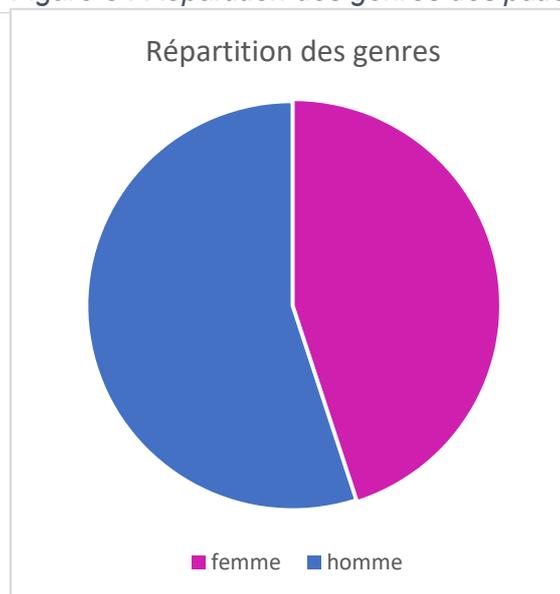


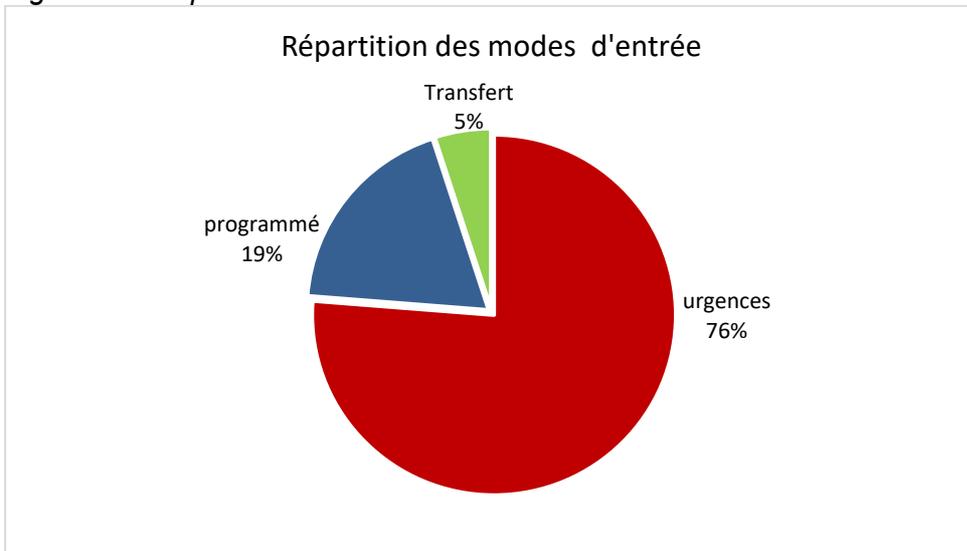
Figure 3 : Répartition des genres des patients



### III. Caractéristiques des séjours hospitaliers :

L'entrée dans les services hospitaliers se faisait pour plus des trois quarts par les urgences, puis pour 19% les hospitalisations étaient programmées et pour les 5% restants les hospitalisations faisaient suite à des transferts.

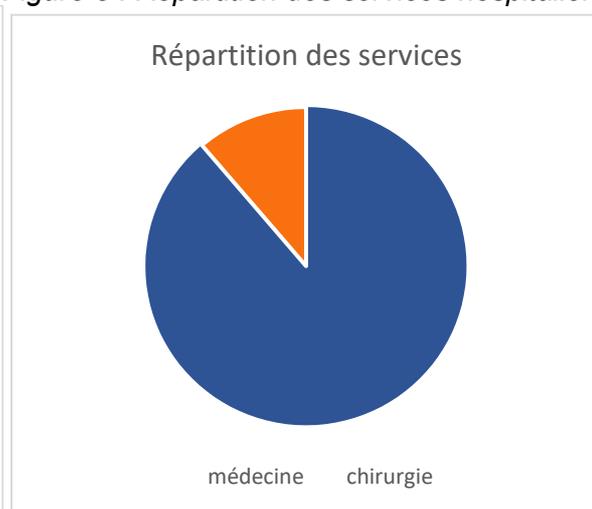
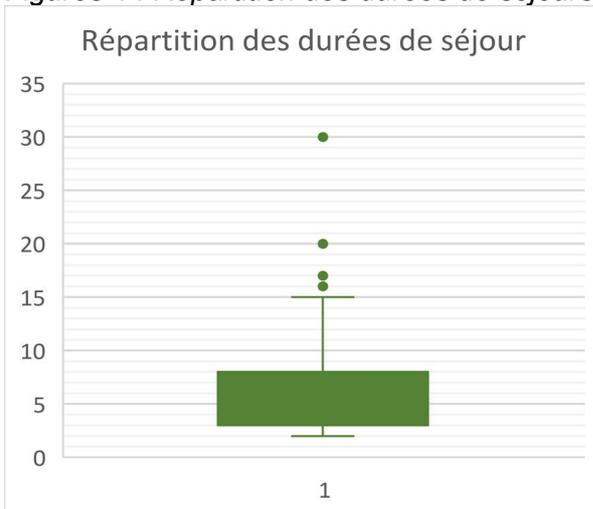
Figures 4 : Répartition des modes d'entrée dans les services



La durée médiane du séjour hospitalier était de 6 jours [3;8] (figure 5).

Les courriers étaient issus à 88,7 % de services de médecine et à 11,2 % de services de chirurgie (figure 6).

Figures 4 : Répartition des durées de séjours Figure 5 : Répartition des services hospitaliers

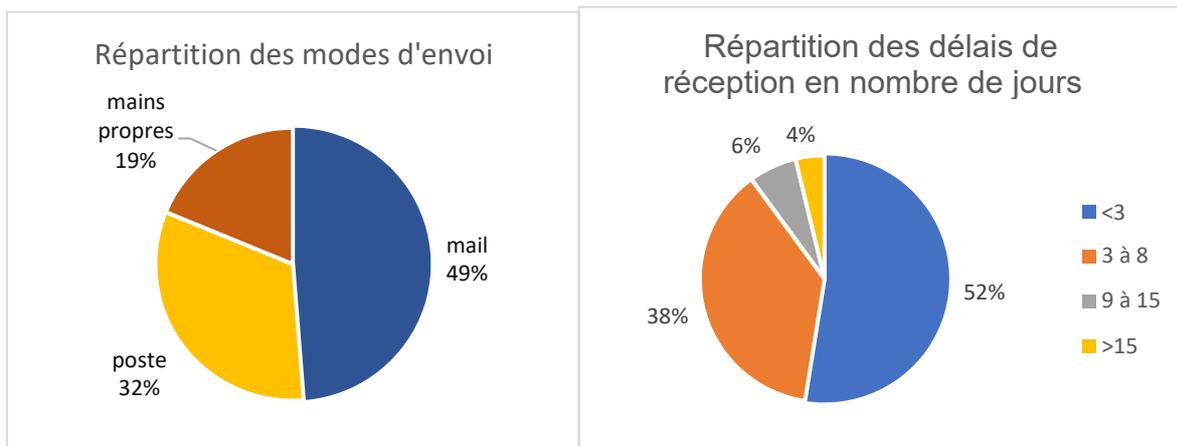


#### IV. Caractéristiques de la réception des CRH

Les compte-rendu hospitaliers ont été principalement reçus par voie électronique (48,7 %), par voie postale (32,5%) et remis en main propre (18,7 %) (Figure 6).

Le délai de réception était inférieur à 3 jours dans 52,5 % des cas, entre 3 et 8 jours dans 37,5 %, entre 9 et 15 jours dans 6,2%, et à plus de 15 jours pour 6,25 % des CRH (Figure 7).

Figure 6 : Répartition des modes d'envoi    Figure 7 : Répartition des délais de réception des CRH

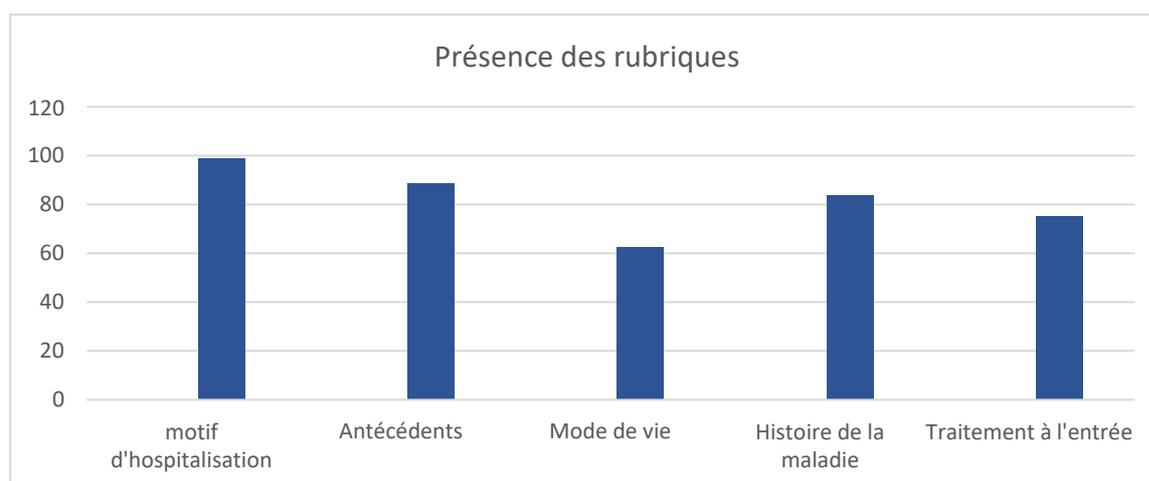


## V. Analyse des données objectives : présence des rubriques

### V.1. Les données de l'anamnèse

Les médecins ont relevé dans les courriers analysés que le motif d'hospitalisation était présent à 98,7 %, les antécédents à 88,7 % et l'histoire de la maladie à 83,7 %. Étaient moins souvent renseignées les rubriques « traitement à l'entrée » et « mode de vie » avec respectivement 75,0 % et 62,5 % (Figure 8).

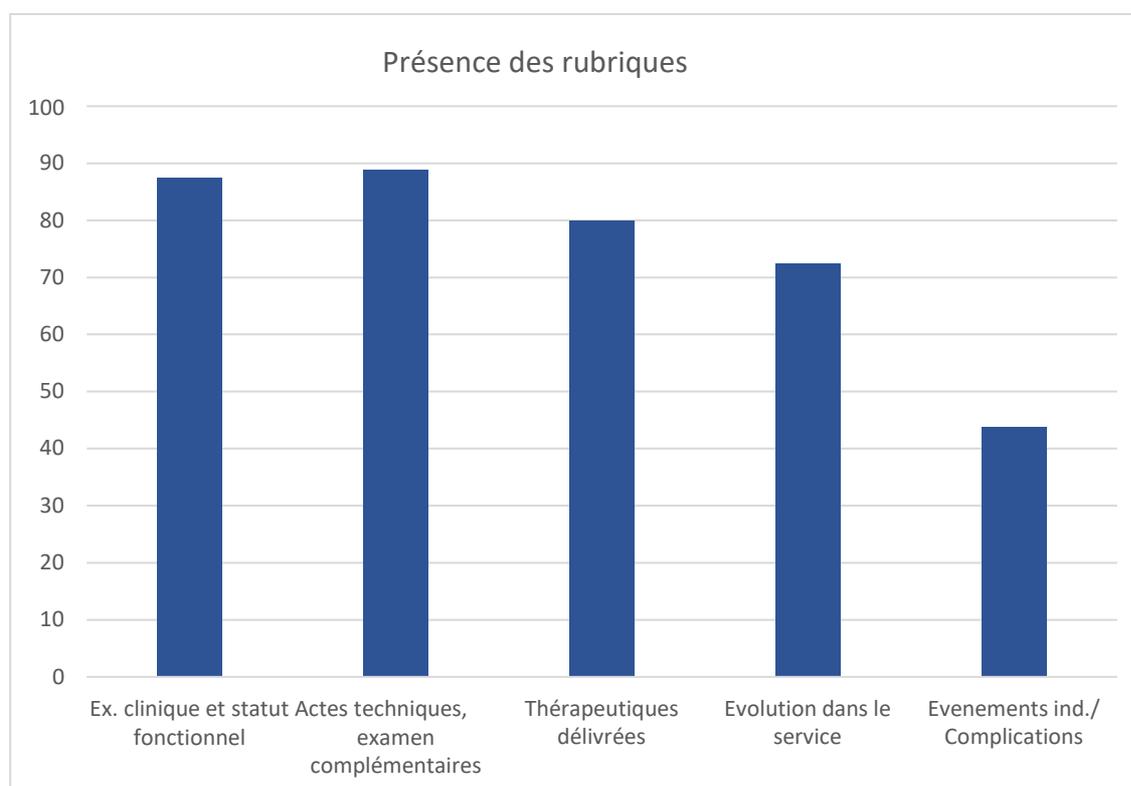
Figure 8 : Présence des rubriques des renseignements de l'anamnèse



## V.2. Les données des rubriques cliniques, paracliniques, complications et thérapeutiques délivrées

Les données concernant l'examen clinique et le statut fonctionnel à l'entrée dans le service (Figure 9) étaient présents dans 87,5 % des courriers. Les actes techniques et examens complémentaires (biologique, radiologique etc.) étaient retrouvés dans 88,7 % des CRH. Les thérapeutiques délivrées étaient décrites dans 80,0 % des courriers. L'évolution dans le service était présente dans 72,5 % des CRH, alors que les complications étaient décrites dans seulement 43,7 % des CRH.

Figure 9 : Présence des rubriques des renseignements de l'examen clinique, paraclinique, thérapeutiques délivrées, évolution clinique et complications

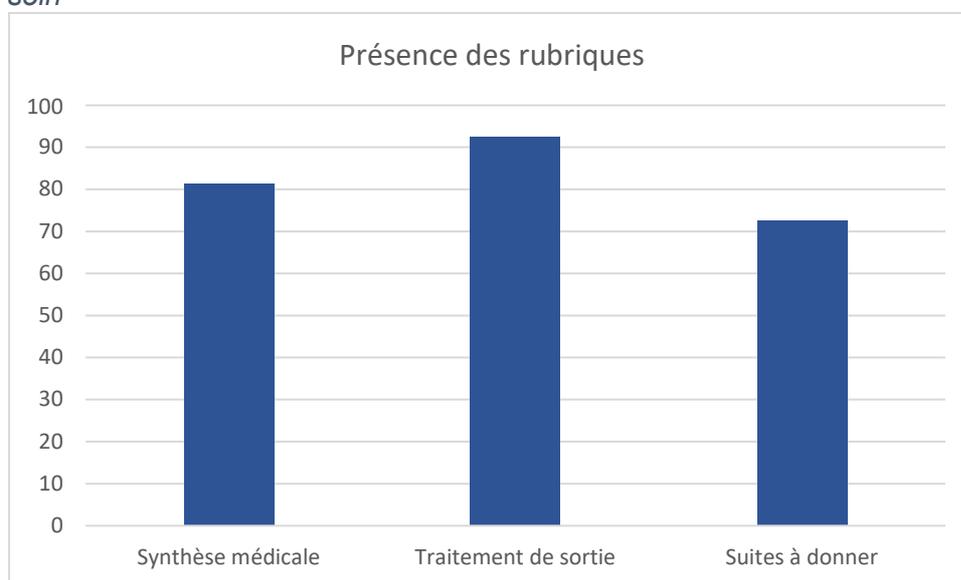


### IV.3. Les données concernant les suites d'hospitalisation

La synthèse médicale était présente donc 81,2 % des courriers, le traitement de sortie était détaillé pour 92,5 % des CRH.

Les suites à donner au séjour hospitalier était décrites dans 72,5 % des CRH.

Figure 10 : Présence des rubriques des renseignements nécessaires à la suite de prise en soin



### IV.4. Identification du signataire

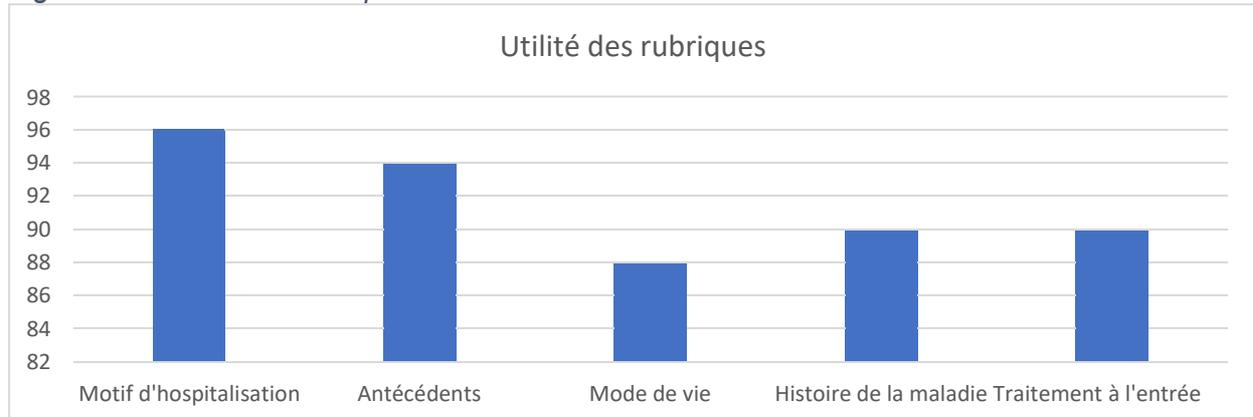
L'identification du signataire était présente dans la totalité des courriers analysés.

## VI. Analyse des données subjectives concernant l'utilité des rubriques du CRH

### VI.1. Les données de l'anamnèse

Près de 9 médecins généralistes sur 10 interrogés jugent utiles les rubriques relatives à l'anamnèse (Figure 11).

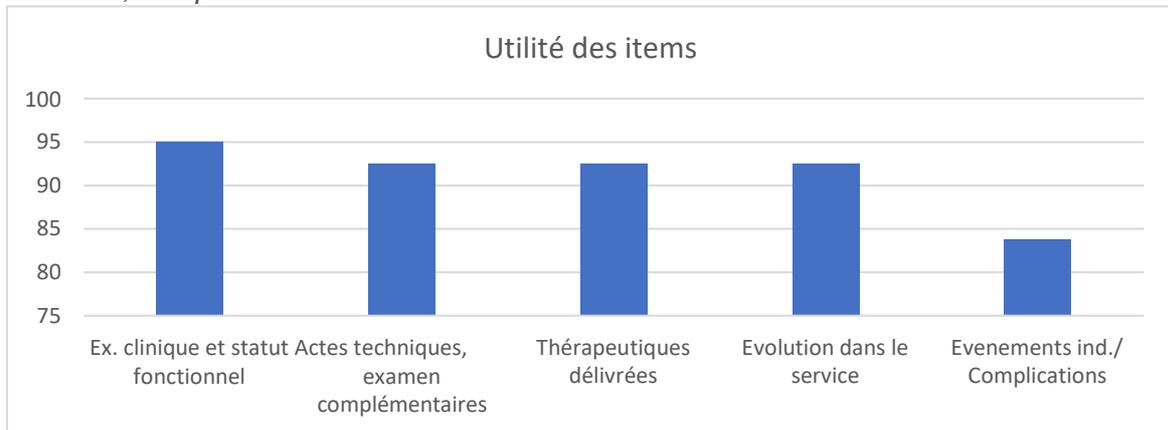
Figure 11 : Utilité des rubriques de l'anamnèse



### VI.2. Les données des rubriques cliniques, paracliniques, complications et thérapeutiques délivrées

Plus de 90% médecins généralistes interrogés sont également satisfaits par la présence des rubriques examen et statut fonctionnel à l'entrée, actes techniques, examens complémentaires étiologique, thérapeutique délivrée et évolution dans le service. Seuls 83,7 % des MG étaient convaincus par l'utilité de la rubrique événements indésirables et complications (Figure 12).

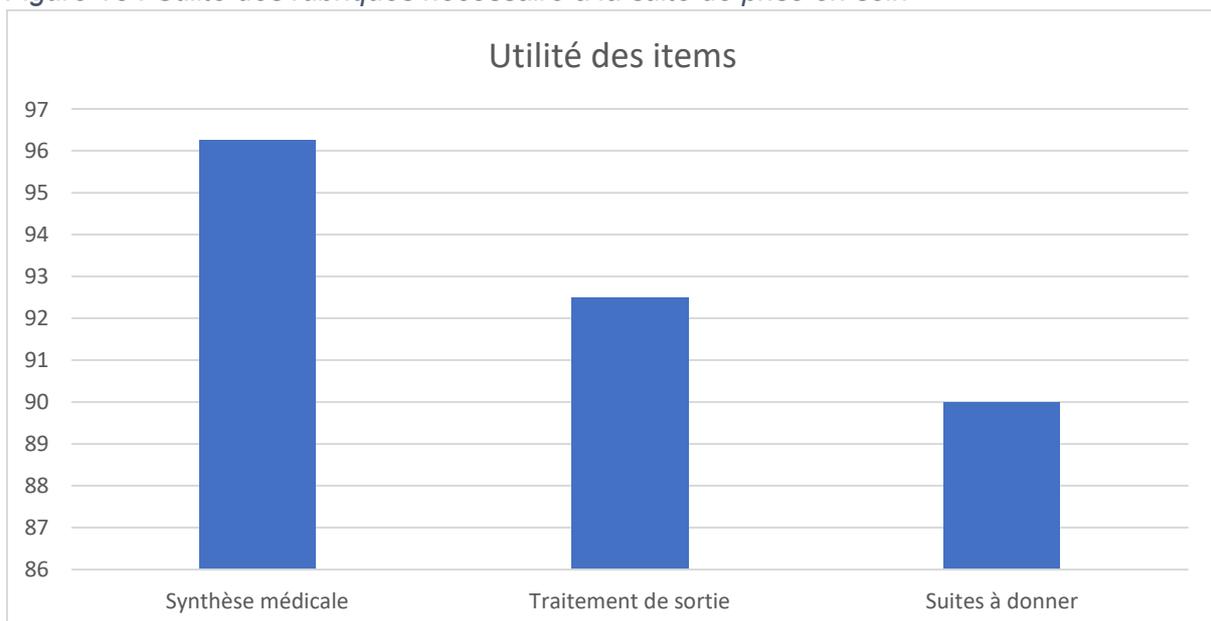
Figure 12 : Utilité des rubriques relatives à l'examen clinique, les examens paracliniques, évolution, complications et aux traitements délivrés



### VI.3. Les données concernant les suites d'hospitalisation

La présence des rubriques suivantes est également très appréciée : 96,5 % des médecins sont satisfaits de la présence de la rubrique « synthèse médicale », 92,5 % sont satisfaits de la rubrique des « traitements de sortie » et 90 % sont satisfaits de la présence de la rubrique « suites à donner au séjour hospitalier ».

Figure 13 : Utilité des rubriques nécessaire à la suite de prise en soin



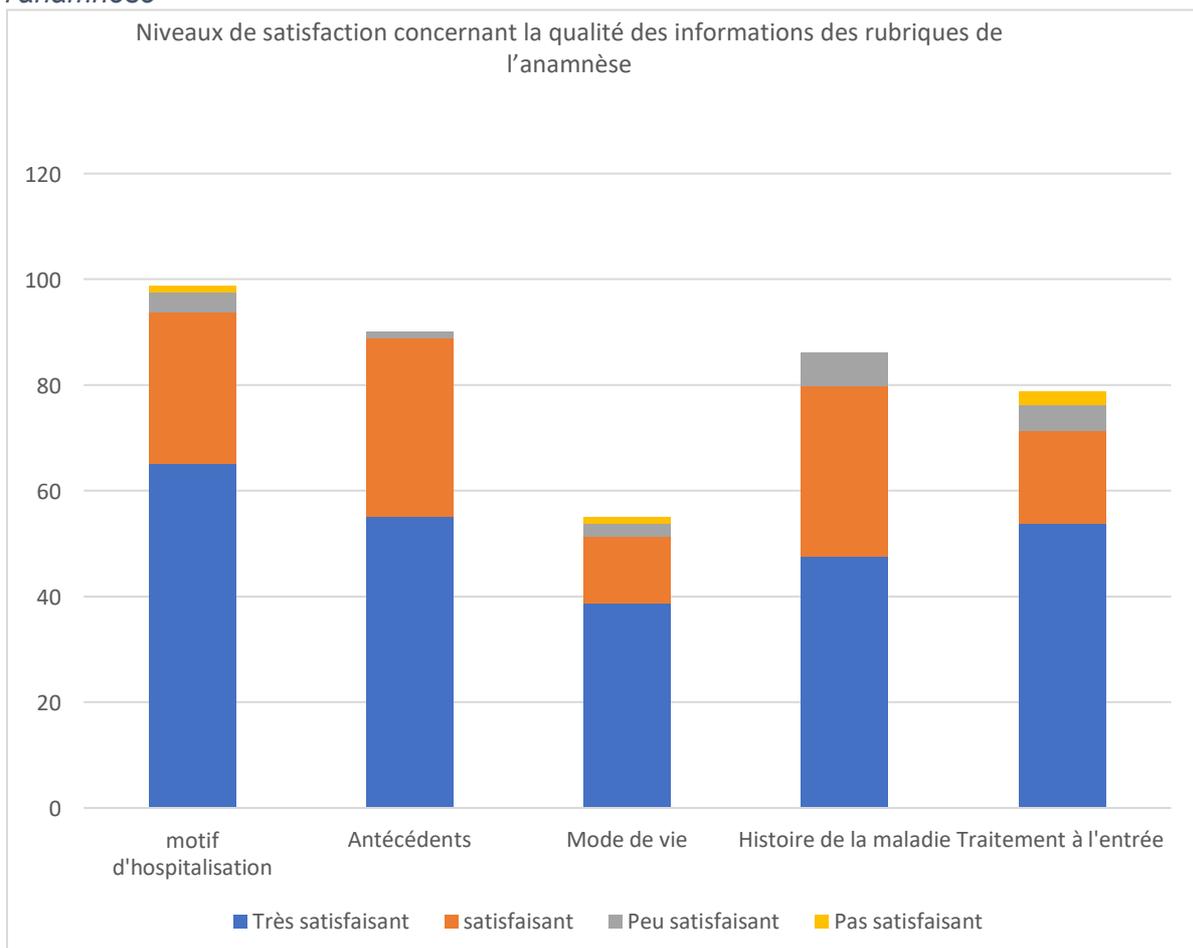
## VII. Analyse des données subjectives concernant la qualité des informations contenues dans le CRH

### VII.1. Concernant l'anamnèse :

Les médecins interrogés étaient globalement très satisfaits (plus de 50 % des CRH) par la qualité des informations présentes dans les rubriques correspondant au « motif d'hospitalisation », aux « antécédents » et le « « traitement à l'entrée dans le service ».

Le niveau de satisfaction était inférieur concernant les rubriques « mode de vie », « histoire de la maladie » (très satisfaits : moins de 50%) et pour la rubrique « traitement à l'entrée » (Figure 14).

Figure 14 : Niveaux de satisfaction concernant la qualité des informations des rubriques de l'anamnèse



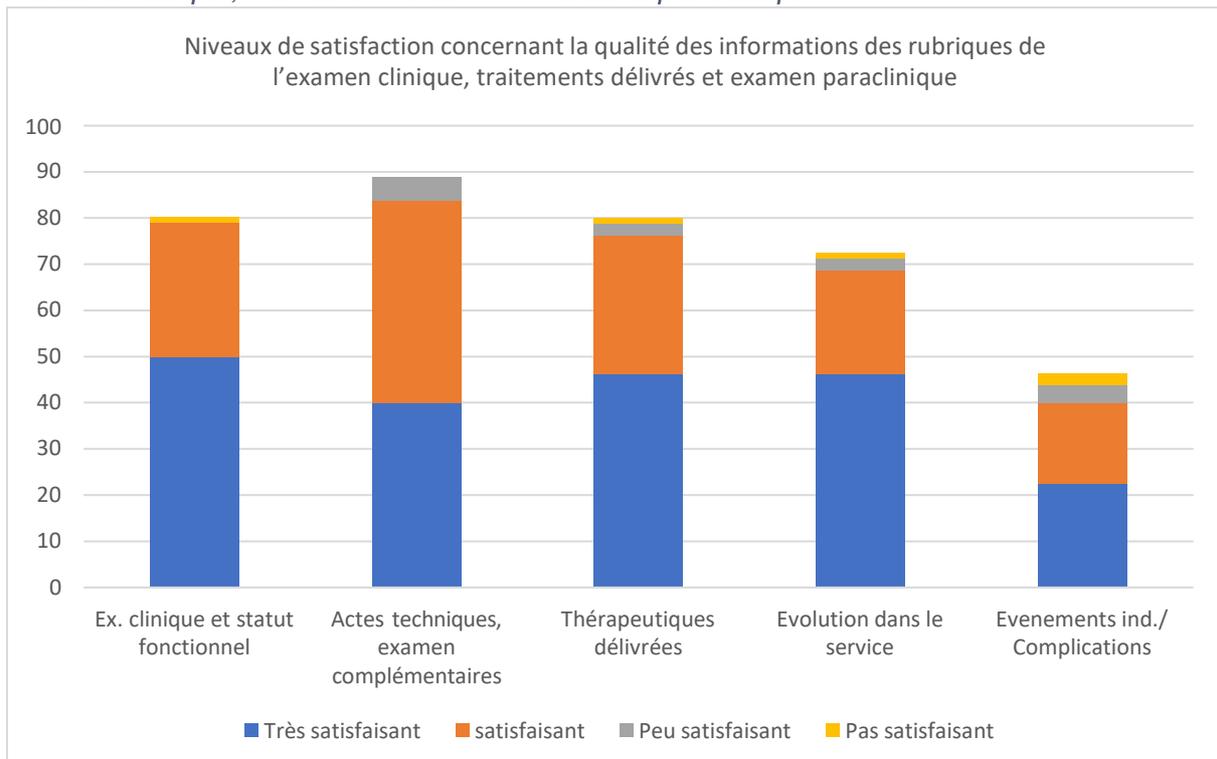
## VII 2. Les données des rubriques cliniques, paracliniques, complications et thérapeutiques délivrées :

Les données de la rubrique « examen clinique à l'entrée dans le service » ont été jugées très satisfaisantes (Figure 15).

Les médecins interrogés ont déclaré qu'ils étaient globalement satisfaits (plus des deux tiers étaient satisfaits ou très satisfaits) par le contenu des rubriques « actes techniques, examens complémentaires », « thérapeutiques délivrées » et « évolution dans le service ».

À l'inverse, le niveau de satisfaction concernant la rubrique « événements indésirables, complications » était assez médiocre (moins de 40% de satisfait ou très satisfait).

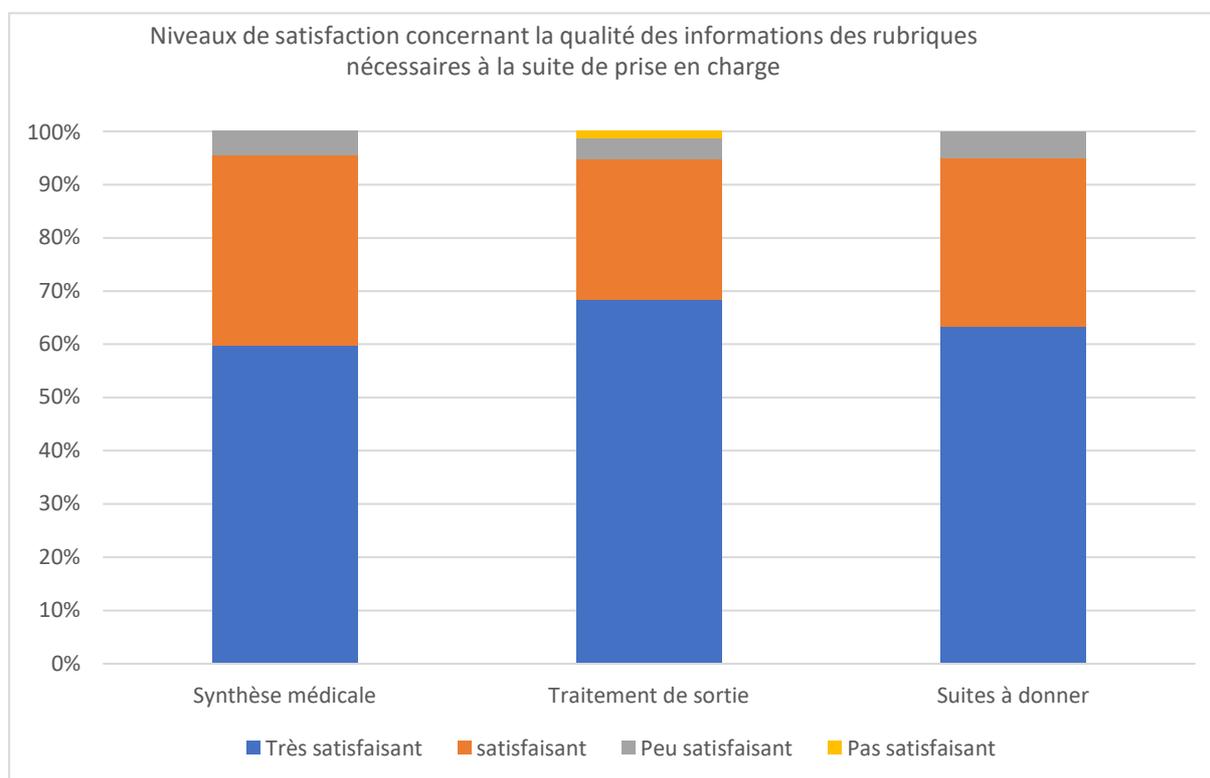
Figure 15 : Niveaux de satisfaction concernant la qualité des informations des rubriques de l'examen clinique, traitements délivrés et examen paraclinique



### VII.3. Les données concernant les suites d'hospitalisation

Les médecins interrogés étaient globalement très satisfaits de la qualité des informations présentes dans les 3 rubriques correspondant aux « traitements de sortie » et aux « suites à donner » au séjour hospitalier et à la « synthèse médicale » du séjour (figure 16).

*Figure 16 : Niveaux de satisfaction concernant la qualité des informations des rubriques nécessaires à la suite de prise en charge*



## VIII. Comparaison entre les courriers de chirurgie et de médecine

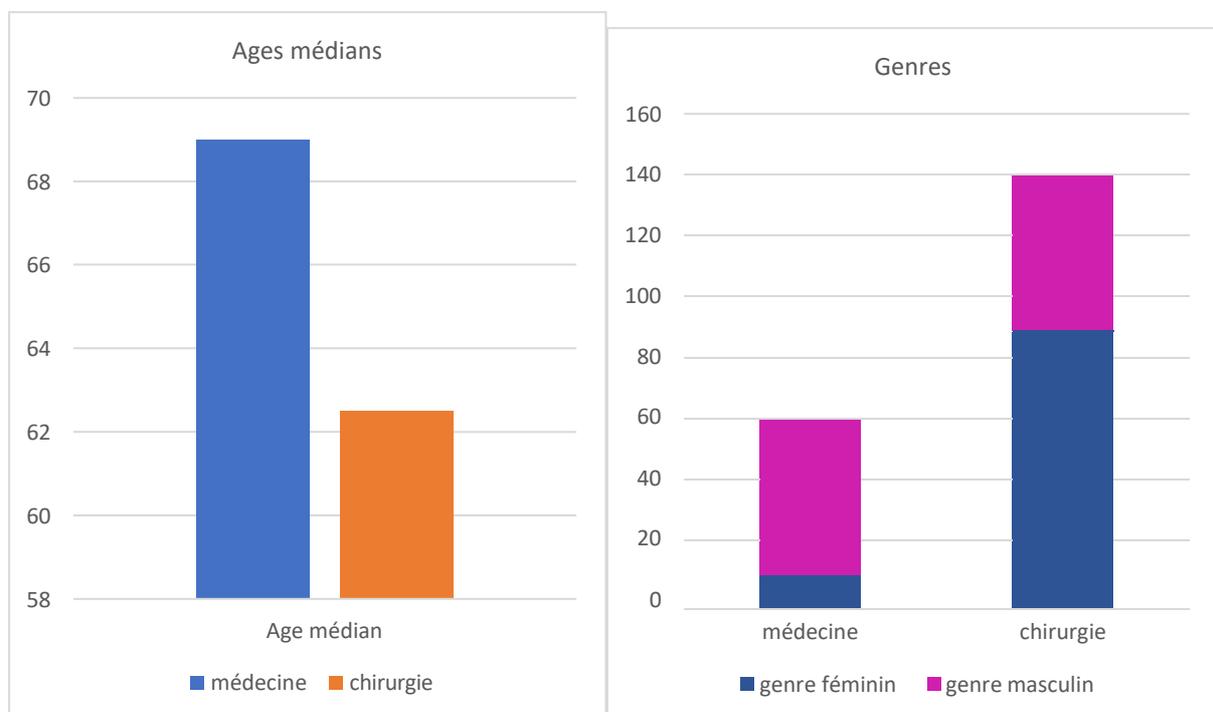
### VIII.1. Concernant les âges des patients et les durées de séjour :

Les courriers analysés provenant de chirurgie concernaient majoritairement des hommes alors que pour les courriers de services de médecine la parité était respectée. L'âge médian était de 69 ans pour les courriers de médecine contre 62,5 ans pour les courriers de chirurgie (Figure 17).

La durée de séjour hospitalier était plus courte en chirurgie avec une médiane à trois jours contre six jours pour les services de médecine (Figure 18).

Figure 17 : Comparaison des répartitions des âges

Figure 18 : Comparaison des répartitions des genres



**VIII.2. Concernant les modes d'entrée et les durées de séjour :**

Le mode d'entrée (Figure 19) était majoritairement programmé pour les hospitalisations en chirurgie alors que pour les hospitalisations en médecine, l'entrée se faisait principalement par l'intermédiaire des urgences. Le délai de séjour médian (Figure 20) était plus long de 3 jours dans les services de médecine par rapport aux séjours hospitaliers dans les services de chirurgie.

Figure 19 : Comparaison des répartitions des modes d'entrée

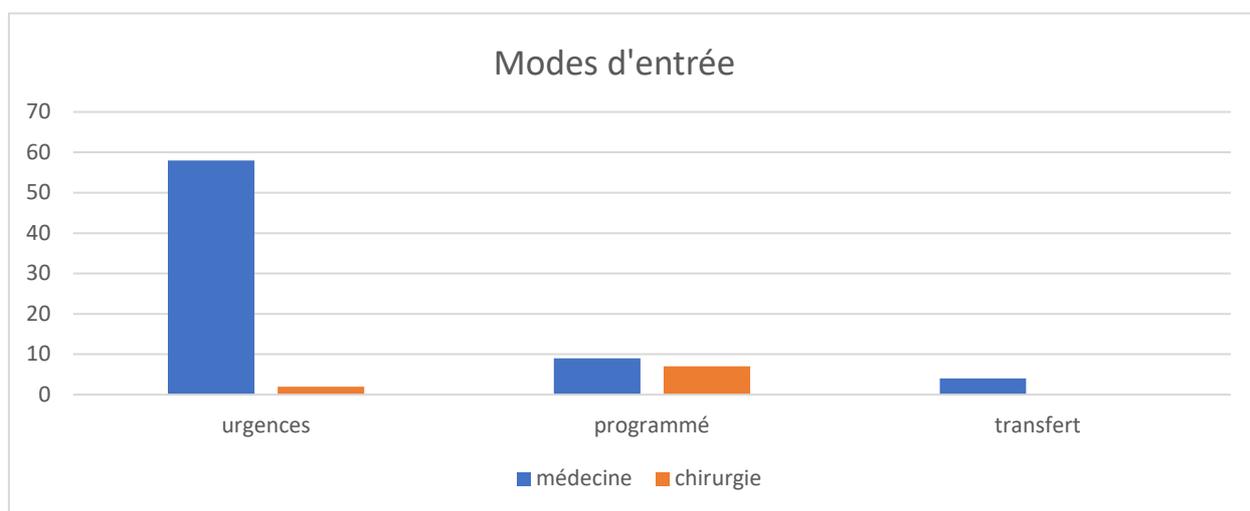
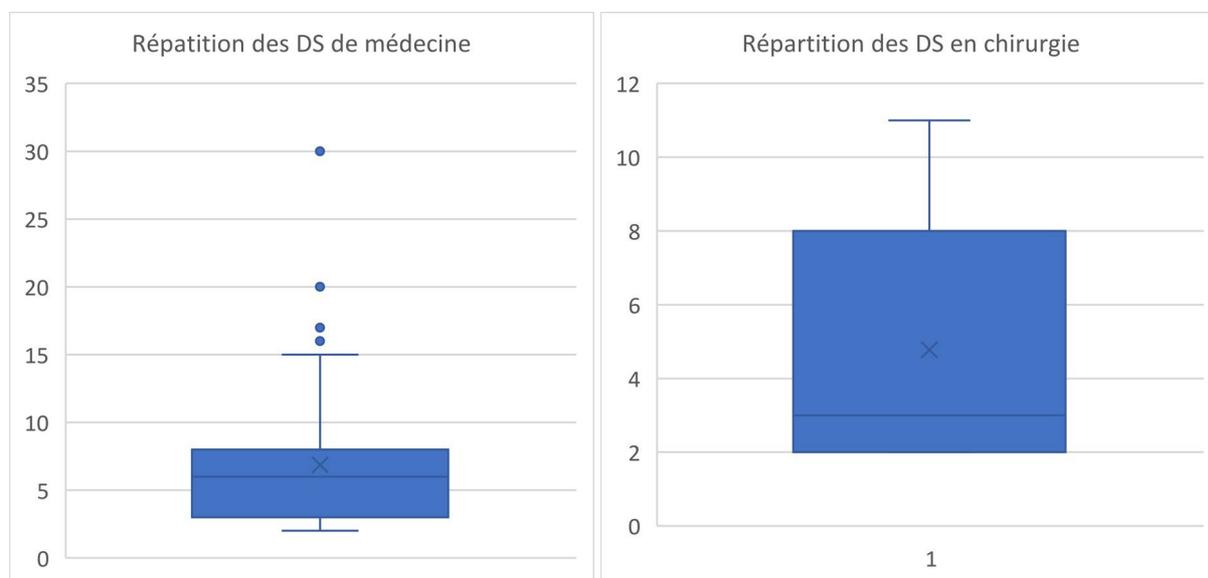


Figure 20 : Comparaison des durées de séjour (DS)



Le délai de réception (figure 21) des courriers était inférieur à trois jours pour plus des deux tiers des courriers de chirurgie contre seulement 50 % des courriers de médecine. Il y avait près de 40 % des courriers de médecine qui parvenaient au médecin entre trois à huit jours contre 22 % pour les CRH de chirurgie. La proportion de courriers parvenant après un délai de neuf jours était à peu près équivalente, autour de 10 à 11 % pour la chirurgie comme pour la médecine.

Figure 21 : Comparaison des répartitions des modes de réception des courriers

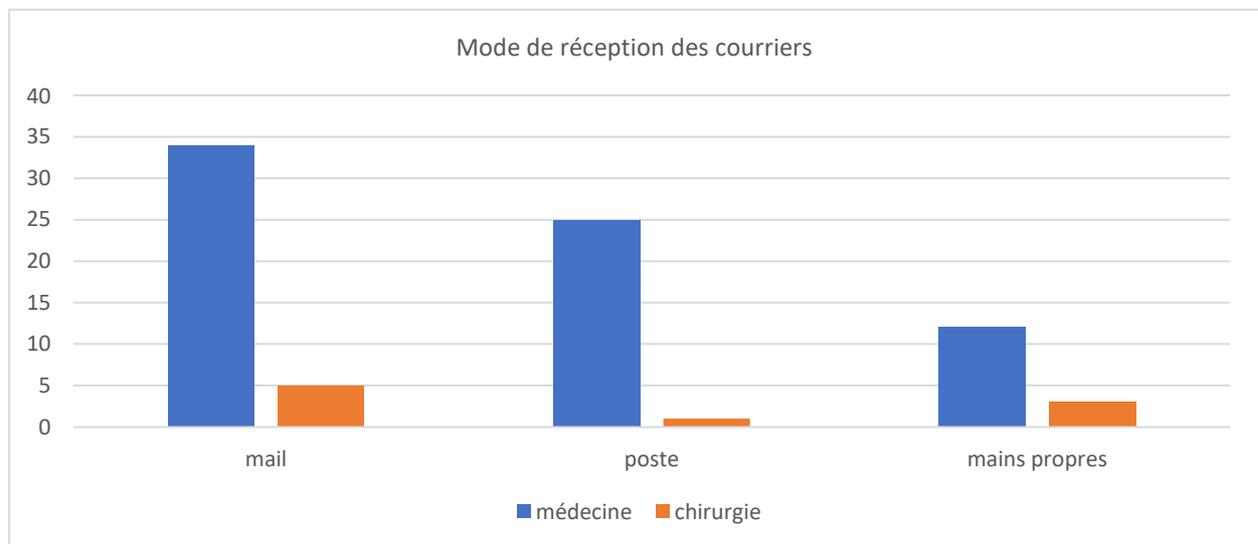
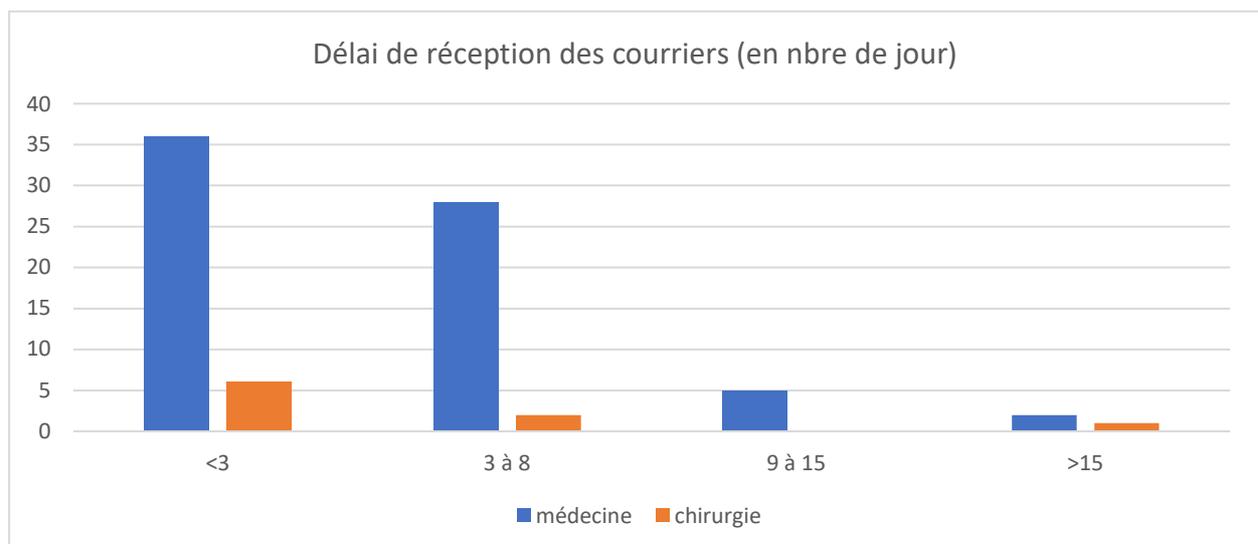


Figure 21 : Comparaison des délais de réception des CRH



### VIII.3. Concernant les données de l'anamnèse :

Le motif d'hospitalisation était également renseigné pour les courriers de chirurgie et de médecine. Les médecins interrogés étaient globalement satisfaits des renseignements concernant l'histoire de la maladie.

En revanche, les antécédents et le traitement à l'entrée dans le service étaient très peu renseignés dans les courriers de chirurgie comparativement à ceux provenant de médecine. Le mode de vie n'était pas précisé pour la totalité des courriers de médecine. Le mode de vie n'était pas précisé pour la totalité des courriers de médecine provenant des services de chirurgie analysés.

Figure 22 : Comparaison de la présence des rubriques

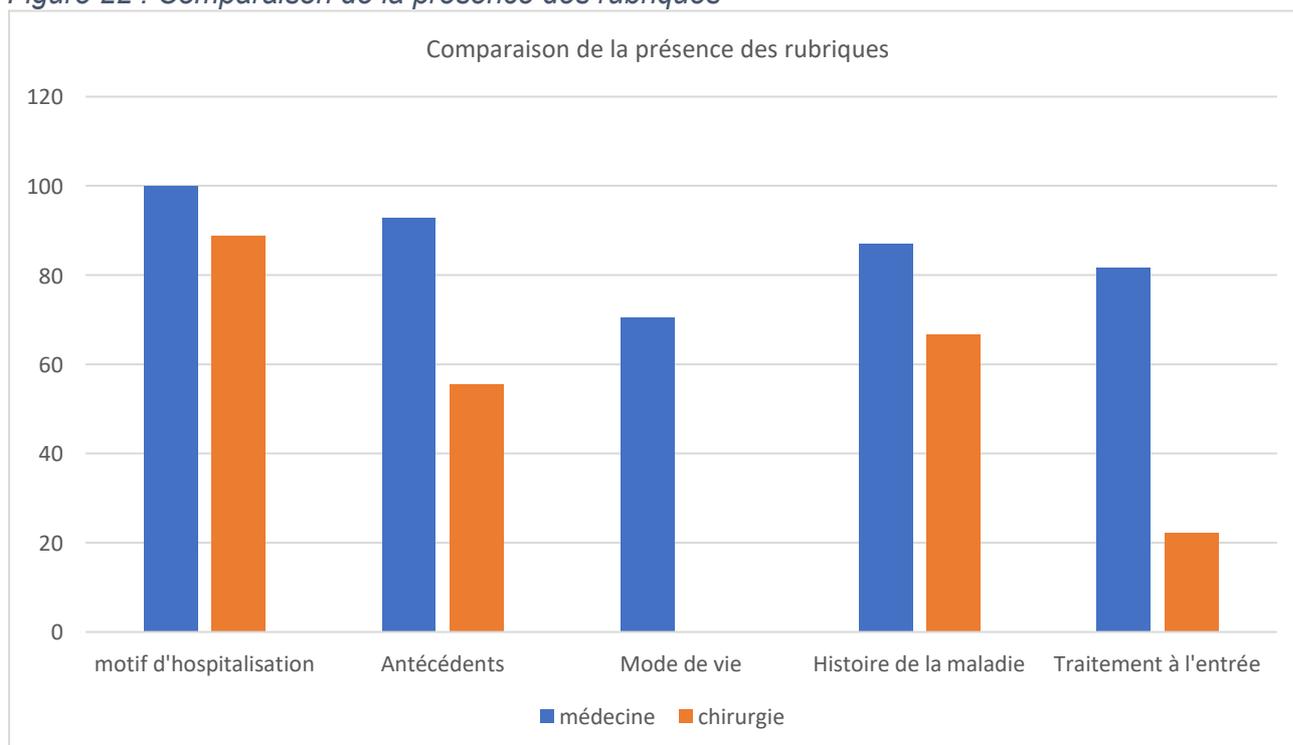


Figure 23 : Niveaux de satisfaction concernant la qualité des informations des rubriques de l'anamnèse des courriers provenant de services de médecine

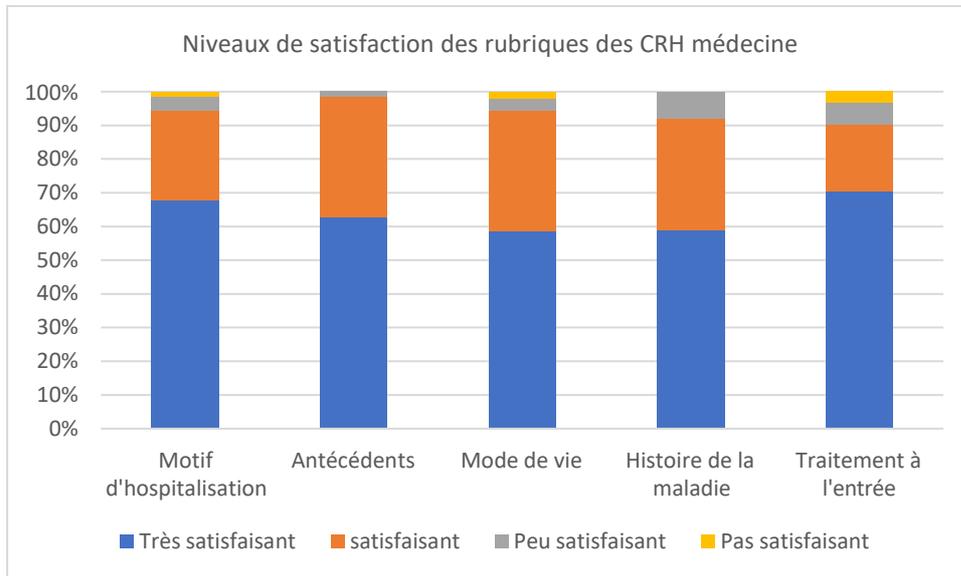
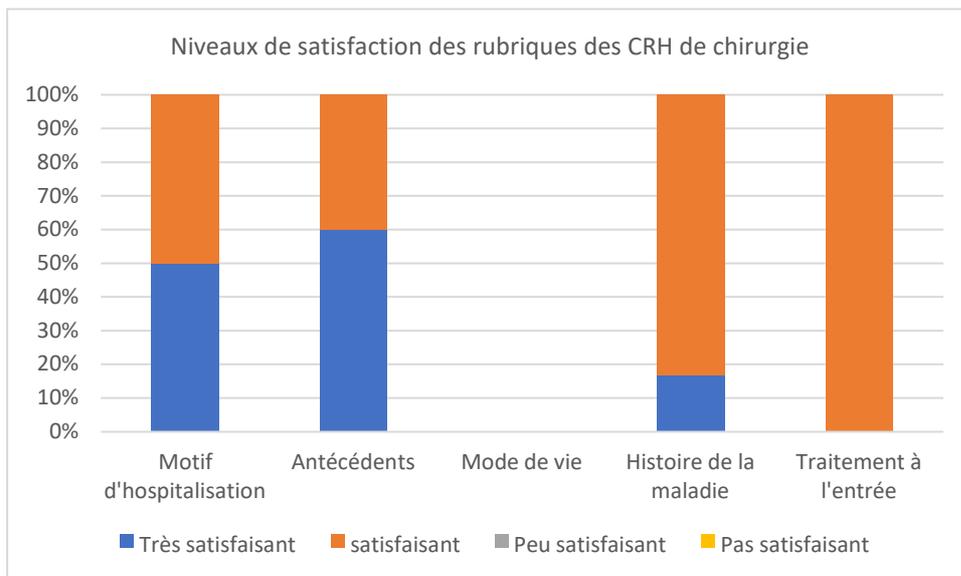


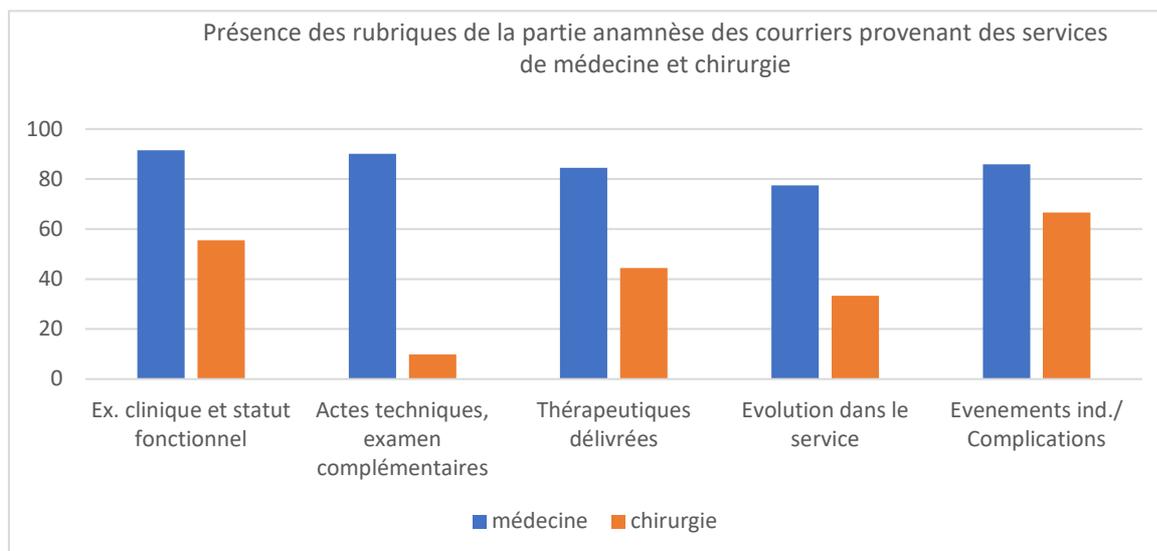
Figure 24 : Niveaux de satisfaction concernant la qualité des informations des rubriques de l'anamnèse des courriers provenant de services de chirurgie



La qualité des informations dans les différentes rubriques de la partie anamnèse était supérieure pour les CRH de médecine. On note, en particulier, l'absence d'information pour la rubrique mode de vie pour les CRH issus de services de chirurgie.

#### VIII.4. Les données des rubriques cliniques, paracliniques, complications et thérapeutiques délivrées :

Figure 25 : Comparaison des résultats concernant la présence des rubriques de examens clinique, paraclinique, thérapeutiques délivrées et évolution entre les courriers provenant de médecine et de chirurgie selon les MG



Pour les rubriques suivantes : « examen clinique et statut fonctionnel », « thérapeutiques délivrées », « évolution dans le service », « événements indésirables/complications », il y avait une différence importante (plus de 40%) entre les courriers provenant de médecine et de chirurgie : les courriers de médecine étaient mieux renseignés que ceux de chirurgie.

Les renseignements concernant la rubrique « actes techniques », « examens complémentaires et biologiques » étaient équivalents pour les courriers de chirurgie comme pour ceux de médecine.

Figure 26 : Comparaison des niveaux de satisfaction des informations contenues dans les rubriques des examen clinique, paracliniques et évolution, entre les courriers provenant de médecine et de chirurgie selon les MG

Figure 26a : Niveaux de satisfaction des informations des rubriques des examen clinique, paracliniques et évolution des courriers de médecine

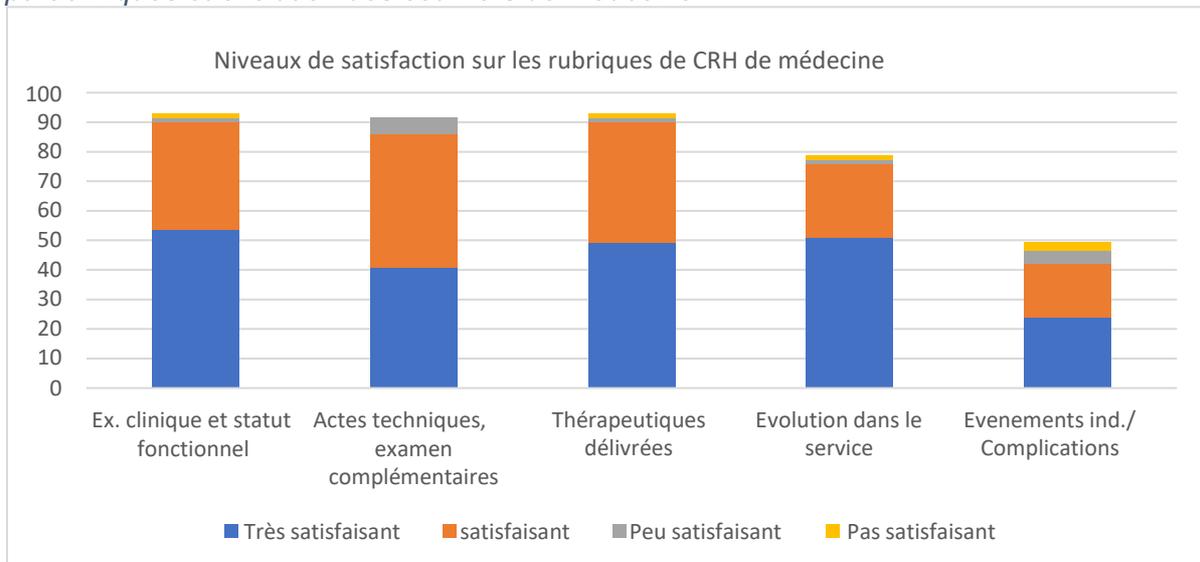
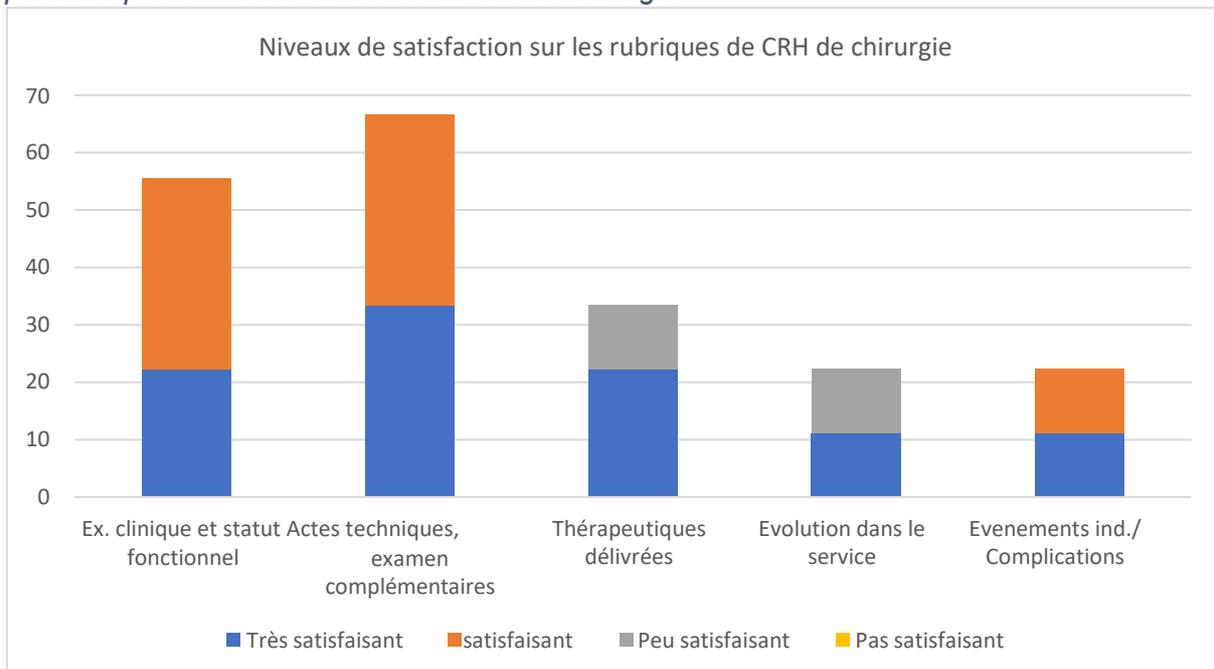


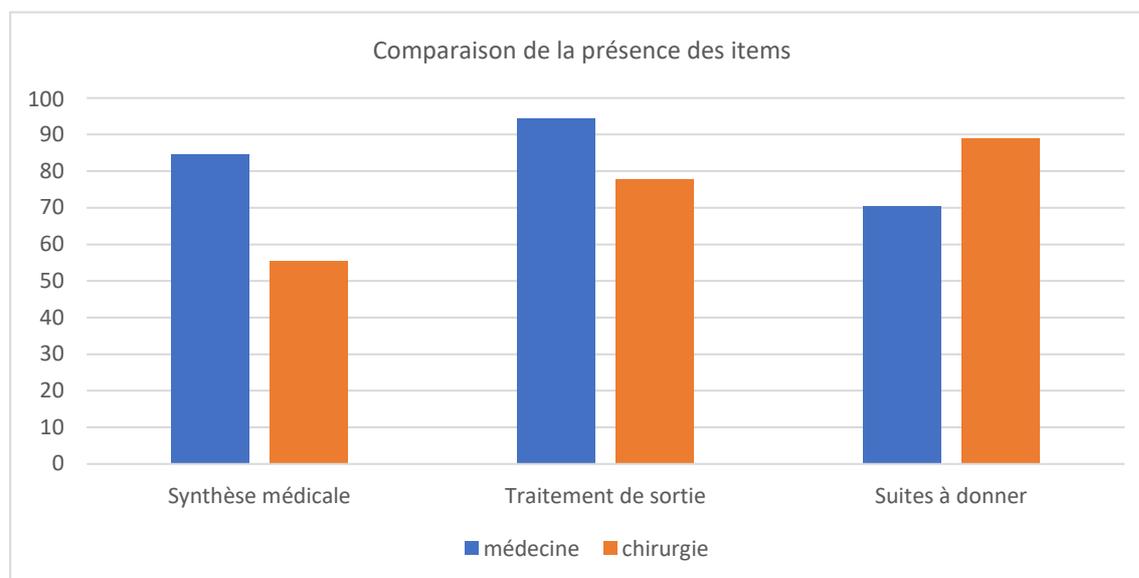
Figure 26a : Niveaux de satisfaction des informations des rubriques des examen clinique, paracliniques et évolution des courriers de chirurgie



Pour cette partie également (Figure 26), on note des niveaux de satisfaction constamment supérieurs pour les CRH de médecine par rapport à ceux de chirurgie quelle que soit la rubrique considérée.

### VIII.5. Concernant les renseignements utiles pour la suite d'hospitalisation :

Figure 27 : Comparaison des résultats concernant la présence des rubriques de la partie synthèse médicale, traitement de sortie et suites à donner, entre les courriers provenant de médecine et de chirurgie selon les MG



La rubrique « synthèse médicale » était renseignée à hauteur de 84,5 % en médecine contre 55,5 % en chirurgie, le niveau de satisfaction concernant les informations présentes dans cette rubrique était également supérieur en médecine comparativement à la chirurgie.

Le traitement de sortie était indiqué dans plus de trois quarts des courriers de chirurgie et 94,3 % pour les courriers de médecine. Le niveau de satisfaction était plus élevé pour les courriers provenant de médecine.

Les suites à donner à l'hospitalisation étaient renseignées à 88,8 % pour les courriers de chirurgie contre 70,4 % pour les courriers de médecine. Le niveau de satisfaction était supérieur pour la qualité des informations présentes dans les courriers de médecine.

Figure 28 : Comparaison des niveaux de satisfaction des informations contenues dans les rubriques de la partie synthèse médicale, traitement de sortie et suites à donner, entre les courriers provenant de médecine et de chirurgie selon les MG

Figure 28a : Niveaux de satisfaction sur la qualité des informations des rubriques des synthèse médicale, traitement à la sortie et suites à donner des courriers de service de médecine

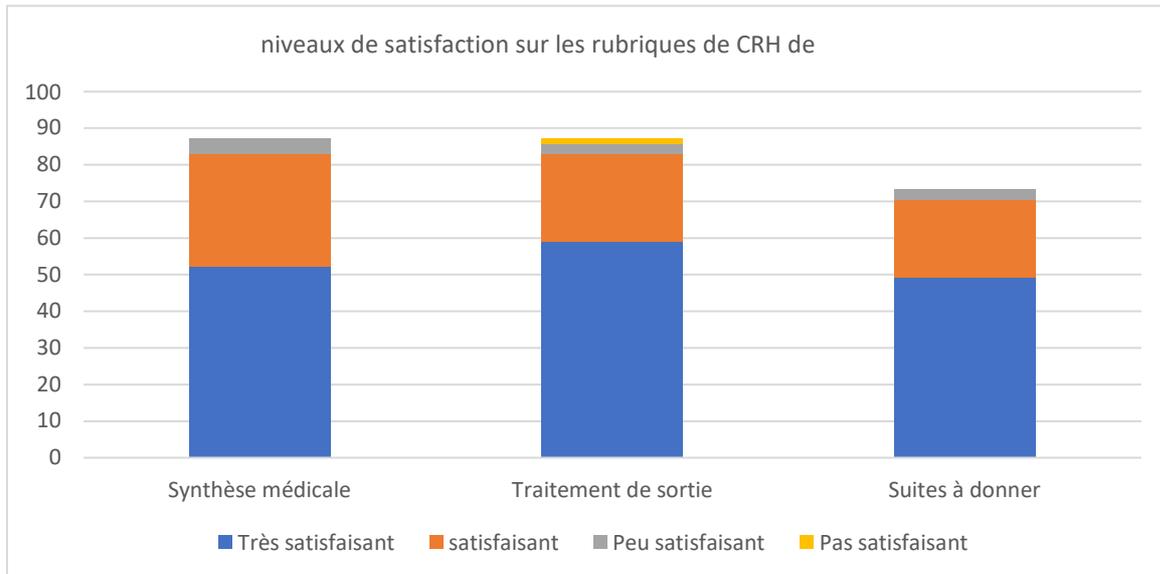
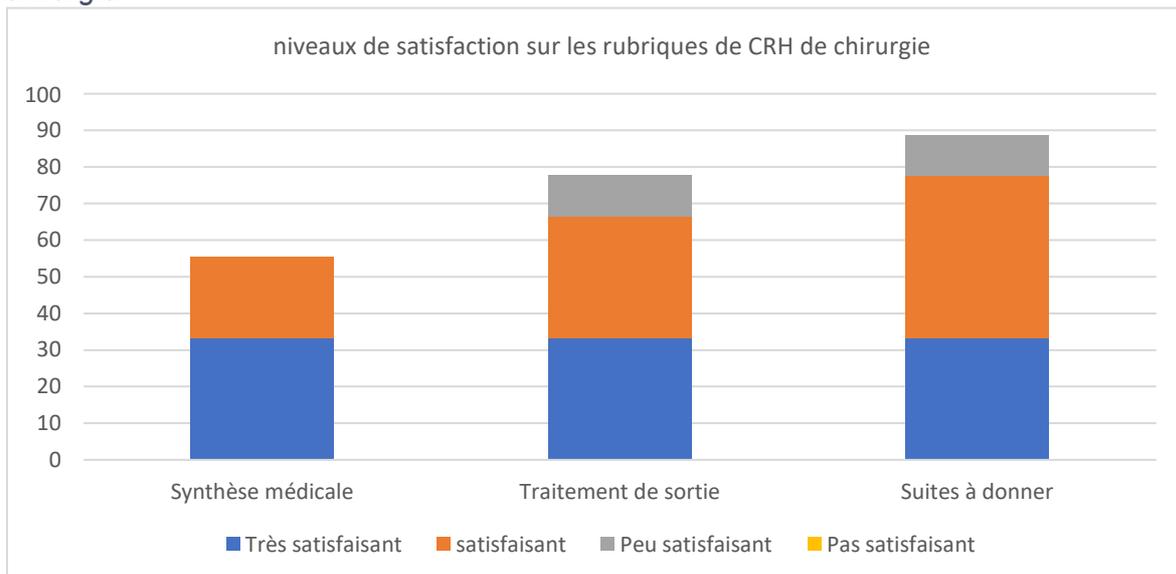


Figure 28b : Niveaux de satisfaction sur la qualité des informations des rubriques des synthèse médicale, traitement à la sortie et suites à donner des courriers de service de chirurgie



Enfin, pour les rubriques nécessaires à la suite de prise en soin, les niveaux de satisfaction étaient supérieurs pour les courriers de médecine.

## IX. Les commentaires libres

Dix-sept commentaires libres ont été recueillis.

La plupart des commentaires précisait le manque d'information ou l'inexactitude de certaines informations: « Souvent des erreurs sur le traitement à l'entrée », « pas noté les évènements intercurrents, oublie de préciser les complications TVP, pas de traitement décrit », « Très souvent pas de diagnostic ni de CAT à domicile », « Il manque le suivi hématologique », « En fonction des services, manque l'évolution. Discordance parfois entre le courrier et ordonnance de sortie ». Deux commentaires rapportaient qu'il n'y avait « pas de mention que c'est le médecin traitant qui a adressé le patient ».

D'autre part, deux commentaires soulignaient l'exhaustivité du courrier analysé « Courrier de gériatrie toujours très complet », « Très complet ».

Enfin, deux commentaires portaient sur le mode d'envoi : « Le CHD devrait envoyer les courriers par messagerie sécurisée de manière systématique », « Préférence des mails car plus faciles à ranger dans les dossiers », pour préciser leur préférence sur la communication par mail.

# **DISCUSSION**

## I. Les principaux résultats

Les attentes des médecins généralistes concernant la forme du CRH étaient globalement conformes aux recommandations publiées par l'HAS (4) qui les jugeaient utiles. Le niveau de satisfaction global était élevé.

Les CRH étaient majoritairement transmis par voie de mail. Le deuxième mode de transmission était le courrier postal et une faible proportion était remise en main propre par les patients. Les délais de réception étaient inférieurs à huit jours dans 90 % des cas.

La forme des courriers était majoritairement respectée.

Les rubriques obligatoires étaient présentes dans plus de trois quarts des courriers : les données de l'anamnèse, le motif d'hospitalisation, les antécédents, l'histoire de la maladie, les traitements à l'entrée, étaient renseignés de manière satisfaisante selon les médecins interrogés. Les données concernant les examens cliniques, paracliniques et thérapeutiques délivrées étaient jugées globalement satisfaisantes.

Les rubriques « mode de vie », « évolution dans le service », « complications/événements indésirables » et « suites à donner » étaient souvent manquantes. Le mode de vie n'était renseigné que dans 62,5 % des courriers.

Les données contenues dans les rubriques « mode de vie » et « événements indésirables/complications durant le séjour » ne satisfaisaient que la moitié des MG.

Les renseignements nécessaires à la suite de prise en charge en sortie d'hospitalisation étaient précisés de manière satisfaisante selon plus de deux tiers des MG interrogés.

La qualité des CRH et le niveau de satisfaction étaient supérieurs pour les CRH provenant de services de médecine vs services de chirurgie.

## II. Confrontation des principaux résultats aux données de la littérature

Les délais de réception observés par les médecins généralistes interrogés sont conformes aux recommandations de l'HAS. En effet, près de 90 % des courriers sont parvenus à leur destinataire en moins de huit jours (dont 52,5 % dans un délai de trois jours ou moins) ce qui satisfait aux textes réglementaires qui préconisent un délai inférieur à 8 jours.

Ces bons résultats concernant les délais de transmission des CRH sont à mettre en rapport avec le mode de réception des courriers. En effet, le moyen de réception principalement utilisé (48,75%) était le courriel ce qui permettait de gagner le temps d'acheminement postal. Ce mode de transmission est de plus en plus utilisé depuis que l'informatisation des cabinets des MG libéraux a été encouragée depuis la fin des années 1990 d'abord pour la télétransmission des feuilles de soin électroniques puis pour la mise en place d'un dossier médical informatisé. Plus récemment, le dispositif de la ROSP incite les médecins généralistes libéraux à tenir un dossier médical informatisé et à être équipés d'une messagerie sécurisée (forfait structure) (13).

Ces résultats sont également permis par les interventions de l'HAS qui évalue (via les indicateurs de qualité et de sécurité des soins) la qualité des lettres de liaison (14) issues des services hospitaliers côtant plusieurs critères reprenant notamment les rubriques du CRH nécessaires à la suite de prise en soin ambulatoire et le délai d'envoi.

Dans notre étude, les informations nécessaires à la suite de prise en charge étaient jugées globalement satisfaisantes. La bonne qualité de ces informations est essentielle afin d'éviter la iatrogénie et le risque de ré-hospitalisation précoce.

Les études ont montré que la iatrogénie était liée à un manque de communication écrite entre l'hôpital et le secteur ambulatoire. Ces accidents sont souvent mal identifiés par les MG car les symptômes constatés sont attribués à une origine poly-factorielle (15,16).

La réhospitalisation précoce est une hospitalisation qui survient dans les 30 jours qui suivent la sortie. Les études estiment leur nombre entre 10,8 et 17 % des cas pour les sujets âgés de 75 ans et plus (17,18). La transmission des informations de qualité dans le CRH est essentielle pour garantir la sécurité des patients d'autant plus lorsqu'ils sont âgés. Des études ont montré que les facteurs de risques de l'hospitalisation précoce étaient les suivants : le sexe masculin, une anémie avec une hémoglobine inférieure à 10, un nombre de comorbidités égal ou supérieur à trois, une polymédication avec au moins cinq médicaments et un antécédent d'hospitalisation dans l'année qui précède. Ainsi la transmission des informations aux MG concernant les complications, traitement à la sortie et les suites à donner (surveillance post-hospitalisation) est importante afin d'éviter une ré-hospitalisation précoce.

L'HAS a publié un document énonçant les trois conditions à réunir pour limiter le risque de ré-hospitalisation précoce (19) :

- Une première condition pour cela est la structuration du CRH sous un format court en y insérant les informations indispensables à la continuité des soins.
- Une deuxième condition est la remise du CRH ou du document de sortie au patient le jour de la sortie.
- Une troisième condition est leur transmission rapide au médecin traitant

### III. Les limites de l'étude

Le taux de réponse de 66 % est conforme à celui attendu pour ce type d'enquête, se situant plutôt dans la tranche supérieure grâce à deux relances. Il ne permet pas d'écartier le risque habituel de biais de sélection qui diminue la validité externe de ce type d'enquêtes.

Le questionnaire a été conçu dans l'objectif de réaliser un audit externe, il devait être court et contenir des questions fermées uniquement pour pouvoir être rempli rapidement, afin de recevoir un maximum de réponse. La concision du questionnaire, associé à l'absence de question ouverte, ne permettait pas d'avoir un haut niveau de précision. L'autre limite liée au questionnaire était constituée par les échelles de niveau de satisfaction qui comprenait seulement quatre niveaux ce qui limitait le champ des réponses possibles.

Pour les médecins qui auraient rempli le questionnaire de mémoire sans s'être servi d'un CRH de patient comme support, un biais de mémorisation n'est pas à écarter. En revanche, la consigne d'utiliser un CRH comme support a probablement permis d'améliorer l'objectivité des réponses et donc la validité interne de l'enquête.

Enfin, l'étude étant monocentrique, cela limite la validité externe et donc l'extrapolation des résultats aux autres hôpitaux dans d'autres territoires.

### IV. Les perspectives d'amélioration

L'informatisation et la communication par des moyens électroniques sécurisés est l'avenir et une clé de l'amélioration de la communication entre l'hôpital et le secteur ambulatoire.

Les adresses mails sécurisés des MGT de la région sont accessibles via les annuaires électroniques des deux principaux fournisseurs (Apicrypt® et MSSanté®) (<https://www.apicrypt.org/annuaire>) afin de leur faire parvenir les courriers

immédiatement après qu'ils aient été validés. La mise à jour du nom du médecin traitant par les secrétariats reste à améliorer, car elle semble être la principale cause de retard de l'information des médecins. Malheureusement, de plus en plus de patients du secteur n'ont plus de médecin traitant par suite de la désertification médicale du territoire.

La forme des courriers pourrait être améliorée par l'utilisation d'un modèle de courrier standardisé correspondant aux rubriques des recommandations de l'HAS afin que le maximum d'informations nécessaires à la suite de prise en soin soit renseigné.

Des études ont montré qu'il y avait une forte attente de la part des médecins généralistes pour des compte rendu d'hospitalisation standardisé (19).

L'informatisation des données de santé est un outil qui pourrait permettre d'améliorer la qualité de la transmission des informations entre l'hôpital et le secteur ambulatoire et inversement.

Dans un contexte où la part des MGT qui sont informatisés est croissante, plus de 80 % des plus de 50 ans disposent d'un dossier médical informatisé et d'une messagerie sécurisée (21,22).

Actuellement, les CRH sont dans un premier temps dictés puis transmis à un(e) secrétaire du service qui dactylographie le CRH. Cela expose à deux inconvénients, le premier est la perte de temps des différentes étapes et le second le risque d'erreur lors de la retranscription par la/le secrétaire.

Ainsi la mise en place d'un compte rendu d'hospitalisation standardisé au sein des logiciels médicaux hospitaliers pourraient permettre aux médecins eux-mêmes de communiquer les CRH aux médecins généralistes par l'intermédiaire de la messagerie sécurisée, cela permettrait un gain de temps et de fiabilité.

Il pourrait être intéressant de concevoir un modèle de courrier standard qu'il faudrait intégrer au logiciel médical du centre hospitalier de Dunkerque et d'interroger l'avis des médecins hospitaliers sur ce mode de communication



# **CONCLUSION**

Les comptes-rendus d'hospitalisations rédigés par les médecins hospitaliers et adressés aux médecins généralistes sont des documents dont la qualité est essentielle afin de garantir la continuité des soins et la sécurité des patients après la sortie d'hôpital. Il résume les examens, soins et traitement durant l'hospitalisation et préconise une prise en soins afin de garantir une bonne coordination entre soins hospitaliers et soins premiers.

Notre enquête permet d'établir que la qualité des CRH provenant du Centre hospitalier de Dunkerque est globalement satisfaisante tant sur la forme que sur la qualité des informations qui y sont présentes. En effet, plus des deux tiers des médecins sont satisfaits de leur qualité.

La mise à jour de la désignation du médecin traitant au niveau du secrétariat, l'informatisation et la transmission des données de santé (dont les CRH) par des moyens électroniques sécurisés suivant un modèle standardisé de CRH constitue la principale voie d'amélioration tant sur les délais que sur la qualité des CRH transmis aux médecins généralistes.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Article L162-5-3 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043499910](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043499910)
2. Journal officiel de la République Française ; Décret n° 74-230 du 7 mars 1974 relatif à la communication du dossier des malades hospitalisés ou consultants des établissements hospitaliers publics.
3. Article R1112-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032926024/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032926024/)
4. Haute Autorité de santé. Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 h [internet]. Disponible sur: [https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/document\\_de\\_sortie\\_fiche\\_utilisation\\_23102014.pdf](https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_fiche_utilisation_23102014.pdf)
5. Salathia K, McIlwaine WJ. General practitioner and hospital letters. *Ulster Med J.* 1995;64(1):46-50.
6. Sandler DA, Heaton C, Garner ST, Mitchell JR. Patients' and general practitioners' satisfaction with information given on discharge from hospital: audit of a new information card. *BMJ.* 1989;299(6714):1511-3.
7. Belleli E, Naccarella L, Pirotta M. Communication at the interface between hospitals and primary care - a general practice audit of hospital discharge summaries. *Aust Fam Physician.* 2013;42(12):886-90.
8. Schwarz CM, Hoffmann M, Schwarz P, Kamolz L-P, Brunner G, Sendlhofer G. A systematic literature review and narrative synthesis on the risks of medical discharge letters for patients' safety. *BMC Health Services Research.* 12 mars 2019;19(1):158.
9. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Acta Endosc.* 1998;28(2):151-5.
10. CH Dunkerque | Nos chiffres clés. Disponible sur: <https://www.ch-dunkerque.fr/le-centre-hospitalier/notre-organisation-et-nos-chiffres-cles/nos-chiffres-cles/>
11. CNOM atlas 2020 Tome 2 approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1ej6tgc/cnom\\_atlas\\_2020\\_tome\\_2\\_approche\\_territoriale\\_de\\_s\\_specialites\\_medicales\\_et\\_chirurgicales.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1ej6tgc/cnom_atlas_2020_tome_2_approche_territoriale_de_s_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf)
12. Retraite, salariat : la ville perd 10 généralistes en quelques semaines [Internet]. Les Généralistes-CSMF. 2016 Disponible sur: <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2016/04/06/retraite-salariat-la-ville-perd-10-generalistes-en-quelques-semaines/>

13. CNAM Guide méthodologique forfait structure 2020. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/rosp-et-forfait-structure-2020-la-campagne-de-declaration-des-indicateurs-prolongee-jusquau-07-02>
14. IQSS 2020 transversaux - secteur MCO : campagne de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins annulée [Internet]. Haute Autorité de Santé. . Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_627698/fr/iqss-2020-transversaux-secteur-mco-campagne-de-recueil-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-annulee](https://www.has-sante.fr/jcms/c_627698/fr/iqss-2020-transversaux-secteur-mco-campagne-de-recueil-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-annulee)
15. Hiance-Delahaye A, Teillet L, Lechowsky L, Aquino J-P, Harboun M. Iatrogénie médicamenteuse, sujet âgé et lien ville-hôpital : enquête sur la transmission médicale hospitalière à la médecine générale. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 2015;15(85):3-11
16. Brunschwig F-H, Sacco G, Guerin O. Place de la coordination des soins ville/hôpital dans la réduction du risque iatrogène. cah année gerontol. 2014;6(2):79-82.
17. Gauthier J, Kisterman JP, Chapalain F, Texier A, Manckoundia P. Réhospitalisation précoce des personnes âgées d'au moins 75 ans admises dans un service de médecine polyvalente post-urgence : taux et facteurs prédictifs. La Revue de Médecine Interne. 2016;37(8):521-8.
18. Lantheaume C, Merle J. Impact du suivi ambulatoire par le médecin généraliste sur le risque de ré-hospitalisation précoce. Sciences du Vivant [q-bio]. mars 2020;43.
19. Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ? Haute Autorité de Santé. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees)
20. Bansard M, Clanet R, Raginel T. Proposition d'un contenu standardisé et raisonné pour les lettres de liaison et les comptes-rendus d'hospitalisation à destination du médecin traitant. Santé Publique. 2017;29(1):57.
21. ASIP SANTE L'agence française de la santé numérique. Les technologies numériques et la pratique médicale. Disponible sur : [https://www.ipsos.com/sites/default/files/files-fr-fr/doc\\_associe/ipsos\\_asip\\_sante\\_les\\_medecins\\_a\\_lere\\_du\\_numeriques\\_janvier\\_2017.pdf](https://www.ipsos.com/sites/default/files/files-fr-fr/doc_associe/ipsos_asip_sante_les_medecins_a_lere_du_numeriques_janvier_2017.pdf)
22. E-santé : les principaux outils numériques sont utilisés par 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans. | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/e-sante-les-principaux-outils-numeriques-sont-utilises-par-80-des>

# ANNEXES

## Annexe 1 : questionnaire de thèse

### Questionnaire de thèse concernant les documents de sortie hospitalier

▪ **Identification du patient :**

- âge : .....

- genre : F  M

▪ **Dates du séjour :** Du ..... au .....

▪ **Hôpital CH Dunkerque Service d'hospitalisation :** .....

▪ **Mode d'entrée**

Hospitalisation programmée

Via les urgences

Transfert d'un autre service

▪ **Réception du courrier**

- *Par quel moyen*

Mail sécurisé

Remis en mains propres par le patient

Par voie postale

- *Dans quel délai*

moins de 3 jours

de 3 à 8 jours

de 9 à 15 jours

plus de 15 jours

**Cochez les cases en fonction des informations présentes sur le document de sortie :**

| Rubriques   | La rubrique est-elle présente ? |     | Jugez-vous la rubrique satisfaisante ? |     | Si oui, comment jugez-vous la qualité des informations dans la rubrique ? |                    |                  |                  |
|---|---------------------------------|-----|--|-----|---|--------------------|------------------|------------------|
|   | OUI                             | NON | OUI                                    | NON | Très satisfaisant   | Assez satisfaisant | Peu satisfaisant | Pas satisfaisant |
| 1. Motif d'hospitalisation                                  |                                 |     |  |     |   |                    |                  |                  |
| 2. Antécédents  |                                 |     |  |     |   |                    |                  |                  |
| 3. Mode de vie  |                                 |     |  |     |   |                    |                  |                  |
| 4. Histoire de la maladie                                   |                                 |     |  |     |   |                    |                  |                  |
| 5. Traitement à l'entrée                                    |                                 |     |  |     |   |                    |                  |                  |
| 6. Examen Clinique et statut fonctionnel                    |                                 |     |  |     |   |                    |                  |                  |
| 7. Actes techniques, examens complémentaires et biologiques |                                 |     |  |     |   |                    |                  |                  |
| 8. Thérapeutiques délivrées                                 |                                 |     |  |     |   |                    |                  |                  |
| 9. Evolution dans le service.                               |                                 |     |  |     |   |                    |                  |                  |
| 10. Événements indésirables/ Complications                  |                                 |     |  |     |   |                    |                  |                  |
| 11. Synthèse médicale du séjour                             |                                 |     |  |     |   |                    |                  |                  |
| 12. Traitement de sortie                                    |                                 |     |  |     |   |                    |                  |                  |
| 13. Suites à donner au séjour hospitalier                   |                                 |     |  |     |   |                    |                  |                  |
| 14. Identification du signataire                            |                                 |     |  |     |   |                    |                  |                  |

**Globalement, quel est votre niveau de satisfaction concernant ce document de sortie ?**

Très satisfaisant  Satisfaisant  Moyennement satisfaisant  Peu satisfaisant  Pas satisfaisant

**Commentaires libres :**

.....  
 .....  
 .....



**AUTEUR : Nom :** Kherbeche

**Prénom :** Yahya

**Date de soutenance :** 27 octobre 2021 à 18H00

**Titre de la thèse :**

Communication Hôpital-Ville : Évaluation de la qualité des comptes-rendus d'hospitalisation et satisfaction des médecins généralistes

**Thèse - Médecine - Lille « Année »**

**Cadre de classement :** *Médecine générale*

**DES + spécialité :** *Médecine générale*

**Mots-clés :** communication hôpital-ville, coordination hôpital-ville, courrier de sortie, compte-rendu d'hospitalisation, médecin généraliste

**Résumé :**

**Introduction :** La communication entre le secteur hospitalier et ambulatoire est essentielle pour garantir la continuité des soins. Elle est principalement établie par l'intermédiaire du compte-rendu l'hospitalisation. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la qualité des comptes-rendus d'hospitalisation en provenance du centre hospitalier De Dunkerque par les médecins généralistes.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude quantitative transversale descriptive monocentrique. Elle concernait les médecins généralistes du littoral dunkerquois qui ont été interrogés grâce à un questionnaire qui leur a été adressé par voie postale entre le 3 novembre 2020 et le 15 février 2021

**Résultats :** Au total, nous avons adressé un questionnaire à 122 médecins généralistes traitants. Deux relances ont été nécessaires pour recueillir 80 réponses soit un taux de réponse de 65,6%. Le niveau de satisfaction global était élevé. Les items composants les CRH étaient présents dans plus des deux tiers des courriers excepté pour la rubrique « effets indésirables et complications ». Les informations qu'ils contiennent étaient jugées globalement satisfaisantes par les médecins généralistes.

**Conclusion :** Cette étude permet de mettre en évidence plusieurs pistes d'amélioration possibles :

- Pour améliorer le délai : favoriser la voie électronique pour communiquer
- Pour améliorer la qualité des CRH : créer un CRH type à partir du dossier informatisé
- Pour améliorer le délai et la fiabilité des données : favoriser l'usage de la transmission sécurisée par les médecins hospitaliers.

**Composition du Jury :**

**Président :** Professeur Luc Defebvre

**Assesseurs :** Docteur Alissa Sebbah  
Docteur Lucie Macchi

**Directeur de thèse :** Professeur Christophe Berkhout