

UNIVERSITE PARIS 7 – DENIS DIDEROT

FACULTE DE MEDECINE

**Xavier Bichat**

---

Année 2006

N°

**THESE**

POUR LE

**DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

**BONDER Jean-Marc**

**Né le 28 décembre 1973 à Nantes**

---

Présentée et soutenue publiquement le : 12 octobre 2006

---

**LA SORTIE D'ETABLISSEMENT DE SANTE : ENQUETE DE  
PRATIQUES AUPRES DE 109 MEDECINS DE SOINS PRIMAIRES  
EN ILE-DE-FRANCE**

Président : Professeur Christian HERVE

Directeur : Docteur José CLAVERO

**RESIDENT**

<b>SOMMAIRE</b>
-----------------

INTRODUCTION.....	5
I- LA COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL DU PATIENT .....	7
1. Le secret professionnel.....	8
2. Le droit à la communication du dossier du patient .....	11
2.1. La communication au médecin qui assurera la continuité des soins.....	12
2.2. Le patient.....	13
2.3. Les ayants droit du patient .....	14
3. Les modalités de communication du dossier du patient.....	20
3.1. Le responsable de la communication .....	20
3.2. Les délais de communication .....	20
3.3. Réception et gestion de la demande .....	21
3.4. Coût de l'accès au dossier .....	23
3.5. Modalités de communication du dossier et accompagnement de l'accès .....	23
II- LES MOYENS DE COMMUNICATION ENTRE LES MEDECINS HOSPITALIERS ET LES MEDECINS LIBERAUX .....	26
1. Compte rendu d'hospitalisation .....	26
2. Lettre .....	26
3. Ordonnance de sortie.....	26
4. Carnet de santé .....	27
5. Dossier Médical Personnel.....	28
6. Téléphone .....	29
7. Nouvelles technologies de l'information et de la communication.....	30
III- DEFINITION DES SOINS PRIMAIRES .....	33
1. Définition des soins de santé primaires.....	33
2. Distinction des soins primaires .....	35
IV- LES ENQUETES DE PRATIQUES .....	37
1. Définition .....	37
2. Les objectifs principaux .....	37
3. Les objectifs complémentaires.....	37
4. Les principes .....	37
5. La localisation des informations .....	38
6. Les approches.....	38
7. Les étapes .....	38
8. Critères de qualité.....	39
9. Les limites .....	39
V- L'UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX.....	40
1. Le rôle des Unions.....	40
2. Les missions des Unions .....	40
3. Les Unions, parlement des médecins libéraux .....	41
4. Présentation de l'URML IDF.....	42
ETUDE.....	43
I- MATERIELS ET METHODES .....	43

1. Méthodes de sélection .....	44
1.1. Calcul de la taille de l'échantillon.....	44
1.2. Type d'étude sur l'échantillon.....	44
2. Méthodes d'intervention .....	45
2.1. Sources de renseignements.....	45
2.2. L'étude .....	45
2.3. Durée d'inclusion .....	49
2.4. Recueil de données.....	49
2.5. Le coût de l'étude.....	49
3. Méthodes d'observation .....	50
4. Méthodes d'évaluation des résultats .....	51
II- RESULTATS .....	52
1. Description de l'échantillon.....	52
1.1. Les médecins .....	52
1.1.1. La répartition .....	52
1.1.1.1. Taux d'adhésion en fonction de la spécialité .....	52
1.1.1.2. Taux d'adhésion en fonction du département .....	53
1.1.2. Caractéristiques des participants .....	57
1.1.2.1. Répartition selon la classe d'âge.....	57
1.1.2.2. Nombre d'années d'installation.....	58
1.1.2.3. Répartition selon le sexe .....	59
1.1.2.4. Renseignements sur l'activité des médecins .....	60
1.1.2.4.1. Seul ou en association .....	60
1.1.2.4.2. Mode d'exercice : libéral exclusif ou mixte.....	61
1.1.2.4.3. Nombre de vacations hospitalières pour les 23 médecins salariés à l'hôpital.....	62
1.1.2.4.4. Médecins informatisés.....	63
1.1.2.4.5. Nombre déclaré de patients hospitalisés par mois (y compris hospitalisation de jour).....	64
1.1.2.4.6. Autres activités.....	65
1.2. Les patients.....	67
1.2.1. Age .....	67
1.2.2. Sexe.....	68
1.2.3. Distance entre le cabinet et l'établissement de santé .....	69
1.2.4. Délai entre la sortie de l'établissement de santé et le cabinet .....	70
2. Le questionnaire .....	71
2.1. Les modalités de l'hospitalisation.....	71
2.1.1. Origine de la demande d'hospitalisation .....	71
2.1.2. Modalités de transmission des informations des médecins de ville lors de l'hospitalisation .....	72
2.1.3. Hospitalisation inscrite dans une démarche de réseau de santé .....	73
2.1.4. Programmation de l'hospitalisation .....	74
2.1.5. Horaire d'hospitalisation.....	75
2.1.6. Etablissement d'hospitalisation.....	76
2.1.7. Durée d'hospitalisation .....	77
2.1.8. Service d'hospitalisation .....	78
2.2. Modalités de la continuité des soins.....	79

2.2.1. Information sur l'évolution de l'hospitalisation par le service.....	79
2.2.1.1. Médecin informé de la date et de l'heure d'hospitalisation .....	79
2.2.1.2. Résumé d'hospitalisation remis au médecin.....	83
2.2.1.3. Résumé d'hospitalisation remis au patient .....	87
2.2.2. Information de la sortie du patient par le service .....	91
2.2.2.1. Médecin associé à l'avance à la décision de sortie.....	91
2.2.2.2. Médecin prévenu de la sortie .....	95
2.2.3. Continuité des soins .....	99
2.2.3.1. Ordonnances faites par la structure d'hospitalisation .....	99
2.2.3.2. Mise en place de moyens pour assurer la coordination des soins à domicile .....	102
2.2.3.3. Suivi des soins et prise de rendez-vous.....	106
2.2.3.4. Compte rendu d'hospitalisation ou courrier détaillé.....	110
2.2.3.5. Avis du patient sur les conditions de sa sortie .....	114
2.2.3.6. Avis du médecin.....	118
III- DISCUSSION.....	119
1. Utilité du travail .....	119
1.1. Éléments mis en évidence par les résultats .....	119
1.2. Implications pour la pratique.....	119
2. Forces et faiblesses de l'enquête .....	120
2.1. Forces .....	120
2.2. Faiblesses .....	121
3. Biais.....	122
4. Caractéristiques de l'échantillon.....	123
5. Etat des lieux sur la coordination des soins de la sortie des établissements de santé et comparaison d'une pratique idéale à la réalité du quotidien.....	124
5.1. Information sur l'évolution de l'hospitalisation par le service.....	124
5.1.1 Date et heure d'hospitalisation.....	124
5.1.2. Résumé d'hospitalisation.....	125
5.2. Information de la sortie du patient par le service .....	126
5.3. Continuité des soins-ordonnances.....	126
5.4. Mise en place de moyens pour assurer la coordination des soins à domicile .....	129
5.5. Suivi de soins : rendez-vous.....	129
5.6. Compte rendu d'hospitalisation ou courrier détaillé .....	129
6. Les éléments de la pré-admission, de l'admission et de l'hospitalisation influençant la continuité des soins à la sortie des établissements de santé et les dysfonctionnements.....	131
6.1. Les supports de transmission d'informations du médecin de ville vers les établissements de santé lors de l'hospitalisation.....	131
6.2. L'origine de la demande d'hospitalisation .....	133
6.3. Les réseaux de santé .....	134
6.4. La programmation de l'hospitalisation .....	135
6.5. L'horaire d'hospitalisation .....	136
6.6. L'établissement de santé .....	136
6.7. La durée d'hospitalisation.....	137
6.8. La nature du service d'hospitalisation .....	137
7. Satisfaction.....	138
7.1. Satisfaction des patients .....	138

7.2. Satisfaction des médecins.....	139
8. Recommandations de pratiques cliniques .....	140
8.1. Recommandations existantes .....	140
8.2. Propositions de nouvelles recommandations .....	142
8.3. Dix conseils aux patients hospitalisés .....	143
CONCLUSION .....	145
BIBLIOGRAPHIES .....	148
ANNEXES .....	150
ABREVIATIONS .....	168

## INTRODUCTION

Une enquête, faite par les correspondants régionaux de l'Ile-de-France de l'ex-ANAES sur un échantillon de 64 patients, effectuée en 2002, a mis en avant une rupture de la continuité des soins lors de l'hospitalisation entre la médecine hospitalière et la médecine libérale, avec comme élément principal un manque de transmission d'informations médicales.

Au même moment, la législation (loi du 4 mars 2002) (annexe 1) a permis de préciser le droit à la communication des informations contenues dans le dossier médical du patient.

Des éléments du dossier médical doivent maintenant être adressés soit :

- Au médecin, désigné par le patient, qui a ou non prescrit l'hospitalisation mais qui assurera la continuité des soins ;
- Au patient lui-même s'il est majeur et, de son vivant, uniquement à lui, à l'exclusion de tout autre.

De nouvelles recommandations de l'ex-ANAES ont été publiées telles que :

- « Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient : réglementation et recommandations » (juin 2003) (1) ;
- « Sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou psychique » (décembre 2004) (2) ;
- « Accès aux informations concernant la santé d'une personne » (Février 2004) (3) ;
- Ou encore « Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuropsychologique » (janvier 2005) (4).

L'intérêt, croissant et légitime pour la coordination des soins et la sortie du monde hospitalier, rend utile une étude d'observation décrivant l'état des pratiques sur la sortie d'établissements de soins de santé. C'est avec l'aide de l'Union Régionale des Médecins de l'Ile-de-France (URML IDF) que nous avons décidé de nous pencher sur « la sortie d'établissement de santé » et de l'analyser. Cette étude est réalisée sous forme d'une enquête de pratiques afin de comparer la pratique idéale à la réalité du quotidien.

Cette étude s'inscrit dans la prolongation des précédents travaux de l'ANAES sur la « préparation de la sortie du patient hospitalisé » (novembre 2001) (5).

Les buts de cette enquête, qui s'inscrit dans une optique d'amélioration de la continuité des soins de ville des patients après leur hospitalisation, sont de :

- Analyser les caractéristiques de la sortie de l'hôpital des patients ;
- Recueillir les éléments qui concourent à la continuité des soins ;
- Repérer, décompter et analyser les éventuels dysfonctionnements ;
- Recueillir les opinions des médecins libéraux de soins primaires sur ces dysfonctionnements et les solutions qu'ils préconisent ;
- Proposer des recommandations de pratiques cliniques et des conseils aux patients hospitalisés.

Tout ceci en restant dans le cadre de la démarche qualité.

Dans cette étude nous interrogeons les médecins de soins primaires, à savoir les médecins généralistes, les gynécologues, les psychiatres et les pédiatres.

## **I- LA COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL DU PATIENT**

Le dossier offre les meilleures conditions pour le recueil et la conservation des informations détenues par les professionnels de santé et les établissements de santé.

La tenue du dossier doit permettre de répondre à toute demande de consultation ou de transmission d'informations, émanant de professionnels de santé comme de la personne.

Lorsque le dossier est structuré, exploitable et lisible, en particulier lorsqu'il contient des synthèses régulières, la compréhension en est facilitée. Tout professionnel de santé a l'obligation de veiller à la qualité de cet outil. Le statut des informations qu'il contient, leur évolutivité justifient une hiérarchisation de nature à clarifier leur utilisation et à favoriser l'appropriation de données souvent complexes et provisoires.

L'article R. 1112-1 rappelle que, dans les établissements de santé publics ou privés, le dossier est organisé en 3 parties, dont seules les deux premières sont communicables à la personne, à sa demande :

- Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des Urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier ;
- Les informations formalisées en fin de séjour hospitalier ;
- Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Il est recommandé de faire apparaître clairement dans le dossier une mention concernant les choix de la personne pour l'accès aux informations de santé et leur transmission (3), mention qui doit être impérativement actualisée et vérifiée de manière régulière : la personne peut à tout moment revenir sur son choix. Il s'agit :

- Du refus de la personne d'une transmission d'informations concernant sa santé à d'autres professionnels de santé (médecin traitant par exemple) ;
- Du refus éventuel que des proches soient informés ;

- De l'identification de la personne de confiance qui sera informée et consultée au cas où la personne serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin (art. L. 1111-6 du Code de la santé publique) ;
- Du refus de communiquer certaines informations aux ayants droit en cas de décès ;
- Du refus de la part d'un mineur de communiquer des informations concernant sa santé aux titulaires de l'autorité parentale.

Le dossier du patient, constitué d'éléments relatifs au patient, est un document qui relève à la fois des règles du secret professionnel et du droit à la communication des informations qu'il contient.

Le dossier de soins paramédical, étant partie intégrante du dossier du patient, il obéit aux mêmes règles.

## **1. Le secret professionnel**

Les règles de respect du secret des informations concernant le patient sont précisées dans l'article L. 1110-4 du CSP modifié par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002. Article L. 1110-4 du CSP :

« Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ».

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

« Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible.

Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. »

Le dossier et les informations médicales qui y sont contenues sont confidentiels et relèvent du secret professionnel. Les informations médicales ne peuvent être partagées qu'entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge et la continuité des soins du patient. La seule qualité de médecin ou de professionnel de santé n'autorise pas ce partage. Il en va de même à fortiori pour le personnel administratif de l'établissement. Cependant, le secret médical n'est pas opposable au patient lui-même. Lorsque le patient a désigné un tiers de confiance, celui-ci a accès aux informations délivrées par le médecin mais n'a pas accès au dossier du patient et il est tenu de respecter la confidentialité des informations de santé concernant la personne qu'il accompagne, sous peine d'encourir une sanction pénale.

L'article 226-13 du Code pénal (JO du 23 juillet 1992) interdit la révélation d'informations à caractère secret à des tiers et le dossier du patient est compris dans son champ d'application.

Les règles édictées par le code de déontologie médicale s'imposent à tous les médecins et l'article 4 de ce code (décret du 9 septembre 1995) précise le champ du secret professionnel :

« Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des malades, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

Les règles professionnelles des infirmiers et des infirmières reprennent pratiquement les mêmes termes (article 4 du décret n° 93-221 du 16 février 1993) :

« Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu, constaté ou compris. »

Le code de déontologie des sages-femmes (article 3 du décret n° 91-779 du 8 août 1991) est tout aussi explicite :

« Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à toute sage-femme dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance de la sage-femme dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'elle a vu, entendu ou compris. La sage-femme doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. La sage-femme doit veiller à la protection contre toute indiscretion de ses fiches cliniques et des documents qu'elle peut détenir concernant ses patientes. Lorsqu'elle se sert de ses observations médicales pour des publications scientifiques, elle doit faire en sorte que l'identification des patientes ne soit pas possible. »

La loi n° 94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement de données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, accroît les droits des personnes à la protection de leur vie privée. Sa violation expose à des sanctions pénales, civiles, administratives, et professionnelles. Le secret professionnel est général et absolu. La mort du malade ne délivre pas le médecin de cette obligation.

Cependant, en dehors des dérogations inscrites dans la loi (accès des ayants droit par exemple), le secret médical n'est pas opposable en cas de saisie du dossier médical à la demande d'un juge d'instruction, sur commission rogatoire ou en cas d'enquête de crime et délit flagrant diligentée par le procureur de la République (article 81 du Code de procédure pénale), même en l'absence d'autorisation du patient.

## **2. Le droit à la communication du dossier du patient**

Le droit à la communication des informations contenues dans le dossier du patient s'est progressivement construit au travers des législations successives qui sont obsolètes depuis la loi du 4 mars 2002. La communication peut maintenant se faire soit :

- Au médecin, désigné par le patient, qui a ou non prescrit l'hospitalisation mais qui assurera la continuité des soins ;
- Au patient lui-même s'il est majeur et, de son vivant, uniquement à lui, à l'exclusion de tout autre.

Il est recommandé que soit disponible et facilement accessible une information relative à la réglementation et aux aspects pratiques de l'accès au dossier (3) (livret d'accueil dans les établissements de santé ou médico-sociaux, livret ou affiche dans les cabinets privés, etc.). Dans les établissements de santé, cette information fait l'objet d'un chapitre explicatif dans le livret d'accueil de l'établissement (art R .1112-9 du Code de la santé publique).

Ce dispositif permet d'informer la personne :

- De ses droits ;
- De la possibilité de transmission et de dépôt des informations auprès d'un hébergeur. L'hébergement des données à la demande du professionnel ou de l'établissement de santé ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée ;
- De la composition du dossier ;
- Des modalités possibles d'accès direct aux informations de santé (consultation sur place, envoi de copies par la poste à la personne ou au médecin de son choix) ;
- Des mesures adoptées par défaut dans le cas où la personne ne précise pas à l'établissement ou au professionnel de santé le mode de communication qu'elle retient ;
- Du dispositif d'accompagnement médical mis en place et proposé à la personne par l'établissement ;
- Des délais légaux de communication.

## **2.1. La communication au médecin qui assurera la continuité des soins**

Les principes posés par la loi ont été précisés par le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002. Le décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 a inséré ces dispositions réglementaires dans le CSP de la manière suivante :

- Article R. 1112-1 du CSP :

« À la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de huit jours maximum. »

Dans ce cas, c'est le médecin responsable du patient qui détermine les pièces essentielles du dossier dont les copies doivent être communiquées pour assurer la continuité des soins.

- Article R. 1112-4 du CSP :

« Dans le cas où le praticien qui a prescrit l'hospitalisation demande communication du dossier, cette communication ne peut intervenir qu'après accord du patient, de la personne ayant l'autorité parentale ou du tuteur, ou de ses ayants droit en cas de décès. »

Le médecin qui a prescrit l'hospitalisation n'est pas forcément le médecin traitant du patient. C'est le patient qui désigne le (ou les) praticien(s) qui assurera son suivi ou qui pourra recevoir des informations le concernant.

- Article R. 1112-6 du CSP :

« En cours d'hospitalisation, le chef de service communique au médecin désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille et qui en fait la demande écrite toutes les informations relatives à l'état du malade. »

- Article R. 1112-60 du CSP :

« Le médecin traitant est informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade. »

## 2.2. Le patient

Dans le domaine hospitalier, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 modifie le CSP dans son article L. 1112-1 :

- Article L. 1112-1 du CSP :

« Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande, les informations médicales définies à l'article L. 1111-7. »

- Article L. 1111-7 du CSP :

« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé. »

Le patient hospitalisé doit recevoir en fin de séjour les informations nécessaires à la continuité des soins.

- Article R. 1112-1 du CSP :

« À la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de huit jours maximum. »

- Article R. 1112-61 du CSP :

« Tout malade sortant reçoit les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits. »

La personne dispose du droit d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic, sauf affection transmissible, ou d'un pronostic, et le professionnel de santé ne peut pas lui communiquer ces informations si elle n'y consent pas.

L'accès direct du patient à son dossier constitue un droit désormais reconnu. Cette règle connaît trois limites :

- L'enfant mineur ne peut pas demander communication directe de son dossier ; il ne dispose que d'un droit d'accès indirect, Article L. 1111-7 du CSP :

« Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. »

L'article L. 1111-5 précise que le mineur peut s'opposer à la consultation de son dossier par le ou les titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

Lorsque le mineur, suivi et soigné avec le consentement des parents, est informé de la demande d'accès de ses parents à son dossier, il peut s'y opposer ou demander que cet accès ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

Article L. 1111-7 du CSP :

« À la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin. »

Le mineur émancipé dispose des mêmes droits qu'un patient majeur. (Article L.1111-5 du CSP) ;

- Dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office.

Article L. 1111-7 du CSP :

« À titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur. »

- La personne majeure faisant l'objet d'une mesure de tutelle ne peut obtenir communication de son dossier (CADA, avis du 23 novembre 1989).

### **2.3. Les ayants droit du patient**

#### **- Décédé**

⇒ Définition de l'ayant droit dans les établissements privés n'assurant pas un service public hospitalier :

La qualité d'ayant droit vise les personnes titulaires d'un droit venant de la personne décédée, c'est à dire :

- Les ascendants ;

- Les descendants ;
- Le conjoint ;
- Des personnes ayant des droits à faire valoir, par exemple, les bénéficiaires de contrats d'assurance souscrits par la personne décédée.

⇒ Définition de l'ayant droit dans les établissements publics ou privés assurant un service public hospitalier :

La qualité d'ayant droit vise les successeurs du défunt au sens du Code civil, c'est-à-dire :

- Les héritiers ;
- Le conjoint survivant ;
- Les légataires universels ou à titre universel (Avis de la commission d'accès aux documents administratifs (CADA) n° 20031877 du 26 mai 2003).

Il n'y a pas lieu de réduire cette notion aux seuls descendants directs de la première génération (Avis CADA n° 20020684 du 28 février 2002).

La qualité d'ayant droit ne vise pas la personne qui entretenait avec le défunt une relation de concubinage, sauf dispositions testamentaires particulières (avis CADA n° 20024128 du 17 octobre 2002).

Le droit d'accès au dossier d'un patient décédé par les ayants droit est limité, Article L. 1110-4 du CSP :

« Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. »

Avant d'autoriser un ayant droit à accéder aux informations concernant le défunt, le professionnel de santé devra donc vérifier :

⇒ L'absence d'opposition du patient exprimée de son vivant ;

- ⇒ L'identité du demandeur et son statut d'ayant droit par la production d'un document qui atteste de ce statut et qui peut être obtenu notamment auprès d'un notaire ou d'un officier d'état civil (livret de famille, acte de notoriété, etc.) ;
- ⇒ La motivation de l'accès, qui ne peut résulter que de l'une des trois raisons invoquées dans la loi :
  - Connaître les causes du décès ;
  - Faire valoir ses droits ;
  - Défendre la mémoire du défunt.

L'article 7 du décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 précise :

« L'ayant droit d'une personne décédée qui souhaite accéder aux informations médicales concernant cette personne, dans les conditions prévues au septième alinéa de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, doit préciser, lors de sa demande, le motif pour lequel elle a besoin d'avoir connaissance de ces informations. »

Ces conditions une fois réunies, l'ayant droit a accès à l'ensemble du dossier médical (avis de la commission d'accès aux documents administratifs n°20034659 et 20034213 du 20 novembre 2003), à l'exclusion des informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

L'article L. 1110-4 du Code de la santé publique autorise le refus de communication à l'ayant droit, mais oblige à le motiver : « Le refus d'une demande opposé à cet ayant droit est motivé. »

Le décret ajoute : « Ce refus ne fait pas obstacle, le cas échéant, à la délivrance d'un certificat médical, dès lors que ce certificat ne comporte pas d'informations couvertes par le secret médical. » Ce qui signifie, par exemple, qu'un certificat de décès de cause naturelle peut être délivré à la famille quelles que soient les circonstances si le décès n'est effectivement pas suspect.

Signalons également que l'établissement ne peut pas refuser la communication à un héritier s'il a connaissance d'un litige ou d'une procédure opposant les héritiers entre eux.

## - **Enfant**

La situation est différente selon que l'enfant est mineur ou majeur :

### ⇒ **Enfant mineur**

Le droit d'accès à l'ensemble des informations concernant la santé du mineur est exercé par les titulaires de l'autorité parentale. Mais ce droit est exercé sous réserve de l'opposition du mineur ou de sa demande que les titulaires de l'autorité parentale n'accèdent aux informations concernant sa santé que par l'intermédiaire d'un médecin..

Deux situations doivent être distinguées :

- Le cas général où, ainsi que le précise la loi, le droit d'accès est exercé par le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale ; le mineur ne peut pas s'opposer à cette demande, toutefois il peut éventuellement demander que l'accès ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin ;
- Le cas prévu à l'article L. 1111-5, où le mineur qui souhaite garder le secret a obtenu que le médecin accepte de pratiquer des soins nécessaires pour sauvegarder sa santé sans obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale. À cet égard, l'article R. 1111-6 prévoit que le mineur peut s'opposer à la communication au(x) détenteur(s) de l'autorité parentale des informations correspondant à cette situation particulière. Dans ce cas, l'opposition du mineur est consignée au dossier et, en cas de demande d'accès par le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale, le professionnel doit s'efforcer de convaincre le mineur de lever son opposition. En la levant, le mineur peut demander que le droit d'accès du ou des titulaires de l'autorité parentale soit exercé par l'intermédiaire d'un médecin désigné par ce(s) dernier(s). L'opposition ou la limitation peut ne concerner que l'un des deux parents.

Lorsque le mineur sollicite seul des soins, ou lorsque son âge, le contexte familial, la pathologie présentée paraissent le justifier, il est souhaitable que le médecin l'informe de cette possibilité. L'objectif est de lui permettre d'accéder à des soins et d'instaurer une relation de confiance avec les professionnels de santé sans avoir la crainte que ses parents

soient informés des constatations et des actes médicaux effectués. En effet, la perspective d'une révélation à ses parents du motif de son recours au professionnel de santé ne doit pas le dissuader de se faire soigner.

Mais le professionnel de santé doit essayer de convaincre le mineur de laisser ses parents accéder aux informations sur sa santé, notamment par l'intermédiaire d'un médecin, afin qu'un dialogue au sein de la famille soit maintenu ou repris, et que le mineur puisse bénéficier d'un soutien.

Lors d'une demande de communication du dossier d'un mineur, en cas de doute concernant le demandeur sur sa qualité de titulaire de l'autorité parentale, des pièces justificatives peuvent être demandées. Si le parent requérant ne peut fournir aucune pièce, il convient de refuser la demande ou suggérer avec son accord de prendre contact avec l'autre parent afin d'être éclairé sur l'exercice de l'autorité parentale.

En cas de soins dispensés dans les circonstances prévues par l'article L. 1111-5, le médecin doit vérifier si la personne mineure souhaite également s'opposer à l'accès du titulaire de l'autorité parentale à son dossier. Saisi d'une demande présentée par le titulaire de l'autorité parentale alors que la personne mineure s'est opposée à la communication, le médecin doit s'efforcer de vérifier avec cette dernière la constance de cette volonté et de l'amener à prendre en compte les éléments susceptibles de modifier ce choix. Ce n'est que dans la situation où, en dépit de ces efforts, le mineur maintient son opposition que la demande du titulaire de l'autorité parentale ne pourra être satisfaite.

Pour ce qui concerne le droit à demander l'accès aux informations par l'intermédiaire d'un médecin, il apparaît nécessaire de demander préalablement la position du mineur, lorsque les parents ne sont jamais intervenus lors des soins, ou lorsque l'âge, le contexte familial, la pathologie présentée paraissent le justifier, ou encore lorsque le mineur bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et de la couverture complémentaire.

Si la demande de communication du dossier émane d'un mineur, l'article L. 1111-7 n'a pas prévu que le mineur soit titulaire du droit d'accès aux informations détenues par les professionnels et établissements de santé. Mais la loi (articles L. 1111-2 du Code de la santé publique et 371-1 du Code civil) prévoit que le mineur a le droit de recevoir lui-

même une information et de participer à la prise de décision le concernant d'une manière adaptée à son degré de maturité. Il est donc souhaitable qu'une attention particulière soit portée à une telle demande d'accès aux éléments du dossier. Elle doit permettre au mineur de compléter l'information reçue et de bénéficier d'explications supplémentaires, compte tenu de l'âge atteint lorsqu'il effectue cette demande. Il peut être très utile de reprendre avec lui les éléments de son dossier et leurs incidences sur sa vie d'adulte.

Pour exercer l'autorité parentale, les parents doivent être dans l'une des situations suivantes :

- Ils sont mariés et aucune décision judiciaire modifiant l'exercice de l'autorité parentale n'est intervenue ;
- Ils sont divorcés ou séparés de corps et la mention d'un exercice commun de l'autorité parentale figure sur la décision rendue ;
- Ils ont reconnu l'enfant avant l'âge de 1 an ;
- Ils ont fait une déclaration conjointe d'exercice de l'autorité parentale devant un greffier en chef du tribunal de grande instance ;
- Une décision du juge aux affaires familiales ou de la cour d'appel leur a donné l'exercice de l'autorité parentale ;
- Les pièces à fournir sont :
  - Pièce d'identité dans tous les cas ;
  - Ordonnance ;
  - Livret de famille ou extrait de naissance ;
  - Déclaration conjointe ;
  - Jugement ou arrêt rendu.

Quand l'autorité parentale est exercée par un tiers, les pièces à fournir sont : pièce d'identité dans tous les cas, et jugement ou arrêt rendu.

Lorsqu'une tutelle est ouverte, il faut alors fournir : une pièce d'identité dans tous les cas, et jugement ou arrêt rendu.

⇒ **Enfant majeur**

Les parents ne peuvent pas accéder aux informations médicales concernant leur enfant même pour des informations remontant à la période pendant laquelle leur enfant était mineur. Ils sont considérés comme des tiers.

### **3. Les modalités de communication du dossier du patient**

#### **3.1. Le responsable de la communication**

Seul un médecin est habilité à communiquer les informations contenues dans le dossier.

L'article R. 1112-1 du CSP définit précisément les personnes qui peuvent communiquer le dossier.

« Dans les établissements publics de santé et les établissements privés participant à l'exécution du service public hospitalier, les informations relatives à la santé d'une personne lui sont communiquées par le médecin responsable de la structure concernée ou par tout membre du corps médical de l'établissement désigné par lui à cet effet.

Dans les établissements de santé privés ne participant pas à l'exécution du service public hospitalier, cette communication est assurée par le médecin responsable de la prise en charge du patient. En l'absence de ce médecin, elle est assurée par le ou les médecins désignés à cet effet par la conférence médicale. »

#### **3.2. Les délais de communication**

L'article L. 1111-7 du CSP modifié par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 définit le délai d'accès aux informations.

« Au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. »

### 3.3. Réception et gestion de la demande

Dans tous les cas, il convient avant tout traitement d'une demande que le destinataire (responsable de l'établissement, professionnel de santé ou hébergeur) s'assure de l'identité du demandeur, au besoin par la présentation de pièces justificatives qui dépendent de la qualité du demandeur. Aucune demande ne peut être satisfaite sans certitude sur l'identité du demandeur.

Pour en faciliter le traitement, il est recommandé d'informer la personne que sa demande sera plus facile à honorer si elle précise d'emblée :

- Son identité, en fournissant si besoin les pièces nécessaires pour qu'elle puisse être vérifiée (ainsi, en cas de demande postale, la photocopie recto verso d'une pièce d'identité) ;
- La nature de sa demande : ensemble du dossier ou partie du dossier correspondant à une hospitalisation particulière ou pièces particulières du dossier ;
- Les modalités souhaitées de communication : envoi postal, communication sur place à l'hôpital ou au cabinet, envoi postal à un médecin désigné.

La demande n'a pas à être motivée par la personne demandeuse, sauf si elle a la qualité d'ayant droit.

Dans tous les cas, il est recommandé au professionnel, à l'établissement ou à l'hébergeur :

- D'accuser réception de la demande par tout moyen, même si elle est imprécise, et d'y donner suite avec la même diligence ;
- D'informer la personne des coûts liés à la reproduction et à l'envoi des documents, du fait de la nature et du volume du dossier ;
- De décrire et proposer l'accompagnement prévu par l'établissement, accompagnement que la personne peut refuser ;
- D'indiquer si le médecin recommande la présence d'une tierce personne lors de cette consultation, recommandation que la personne n'est pas obligée d'accepter sans que ce refus porte préjudice à son droit d'accès.

Lorsque la personne n'a pas précisé dans sa demande les modalités de communication qu'elle souhaite, il est recommandé :

- De lui proposer de remplir un formulaire type, afin de faciliter le traitement de sa demande en évitant à la fois les demandes imprécises et l'absence de choix quant aux différentes possibilités d'accès au dossier ;
  - ⇒ De décrire la procédure par défaut prévue par l'établissement ou le professionnel de santé, procédure qui s'applique en l'absence de précision ou en cas de non réponse du demandeur sur les modalités de communication.

Lorsque le médecin souhaite subordonner la consultation des informations à la présence d'un médecin (hypothèse qui doit rester exceptionnelle et limitée aux seules informations recueillies dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement), il convient :

- ⇒ De demander au patient de désigner le médecin dont il souhaite être accompagné ;
- ⇒ De lui préciser qu'il peut s'opposer à cet accompagnement, mais que dans cette hypothèse la commission départementale des hospitalisations psychiatriques sera saisie et que son avis s'imposera.

Si la personne a demandé un envoi, il est recommandé de préciser les points suivants dans la réponse accusant réception de la demande :

- Rappeler le caractère strictement personnel des informations contenues dans le dossier, notamment vis-à-vis de tiers (famille et entourage, employeur, assureur, etc.) ;
- Informer la personne des coûts liés à la reproduction et à l'envoi des documents, du fait de la nature et du volume du dossier. En cas de nécessité, un second courrier est adressé dans les meilleurs délais, présentant une estimation du coût prévisionnel de la reproduction, si le premier courrier ne l'a pas précisé ;
- Proposer une consultation du dossier sur place, notamment quand le coût de reproduction est important, en recommandant ou non la présence d'une tierce personne. En cas de refus ou d'absence de réponse, les modalités retenues initialement par la personne sont suivies dans le délai prévu par la réglementation.

### **3.4. Coût de l'accès au dossier**

Il est recommandé que la personne puisse connaître le coût de la communication des copies du dossier qu'elle souhaite détenir, afin de l'aider à prendre une décision sur sa demande de reproduction de tout ou partie de son dossier.

La loi précise que la consultation du dossier sur place est gratuite. En cas de demande de copies, quel qu'en soit le support, seuls les coûts de reproduction et d'envoi sont facturables au demandeur. Il convient de se limiter au coût du consommable et de l'amortissement du matériel.

Il est recommandé de prendre en considération la situation personnelle des demandeurs démunis afin de leur permettre de faire valoir leur droit d'accès aux informations concernant leur santé.

### **3.5. Modalités de communication du dossier et accompagnement de l'accès**

La communication du dossier à la personne répond souvent à une demande d'information, qui survient à posteriori, elle peut pallier un déficit antérieur d'information.

La présence ou la disponibilité d'un médecin peut permettre de répondre à cette attente, mais ne doit pas entraver le souhait de la personne de consulter directement son dossier. Pour ce faire, il est recommandé une consultation sur rendez-vous, qu'elle ait pour motif une demande de consultation du dossier, une demande de remise de copies du dossier ou une demande d'explications à posteriori. Elle doit être considérée au même titre qu'un autre acte médical, relevant des règles de la déontologie et de bonnes pratiques.

La finalité de cette consultation est de favoriser l'accès direct et la compréhension par la personne des informations la concernant. Elle ne peut être assimilée à un entretien de conciliation. Comme pour toute autre consultation, il doit en être fait mention dans le dossier.

Quand la personne et l'établissement ou le professionnel de santé sont distants ou lorsque la personne ne peut se déplacer, il est recommandé de proposer l'accès au dossier par l'intermédiaire d'un médecin choisi par la personne. En cas de refus ou si cette proposition n'est pas retenue dans le délai prévu pour communiquer le dossier, la copie de ce dernier est envoyée directement à la personne.

Quand la personne n'exprime pas de choix entre les différentes modalités de communication du dossier, il est recommandé qu'une consultation sur place avec accueil personnalisé dans le cadre d'un entretien médical soit proposée par défaut.

En cas de consultation sur place, il est recommandé de proposer un dispositif d'accueil au sein du service ou de l'établissement, dans un espace adapté. Les conditions doivent permettre de préserver l'intégrité du dossier (éviter les vols, dégradations, falsifications, pages arrachées, etc.).

Dans le cadre d'une consultation accompagnée, l'établissement propose un médecin qui pourra être présent ou sera disponible pour répondre aux éventuelles questions du demandeur. Idéalement, ce médecin sera celui qui a pris en charge la personne.

Après la consultation du dossier, un suivi de la personne doit être organisé si nécessaire. Dans le cas particulier de la présence d'une tierce personne lors de la consultation du dossier, à la demande de la personne ou du médecin, il est indispensable d'informer :

- Le demandeur du fait que la tierce personne aura connaissance d'informations strictement personnelles sur sa santé ;
- La tierce personne qu'elle est tenue pénalement de respecter la confidentialité des informations de santé de la personne qu'elle accompagne.

Si le demandeur souhaite la présence d'un tiers, mais ne peut pas désigner une personne dans son entourage, le recours à une personne qui n'a pas de conflit d'intérêts vis-à-vis des informations concernant sa santé (personne issue du milieu associatif, assistante sociale, médecin autre que le détenteur des informations auxquelles le demandeur souhaite avoir accès) peut lui être proposé, non seulement au moment de la consultation sur place du dossier, mais aussi lors du suivi éventuel.

En cas d'envoi d'une copie du dossier, le courrier d'accompagnement doit également informer des difficultés possibles d'interprétation des informations ainsi que, le cas échéant, des conséquences que peut avoir sur la personne la révélation de certaines informations ; une consultation médicale doit être suggérée en cas de besoin.

En cas d'envoi postal d'une copie du dossier ou de copies demandées après consultation sur place, il est proposé un envoi par recommandé avec avis de réception, qui garantit au mieux la confidentialité. La rédaction d'un bordereau joint au dossier avec la liste des copies envoyées au patient est recommandée.

Concernant les copies du dossier, l'article R. 1111-2 du Code de la santé publique prévoit qu'elles sont établies sur un support analogue à celui utilisé par le professionnel de santé, l'établissement de santé ou l'hébergeur, ou sur papier, au choix du demandeur et dans la limite des possibilités techniques du professionnel ou de l'organisme concerné. L'impossibilité éventuelle de reproduction de certains éléments du dossier (radiographie par exemple) ne doit pas faire obstacle à leur communication à la personne. En de telles circonstances, le droit d'accès ne peut s'exercer que par consultation sur place.

Dans le cas particulier de la psychiatrie, les malades hospitalisés en psychiatrie (y compris les malades hospitalisés sans leur consentement) ont un accès direct aux informations de santé recueillies dans le cadre de leur hospitalisation. À titre exceptionnel et en cas de risques d'une gravité particulière, l'accès aux informations recueillies dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement (hospitalisation d'office ou sur demande d'un tiers) peut être subordonné à la présence d'un médecin désigné par le demandeur. Si le demandeur refuse la présence du médecin, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie et son avis s'impose au demandeur et au détenteur des informations.

Il est rappelé que les proches ne sont pas titulaires du droit d'accès au dossier. Toutefois le législateur a prévu qu'en cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

Dans le cas particulier des personnes ayant des difficultés de communication, la transmission des informations doit être adaptée à leurs possibilités et les difficultés de compréhension doivent être prises en compte de manière spécifique.

## **II- LES MOYENS DE COMMUNICATION ENTRE LES MEDECINS HOSPITALIERS ET LES MEDECINS LIBERAUX**

La transmission des informations à l'usage des partenaires extrahospitaliers, conditionne la continuité des soins et la qualité de la prise en charge du patient après la sortie.

### **1. Compte rendu d'hospitalisation**

Le compte rendu d'hospitalisation constitue un élément essentiel du dossier médical. Il constitue une synthèse du séjour dans l'établissement, en regroupant les principales informations recueillies durant l'hospitalisation, le diagnostic de sortie, la thérapeutique proposée et les éléments du suivi médical ultérieur. Il constitue, de ce fait, un important support de communication entre médecins (l'article R.710-2-1 du Code de la santé publique en fait un élément obligatoire du dossier médical.)

### **2. Lettre**

La lettre consigne les principales informations pour assurer la coordination des soins à la sortie du patient (diagnostic, prescriptions médicales, et éléments du suivi médical).

### **3. Ordonnance de sortie**

Elle doit être lisible, pertinente quant aux choix des médicaments prescrits (ou autres prescriptions, comme par exemple le régime alimentaire) et doit inciter à une bonne observance (à l'aide d'une prescription avec le moins de médicaments possible ; d'une courte durée afin que le patient consulte rapidement son médecin traitant ; et enfin elle doit être expliquée).

La prescription du traitement de sortie, à poursuivre à l'issue du séjour, joue un rôle capital dans la continuité des soins, le patient ne consultant souvent son médecin traitant qu'après un certain délai.

#### 4. Carnet de santé

- Deux types :

- ⇒ Carnet de santé des assurés sociaux : l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 prévoit que tout patient de plus de 16 ans possède un carnet de santé, instrument de liaison entre les différents personnels de santé, « afin de favoriser la continuité des soins » ;
- ⇒ Carnet de santé de l'enfant : avant 16 ans, le carnet de santé est délivré à la naissance ou par le service de protection maternelle et infantile.

- Caractéristique :

Le carnet est personnel. À ce titre, il comprend tous les éléments nécessaires à l'identification (notamment le numéro de sécurité sociale), à l'exclusion du nom patronymique du patient.

Les personnes appelées à en prendre connaissance sont tenues par le respect du secret professionnel. Les carnets de santé de l'enfant sont conservés par les parents ou la personne ayant la charge de l'enfant jusqu'à sa majorité.

- Utilisation :

Les médecins amenés à donner des soins au patient doivent porter sur le carnet de santé les constatations pertinentes pour le suivi médical du patient, notamment la mention des actes effectués et celles des principaux examens et traitements et ce, dans le respect des règles de déontologie et en accord avec le patient.

Le décret d'application n° 96-925 du 18 octobre 1996 stipule que le carnet de santé d'un patient hospitalisé est rempli par le ou les médecins ayant pris en charge l'intéressé.

À ce jour, il semble que le carnet de santé des plus de 16 ans soit peu utilisé, il n'a pas répondu à sa mission, les patients l'ayant rarement sur eux et les médecins ne le demandant pas.

## 5. Dossier Médical Personnel

Le Dossier Médical Personnel (DMP), créé par la loi du 13 août 2004, devrait être généralisé d'ici juin 2007 pour tous les Français de plus de 16 ans. D'abord intitulé dossier médical partagé, celui-ci est devenu personnel, mettant ainsi l'accent sur le caractère propriétaire de l'information collectée plus que sur sa circulation collective. Le DMP vise à la fois à renforcer, la coordination des acteurs, à améliorer le recueil des données permettant l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles.

Le DMP est une application informatique qui permet de collecter des données individuelles de santé auprès des professionnels ; de conserver ces données en un lieu sécurisé ; de protéger ces données et de gérer des droits d'accès, enfin de mettre ces données à la disposition des personnes habilitées, simplement et rapidement.

Une note émise par le ministère de la santé ébauche d'ores et déjà ce qui pourrait constituer le noyau dur du DMP : lettre de sortie de l'hôpital, fiche de consultation, prescription médicamenteuse, examens complémentaires, résultats d'analyses biologiques, compte rendu d'examens radiologiques, délivrance médicamenteuse, protocole de prise en charge pour les patients en affection longue durée. Et on y trouverait les résultats d'examens biologiques ou radiologiques, et les comptes rendus d'hospitalisation. Le médecin, à chaque consultation, devrait y inscrire une note indiquant l'objet de la consultation et les éventuelles prescriptions.

Mais se posent un grand nombre de questions et beaucoup d'aspects restent à définir (6) :

- Quel sera le niveau de sécurisation et de confidentialité des données inscrites sur ce dossier ?
- Son exhaustivité, appelée de leurs vœux par une grande majorité de praticiens, ne sera-t-elle pas limitée par des aspects ergonomiques, ou plus prosaïquement par le droit d'opposition et de masquage du patient ?
- Au plan pratique, la charge de travail administratif des praticiens ne se verra-t-elle pas, une fois de plus augmentée ?
- Les rémunérations correspondantes sont-elles prévues ?
- Quelles seront les responsabilités respectives des éditeurs, des opérateurs et des professionnels de santé dans la tenue et la permanence des données ?

- Quels seront les mécanismes d'identification pour le patient ?

De son côté, l'Union Européenne soutient le projet NetCards, qui préfigure ce que sera la carte européenne d'assurance maladie électronique (CEAM).

Pour l'heure, l'objectif de cette carte reste modeste : elle vise à remplacer le formulaire E111 pour les soins médicaux des affiliés européens dans le cadre de déplacements temporaires en Europe.

Sur les sites olympiques d'Athènes et de Thessalonique, quatorze hôpitaux étaient équipés pour le traitement informatisé des cartes : CEAM, carte vitale, carte allemande, carte autrichienne. Le système a permis à plusieurs centaines de ressortissants européens d'être soignés sans avoir à avancer les frais médicaux. Dès cette année, l'expérimentation sera élargie aux régions pilotes de dix Etats membres.

Une fois l'interopérabilité des systèmes acquise au niveau européen, rien n'empêcherait, techniquement, des échanges plus fournis.

Disposerons-nous demain de cartes donnant accès à des informations de base pour des soins d'urgence partout en Europe ?

## **6. Téléphone**

Le médecin désigné par le patient peut être averti précocement, par ce moyen de communication, de la sortie et des conclusions du séjour.

C'est un moyen rapide, efficace et financièrement peu coûteux.

## **7. Nouvelles technologies de l'information et de la communication**

Notre société subit une profonde mutation. Après la révolution industrielle, nous vivons aujourd'hui, une nouvelle révolution : celle de l'information.

Koffi Annan, le Secrétaire Général de l'Organisation des Nations Unies, disait à ce propos : « une révolution technologique transforme actuellement notre société en profondeur. Bien exploitées et bien orientées, les technologies de l'information et de la communication peuvent améliorer tous les aspects de notre vie sociale, économique et culturelle. Elles peuvent aussi servir de moteur pour le développement au XXIe siècle ».

Les années 60 ont vu le développement de l'informatique de gestion, les années 70, les débuts de la robotique (automatisation de la production) et les années 80 le développement de la micro-informatique et des réseaux. On parlait jusqu'alors des Nouvelles Technologies de l'Information (NTI).

Au cours des années 90, alors que se sont généralisées les technologies des années 80, sont apparues les NTIC, issues du mariage de l'informatique, de l'électronique, des télécommunications et de l'audiovisuel.

Les nouvelles techniques de l'information et de la communication désignent l'ensemble des techniques électroniques utilisées dans les domaines de l'informatique, des télécommunications et de l'audiovisuel : ordinateurs, logiciels et réseaux de télécommunication.

Les NTIC concernent tous les secteurs d'activité humaine et s'imposent en ce début du nouveau millénaire comme un outil incontournable de développement.

Généralement, on associe aux NTIC deux concepts : celui des autoroutes de l'information et celui du multimédia :

- Les autoroutes de l'information

Cette locution, employée pour la première fois en 1992 par Al Gore, sénateur américain, désigne un ensemble de réseaux et services de télécommunication fonctionnant à bas ou haut débit, desservant tous les pays du monde et transmettant des informations numérisées (paroles, sons, textes, images ou vidéo). En France, on emploie également le terme « d'autoroutes électroniques ». La comparaison avec les autoroutes terrestres repose sur la

présence d'infrastructures fixes et sur l'objectif poursuivi : être capable d'assurer des liaisons longue distance et à haut débit. L'intérêt des autoroutes de l'information est qu'elles permettent la circulation de tous types de signaux sous forme numérisée via des réseaux différents (ondes, câbles, satellites...).

- Le multimédia

Ce terme caractérise l'utilisation simultanée de plusieurs modes de représentation de l'information (texte, son, image, séquence vidéo) et de plusieurs médias de communication. Le développement du multimédia est rendu possible par la numérisation des données qui induit une convergence entre l'informatique, l'audiovisuel, l'électronique grand public et les télécommunications.

L'avantage du multimédia est qu'il est interactif : il bénéficie ainsi d'une ergonomie simple et accessible et permet d'accéder librement, à diverses fonctions, et ce avec un temps de réponse acceptable. Pour avoir accès aux NTIC, deux systèmes de communication s'avèrent nécessaires : l'Intranet et l'Internet.

L'Intranet est une nouvelle approche de développement du système d'information en entreprise que permettent les Nouvelles Technologies. Il consiste à fournir un environnement de travail, permettant à l'ensemble des agents, le partage de l'information et de la communication, notamment de réaliser le courrier électronique, d'accéder à des bases de documents, de consulter des annuaires. C'est donc la structuration d'un dispositif d'échanges qui le plus souvent s'appuie sur les systèmes informatiques existants. Sa simplicité d'utilisation par un logiciel unique, le navigateur, en fait un outil puissant de documentation et de travail. L'Intranet permet ainsi de réguler l'information au sein d'une entreprise.

Quant à l'Internet, le réseau des réseaux, il offre aux moyens des télécommunications, des systèmes ouverts sur lesquels toutes les bases d'information dans le monde deviennent accessibles sans coût et sans délai.

Les NTIC concernent de plus en plus le domaine médical, permettant :

- L'accès aux nombreuses banques d'informations et de connaissances sur Internet. Il existe deux types de sites. Certains sont conçus comme des index (qui permettent de retrouver

- l'article dans lequel chercher l'information, comme par exemple National Library Of Medicine, MEDLINE, EMBASE, ISIS, PASCAL...); d'autres, fournissent directement l'information (par exemple les bases ADM, BCB, HAS, ORPHANET...);
- Le développement des systèmes d'information hospitaliers (SIH), qui ont pour vocation de faciliter la gestion de l'ensemble des informations médicales et administratives d'un hôpital et d'améliorer la qualité des soins distribués. Exemple du SIH mis en place en 1983 par l'IGR (SIMBAD) : il permet aujourd'hui d'accéder à environ 400 000 dossiers patients en ligne, avec 4 millions de résumés, et gère l'ensemble du dossier patient. (administratif, clinique, biologique, CRO, CR radiologiques...);
- Le partage des informations de santé, comme par exemple le DMP ou encore la télémédecine. La télémédecine va des transferts de données (comme l'imagerie médicale, l'enseignement à distance, les données sur des patients), à l'action directe du praticien sur le malade. On parle ainsi :
  - ⇒ De la télé-consultation et du télé-diagnostic (consultation médicale à distance) ;
  - ⇒ La télé-surveillance ou surveillance à distance d'un patient ;
  - ⇒ La télé-expertise (avis donné à distance par un expert ou un médecin) ;
  - ⇒ La téléformation (consultation des informations médicales comme les bases de données, l'imagerie et les cours de formation) ;
  - ⇒ La création de réseau de télémédecine (transmission des dossiers) ;
  - ⇒ La téléchirurgie (qui permet de manipuler du matériel médical à distance et d'avoir une action directe du praticien sur le patient).

Un autre exemple est l'application du partage de l'imagerie médicale, grâce à des réseaux, comme le PACS. Le PACS installé à l'IGR conduit à l'amélioration de la circulation de l'information radiologique dans son sens le plus large : depuis la demande des examens, jusqu'à la mise à disposition du résultat en intégrant images et compte rendu (qui est dupliqué et intégré également dans le SIH développé de l'IGR : SIMBAD). Après un an de fonctionnement, le bilan réalisé en juin 2001 fait apparaître : 17 465 patients sont inclus dans le PACS et le nombre total d'examens est de 58 274, soit 2 691 198 d'images intégrées dans le PACS. Le taux d'utilisation des consoles est de 100% par les radiologues, et le PACS est entré dans la routine quotidienne.

### III- DEFINITION DES SOINS PRIMAIRES

#### 1. Définition des soins de santé primaires

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lors de la déclaration d'Alma Ata, le 12 septembre 1978, donne une première définition des soins de santé primaires, en fixant une priorité : « la santé pour tous d'ici à l'an 2000 » (la santé étant un droit fondamental de l'être humain).

L'assemblée souligne que les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif.

La conférence internationale déclare ainsi :

- Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût tel que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.
  
- Les soins de santé primaires :
  - ⇒ Visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet ;

- ⇒ Comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels ;
- ⇒ Font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs ;
- ⇒ Exigent et favorisent au maximum l'auto responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer ;
- ⇒ Font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé - médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que s'il y a lieu, praticiens traditionnels - tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité ;
- ⇒ Tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'actions visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs. À cette fin, il sera nécessaire que s'affirme la volonté politique de mobiliser les ressources du pays et d'utiliser rationnellement les ressources extérieures disponibles.

## **2. Distinction des soins primaires**

Comme la communication à l'égard de la collaboration interdisciplinaire exige une compréhension et une langue communes, l'emploi des définitions et du langage revêt une grande importance. Ainsi en novembre 2002 ; au vu de la confusion qui règne, en ce qui concerne les termes -« soins de santé primaires », « soins primaires »- l'OMS établit un consensus sur le fait qu'il était indispensable de distinguer clairement les soins de santé primaires (tels que présentés dans la Déclaration d'Alma Ata) et les soins primaires (qui font référence aux services de soins de santé au niveau local).

Les participants ont proposé cette définition : « Les soins primaires se réfèrent à toute une série ou un ensemble de services de soins de santé de premier contact, directement accessibles au public ».

La Conférence nationale sur les soins de santé primaires, qui s'est tenue au Manitoba au printemps 2004, fait la lumière sur cette distinction importante.

Les soins primaires portent principalement sur la prévention et le traitement de la maladie. Les soins primaires peuvent englober l'immunisation, la prévention (cesser de fumer, faire de l'exercice), le diagnostic et le traitement de la maladie, mais ils s'interdisent une approche globale intersectorielle visant la promotion ou l'amélioration de la santé.

Mais surtout peut-être, les soins primaires sont axés sur les individus et les familles, et non sur la collectivité en tant qu'unité d'intervention.

Les soins de santé primaires sont une conception globale et égalitaire. Ils relient la santé et les soins de santé à l'organisation sociale et économique. Ils réalisent un juste équilibre entre la promotion de la santé et les soins de santé, la santé et les services sociaux, les individus et les collectivités.

Les soins primaires ne disparaissent pas sous les soins de santé primaires; ils en constituent un sous-ensemble indispensable. Ils sont complémentaires, et l'un ne peut être efficace ou efficient sans l'autre.

Selon les pays, il peut exister des définitions spécifiques. Par exemple, au Royaume-Uni, l'équipe de soins primaires comprend des infirmier(e)s en chirurgie et des infirmier(e)s

communautaires (infirmiers de district et visiteurs en santé), ainsi que des médecins (médecins généralistes). Elle agit comme un filtre pour les soins secondaires. Autre exemple : au Pays Bas, les services municipaux de santé, les médecins généralistes et les organisations de soins à domicile participent chacun pour une part aux soins primaires.

La littérature internationale démontre que les systèmes de santé basés sur des soins de santé primaires efficaces fournissent des soins plus rentables et plus satisfaisants au niveau clinique que les systèmes moins orientés en ce sens.

Il est souligné en conséquence dans la définition européenne de la médecine générale, qu'il est vital que le rôle complexe et essentiel du médecin généraliste au sein des systèmes de santé soit parfaitement compris par le corps médical, mais aussi par les professionnels associés à la médecine, les responsables de la santé, les économistes, les politiciens et le public.

La compétence fondamentale que représente la gestion des soins de santé primaire fait du médecin généraliste « le spécialiste » en soins primaires.

Ils sont les seuls à être formés à la synthèse et à la coordination des soins (coordonner les soins avec d'autres professionnels des soins primaires (gynécologues, pédiatres, psychiatres) ou d'autres spécialistes afin de fournir des soins efficaces et appropriés, en assumant un rôle de défenseur du patient quand cela est nécessaire), à la prise en charge globale et au premier recours (gérer le premier contact avec les patients).

## **IV- LES ENQUETES DE PRATIQUES**

### **1. Définition**

Une enquête de pratiques est une étude d'observation décrivant l'état des pratiques de la médecine au quotidien.

### **2. Les objectifs principaux**

- Acquisition de connaissances ;
- Élément d'une étude épidémiologique ;
- Outil de l'audit médical ;
- Méthode de mesure de l'impact d'un événement donné ;
- Élément d'appréciation pour une évaluation technologique ;
- Elaboration de recommandations pour la pratique.

### **3. Les objectifs complémentaires**

- Analyse des facteurs influençant
  - ⇒ Une prise de décision médicale ;
  - ⇒ Une pratique médicale.
- Estimation de la place potentielle d'une nouvelle technologie.

### **4. Les principes**

- Faire l'état des lieux des pratiques ;
- Recueillir l'opinion des praticiens ;
- Comparer des situations similaires ;
- Comparer une pratique idéale à la réalité du quotidien.

## **5. La localisation des informations**

- Recueil prospectif de données ;
- Dossiers médicaux ou apparentés ;
- Certificats obligatoires ;
- Registres informatisés ;
- Fichiers constitués ;
- Informations administratives ;
- Fichiers de gestion ;
- Questionnaires.

## **6. Les approches**

- Approche individuelle selon deux principes :
  - ⇒ Factuel - objectif (dossiers, labo...) ;
  - ⇒ Déclaratif (questionnaires ...).
- Approche collective.

## **7. Les étapes**

- Définir : sujet, budget, calendrier ;
- Elaborer le protocole : écrire, tester, valider ;
- Réaliser : mise en œuvre, rapport d'étude ;
- Diffuser : méthodologie et résultats.

## **8. Critères de qualité**

- Objectifs clairs, réalistes et utiles ;
- Population cible bien identifiée ;
- Technique d'échantillonnage appropriée ;
- Approche individuelle factuelle ;
- Indicateurs quantifiables pertinents ;
- Fiche de recueil ou questionnaire d'une bonne qualité ;
- Analyse statistique explicite et adéquate.

Dans tous les cas, l'aide d'un épidémiologiste et d'une personne appartenant à la population-cible renforcera la qualité de l'enquête.

## **9. Les limites**

- Le temps ;
- Le budget ;
- Les biais : échantillonnage, mesure, confusion ;
- Qualité variable des informations fournies, approche ;
- Source des données, échantillon

## **V- L'UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX**

### **1. Le rôle des Unions**

Organismes de droit privé, les Unions Régionales de Médecins Libéraux ont été créées par la loi du 4 janvier 1993. Les Unions sont nées de la volonté de la profession médicale de créer un outil indépendant, géré par elle et destiné à rassembler tous les médecins libéraux conventionnés d'une même région.

Les Unions ont pour vocation essentielle de « contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins ».

Leur ambition est également d'assurer une gestion autonome de la profession médicale et de valoriser l'image de la médecine libérale, qui doit jouer un rôle majeur au service de l'efficacité et de la modernité du système de santé.

### **2. Les missions des Unions**

Les missions des Unions sont différentes, mais complémentaires de celles qu'assument l'Ordre des Médecins, garant de l'éthique et de la déontologie, et les syndicats médicaux, défenseurs de la profession. Les Unions participent notamment aux actions suivantes :

- Analyse et étude relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux ;
- Evaluation des comportements et pratiques professionnelles ;
- Organisation et régulation du système de santé ;
- Prévention et actions en santé publique, coordination avec les autres professionnels de santé ;
- Information et formation des médecins et des usagers.

L'URML est l'interlocuteur technique représentant la médecine libérale auprès des instances régionales de notre région. Elle apporte son expertise mais aussi sa vision réaliste de l'exercice libéral dans toute sa diversité.

Elles assument les missions qui leur sont confiées à cet effet par la ou les conventions nationales visées à l'article L.162-5 du code de la Sécurité Sociale et celles qui leur sont confiées par les organisations syndicales représentatives de médecins :

- Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie ;
- Décret n° 93-1302 du 14 décembre 1993 relatif aux Unions Régionales des Médecins exerçant à titre libéral.

Par ailleurs, les sections des Unions contribuent, en liaison avec la Haute Autorité de Santé (HAS) à l'information des médecins libéraux sur les pratiques professionnelles individuelles et collectives. Elles organisent des actions d'évaluation des pratiques de ces médecins et participent à la diffusion des méthodes et référentiels d'évaluation. Les sections établissent également chaque trimestre, avec le concours de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), une analyse de l'évolution des dépenses médicales et communiquent les conclusions à l'ensemble des médecins libéraux de leur ressort ainsi qu'à l'Etat.

### **3. Les Unions, parlement des médecins libéraux**

Les membres des Unions sont élus tous les six ans par l'ensemble des médecins libéraux conventionnés de chacune des 26 régions de France. Les élus des Unions - 30 à 80 suivant les régions - sont issus de listes proposées par les syndicats de médecins libéraux représentatifs.

Les Unions, qui s'apparentent à un « parlement » des médecins libéraux, se composent de deux sections (généralistes, spécialistes) et élisent un bureau de six membres, parmi lesquels le président.

Chaque Union gère de manière autonome une dotation budgétaire provenant de la cotisation obligatoire versée par chaque médecin libéral en activité et prélevée par les URSSAF.

#### **4. Présentation de l'URML IDF**

Comme toutes les autres Unions, l'URML IDF répond aux besoins des médecins libéraux franciliens qui exercent chaque jour leur métier avec passion.

Les 2500 médecins libéraux de la région Ile-de-France élisent, tous les 6 ans :

- 40 membres de la section Généralistes ;
- 40 membres de la section Spécialistes.

Ces 80 membres, tous médecins libéraux en exercice, désignent à leur tour :

- Le bureau de l'Union (6 élus) ;
- Le bureau de la section Généralistes (3 élus) ;
- Le bureau de la section Spécialistes (3 élus).

##### Liste des différentes commissions :

- Besoins collectifs, prévention, santé publique ;
- Communication ;
- Conditions d'exercice et prospective démographique ;
- Evaluation des soins et des réseaux, et formation ;
- Finances ;
- Informatisation ;
- Locaux ;
- Organisation des soins (SROS et réseaux) ;
- Règlement intérieur ;
- Urgences et besoins individuels du malade.

<b>ETUDE</b>
--------------

Il s'agit d'une enquête de pratiques qui a pour but de :

- Analyser les caractéristiques de la sortie de l'hôpital des patients ;
- Recueillir les éléments qui concourent à la continuité des soins ;
- Repérer, décompter et analyser les éventuels dysfonctionnements ;
- Recueillir les opinions des médecins libéraux de soins primaires sur ces dysfonctionnements et les solutions qu'ils préconisent ;
- Proposer des recommandations de pratiques cliniques et des conseils aux patients hospitalisés.

Nous interrogerons les médecins de soins primaires, à savoir les médecins généralistes, les gynécologues, les psychiatres et les pédiatres.

## **I- MATERIELS ET METHODES**

La région Ile-de-France représente une superficie de 12 012 km<sup>2</sup>, une population recensée par l'INSEE en 1999 de 10 952 011 habitants.

Il existe 20 arrondissements parisiens, et huit départements au sein de la région Ile-de-France qui sont : Paris (75), Seine-et-Marne (77), Yvelines (78), Essonne (91), Hauts-de-Seine (92), Seine-Saint-Denis (93), Val-de-Marne (94), Val-d'Oise (95).

L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Ile-de-France enregistre :

- 8 430 généralistes (représentant 15,5% de l'ensemble des généralistes) ;
- 1 987 psychiatres (représentant 33% de l'ensemble des psychiatres) ;
- 1 000 gynécologues (représentant 21% de l'ensemble des gynécologues) ;
- 822 pédiatres (représentant 29% de l'ensemble des pédiatres).

## 1. Méthodes de sélection

### 1.1. Calcul de la taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon (ainsi que toutes les statistiques réalisées dans cette enquête) a été déterminée selon des méthodes statistiques usuelles et validées, grâce à l'aide précieuse du livre de Daniel Schwartz : « Statistique médicale et biologique » (7).

Le nombre minimum de patients nécessaires « n » a été obtenu en fixant un intervalle de confiance (encore appelé précision désirée) « i » à +/-2% ; un risque consenti à 5%, (correspondant à un écart réduit «  $\varepsilon$  » de 2) et en utilisant différentes proportions obtenues (« p » et « q ») grâce aux résultats d'un sondage préalable sur un petit échantillon. La taille minimum de l'échantillon est déterminée par la formule :  $n = (\varepsilon^2 pq) / i^2$ . Ainsi la taille minimum de l'échantillon a été estimée à 3000 sujets.

Il est à noter qu'il n'est pas nécessaire de prendre davantage de sujets dans l'échantillon pour une population très grande. La taille de la population n'intervient pas dans la formule de calcul de la précision d'un sondage.

Quant à l'augmentation de la taille de l'échantillon, elle n'aurait pas amélioré les résultats de manière significative, la précision du sondage étant proportionnelle à sa racine carrée. Ainsi, pour obtenir une précision 10 fois meilleure, il nous aurait fallu 100 fois plus de sujets soit 300 000 sujets (ce qui représenterait un coût non justifié).

### 1.2. Type d'étude sur l'échantillon

Il était essentiel d'anticiper en pensant aux biais possibles aux différents moments du sondage, et notamment celui de la détermination des sujets de notre échantillon.

Pour cela, nous avons décidé d'effectuer une randomisation de tous les médecins libéraux de soins primaires d'Ile-de-France (c'est-à-dire de déterminer par tirage au sort le groupe auquel est affecté chaque sujet).

Nous sommes partis sur un échantillon aléatoire de 3000 médecins stratifiés, sur le département et la spécialité, (ce qui veut dire que nous avons effectué un tirage au sort, distinct au sein de chaque département et chaque spécialité), ce qui limitait ainsi les fluctuations du hasard et nous garantissait que chacun des 8 départements d'IDF serait représenté à son poids réel dans le tirage au sort.

La distribution suivante de médecins libéraux d'Ile-de-France a donc été décidée : 2000 médecins généralistes, 400 psychiatres, 300 pédiatres, 300 gynécologues. Sur ce panel de 3000 médecins, nous espérons 10% de volontaires (du fait de la charge de travail demandée non indemnisée). Nous avons prévu 300 médecins libéraux de soins primaires, volontaires pour remplir notre questionnaire sur les 10 premiers patients vus en consultation ayant connu un séjour dans un établissement de santé public ou privé, au cours du mois précédant la consultation (unique critère d'inclusion dans cette étude prospective). Le primo consultant, en raison de son impossibilité de répondre aux questionnaires, représentait le seul critère d'exclusion.

À noter que les hospitalisations incluses dans le champ de cette étude correspondent à des hospitalisations de jour (chimiothérapie, bilan...), des courts séjours (y compris la maternité) ou enfin des moyens séjours (y compris la rééducation).

## **2. Méthodes d'intervention**

### **2.1. Sources de renseignements**

Nous nous sommes basés sur les fichiers de l'Union Régionale d'Ile-de-France pour avoir la liste complète des médecins de soins primaires d'Ile-de-France.

### **2.2. L'étude**

Avant même de débiter cette enquête, nous avons décidé de développer une démarche qualité de manière cohérente, efficace et si possible pérenne, en donnant à notre étude, les quatre dimensions reconnues (8) :

- Une dimension culturelle :

Il était très important dès le départ d'établir un travail en équipe, avec un esprit d'ouverture et de collaboration, ce qui a permis de donner un aspect humain à cette « entreprise », améliorant ainsi la motivation et l'implication des personnes qui y travaillent.

L'équipe des différents membres de la commission « évaluation des soins et des réseaux, et formation » de l'URML d'IDF (annexe 2), était appropriée puisqu'elle était déjà

formée dans ce sens. La mobilisation de ces différents acteurs nous a permis d'instaurer une dynamique d'amélioration de la qualité.

Et de plus il était fondamental de demander l'avis de satisfaction du patient, ainsi que de recueillir l'opinion des différents médecins libéraux de soins primaires pour pouvoir garantir une pérennisation de cette étude. L'inverse aurait constitué une réelle perte de chance pour les patients, par acquisition seulement de petits résultats temporaires (annexe3).

- Une dimension stratégique, en clarifiant les objectifs : cela permettait une priorisation des actions et donc la focalisation des efforts en vue de l'atteinte des objectifs.

- Une dimension technique :

Nous avons décidé de nous entourer des conseils d'un prestataire ; pour obtenir une plus grande maîtrise des aspects techniques, avec une attente en terme de qualité, de coût et de délai vis-à-vis de celui-ci.

La stratégie adoptée a été de lancer un appel d'offre pour trouver un prestataire en clarifiant en premier lieu les objectifs de l'enquête ; et dans un second plan les compétences requises sur le plan appui méthodologique et sur le plan statistique.

Ainsi nous demandions :

⇒ Sur le plan méthodologique et logistique :

- Une proposition d'un calendrier des actions ;
- L'aide à l'adaptation du questionnaire aux objectifs poursuivis ;
- La confection des documents de collecte de l'information ;
- L'aide à la constitution d'un échantillon représentatif de médecins libéraux à interroger ;
- L'envoi et la saisie des questionnaires ;
- L'aide à la conception d'un plan de rapport ;
- L'aide à la relecture et la cohérence du rapport final.

⇒ Sur le plan statistique : une expertise statistique portant sur différentes phases de l'enquête (échantillonnage, traitement-statistique des réponses aux questionnaires).

Ainsi début septembre 2004, sur toutes les réponses à l'appel d'offre, le choix de la commission d'évaluation de l'URML s'est porté sur la société CAREPS (Centre Rhône Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire) (annexe 4).

Une convention a donc été signée avec la société CAREPS fin octobre 2004 pour obtenir cet appui méthodologique, permettant d'établir la répartition des tâches entre les différents acteurs de la démarche.

Nous nous étions fixés un calendrier d'objectifs marqué par des réunions au sein même de l'établissement de l'URML d'IDF avec une animation pour faire vivre la démarche (orchestrée par le directeur de la commission) avec une communication ascendante et descendante, et un bilan des actions conduites et des résultats obtenus.

- Et enfin une dimension structurelle : avec la mise en place des structures de pilotage et de coordinations nécessaires au sein même de la commission d'évaluation de l'URML d'Ile-de-France.

Une fois nos composantes politique et stratégique définies, nous avons établi le questionnaire. Grâce à celui-ci, nous avons effectué une étude de faisabilité au sein même des médecins libéraux de soins primaires de la commission (une dizaine). Celle-ci, nous a permis de réadapter, d'affiner, et de valider la cohérence du questionnaire, d'établir la taille minimum de l'échantillon pour cette étude, et de donner une approximation de la durée probable de l'inclusion de l'enquête.

Puis dans le cadre de la constitution d'un panel de médecins volontaires, la société CAREPS a envoyé, avec notre accord et à l'en-tête de l'URML, mi-décembre 2004, un courrier de sensibilisation (annexe 5) aux 3000 médecins de soins primaires randomisés à partir des fichiers de l'URML.

La société CAREPS était chargée de nous fournir une aide à l'élaboration de ce courrier de recrutement, de le dupliquer en 3000 exemplaires (noir et blanc), mais aussi de la confection des coupons-réponses (annexe 6); et enfin de les expédier (avec adjonction de 3000 enveloppes et timbres). La réponse était possible aussi par fax.

Le courrier de recrutement (annexe 5) a été fractionné en deux, ne laissant sur la lettre elle-même que des informations essentielles pour entraîner l'adhésion, tandis que les autres

éléments, moins capitaux, figuraient au verso de la feuille.

S'agissant du coupon-réponse (annexe 6), la mention automatique du numéro d'identifiant nous permettait de faire l'économie de quelques questions : adresse et spécialité. Par contre, nous avons décidé d'étoffer celui-ci (soulageant en contrepartie le questionnaire) pour connaître le profil des médecins volontaires avant le début de l'enquête.

Ceci a permis à la société CAREPS, de faire le repérage des médecins volontaires. Ce repérage s'est fait en deux temps puisque nous avons procédé à un tirage complémentaire pour améliorer notre effectif (fin janvier 2005).

Nous avons constitué notre échantillon complémentaire de la manière suivante :

- 300 médecins traitants, qui se limitaient aux 4 départements sous-représentés de manière à approcher chez les volontaires l'image de la réalité, sur le plan de la distribution géographique. 170 généralistes pour le 75, 50 pour le 92, 50 pour le 95, 30 pour le 94 ;
- Et de 50 pédiatres, qui s'est fait au prorata de la population médicale du département, en raison du taux de réponse homogène.

Ainsi début mars 2005, tous les questionnaires (annexe 7) étaient envoyés, avec adjonction d'une enveloppe timbrée. La collecte des informations, y compris la relance, a nécessité un mois et demi (se terminant ainsi mi-avril 2005). Le retour du questionnaire en direction de la société CAREPS pouvait se faire soit au moyen d'une enveloppe T jointe, soit par fax. Les médecins concernés ont reçu un premier courrier de relance un mois après la réception du questionnaire, rappelant la fin de la période d'inclusion.

A noter qu'une deuxième relance auprès des non-répondants a été effectuée après un délai court de deux semaines.

### 2.3. Durée d'inclusion

La période de recueil a été limitée à un mois, même si les 10 questionnaires n'avaient pas été renseignés. Par contre, cette durée de collecte d'informations pouvait être raccourcie, si les 10 cas avaient été collectés dans un temps plus court.

Il était important de fixer une date butoir « deadline » pour que cette enquête soit rythmée par des objectifs temps.

Enfin, la durée d'un mois était suffisante d'après l'étude de faisabilité effectuée au sein des membres de la commission de l'URML.

### 2.4. Recueil de données

Le recueil et la saisie des données (par le logiciel SPSS) ont été effectués par la société CAREPS.

Les données ont été saisies au fur et à mesure de leur arrivée.

Puis ces données ont été transmises à L'Union Régional des Médecins Libéraux d'Ile-de-France, dans le format Excel pour permettre leur exploitation et faciliter l'analyse des résultats.

### 2.5. Le coût de l'étude

- Sur le plan technique : les frais de cette étude se décomposaient en :
  - ⇒ La mission d'appui méthodologique comprenant :
    - Dans un premier temps la discussion sur le questionnaire et méthode, maquette, conseils sur l'échantillonnage ;
    - Dans un second temps l'accompagnement : plan d'analyse, plan rapport, relecture, contrôle statistique.
  - ⇒ La mission logistique comprenant :
    - Dans un premier temps le recrutement des médecins volontaires, confection des cahiers, envoi et réception des cahiers, mailing à 3350 médecins (frais postaux et fournitures comme les enveloppes, étiquettes, enveloppes retours, enveloppes T, timbres), recueil des

coupons réponses ; circulaire en fin d'étude, recueil des cahiers, relance postale ;

- Dans un second temps la saisie des questionnaires patients.

Le coût total a été estimé à environ 15 000 € TTC.

- Sur le plan humain, mon implication m'a fait découvrir la charge de travail d'une telle enquête étalée sur un an et demi. Les moyens utilisés ont été : e mail, vidéo conférences, appels téléphoniques et réunions nocturnes au sein même de l'URML d'Ile-de-France.

### **3. Méthodes d'observation**

L'enquête a été faite à partir d'un questionnaire de 3 pages, sur format A4 (annexe 7). Celui-ci pouvait être renseigné en moins de 3 minutes. Et toujours dans le dessein d'une amélioration d'adhésion, le guide de remplissage a été mis volontairement au niveau même des questions afin de faciliter les réponses.

Afin de faciliter l'analyse, nous avons opté pour un questionnaire contenant des questions fermées, sauf une à caractère ouvert s'adressant aux médecins libéraux s'intitulant « Vos commentaires libres » correspondant à un espace de libre expression.

Ce questionnaire se composait de 3 grandes parties :

- Un rappel très succinct du protocole ;
- Une fiche « médecin » avec uniquement un commentaire libre (les caractéristiques du médecin figurant dans le coupon-réponse) ;
- 10 dossiers patients numérotés contenant chacun 24 questions.

#### 4. Méthodes d'évaluation des résultats

Au préalable, nous avons fusionné les parties de notre enquête (enquête coupon-réponse et le questionnaire) grâce au numéro d'identification du patient.

Nous avons utilisé le logiciel MODALISA : logiciel d'analyse de contenu, de traitements quantitatifs et qualitatifs des entretiens et de questionnaires, diffusé par la société Kynos.

L'URML est acquéreur de la version courante de ce logiciel. Grâce à ce logiciel, nous avons pu effectuer une saisie rapide, des analyses monovariées, bi-variées, multifactorielles.

Pour évaluer ces résultats nous avons utilisé :

- Les pourcentages : plus simples à utiliser et qui conviennent bien à l'interprétation des résultats d'une étude descriptive ;
- Le test du chi<sup>2</sup>.

Il permet d'analyser la liaison qualitative ou de comparer deux pourcentages observés, il se calcule en faisant la somme de la différence de l'effectif observé et de l'effectif calculé (ou théorique) élevée au carré et divisée par l'effectif calculé soit  $\chi^2 = \sum [(effectif\ observé - effectif\ calculé)^2 / effectif\ calculé]$ .

L'effectif calculé se calcule à partir du tableau de contingence à L lignes et C colonnes et est le produit du total de sa ligne par le total de sa colonne divisé par le total général soit :

Effectif calculé = [(total de la ligne \* total de la colonne)] / total général.

En pratique, la valeur de chi<sup>2</sup>, ainsi que sa comparaison avec la table du chi<sup>2</sup> étaient automatiques grâce à ce logiciel, ce qui nous a permis de déterminer très rapidement si les résultats étaient significatifs ou non.

## II- RESULTATS

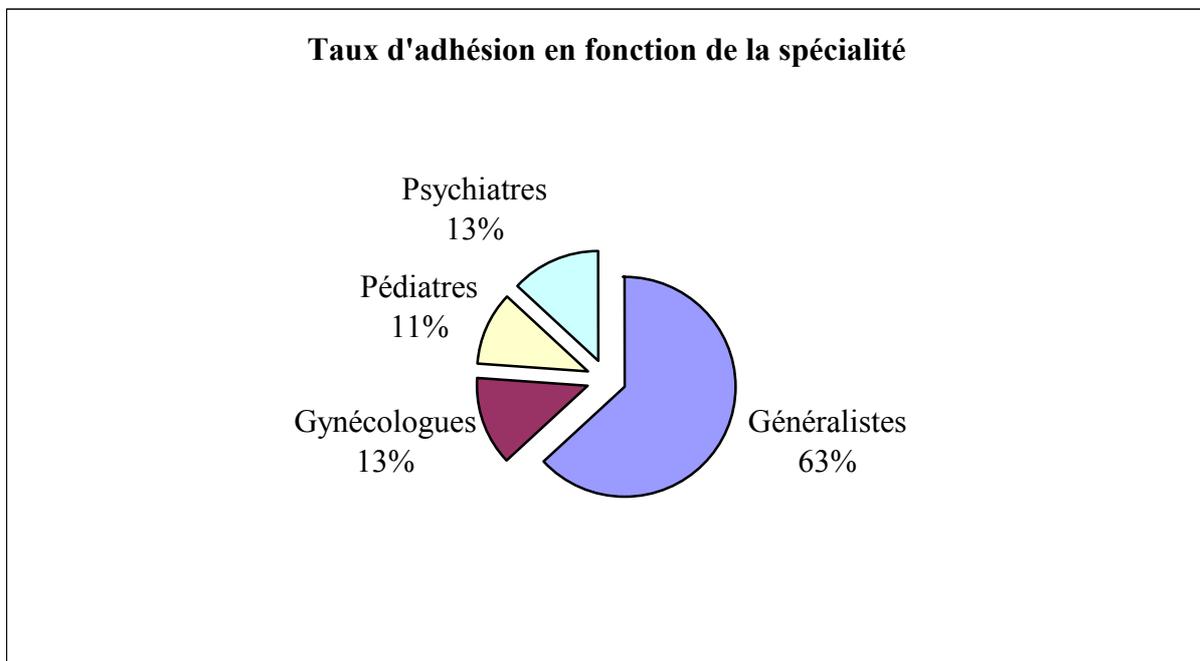
### 1. Description de l'échantillon

#### 1.1. Les médecins

##### 1.1.1. La répartition

###### 1.1.1.1. Taux d'adhésion en fonction de la spécialité

Sur le nombre total de médecins participant à l'enquête (n=109), la meilleure adhésion à cette étude a été celle des généralistes avec 63% de participation. Des taux plus faibles étaient observés chez les psychiatres (13%), les gynécologues (13%) et un niveau moindre (11%) chez les pédiatres. Les médecins généralistes étaient bien plus nombreux comparés au faible effectif des spécialistes répondants.



Médecins sollicités, médecins volontaires, médecins participants (renvoi questionnaire) et  
nombre de cas notifiés

	<b>N sollicités</b>	<b>N volontaires</b>	<b>N participants</b>	<b>N cas notifiés</b>	<b>N cas moyen/médecin</b>
Généralistes	2300	162 (7,0%)	69	341	4.9
Pédiatres	400	33 (8,2%)	12	57	4.8
Gynécologues	350	33 (9,4%)	14	52	3.7
Psychiatres	450	35 (7,8%)	14	34	2.4
<b>Ensemble</b>	<b>3350</b>	<b>263 (7,8%)</b>	<b>109</b>	<b>484</b>	<b>4.4</b>

### 1.1.1.2. Taux d'adhésion en fonction du département

Il est apparu une sous-représentation des médecins généralistes parisiens, ils étaient 15% dans l'échantillon (contre 21% dans le fichier URML) et des médecins généralistes du 93 (4% des répondants contre 12% dans la réalité). À l'opposé, les médecins généralistes du 78 étaient sur-représentés (17% contre 13% dans le fichier), de même que les médecins du 91 (23% contre 10% dans le fichier).

La distribution de l'ensemble des médecins participants était la suivante :

#### Paris intra muros:

24 médecins de Paris intra muros ont participé sur 109 (22%), ils ont notifié 113 cas (4,7 en moyenne par médecin, de 0 à 10 selon le médecin).

#### Département 77:

11 médecins du 77 ont participé sur 109 (10,1%), ils ont notifié 47 cas (4,3 en moyenne par médecin, de 0 à 10 selon le médecin).

#### Département 78:

18 médecins du 78 ont participé sur 109 (16,5%), ils ont notifié 56 cas (3,1 en moyenne par médecin, de 0 à 10 selon le médecin).

Département 91:

20 médecins du 91 ont participé sur 109 (18,3%), ils ont notifié 83 cas (4,2 en moyenne par médecin, de 0 à 10 selon le médecin).

Département 92:

12 médecins du 92 ont participé sur 109 (11%), ils ont notifié 71 cas (4,2 en moyenne par médecin, de 0 à 10 selon le médecin).

Département 93:

5 médecins du 93 ont participé sur 109 (4,6%), ils ont notifié 22 cas (4,4 en moyenne par médecin, de 0 à 10 selon le médecin).

Département 94:

11 médecins du 94 ont participé sur 109 (10,1%), ils ont notifié 45 cas (4,1 en moyenne par médecin, de 0 à 10 selon le médecin).

Département 95:

8 médecins du 95 ont participé sur 109 (7,3%), ils ont notifié 47 cas (5,9 en moyenne par médecin, de 0 à 10 selon le médecin).

La moyenne du nombre de patients hospitalisés par les médecins participants était de 4,4.

Les pédiatres n'ont pas participé à l'étude dans le 93 et le 95.

Les psychiatres n'ont pas participé à l'étude dans le 77 et le 95.

Enfin nous avons relevé deux gynécologues participants sans cas notifié (93, 94).

Distribution par département

Nombre de médecins participants (N) et nombre de cas (C) notifiés, minimum, maximum, moyenne

		75	77	78	91	92	93	94	95	Total
Généralistes	C Minimum	2	0	0	1	0	3	0	1	<b>0</b>
	C Maximum	10	10	7	10	10	10	10	10	<b>10</b>
	C Moyenne	7,0	3,3	3,1	4,6	6,3	6,3	5,1	5,5	<b>4,9</b>
	C Somme	70	23	37	74	44	19	41	33	<b>341</b>
	N	N=10	N=7	N=12	N=16	N=7	N=3	N=8	N=6	<b>N=69</b>
Gynécologues	C Minimum	1	3	1	2	1	0	0	4	<b>0</b>
	C Maximum	8	3	10	2	7	0	0	10	<b>10</b>
	C Moyenne	3,3	3,0	5,0	2,0	4,0	0	0	7,0	<b>3,7</b>
	C Somme	10	3	15	2	8	0	0	14	<b>52</b>
	N	N=3	N=1	N=3	N=1	N=2	N=1	N=1	N=2	<b>N=14</b>
Pédiatres	C Minimum	2	3	1	6	9	0	1	0	<b>1</b>
	C Maximum	10	10	2	6	9	0	1	0	<b>10</b>
	C Moyenne	4,3	7,0	1,5	6,0	9,0	0	1,0	0	<b>4,8</b>
	C Somme	17	21	3	6	9	0	1	0	<b>57</b>
	N	N=4	N=3	N=2	N=1	N=1	N=0	N=1	N=0	<b>N=12</b>
Psychiatres	C Minimum	0	0	1	0	1	3	3	0	<b>0</b>
	C Maximum	6	0	1	1	9	3	3	0	<b>9</b>
	C Moyenne	2,3	0	1,0	0,5	5,0	3,0	3,0	0	<b>2,4</b>
	C Somme	16	0	1	1	10	3	3	0	<b>34</b>
	N	N=7	N=0	N=1	N=2	N=2	N=1	N=1	N=0	<b>N=14</b>
<b>Ensemble des médecins</b>	<b>C Minimum</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
	<b>C Maximum</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
	<b>C Moyenne</b>	<b>4,7</b>	<b>4,3</b>	<b>3,1</b>	<b>4,2</b>	<b>5,9</b>	<b>4,4</b>	<b>4,1</b>	<b>5,9</b>	<b>4,4</b>
	<b>C Somme</b>	<b>113</b>	<b>47</b>	<b>56</b>	<b>83</b>	<b>71</b>	<b>22</b>	<b>45</b>	<b>47</b>	<b>484</b>
	<b>N</b>	<b>N=24</b>	<b>N=11</b>	<b>N=18</b>	<b>N=20</b>	<b>N=12</b>	<b>N=5</b>	<b>N=11</b>	<b>N=8</b>	<b>N=109</b>

9 médecins répondants (dont 4 généralistes) ont notifié 0 cas et 20 médecins (dont 16 généralistes) ont notifié 10 cas.

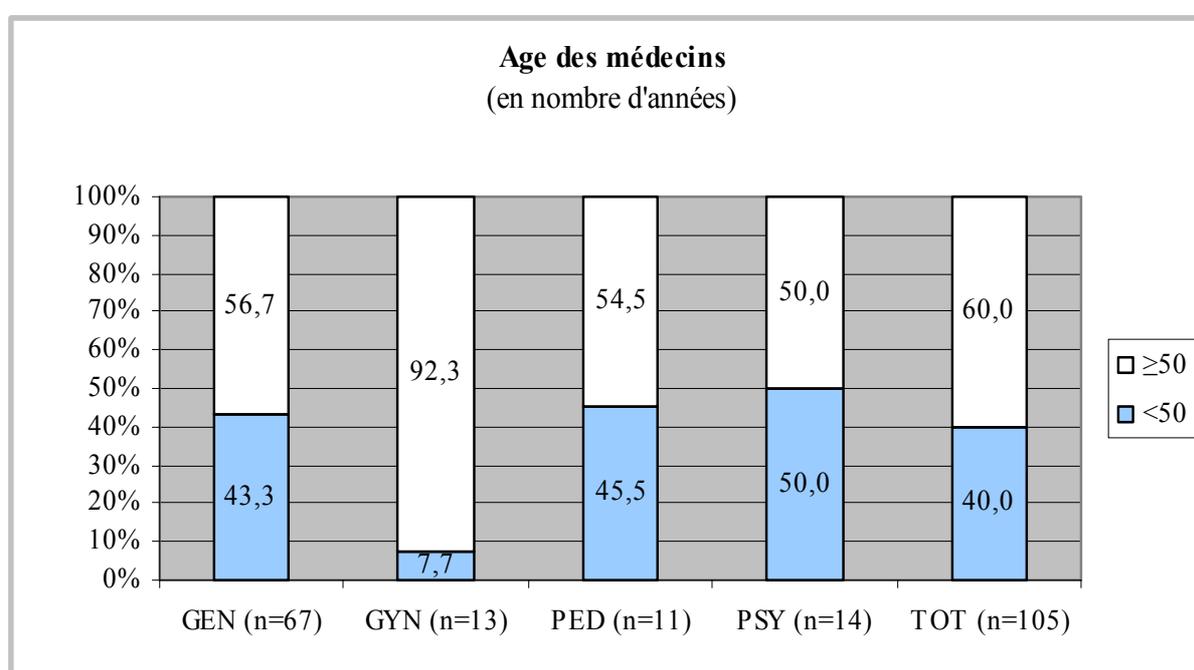
Distribution des médecins selon le nombre de cas notifiés

		Valide											Total
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Médecins généralistes	Fréquence	4	6	11	12	5	3	6	4	0	2	16	<b>69</b>
	Pour cent	5,8	8,7	15,9	17,4	7,2	4,3	8,7	5,8	0	2,9	23,2	<b>100</b>
Gynécologues	Fréquence	2	4	1	1	2	0	0	1	1	0	2	<b>14</b>
	Pour cent	14,3	28,6	7,1	7,1	14,3	0	0	7,1	7,1	0	14,3	<b>100</b>
Pédiatres	Fréquence	0	2	3	2	0	0	1	0	1	1	2	<b>12</b>
	Pour cent	0	16,7	25,0	16,7	0	0	8,3	0	8,3	8,3	16,7	<b>100</b>
Psychiatres	Fréquence	3	4	1	3	1	0	1	0	0	1	0	<b>14</b>
	Pour cent	21,4	28,6	7,1	21,4	7,1	0	7,1	0	0	7,1	0	<b>100</b>
Ensemble des médecins	Fréquence	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>20</b>	<b>109</b>
	Pour cent	<b>8,3</b>	<b>14,7</b>	<b>14,7</b>	<b>16,5</b>	<b>7,3</b>	<b>2,8</b>	<b>7,3</b>	<b>4,6</b>	<b>1,8</b>	<b>3,7</b>	<b>18,3</b>	<b>100</b>

## 1.1.2. Caractéristiques des participants

### 1.1.2.1. Répartition selon la classe d'âge

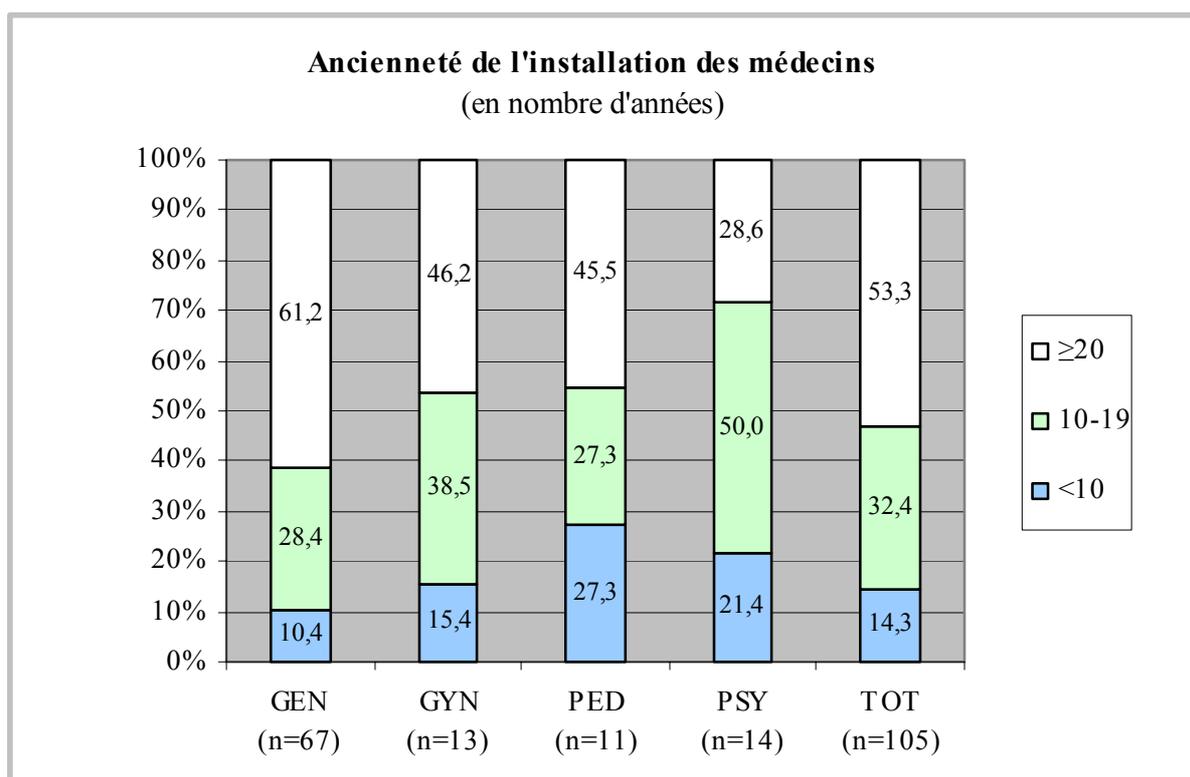
Sur 105 réponses, la moyenne d'âge des médecins ayant participé à l'étude était de 50 ans (36-68 ans). L'âge des gynécologues était légèrement plus élevé que celui des autres médecins répondants, avec une moyenne de 53,8 ans (41-63 ans).



	<b>GEN</b>	<b>GYN</b>	<b>PED</b>	<b>PSY</b>	<b>Total</b>
Minimum	36	41	39	38	36
Maximum	63	63	68	62	68
<b>Moyenne</b>	<b>50,3</b>	<b>53,8</b>	<b>50,9</b>	<b>49,9</b>	<b>50,8</b>
Médiane	51,0	53,0	50,0	49,5	52,0
N valide	N=67	N=13	N=11	N=14	N=105

### 1.1.2.2. Nombre d'années d'installation

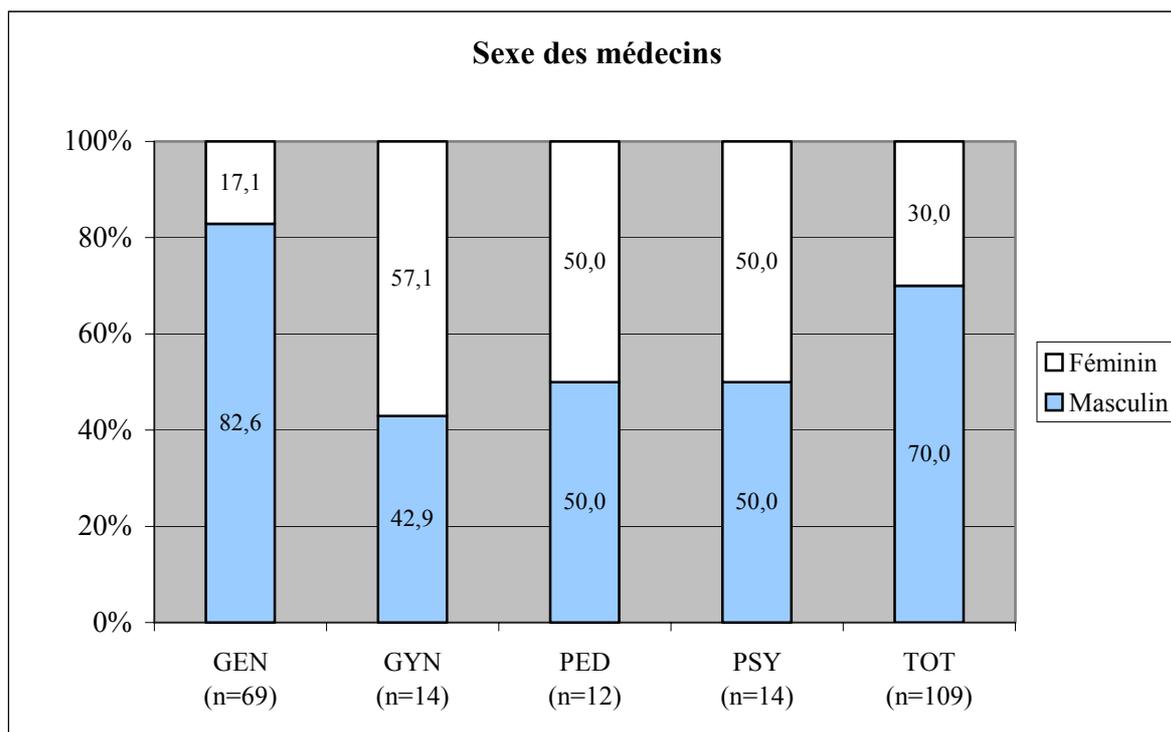
Sur 105 dossiers renseignés, la moyenne du nombre d'années d'installation des médecins répondants était de 19,3 ans. Elle était de 20,4 années pour les généralistes, 19 pour les gynécologues, 18,5 pour les pédiatres et de 15,3 pour les psychiatres.



	GEN	GYN	PED	PSY	Total
Minimum	4	2	6	2	2
Maximum	34	30	32	27	34
<b>Moyenne</b>	<b>20,4</b>	<b>19,0</b>	<b>18,5</b>	<b>15,3</b>	<b>19,3</b>
Médiane	22	19	18	16	21
N valide	N=67	N=13	N=11	N=14	N=105

### 1.1.2.3. Répartition selon le sexe

On notait une large prédominance du sexe masculin (70%) pour les médecins répondant à l'enquête.

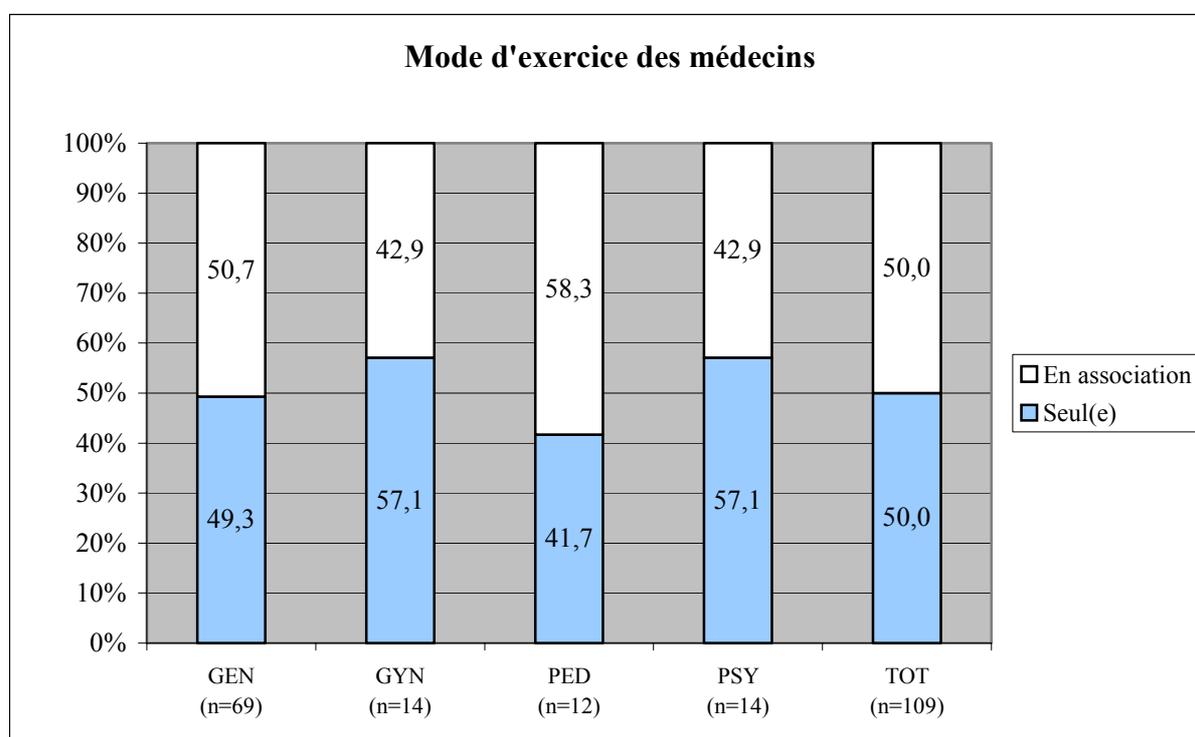


	<b>GEN</b>	<b>GYN</b>	<b>PED</b>	<b>PSY</b>	<b>Total</b>
Masculin	57	6	6	7	76
Féminin	12	8	6	7	33
Total	N=69	N=14	N=12	N=14	N=109

### 1.1.2.4. Renseignements sur l'activité des médecins

#### 1.1.2.4.1. Seul ou en association

Globalement la moitié des médecins répondants travaillaient seuls, alors que l'autre moitié travaillaient en association.



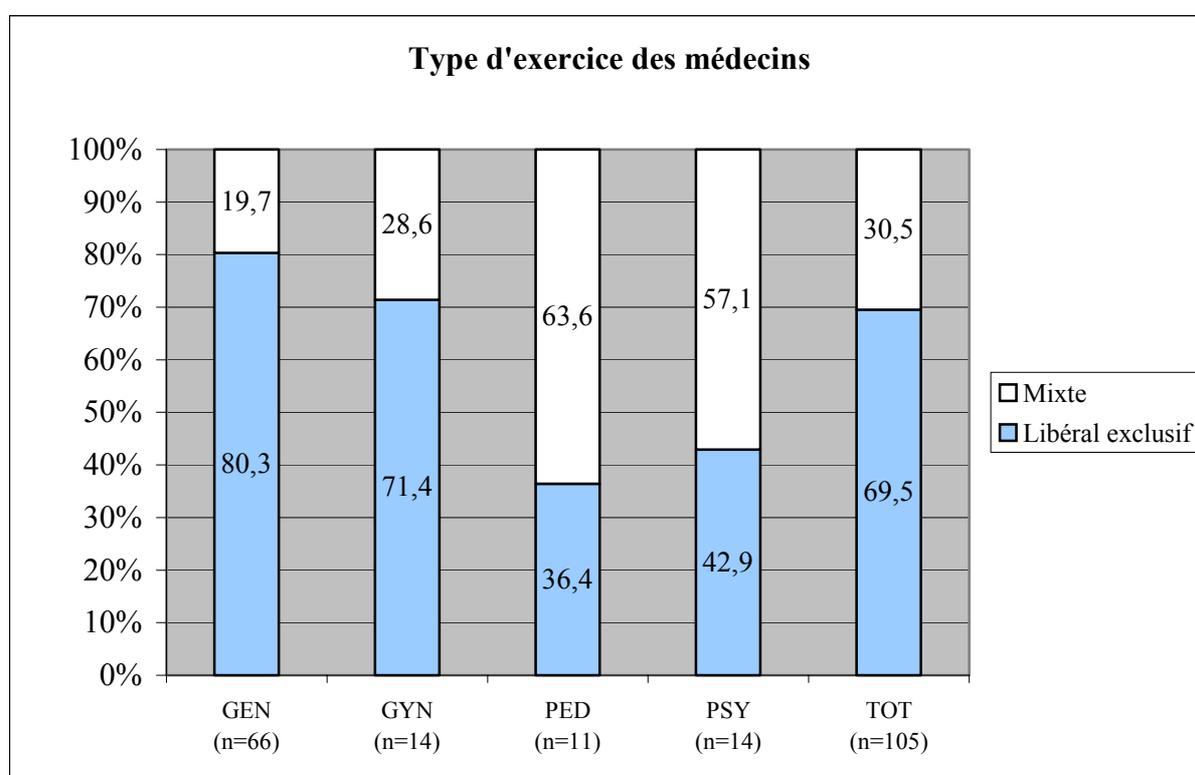
	<b>GEN</b>	<b>GYN</b>	<b>PED</b>	<b>PSY</b>	<b>Total</b>
Seul(e)	34	8	5	8	55
En association	35	6	7	6	54
Total	N=69	N=14	N=12	N=14	N=109

### 1.1.2.4.2. Mode d'exercice : libéral exclusif ou mixte

Le pourcentage des médecins travaillant en libéral exclusif était plus important chez les généralistes (80,3%) et chez les gynécologues (71,4%).

À l'inverse, le pourcentage des médecins ayant une activité mixte était plus important chez les pédiatres (63,6%) et chez les psychiatres (57,1%).

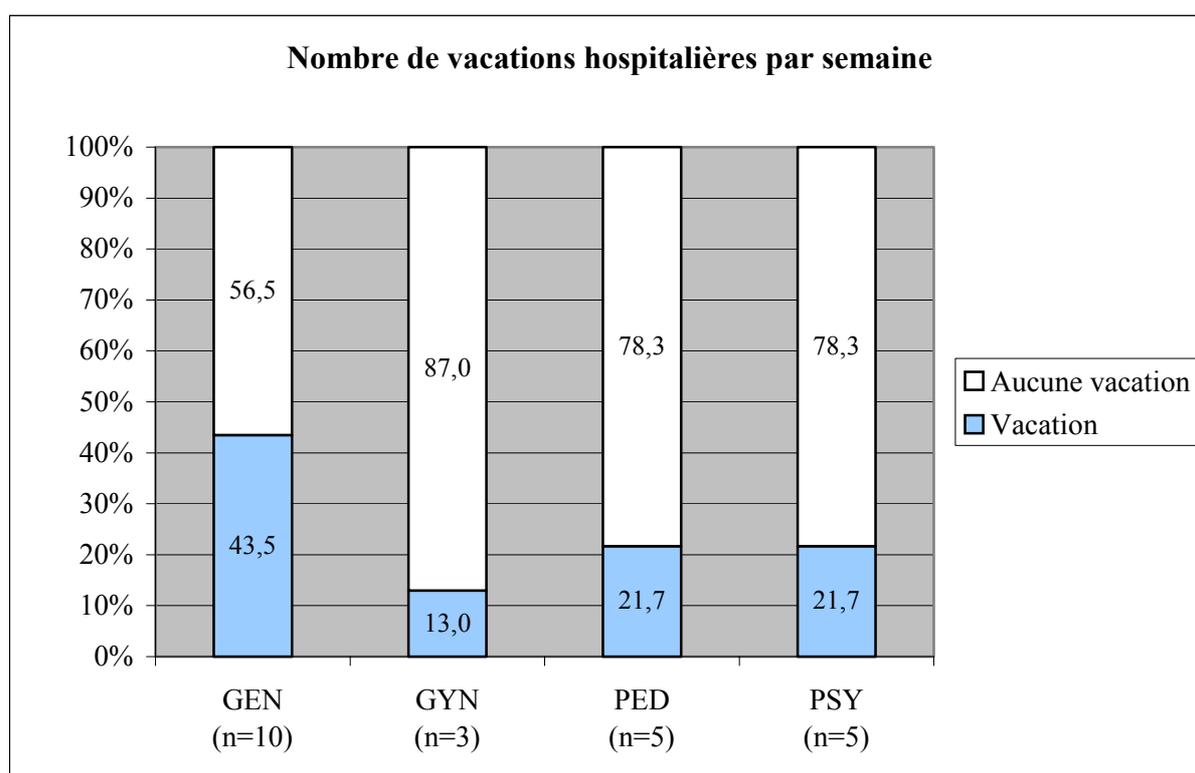
D'une manière générale, les médecins répondants étaient majoritairement en exercice libéral exclusif (69,5%).



	GEN	GYN	PED	PSY	Total
Libéral exclusif en cabinet	53	9	4	6	72
Libéral exclusif en établissement	0	1	0	0	1
Libéral + salarié hôpital	7	3	4	8	22
Libéral + salarié autre structure	3	1	2	0	6
Libéral + salarié hôpital et autre	3	0	1	0	4
Total	N=66	N=14	N=11	N=14	N=105

### 1.1.2.4.3. Nombre de vacances hospitalières pour les 23 médecins salariés à l'hôpital

23 médecins répondants étaient salariés dans un établissement de santé, et pratiquaient 1 à 6 vacances par semaine.



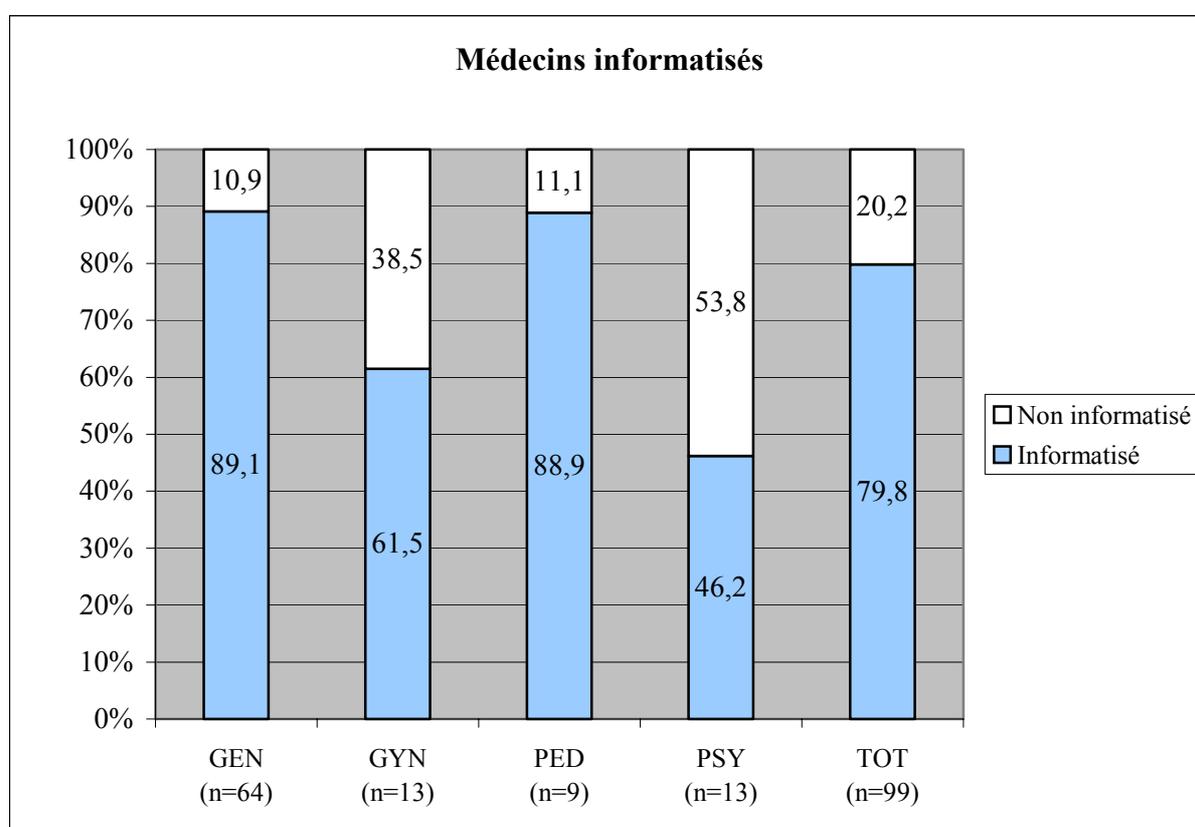
	<b>GEN</b>	<b>GYN</b>	<b>PED</b>	<b>PSY</b>	<b>Total</b>
Minimum	1	1	1	1	1
Maximum	5	2	6	6	6
<b>Moyenne</b>	<b>2,4</b>	<b>1,3</b>	<b>2,6</b>	<b>3,0</b>	<b>2,4</b>
Médiane	3,0	1,0	2,0	2,0	2,0
N valide	N=10	N=3	N=5	N=5	N=23

#### 1.1.2.4.4. Médecins informatisés

Le pourcentage des médecins informatisés était plus important chez les généralistes (89,1%) et chez les pédiatres (88,9%).

À l'inverse, le pourcentage des médecins informatisés était moins important chez les gynécologues (61,5%) et encore moindre chez les psychiatres (46,2%).

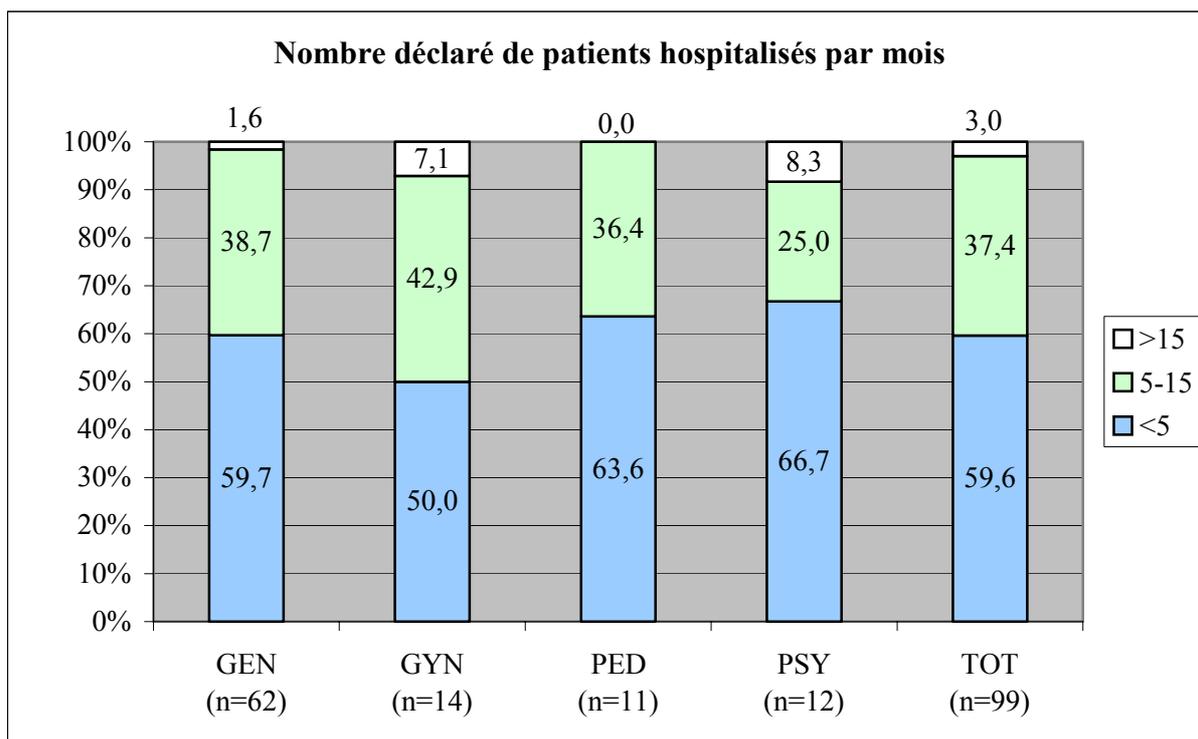
D'une manière générale, les médecins répondants étaient informatisés (79,8%).



	<b>GEN</b>	<b>GYN</b>	<b>PED</b>	<b>PSY</b>	<b>Total</b>
Informatisé	57	8	8	6	79
Non informatisé	7	5	1	7	20
Total	N=64	N=13	N=9	N=13	N=99

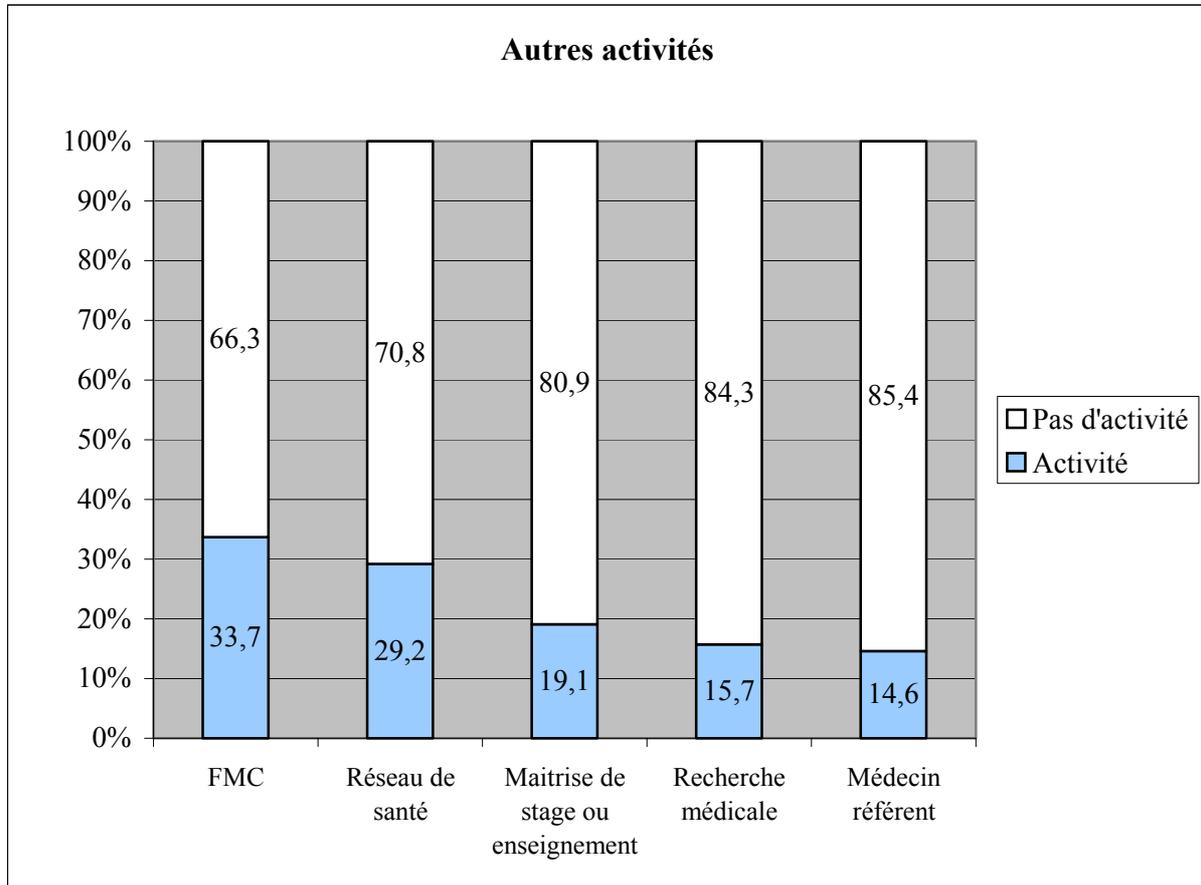
### 1.1.2.4.5. Nombre déclaré de patients hospitalisés par mois (y compris hospitalisation de jour)

Dans la majorité des cas, les médecins répondants hospitalisaient moins de cinq patients par mois.



	GEN	GYN	PED	PSY	Total
<5	37	7	7	8	59
5-15	24	6	4	3	37
>15	1	1	0	1	3
Total	N=62	N=14	N=11	N=12	N=99

## 1.1.2.4.6. Autres activités



	GEN	GYN	PED	PSY	Total
Médecin référent	13	0	0	0	13
Recherche médicale	8	0	3	3	14
Activité en FMC	21	3	2	4	30
Maîtrise de stage ou. enseignement	14	0	1	2	17
Activité en réseau de santé	22	3	0	1	26
Total	N=63	N=10	N=8	N=8	N=89

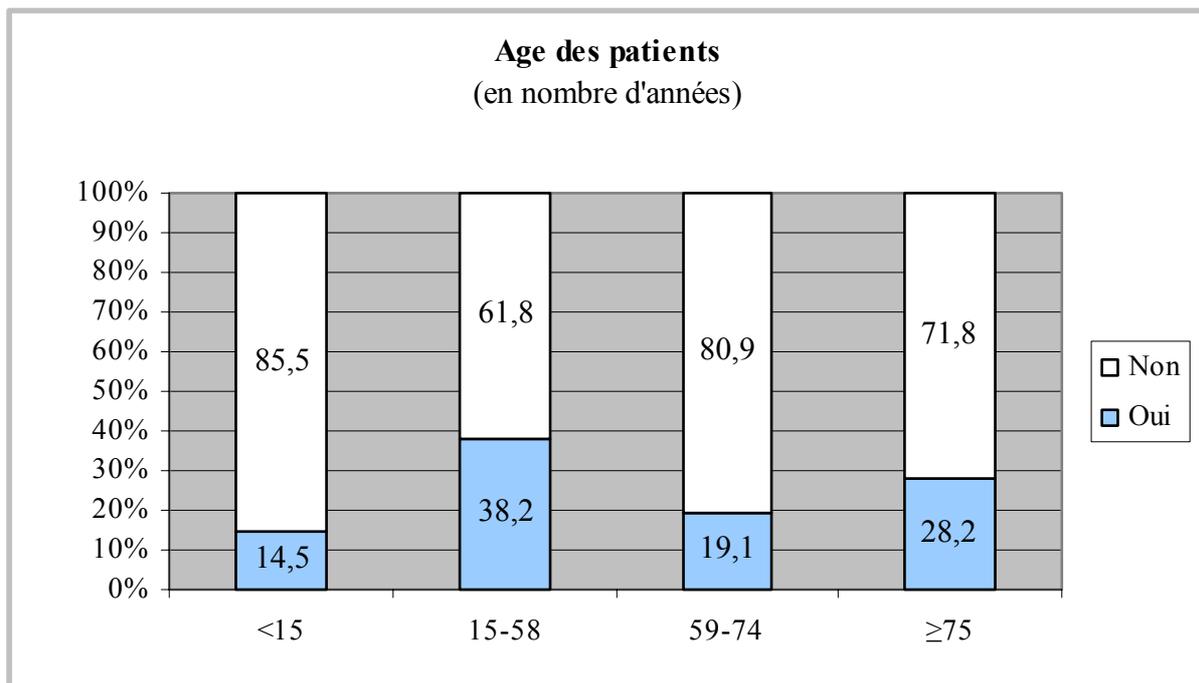
Les différents réseaux cités par les médecins répondants

<b>Thème du réseau</b>	<b>Nom du réseau</b>
Accès aux soins	Réseau ASDES
Cancer	Réseau ONCOVAL
Diabète	Réseau de santé Paris-Nord Réseau DIABETE 2000 Réseau Diabète Val d'Oise Réseau DIANEFRA 93 Réseau REVEDiab
Dépression	Réseau DEPSUD
Dossier médical partagé	Réseau ADEMI
Maintien à domicile	Réseau ALMD
Obésité	Réseau REPOP
Personnes âgées	Réseau AGEKANONIX Réseau AGEP
Péri-natalité	Réseau SUD
Sida	Réseau BASTILLE Réseau L 'AVIH Réseau ville-hôpital VIH VAL DE SEINE Réseau AULNAY 93
Soins palliatifs	Réseau ENSEMBLE Réseau OCEANE Réseau SPES

## 1.2. Les patients

### 1.2.1. Age

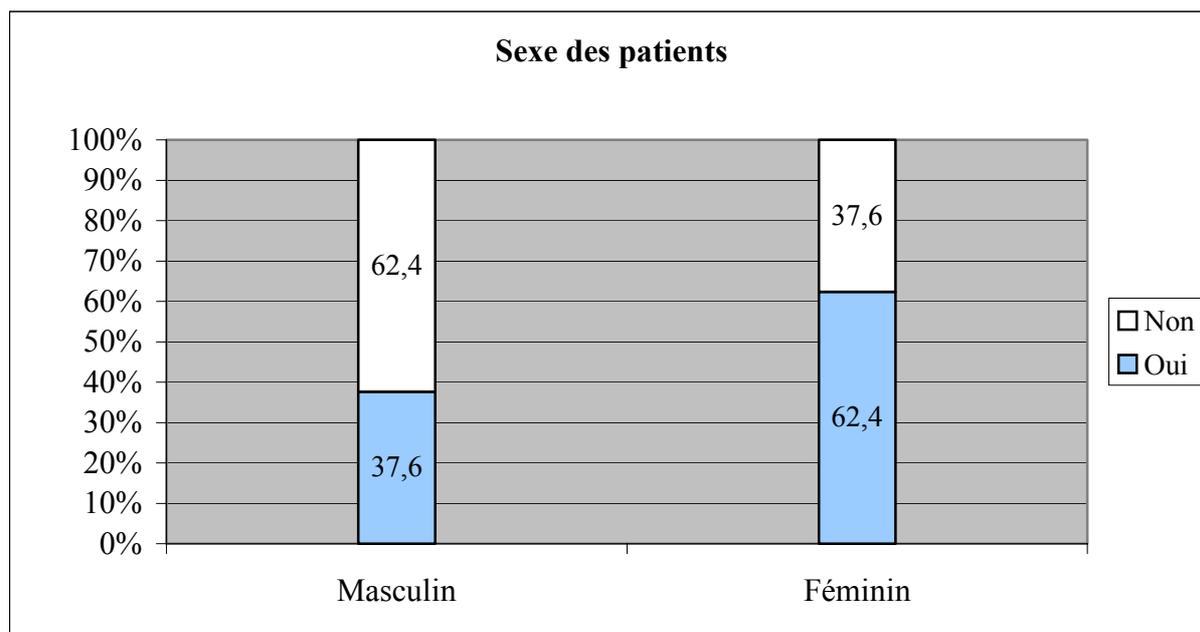
L'âge moyen des patients hospitalisés était de 51,9 ans.



	Age en années
Minimum	0
Maximum	100
<b>Moyenne</b>	<b>51,9</b>
Médiane	56

### 1.2.2. Sexe

Les patients hospitalisés étaient majoritairement de sexe féminin (62,4%).

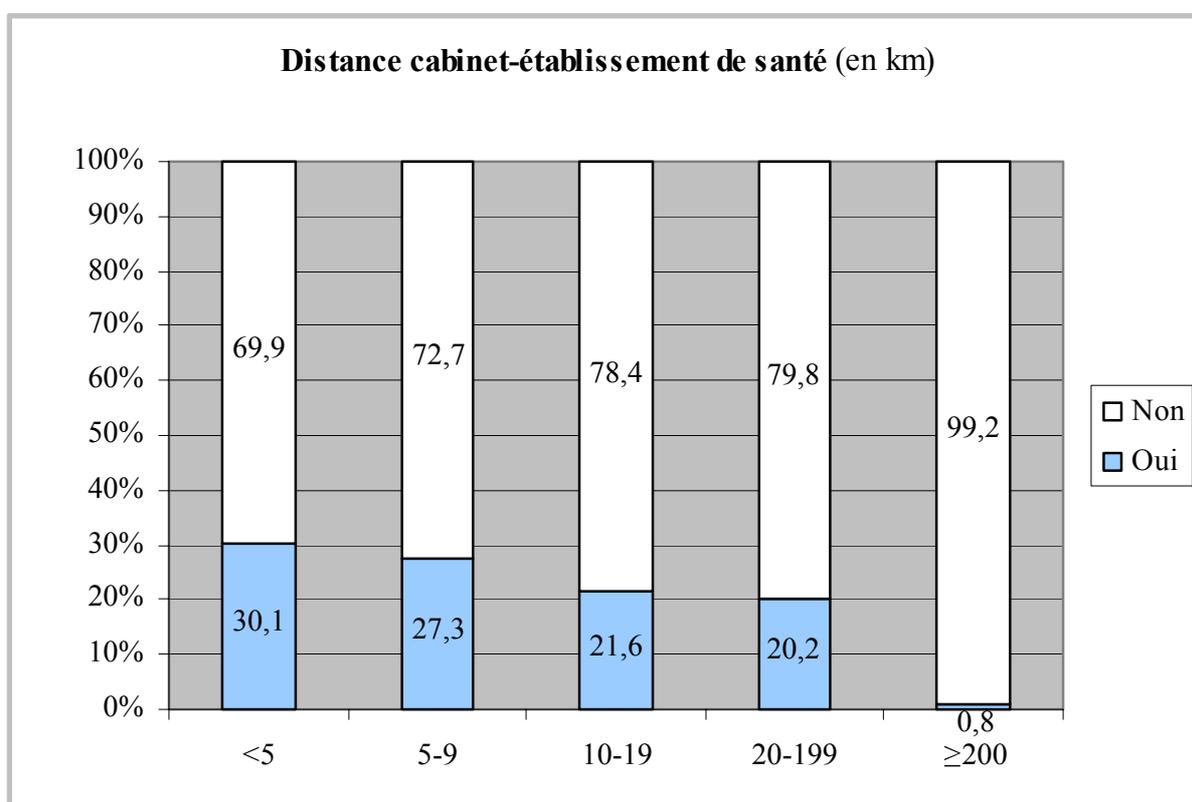


	<b>Effectifs</b>
Masculin	182
Féminin	302
Total	N=484

### 1.2.3. Distance entre le cabinet et l'établissement de santé

La distance entre le cabinet et l'établissement de santé était de 13,6 kilomètres en moyenne.

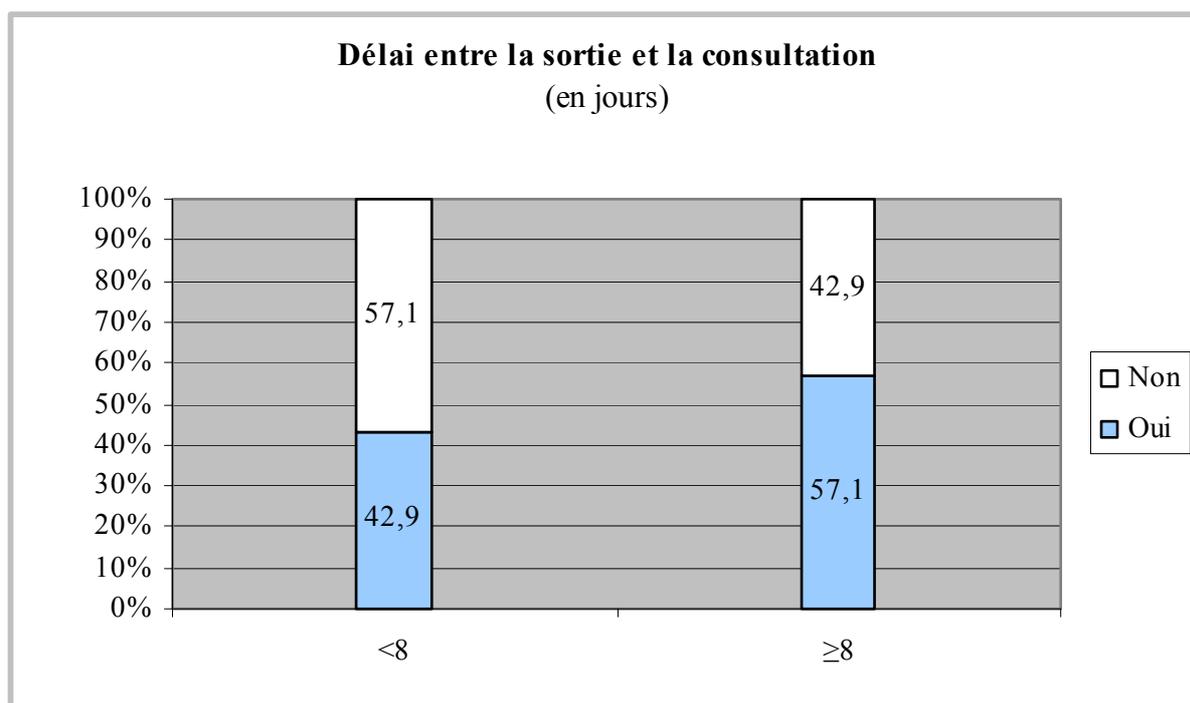
On notait une distance maximale de 1000 km, pour un patient né en 2004, hospitalisé à la demande d'un médecin de garde, et dont le médecin répondant était un pédiatre.



	<b>Distance en Km</b>
Minimum	0
Maximum	1000
<b>Moyenne</b>	<b>13,6</b>
Médiane	5

### 1.2.4. Délai entre la sortie de l'établissement de santé et le cabinet

Majoritairement les patients ont consulté à partir du 8<sup>ème</sup> jour après leur sortie (57,1%).  
Le délai moyen entre la sortie d'un établissement de santé et la consultation au cabinet du médecin désigné pour assurer la continuité des soins était de 12,9 jours.



	Délai en jours
Minimum	0
Maximum	100
<b>Moyenne</b>	<b>12,9</b>
Médiane	8

## 2. Le questionnaire

### 2.1. Les modalités de l'hospitalisation

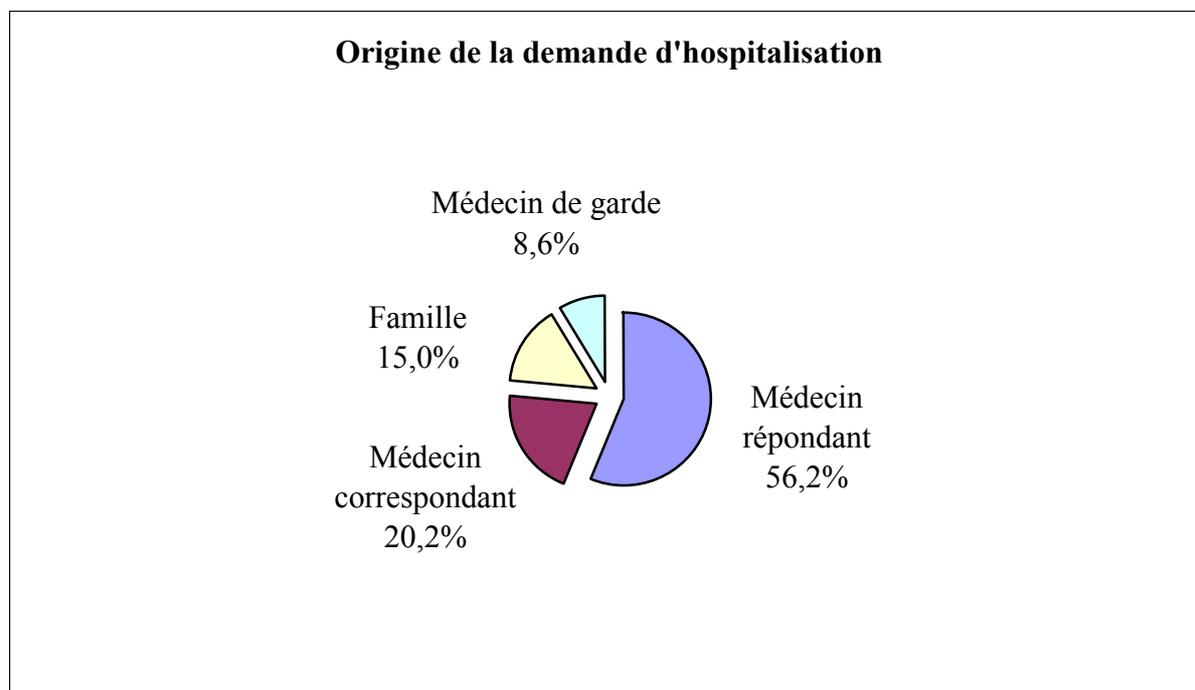
#### 2.1.1. Origine de la demande d'hospitalisation

Question 5 : Origine de la demande :

- A votre demande
- A la demande du médecin de garde
- A la demande de la famille

Le mode d'hospitalisation dépend d'un seul facteur (0,09% des répondants ont répondu simultanément à plusieurs modes d'hospitalisation), de ce fait il a été possible de transformer les questions uniques sur l'origine de la demande d'hospitalisation en questions multiples. Ce principe nous permet de connaître le mode d'hospitalisation significatif.

56,2% des patients ont été hospitalisés à la demande du médecin répondant.



## 2.1.2. Modalités de transmission des informations des médecins de ville lors de l'hospitalisation

Question 6 : Lettre d'accompagnement

Question 7 : Contact téléphonique préalable du médecin adresseur :

- Avec médecin du service
- Avec Service des Urgences
- Avec autre acteur hospitalier

Question 8 : Transmission des éléments du dossier lors de l'hospitalisation

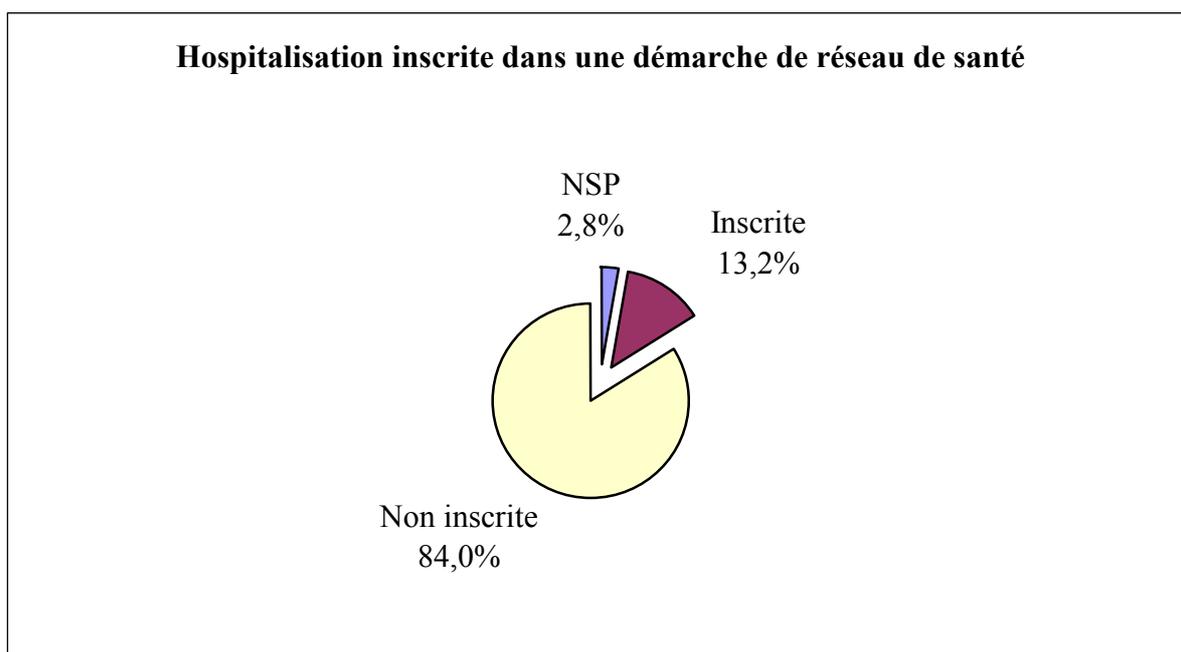
L'hospitalisation était préparée par les médecins ambulatoires par un contact téléphonique (74,7%), une lettre d'accompagnement (61,8%) et par la transmission d'éléments du dossier médical du patient (47,8%).

Modalités		Résultats
Lettre d'accompagnement		61,8%
Eléments du dossier		47,8%
Contact téléphonique	Médecin du service	23,9%
	Service des Urgences	13,8%
	Autre acteur hospitalier	37,0%

### 2.1.3. Hospitalisation inscrite dans une démarche de réseau de santé

#### Question 9 : Hospitalisation inscrite dans une démarche de réseau de santé

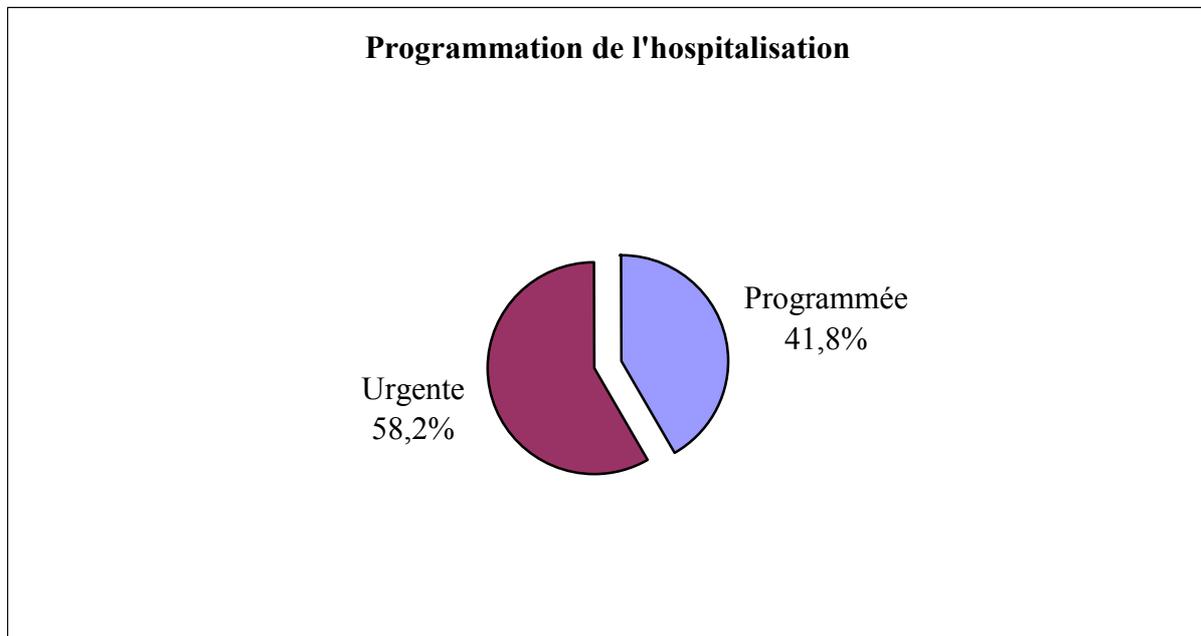
13,2% des patients ont été hospitalisés dans le cadre d'une démarche de réseau de santé.



### 2.1.4. Programmation de l'hospitalisation

#### Question 10 : Programmation de l'hospitalisation

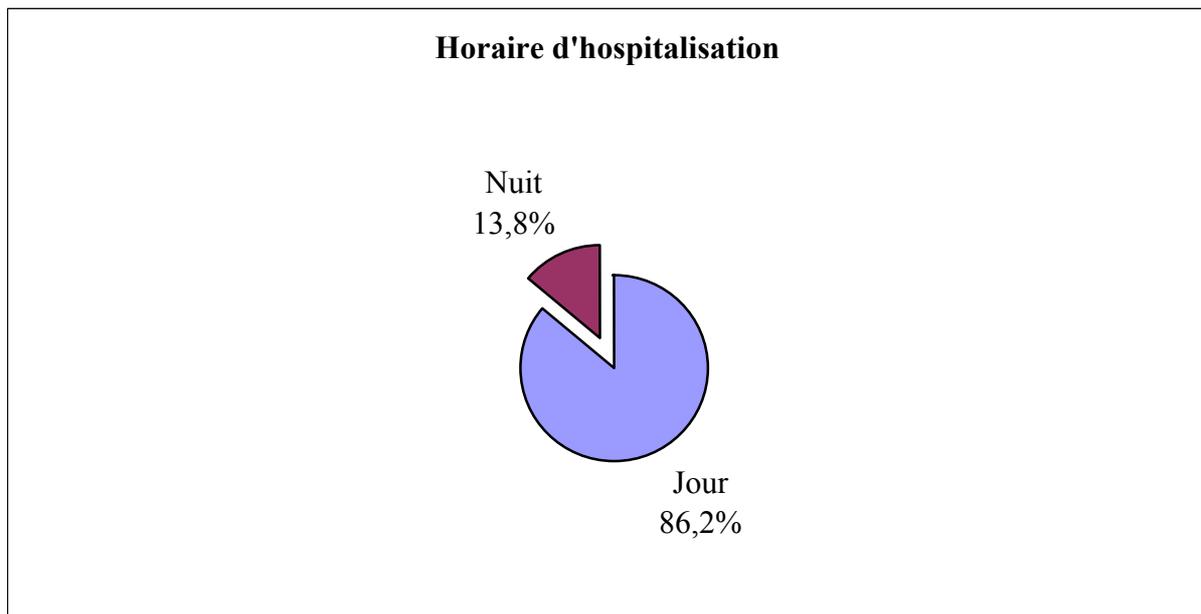
58,2% des hospitalisations ont été demandées par les médecins répondants de manière urgente contre 41,8% de manière programmée.



### 2.1.5. Horaire d'hospitalisation

#### Question 11 : Horaire d'hospitalisation

86,2% des patients ont été hospitalisés de jour, contre 13,8% la nuit.

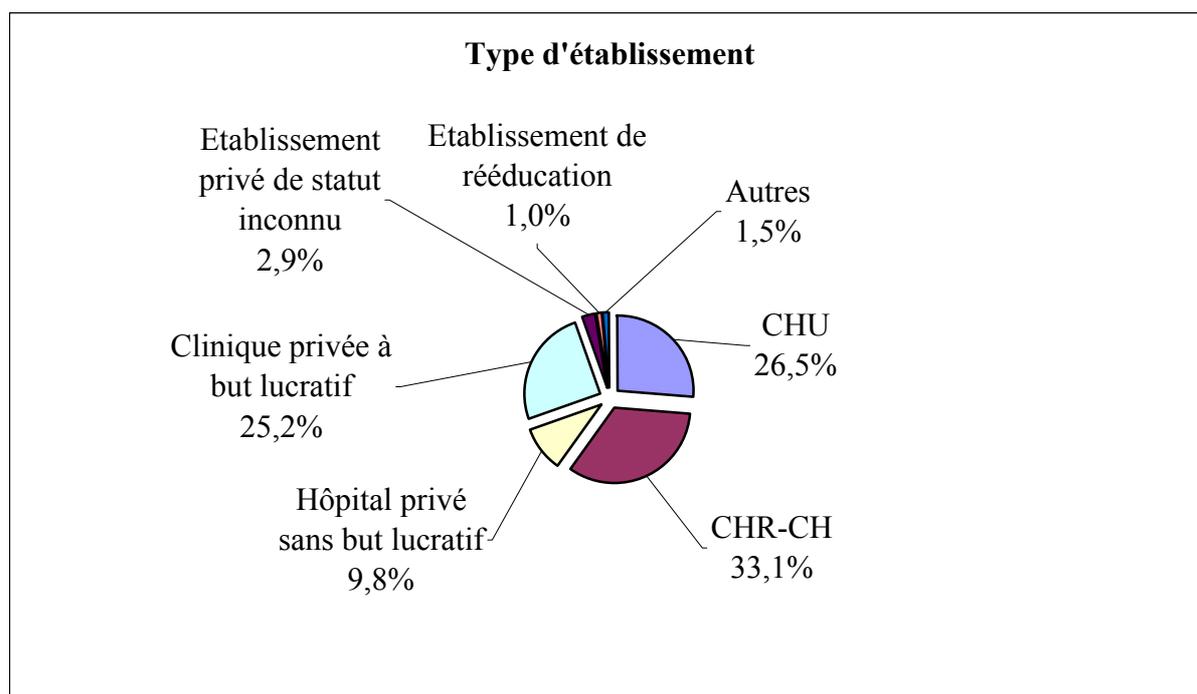


### 2.1.6. Etablissement d'hospitalisation

Question 12 : Etablissement d'hospitalisation :

- CHU
- CHR-CH
- Hôpital privé sans but lucratif
- Clinique privée à but lucratif
- Etablissement privé de statut inconnu
- Etablissement de rééducation
- Autre type d'établissement

59,6% des hospitalisations ont été effectuées dans les centres hospitaliers.

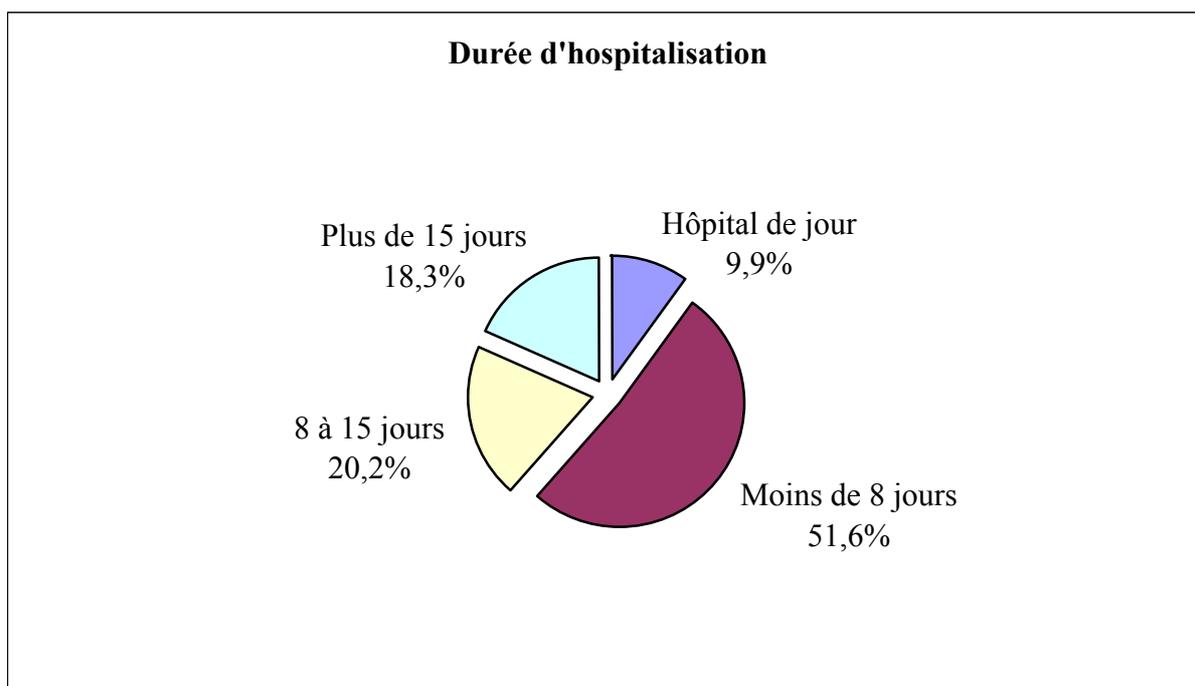


### 2.1.7. Durée d'hospitalisation

Question 13 : La durée d'hospitalisation :

- Hôpital de jour
- Moins de 8 jours
- De 8 à 15 jours
- Plus de 15 jours

La durée d'hospitalisation était majoritairement de moins de 8 jours. Elle représentait 51.6% des hospitalisations.

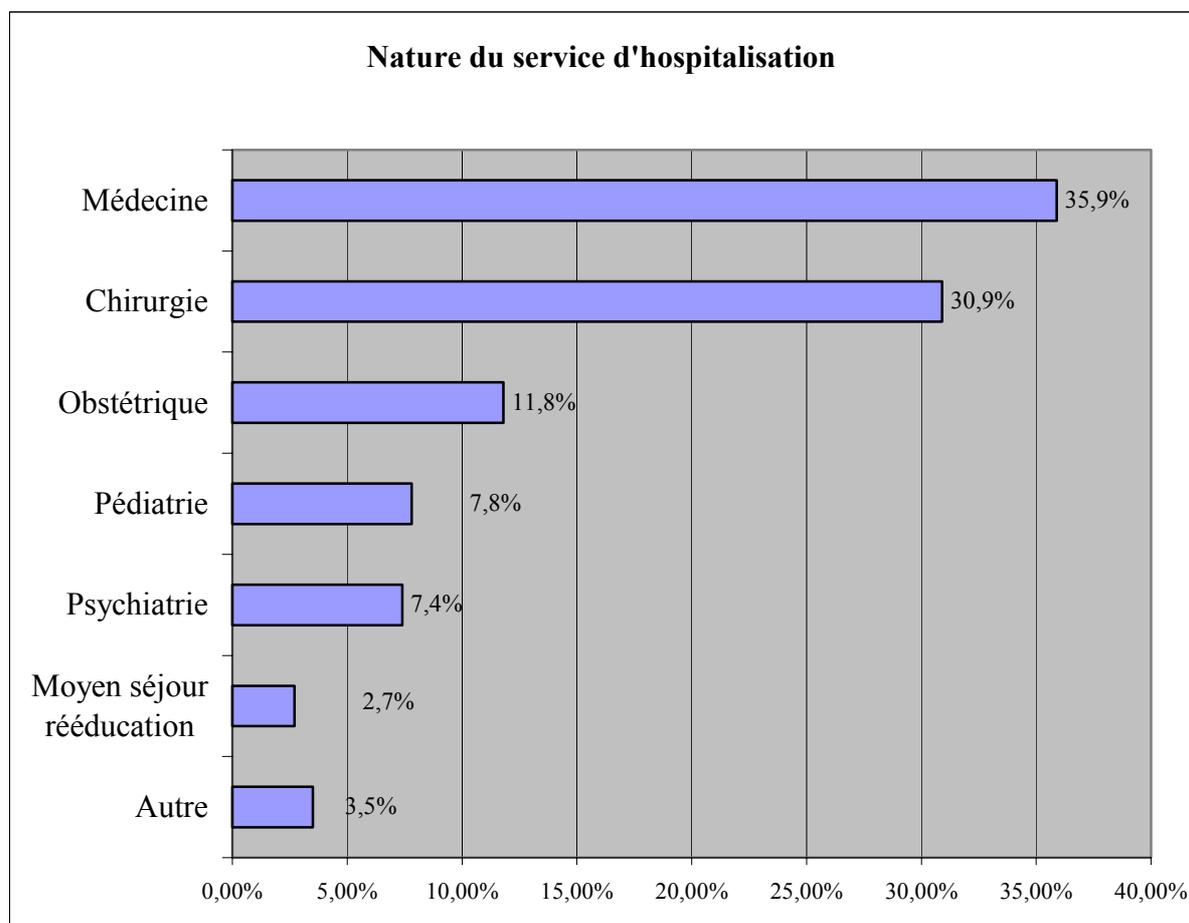


### 2.1.8. Service d'hospitalisation

Question 14 : Service d'hospitalisation :

- Médecine
- Chirurgie
- Obstétrique
- Pédiatrie
- Psychiatrie
- Moyen séjour et rééducation
- Autre

Les patients étaient majoritairement hospitalisés dans un service de médecine (35,9%) et de chirurgie (30,9%).



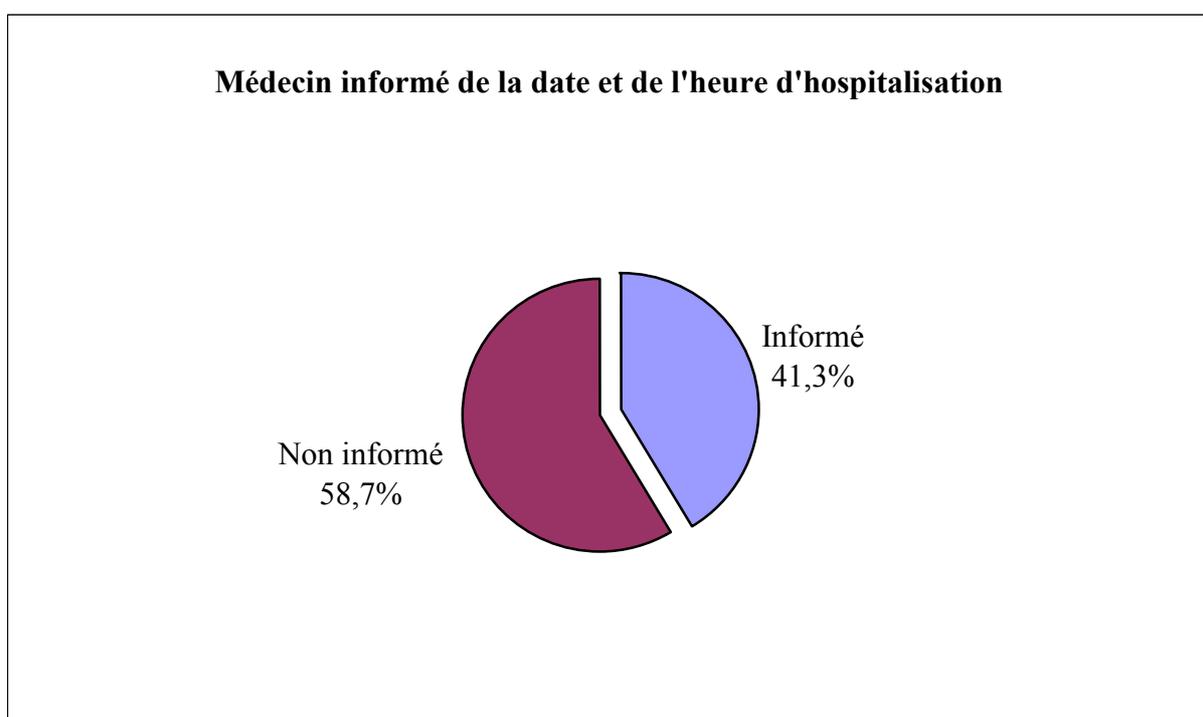
## 2.2. Modalités de la continuité des soins

### 2.2.1. Information sur l'évolution de l'hospitalisation par le service

#### 2.2.1.1. Médecin informé de la date et de l'heure d'hospitalisation

Question 15 : Vous avez été informé(e) de la date et de l'heure d'hospitalisation

Pour 41,3% des patients hospitalisés, les médecins répondants ont été informés de la date et de l'heure de l'hospitalisation.



56,6% des patients hospitalisés à la demande de leur médecin ont vu leur médecin informé de la date et de l'heure de leur hospitalisation.

À l'inverse, l'information n'avait pas été communiquée au médecin :

- Pour 68,3% des patients hospitalisés à la demande d'un médecin correspondant ;
- Pour 76,7% des patients hospitalisés à la demande du médecin de garde ;
- Pour 77,3% des patients hospitalisés à la demande de la famille.

Concernant les différentes modalités de transmission d'informations des médecins de ville vers les médecins hospitaliers, l'information avait été communiquée au médecin répondant :

- Pour 52,2% des patients accompagnés d'une lettre ;
- Pour 62,9% des patients hospitalisés avec un contact téléphonique avec un médecin du service ;
- Pour 52,2% des patients hospitalisés avec un contact téléphonique avec le service des Urgences ;
- Pour 77,8% des patients hospitalisés avec un contact téléphonique avec un autre acteur hospitalier ;
- Pour 56,5% des patients hospitalisés avec une transmission d'éléments du dossier médical.

D'autre part, pour les patients dont l'hospitalisation s'inscrivait dans une démarche de réseau de santé ou qui étaient hospitalisés dans le cadre d'une d'hospitalisation programmée, leur médecin avait été informé dans un plus fort pourcentage (respectivement 54,7% et 52,7%).

A l'inverse, pour 66,8% des patients, aucune information n'avait été communiquée au médecin en cas d'hospitalisation urgente.

Médecin informé de la date et de l'heure d'hospitalisation croisé avec les modalités  
d'hospitalisation

Questions	Réponses		Informé	Non informé	Total
Origine de la demande Khi2=88,1 p=0,001	Médecin répondant	Oui	56,6%	43,4%	100,0%
		Non	20,2%	79,8%	100,0%
	Médecin correspondant	Oui	31,7%	68,3%	100,0%
		Non	43,8%	56,2%	100,0%
	Médecin de garde	Oui	23,3%	76,7%	100,0%
		Non	43,0%	57,0%	100,0%
	Famille	Oui	22,7%	77,3%	100,0%
		Non	44,6%	55,4%	100,0%
Lettre d'accompagnement Khi2=36,9 p=0,001	Oui		52,2%	47,8%	100,0%
	Non		23,8%	76,2%	100,0%
Contact téléphonique Khi2=43,8 p=0,001	Médecin du service	Oui	62,9%	37,1%	100,0%
		Non	34,4%	65,6%	100,0%
	Service des Urgences	Oui	52,2%	47,8%	100,0%
		Non	39,5%	60,5%	100,0%
	Autre acteur hospitalier	Oui	77,8%	22,2%	100,0%
		Non	39,8%	60,2%	100,0%
Transmission éléments du dossier Khi2=41,4 p=0,001	Oui		56,5%	43,5%	100,0%
	Non		27,3%	72,7%	100,0%
Réseau de santé Khi2=4,76 p=0,027	Hospitalisation inscrite	Oui	54,7%	45,3%	100,0%
		Non	39,3%	60,7%	100,0%
Programmation de l'hospitalisation Khi2=17,7 p=0,001	En urgence	Oui	33,2%	66,8%	100,0%
	Programmée	Oui	52,7%	47,3%	100,0%
Horaire d'hospitalisation Khi2=1,96 p=0,158	Jour	Oui	43,3%	56,7%	100,0%
	Nuit	Oui	33,3%	66,7%	100,0%
Etablissement d'hospitalisation Khi2=4,86 p=0,086	CHU	Oui	33,9%	66,1%	100,0%
	Hôpital privé sans but lucratif	Oui	43,2%	56,8%	100,0%
	Clinique privée à but lucratif	Oui	47,1%	52,9%	100,0%
Durée d'hospitalisation Khi2=0,216 p=0,647	Moins de 8 jours	Oui	42,1%	57,9%	100,0%
	8 jours et plus	Oui	39,6%	60,4%	100,0%
Service d'hospitalisation Khi2=2,15 p=0,343	Médecine	Oui	38,2%	61,8%	100,0%
	Chirurgie	Oui	46,0%	54,0%	100,0%
	Autres	Oui	40,2%	59,8%	100,0%

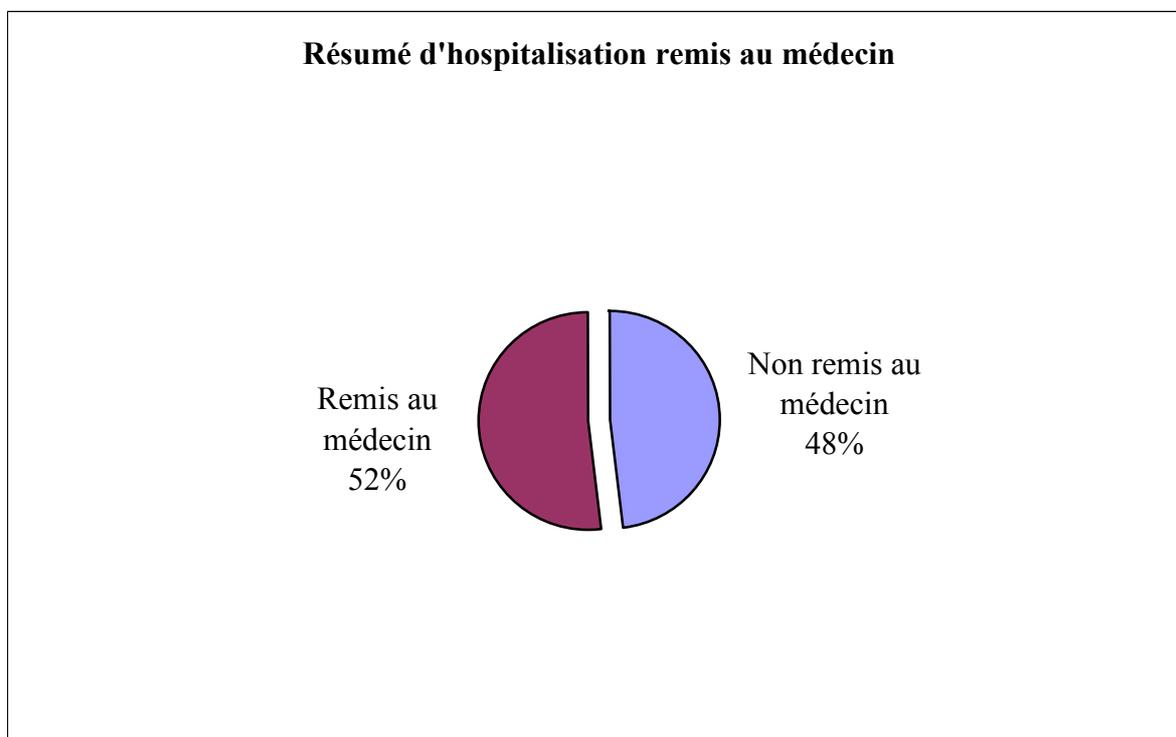
NB :

- En vert les chiffres significatifs.
- Les items ont été regroupés pour une meilleure interprétation de certaines questions :
  - ⇒ Pour les différents services d'hospitalisation :
    - Les services de médecine regroupaient la médecine, la pédiatrie et la psychiatrie ;
    - Les services de chirurgie regroupaient la chirurgie et le service d'obstétrique ;
    - Les autres types de services étaient représentés par les soins de suite (rééducation et moyen séjour) et la réanimation.
  - ⇒ Pour faciliter l'analyse et compte tenu des spécialités de l'IDF, nous avons volontairement regroupé les hôpitaux privés à but non lucratif avec les CHR et CH.

### 2.2.1.2. Résumé d'hospitalisation remis au médecin

Question 16 : Un résumé d'hospitalisation vous a été remis

Les médecins de soins primaires ont reçu un résumé d'hospitalisation pour 52% des patients hospitalisés.



Pour les patients hospitalisés à la demande de leur médecin, le résumé d'hospitalisation lui était remis dans un plus fort pourcentage (62,3%).

À l'inverse, pour 62,1% des patients hospitalisés à la demande d'un autre médecin, leur médecin n'avait pas reçu de résumé d'hospitalisation. Ce pourcentage était de 72% quand l'hospitalisation s'était faite à la demande de la famille.

Concernant les différentes modalités de transmission d'informations des médecins de ville vers les médecins hospitaliers, le résumé d'hospitalisation avait été remis :

- Pour 60,5% des patients accompagnés d'une lettre ;
- Pour 60,8% des patients accompagnés d'une transmission d'éléments du dossier médical.

D'autre part, pour les patients dont l'hospitalisation avait été programmée, le résumé d'hospitalisation était remis à leur médecin dans un plus fort pourcentage (59,6%).

A l'inverse, pour 53,7% des patients, aucun résumé d'hospitalisation n'avait été remis au médecin en cas d'hospitalisation urgente.

On notait aussi, un plus fort pourcentage (64%) si l'hospitalisation s'était effectuée dans un service de chirurgie.

Résumé d'hospitalisation remis au médecin croisé avec les modalités d'hospitalisation

Questions	Réponses		Remis	Non remis	Total
Origine de la demande Khi2=50 p=0,001	Médecin répondant	Oui	62,3%	37,7%	100,0%
		Non	37,9%	62,1%	100,0%
	Médecin correspondant	Oui	47,5%	52,5%	100,0%
		Non	53,0%	47,0%	100,0%
	Médecin de garde	Oui	46,5%	53,5%	100,0%
		Non	52,5%	47,5%	100,0%
Famille	Oui	28,0%	72,0%	100,0%	
	Non	56,4%	43,6%	100,0%	
Lettre d'accompagnement Khi2=21,6 p=0,001	Oui	60,5%	39,5%	100,0%	
	Non	38,4%	61,6%	100,0%	
Contact téléphonique Khi2=3,87 p=0,571	Médecin du service	Oui	57,8%	42,2%	100,0%
		Non	50,4%	49,6%	100,0%
	Service des Urgences	Oui	55,2%	44,8%	100,0%
		Non	51,4%	48,6%	100,0%
	Autre acteur hospitalier	Oui	66,7%	33,3%	100,0%
		Non	51,4%	48,6%	100,0%
Transmission éléments du dossier Khi2=13,2 p=0,001	Oui	60,8%	39,2%	100,0%	
	Non	43,9%	56,1%	100,0%	
Réseau de santé Khi2=0,387 p=0,542	Hospitalisation inscrite	Oui	56,3%	43,7%	100,0%
		Non	51,2%	48,8%	100,0%
Programmation de l'hospitalisation Khi2=7,87 p=0,005	En urgence	Oui	46,3%	53,7%	100,0%
	Programmée	Oui	59,6%	40,4%	100,0%
Horaire d'hospitalisation Khi2=0 p=0,999	Jour	Oui	51,3%	48,7%	100,0%
	Nuit	Oui	51,5%	48,5%	100,0%
Etablissement d'hospitalisation Khi2=3,2 p=0,2	CHU	Oui	45,7%	54,3%	100,0%
	Hôpital privé sans but lucratif	Oui	51,5%	48,5%	100,0%
	Clinique privée à but lucratif	Oui	57,0%	43,0%	100,0%
Durée d'hospitalisation Khi2=0,01 p=0,917	Moins de 8 jours	Oui	51,5%	48,5%	100,0%
	8 jours et plus	Oui	52,4%	47,6%	100,0%
Service d'hospitalisation Khi2=12,4 p=0,002	Médecine	Oui	46,6%	53,4%	100,0%
	Chirurgie	Oui	64,0%	36,0%	100,0%
	Autres	Oui	47,0%	53,0%	100,0%

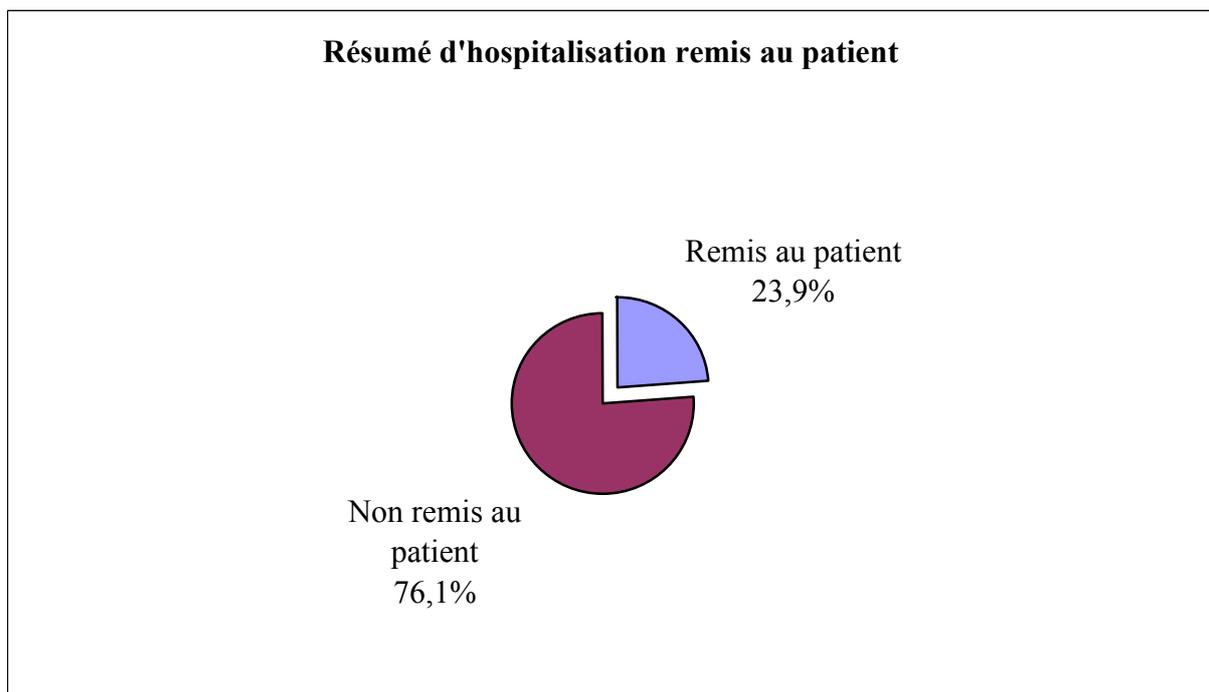
NB :

- En vert les chiffres significatifs.
- Les items ont été regroupés pour une meilleure interprétation de certaines questions :
  - ⇒ Pour les différents services d'hospitalisation :
    - Les services de médecine regroupaient la médecine, la pédiatrie et la psychiatrie ;
    - Les services de chirurgie regroupaient la chirurgie et le service d'obstétrique ;
    - Les autres types de services étaient représentés par les soins de suite (rééducation et moyen séjour) et la réanimation.
  - ⇒ Pour faciliter l'analyse et compte tenu des spécialités de l'IDF, nous avons volontairement regroupé les hôpitaux privés à but non lucratif avec les CHR et CH.

### 2.2.1.3. Résumé d'hospitalisation remis au patient

Question 17 : Un résumé d'hospitalisation a été remis au patient

Après une hospitalisation, 23,9% des patients ont reçu un résumé d'hospitalisation.



Concernant les différentes modalités de transmission d'informations des médecins de ville vers les médecins hospitaliers, le résumé d'hospitalisation avait été remis :

- Pour 27,3% des patients accompagnés d'une lettre ;
- Pour 31,7% des patients accompagnés d'une transmission d'éléments du dossier médical.

D'autre part, pour les patients dont l'hospitalisation était programmée, le résumé d'hospitalisation leur avait été remis dans un plus fort pourcentage (31,8%).

On notait aussi que le résumé d'hospitalisation avait été remis dans un plus fort pourcentage :

- Pour 25,5% des patients hospitalisés de jour ;
- Pour 32,2% des patients hospitalisés dans une clinique privée à but lucratif ;
- Pour 30,2% des patients hospitalisés dans un service de chirurgie.

A l'inverse, aucun résumé d'hospitalisation n'avait été remis au patient en fin d'hospitalisation :

- Pour 81,6% des patients hospitalisés de manière urgente ;
- Pour 86,4% des patients hospitalisés de nuit.

Résumé d'hospitalisation remis au patient croisé avec les modalités d'hospitalisation

Questions	Réponses		Remis	Non remis	Total
Origine de la demande Khi2=9,6 p=0,212	Médecin répondant	Oui	27,6%	72,4%	100,0%
		Non	18,7%	81,3%	100,0%
	Médecin correspondant	Oui	26,0%	74,0%	100,0%
		Non	22,9%	77,1%	100,0%
	Médecin de garde	Oui	20,9%	79,1%	100,0%
		Non	23,7%	76,3%	100,0%
	Famille	Oui	14,7%	85,3%	100,0%
		Non	25,1%	74,9%	100,0%
Lettre d'accompagnement Khi2=5,12 p=0,022	Oui		27,3%	72,7%	100,0%
	Non		17,8%	82,2%	100,0%
Contact téléphonique Khi2=10,3 p=0,067	Médecin du service	Oui	31,0%	69,0%	100,0%
		Non	21,5%	78,5%	100,0%
	Service des Urgences	Oui	22,4%	77,6%	100,0%
		Non	23,8%	76,2%	100,0%
	Autre acteur hospitalier	Oui	50,0%	50,0%	100,0%
		Non	22,5%	77,5%	100,0%
Transmission éléments du dossier Khi2=14,4 p=0,001	Oui		31,7%	68,3%	100,0%
	Non		16,6%	83,4%	100,0%
Réseau de santé Khi2=0 p=0,999	Hospitalisation inscrite	Oui	23,4%	76,6%	100,0%
		Non	24,0%	76,0%	100,0%
Programmation de l'hospitalisation Khi2=10,9 p=0,001	En urgence	Oui	18,4%	81,6%	100,0%
	Programmée	Oui	31,8%	68,2%	100,0%
Horaire d'hospitalisation Khi2=3,88 p=0,046	Jour	Oui	25,5%	74,5%	100,0%
	Nuit	Oui	13,6%	86,4%	100,0%
Etablissement d'hospitalisation Khi2=6,16 p=0,045	CHU	Oui	18,9%	81,1%	100,0%
	Hôpital privé sans but lucratif	Oui	23,5%	76,5%	100,0%
	Clinique privée à but lucratif	Oui	32,2%	67,8%	100,0%
Durée d'hospitalisation Khi2=0 p=0,984	Moins de 8 jours	Oui	24,2%	75,8%	100,0%
	8 jours et plus	Oui	23,7%	76,3%	100,0%
Service d'hospitalisation Khi2=12 p=0,003	Médecine	Oui	27,5%	72,5%	100,0%
	Chirurgie	Oui	30,2%	69,8%	100,0%
	Autres	Oui	14,7%	85,3%	100,0%

NB :

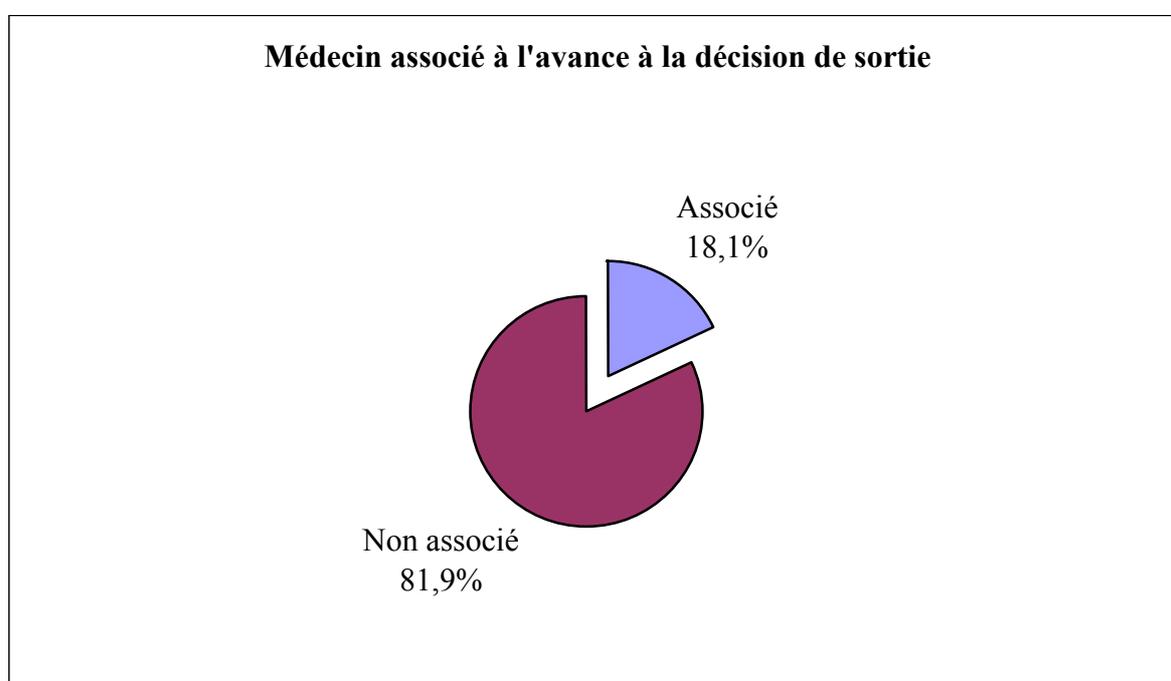
- En vert les chiffres significatifs.
- Les items ont été regroupés pour une meilleure interprétation de certaines questions :
  - ⇒ Pour les différents services d'hospitalisation :
    - Les services de médecine regroupaient la médecine, la pédiatrie et la psychiatrie ;
    - Les services de chirurgie regroupaient la chirurgie et le service d'obstétrique ;
    - Les autres types de services étaient représentés par les soins de suite (rééducation et moyen séjour) et la réanimation.
  - ⇒ Pour faciliter l'analyse et compte tenu des spécialités de l'IDF, nous avons volontairement regroupé les hôpitaux privés à but non lucratif avec les CHR et CH.

## 2.2.2. Information de la sortie du patient par le service

### 2.2.2.1. Médecin associé à l'avance à la décision de sortie

Question 18 : Vous avez été associé(e) à l'avance à la décision de sortie

Pour 18,1% des patients hospitalisés, les médecins ont été associés à la décision de sortie.



Pour les patients hospitalisés à la demande de leur médecin, celui-ci était associé dans un plus fort pourcentage (25,6%).

À l'inverse, il n'était pas associé pour 89,1% des patients hospitalisés à la demande d'un médecin correspondant et pour 93% des patients hospitalisés à la demande du médecin de garde.

Concernant les différentes modalités de transmission d'informations des médecins de ville vers les médecins hospitaliers, le médecin répondant avait été associé à la décision de sortie :

- Pour 23,1% des patients hospitalisés accompagnés d'une lettre ;
- Pour 32,8% des patients hospitalisés avec un contact téléphonique avec un médecin du service ;
- Pour 44,4% des patients hospitalisés avec un contact téléphonique avec un autre acteur hospitalier ;
- Pour 30,2% des patients hospitalisés avec des éléments du dossier médical.

D'autre part, pour les patients dont l'hospitalisation s'inscrivait dans une démarche de réseau de santé, ou lorsque celle-ci était programmée, leur médecin avait été informé dans un plus fort pourcentage (respectivement 46,9% et 22,7%).

On notait aussi que lorsque l'hospitalisation s'effectuait dans une clinique privée à but lucratif, le médecin avait été informé dans un plus fort pourcentage (28,1%).

Médecin associé à l'avance à la décision de sortie croisée avec les modalités d'hospitalisation

Questions	Réponses		Associé	Non associé	Total
Origine de la demande Khi2=38,5 p=0,001	Médecin répondant	Oui	25,6%	74,4%	100,0%
		Non	7,4%	92,6%	100,0%
	Médecin correspondant	Oui	10,9%	89,1%	100,0%
		Non	20,2%	79,8%	100,0%
	Médecin de garde	Oui	7,0%	93,0%	100,0%
		Non	19,3%	80,7%	100,0%
	Famille	Oui	10,7%	89,3%	100,0%
		Non	19,6%	80,4%	100,0%
Lettre d'accompagnement Khi2=11,8 p=0,001	Oui	23,1%	76,9%	100,0%	
	Non	10,3%	89,7%	100,0%	
Contact téléphonique Khi2=29,1 p=0,001	Médecin du service	Oui	32,8%	67,2%	100,0%
		Non	13,6%	86,4%	100,0%
	Service des Urgences	Oui	20,9%	79,1%	100,0%
		Non	17,7%	82,3%	100,0%
	Autre acteur hospitalier	Oui	44,4%	55,6%	100,0%
		Non	17,0%	83,0%	100,0%
Transmission éléments du dossier Khi2=41,8 p=0,001	Oui	30,2%	69,8%	100,0%	
	Non	7,1%	92,9%	100,0%	
Réseau de santé Khi2=37,9 p=0,001	Hospitalisation inscrite	Oui	46,9%	53,1%	100,0%
		Non	13,7%	86,3%	100,0%
Programmation de l'hospitalisation Khi2=4,35 p=0,035	En urgence	Oui	14,8%	85,2%	100,0%
	Programmée	Oui	22,7%	77,3%	100,0%
Horaire d'hospitalisation Khi2=0,016 p=0,895	Jour	Oui	18,2%	81,8%	100,0%
	Nuit	Oui	19,7%	80,3%	100,0%
Etablissement d'hospitalisation Khi2=12,7 p=0,002	CHU	Oui	12,6%	87,4%	100,0%
	Hôpital privé sans but lucratif	Oui	14,6%	85,4%	100,0%
	Clinique privée à but lucratif	Oui	28,1%	71,9%	100,0%
Durée d'hospitalisation Khi2=0,062 p=0,799	Moins de 8 jours	Oui	17,4%	82,6%	100,0%
	8 jours et plus	Oui	18,7%	81,3%	100,0%
Service d'hospitalisation Khi2=1,93 p=0,383	Médecine	Oui	14,6%	85,4%	100,0%
	Chirurgie	Oui	18,7%	81,3%	100,0%
	Autres	Oui	20,1%	79,9%	100,0%

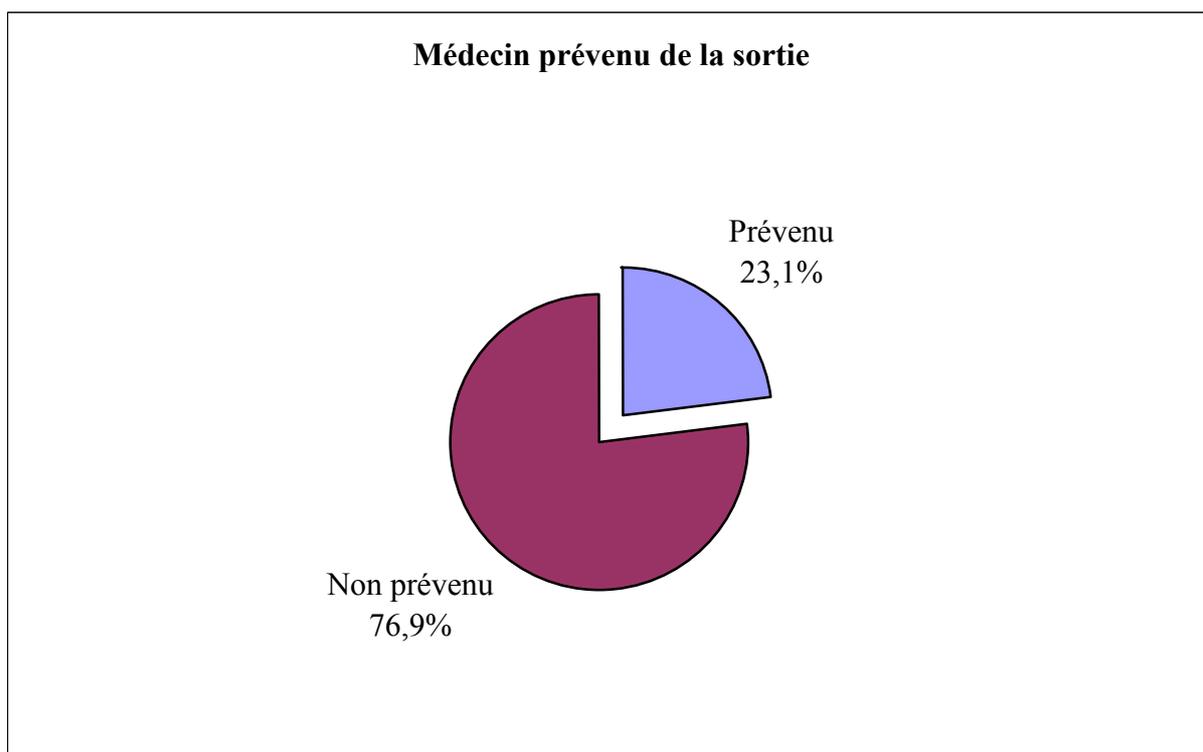
NB :

- En vert les chiffres significatifs.
- Les items ont été regroupés pour une meilleure interprétation de certaines questions :
  - ⇒ Pour les différents services d'hospitalisation :
    - Les services de médecine regroupaient la médecine, la pédiatrie et la psychiatrie ;
    - Les services de chirurgie regroupaient la chirurgie et le service d'obstétrique ;
    - Les autres types de services étaient représentés par les soins de suite (rééducation et moyen séjour) et la réanimation.
  - ⇒ Pour faciliter l'analyse et compte tenu des spécialités de l'IDF, nous avons volontairement regroupé les hôpitaux privés à but non lucratif avec les CHR et CH.

### 2.2.2.2. Médecin prévenu de la sortie

Question 19 : Vous avez été prévenu(e) de la sortie

Pour 23,1% des patients hospitalisés, les médecins ont été prévenus de la sortie.



Pour 30% des patients hospitalisés à la demande de leur médecin, celui-ci avait été sensiblement mieux prévenu de leur sortie que dans les autres cas (87,1% des patients hospitalisés par un médecin correspondant n'avaient pas vu leur médecin traitant informé de leur sortie).

Le médecin de ville avait été prévenu différemment de la sortie de son patient en fonction des modalités de transmission d'informations lors de l'hospitalisation.

Il avait été prévenu de la sortie de son patient :

- Pour 27,5% des patients pour une hospitalisation accompagnée d'une lettre ;
- Pour 38,8% des patients hospitalisés avec un contact téléphonique avec un médecin du service ;
- Pour 50% des patients hospitalisés avec un contact téléphonique avec un autre acteur hospitalier ;
- Pour 31,9% des patients hospitalisés avec une transmission d'éléments du dossier médical.

D'autre part, pour les patients dont l'hospitalisation s'inscrivait dans une démarche de réseau de santé ou lorsque celle-ci était programmée, leur médecin avait été prévenu dans un plus fort pourcentage (respectivement 54,7% et 29,1%).

Médecin prévenu de la sortie croisé avec les modalités d'hospitalisation

Questions	Réponses		Prévenu	Non prévenu	Total
Origine de la demande Khi2=27,8 p=0,001	Médecin répondant	Oui	30,0%	70,0%	100,0%
		Non	13,3%	86,7%	100,0%
	Médecin correspondant	Oui	12,9%	87,1%	100,0%
		Non	25,8%	74,2%	100,0%
	Médecin de garde	Oui	20,9%	79,1%	100,0%
		Non	23,2%	76,8%	100,0%
Famille	Oui	17,3%	82,7%	100,0%	
	Non	24,1%	75,9%	100,0%	
Lettre d'accompagnement Khi2=7,59 p=0,006	Oui		27,5%	72,5%	100,0%
	Non		16,2%	83,8%	100,0%
Contact téléphonique Khi2=28,4 p=0,001	Médecin du service	Oui	38,8%	61,2%	100,0%
		Non	18,2%	81,8%	100,0%
	Service des Urgences	Oui	17,9%	82,1%	100,0%
		Non	23,7%	76,3%	100,0%
	Autre acteur hospitalier	Oui	50,0%	50,0%	100,0%
		Non	21,8%	78,2%	100,0%
Transmission éléments du dossier Khi2=19,1 p=0,001	Oui		31,9%	68,1%	100,0%
	Non		14,7%	85,3%	100,0%
Réseau de santé Khi2=38,5 p=0,001	Hospitalisation inscrite	Oui	54,7%	45,3%	100,0%
		Non	18,3%	81,7%	100,0%
Programmation de l'hospitalisation Khi2=6,32 p=0,012	En urgence	Oui	18,9%	81,1%	100,0%
	Programmée	Oui	29,1%	70,9%	100,0%
Horaire d'hospitalisation Khi2=0,398 p=0,536	Jour	Oui	24,1%	75,9%	100,0%
	Nuit	Oui	19,7%	80,3%	100,0%
Etablissement d'hospitalisation Khi2=4,39 p=0,109	CHU	Oui	19,7%	80,3%	100,0%
	Hôpital privé sans but lucratif	Oui	20,0%	80,0%	100,0%
	Clinique privée à but lucratif	Oui	29,2%	70,8%	100,0%
Durée d'hospitalisation Khi2=0,727 p=0,398	Moins de 8 jours	Oui	21,5%	78,5%	100,0%
	8 jours et plus	Oui	25,3%	74,7%	100,0%
Service d'hospitalisation Khi2=0,846 p=0,661	Médecine	Oui	20,9%	79,1%	100,0%
	Chirurgie	Oui	22,1%	77,9%	100,0%
	Autres	Oui	25,0%	75,0%	100,0%

NB :

- En vert les chiffres significatifs.
- Les items ont été regroupés pour une meilleure interprétation de certaines questions :
  - ⇒ Pour les différents services d'hospitalisation :
    - Les services de médecine regroupaient la médecine, la pédiatrie et la psychiatrie ;
    - Les services de chirurgie regroupaient la chirurgie et le service d'obstétrique ;
    - Les autres types de services étaient représentés par les soins de suite (rééducation et moyen séjour) et la réanimation.
  - ⇒ Pour faciliter l'analyse et compte tenu des spécialités de l'IDF, nous avons volontairement regroupé les hôpitaux privés à but non lucratif avec les CHR et CH.

## 2.2.3. Continuité des soins

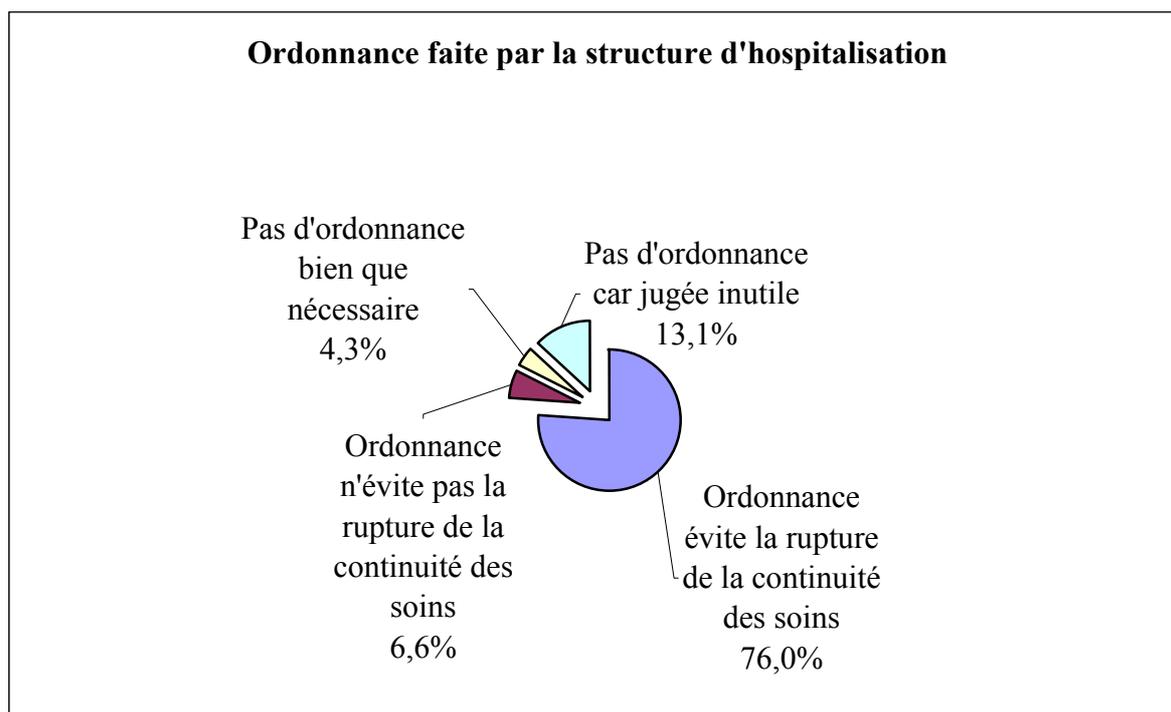
### 2.2.3.1. Ordonnances faites par la structure d'hospitalisation

Question 20 : Ordonnances faites par la structure d'hospitalisation :

- Ordonnances faites ont permis d'éviter la rupture de la continuité des soins
- Ordonnances faites n'ont pas permis d'éviter la rupture de la continuité des soins
- Aucune ordonnance n'a été faite malgré sa nécessité
- Pas d'ordonnance car jugée inutile

Pour 10,9% des patients, nous avons relevé une rupture de la continuité des soins par défaut (manque ou absence) d'ordonnance.

Les ordonnances faites par la structure hospitalière avaient permis d'éviter la rupture de la continuité des soins pour 76% des patients



Les patients dont l'hospitalisation s'inscrivait dans une démarche de réseau santé, avaient évité une rupture de la continuité des soins dans un plus fort pourcentage (91,9%) grâce aux ordonnances faites.

D'autre part, pour 85,5% des patients dont la durée d'hospitalisation était supérieure à 8 jours, les ordonnances faites avaient permis d'éviter une rupture de la continuité des soins

Ordonnances faites par la structure d'hospitalisation croisées avec les modalités  
d'hospitalisation

Questions	Réponses		Ordonnances faites		Ordonnances non faites		Total
			Ont permis d'éviter la rupture de la continuité des soins	N'ont pas permis d'éviter la rupture de la continuité des soins	Malgré sa nécessité	Car jugée inutile	
Origine de la demande Khi2=10,1 p=0,977	Médecin répondant	Oui	74,7%	6,0%	4,0%	15,3%	100,0%
		Non	77,4%	7,4%	4,7%	10,5%	100,0%
	Médecin correspondant	Oui	76,6%	7,4%	4,3%	11,7%	100,0%
		Non	75,5%	6,4%	4,4%	13,7%	100,0%
	Médecin de garde	Oui	73,2%	9,8%	9,8%	7,3%	100,0%
		Non	76,1%	6,3%	3,8%	13,9%	100,0%
	Famille	Oui	84,1%	7,2%	2,9%	5,8%	100,0%
		Non	74,3%	6,5%	4,6%	14,6%	100,0%
Lettre d'accompagnement Khi2=1,43 p=0,702	Oui	74,3%	6,8%	4,2%	14,7%	100,0%	
	Non	78,2%	6,3%	4,6%	10,9%	100,0%	
Contact téléphonique Khi2=17,9 p=0,269	Médecin du service	Oui	75,0%	9,4%	1,0%	14,6%	100,0%
		Non	76,2%	5,8%	5,2%	12,8%	100,0%
	Service des Urgences	Oui	73,3%	8,3%	13,3%	5,0%	100,0%
		Non	76,3%	6,3%	2,9%	14,5%	100,0%
	Autre acteur hospitalier	Oui	87,5%	0,0%	0,0%	12,5%	100,0%
Non	75,4%	6,9%	4,5%	13,3%	100,0%		
Transmission éléments du dossier Khi2=2,1 p=0,555	Oui	74,0%	8,2%	4,1%	13,7%	100,0%	
	Non	77,8%	5,0%	4,5%	12,7%	100,0%	
Réseau de santé Khi2=9,04 p=0,028	Hospitalisation inscrite	Oui	91,9%	1,6%	1,6%	4,8%	100,0%
		Non	73,6%	7,4%	4,7%	14,2%	100,0%
Programmation de l'hospitalisation Khi2=14,6 p=0,002	En urgence	Oui	79,4%	7,0%	5,4%	8,2%	100,0%
	Programmée	Oui	71,2%	6,0%	2,7%	20,1%	100,0%
Horaire d'hospitalisation Khi2=3,86 p=0,276	Jour	Oui	75,4%	7,2%	4,0%	13,4%	100,0%
	Nuit	Oui	85,2%	1,6%	4,9%	8,2%	100,0%
Etablissement d'hospitalisation Khi2=10,9 p=0,09	CHU	Oui	75,9%	4,5%	9,8%	9,8%	100,0%
	Hôpital privé sans but lucratif	Oui	75,3%	7,4%	2,6%	14,7%	100,0%
	Clinique privée à but lucratif	Oui	77,0%	7,1%	1,8%	14,2%	100,0%
Durée d'hospitalisation Khi2=16,1 p=0,001	Moins de 8 jours	Oui	70,3%	6,9%	5,1%	17,8%	100,0%
	8 jours et plus	Oui	85,5%	6,1%	3,0%	5,5%	100,0%
Service d'hospitalisation Khi2=18,9 p=0,004	Médecine	Oui	74,8%	9,0%	6,5%	9,7%	100,0%
	Chirurgie	Oui	68,8%	6,5%	2,9%	21,7%	100,0%
	Autres	Oui	83,7%	4,6%	3,3%	8,5%	100,0%

NB :

- En vert les chiffres significatifs.
- Les items ont été regroupés pour une meilleure interprétation de certaines questions :
  - ⇒ Pour les différents services d'hospitalisation :
    - Les services de médecine regroupaient la médecine, la pédiatrie et la psychiatrie ;
    - Les services de chirurgie regroupaient la chirurgie et le service d'obstétrique ;
    - Les autres types de services étaient représentés par les soins de suite (rééducation et moyen séjour) et la réanimation.
  - ⇒ Pour faciliter l'analyse et compte tenu des spécialités de l'IDF, nous avons volontairement regroupé les hôpitaux privés à but non lucratif avec les CHR et CH.

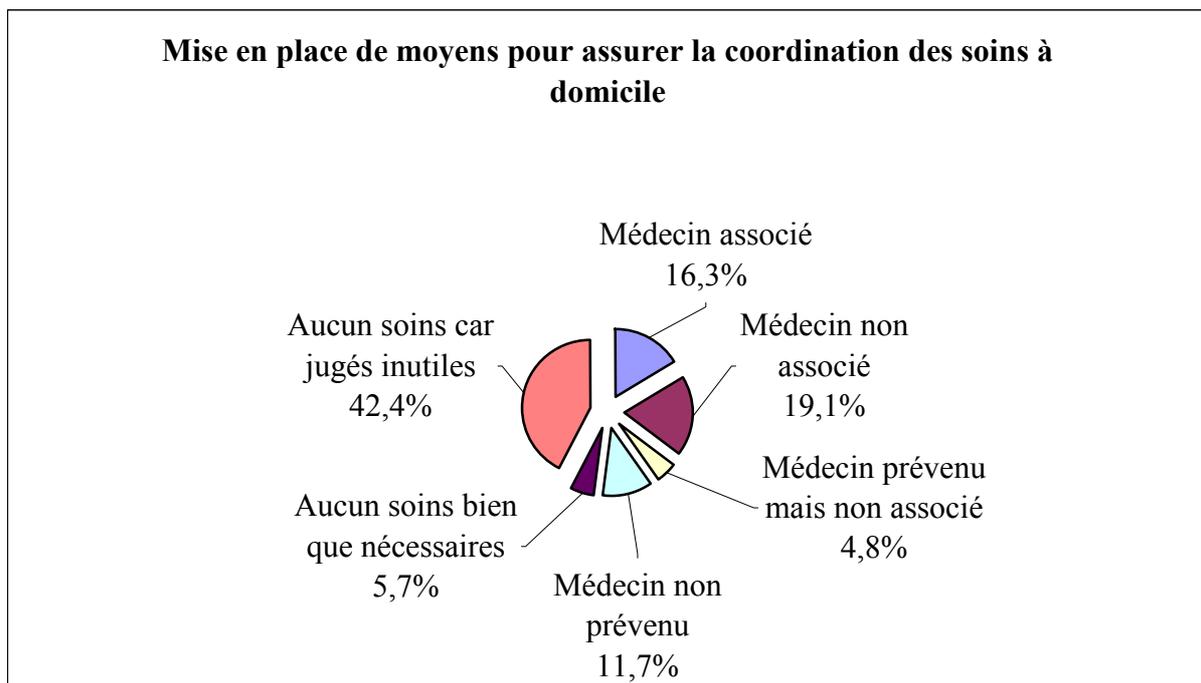
### 2.2.3.2. Mise en place de moyens pour assurer la coordination des soins à domicile

Question 21 : Mise en place de moyens pour assurer la coordination des soins à domicile :

- Vous avez été associé(e)
- Vous n'y avez pas été associé(e)
- Vous avez été prévenu(e) sans y être associé(e)
- Vous n'avez pas été prévenu(e)
- Aucun soins à domicile mis en place alors qu'ils étaient nécessaires
- Aucun soins à domicile car jugés inutiles

Pour 5,7% des patients on ne notait aucun soins mis en place bien que nécessaires.

Pour 21,1% des patients, leur médecin avait été prévenu ou associé à la coordination des soins à domicile.



Pour les patients hospitalisés à la demande de leur médecin, celui-ci avait été associé dans un plus fort pourcentage (21,8%).

À l'inverse, il était non associé, pour 28,9% des patients, lorsque l'hospitalisation était à la demande d'un médecin correspondant. Le médecin était aussi non prévenu de la mise en place de la coordination des soins pour 30% des patients dont l'hospitalisation s'était faite à la demande de la famille.

Pour les différentes modalités de transmission d'informations des médecins de ville vers les médecins hospitaliers, le médecin avait été associé à la mise en place de la coordination des soins:

- Pour 21,1% des patients lorsque l'hospitalisation était accompagnée d'une lettre ;
- Pour 22,9% des patients accompagnés d'une transmission d'éléments du dossier médical.

Les médecins avaient été associés à la mise en place de la coordination des soins pour 40,6% des patients dont l'hospitalisation s'inscrivait dans une démarche de réseau de santé.

Lorsque l'hospitalisation était supérieure à 8 jours, 8,5% des patients n'avaient eu aucun soin à domicile prescrit par le service d'hospitalisation (bien que nécessaire).

Mise en place de moyens pour assurer la coordination des soins à domicile croisée avec les modalités d'hospitalisation

Questions	Réponses		Médecin			Aucun soin			Total
			Associé	Non associé	Prévenu non associé	Non prévenu	Malgré nécessité	Jugés inutiles	
Origine de la demande Khi2=61,9 p=0,003	Médecin répondant	Oui	21,8%	19,5%	4,2%	8,8%	5,0%	40,8%	100,0%
		Non	9,2%	19,0%	5,1%	15,4%	6,7%	44,6%	100,0%
	Médecin correspondant	Oui	14,4%	28,9%	8,2%	7,2%	7,2%	34,0%	100,0%
		Non	17,0%	16,5%	3,6%	13,1%	5,3%	44,4%	100,0%
	Médecin de garde	Oui	12,2%	17,1%	7,3%	12,2%	2,4%	48,8%	100,0%
		Non	16,9%	19,5%	4,3%	11,8%	6,0%	41,4%	100,0%
	Famille	Oui	10,0%	8,6%	2,9%	30,0%	5,7%	42,9%	100,0%
		Non	17,6%	21,2%	4,9%	8,5%	5,7%	42,0%	100,0%
Lettre d'accompagnement Khi2=22,1 p=0,001	Oui	21,1%	21,5%	5,7%	9,0%	5,0%	37,6%	100,0%	
	Non	9,0%	15,2%	3,4%	15,7%	6,7%	50,0%	100,0%	
Contact téléphonique Khi2=24 p=0,522	Médecin du service	Oui	29,1%	16,5%	7,8%	8,7%	5,8%	32,0%	100,0%
		Non	12,7%	20,0%	3,9%	12,4%	5,6%	45,4%	100,0%
	Service des Urgences	Oui	22,0%	20,3%	0,0%	13,6%	6,8%	37,3%	100,0%
		Non	15,5%	19,0%	5,3%	11,5%	5,5%	43,1%	100,0%
	Autre acteur hospitalier	Oui	25,0%	18,8%	0,0%	25,0%	0,0%	31,3%	100,0%
		Non	16,1%	19,1%	4,8%	11,4%	5,9%	42,7%	100,0%
Transmission éléments du dossier Khi2=16,5 p=0,006	Oui	22,9%	18,4%	5,8%	10,8%	5,4%	36,8%	100,0%	
	Non	10,2%	20,0%	3,4%	12,8%	6,0%	47,7%	100,0%	
Réseau de santé Khi2=39,8 p=0,001	Hospitalisation inscrite	Oui	40,6%	7,8%	9,4%	9,4%	7,8%	25,0%	100,0%
		Non	12,4%	20,8%	4,1%	12,2%	5,3%	45,3%	100,0%
Programmation de l'hospitalisation Khi2=10,1 p=0,073	En urgence	Oui	15,8%	19,2%	2,6%	14,3%	4,9%	43,0%	100,0%
	Programmée	Oui	17,0%	19,1%	7,7%	8,2%	6,2%	41,8%	100,0%
Horaire d'hospitalisation Khi2=2,13 p=0,832	Jour	Oui	16,9%	19,5%	4,9%	12,3%	4,9%	41,5%	100,0%
	Nuit	Oui	14,3%	17,5%	4,8%	9,5%	9,5%	44,4%	100,0%
Etablissement d'hospitalisation Khi2=13,8 p=0,183	CHU	Oui	16,5%	22,6%	6,1%	11,3%	7,0%	36,5%	100,0%
	Hôpital privé sans but lucratif	Oui	16,2%	15,7%	5,1%	9,1%	4,5%	49,5%	100,0%
	Clinique privée à but lucratif	Oui	17,9%	20,5%	2,6%	17,1%	6,8%	35,0%	100,0%
Durée d'hospitalisation Khi2=16,7 p=0,005	Moins de 8 jours	Oui	16,0%	17,0%	3,5%	10,6%	3,9%	48,9%	100,0%
	8 jours et plus	Oui	16,9%	22,6%	6,8%	13,6%	8,5%	31,6%	100,0%
Service d'hospitalisation Khi2=14,2 p=0,163	Médecine	Oui	16,8%	19,9%	7,5%	11,8%	4,3%	39,8%	100,0%
	Chirurgie	Oui	16,4%	25,7%	3,6%	9,3%	4,3%	40,7%	100,0%
	Autres	Oui	16,0%	13,0%	3,7%	14,2%	8,0%	45,1%	100,0%

NB :

- En vert les chiffres significatifs.
- Les items ont été regroupés pour une meilleure interprétation de certaines questions :
  - ⇒ Pour les différents services d'hospitalisation :
    - Les services de médecine regroupaient la médecine, la pédiatrie et la psychiatrie ;
    - Les services de chirurgie regroupaient la chirurgie et le service d'obstétrique ;
    - Les autres types de services étaient représentés par les soins de suite (rééducation et moyen séjour) et la réanimation.
  - ⇒ Pour faciliter l'analyse et compte tenu des spécialités de l'IDF, nous avons volontairement regroupé les hôpitaux privés à but non lucratif avec les CHR et CH.

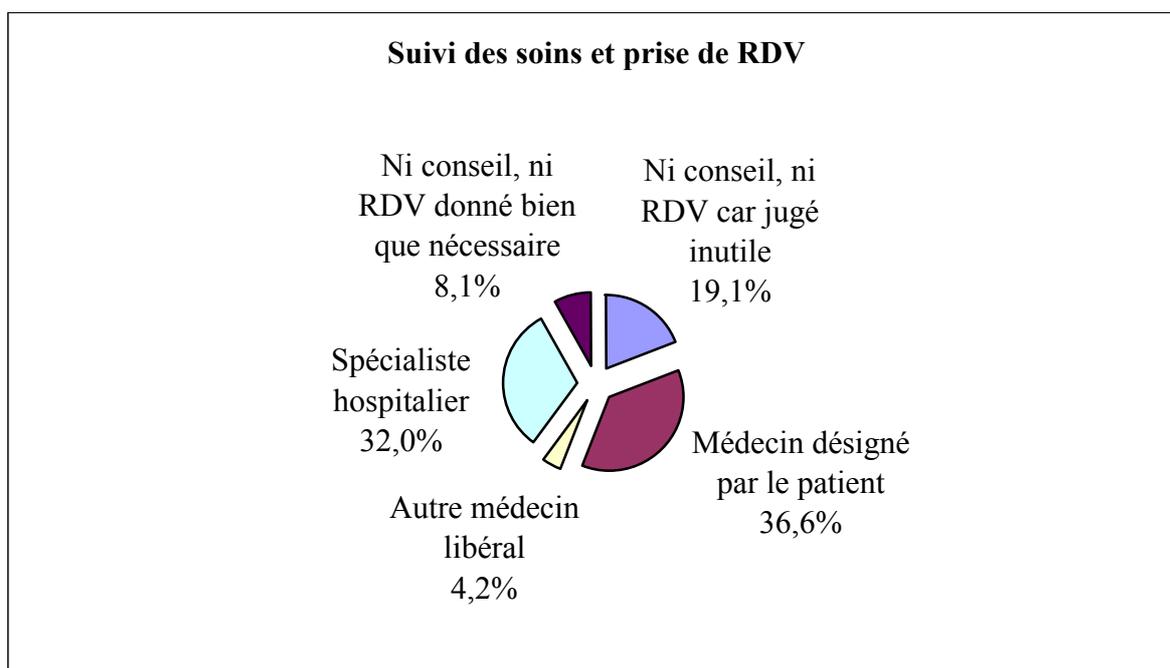
### 2.2.3.3. Suivi des soins et prise de rendez-vous

Question : 22 : Suivi des soins, prise de rendez-vous (RDV) :

- Un conseil de prise de RDV avec un médecin désigné par le patient a été donné
- Un conseil de prise de RDV avec un autre médecin libéral a été donné
- Un RDV a été pris avec un spécialiste hospitalier
- Ni conseil ni RDV bien que nécessaire
- Ni conseil ni RDV car jugé inutile

36,6% des patients ont eu un rendez-vous avec le médecin qu'ils ont désigné.

32% des patients ont eu un rendez-vous avec un médecin spécialiste hospitalier. Et 8,1% des patients n'ont eu ni conseil ni rendez-vous donné bien que jugé nécessaire.



Un rendez-vous était pris avec le médecin désigné :

- Pour 41,9% des patients en cas d'hospitalisation avec transmissions d'éléments du dossier médical ;
- Pour 50,9% des patients en cas d'hospitalisation dans une clinique.

Par contre, un rendez-vous était pris avec un médecin spécialiste hospitalier :

- Pour 43,8% des patients en cas d'hospitalisation inscrite dans un réseau de santé ;
- Pour 41,7% des patients en cas d'hospitalisation dans un CHU ;
- Pour 44,3% des patients en cas d'hospitalisation dans un service de chirurgie.

Suivi de soins et prise de rendez-vous croisé avec les modalités d'hospitalisation

Questions	Réponses		RDV			Ni conseil ni RDV		Total
			Médecin désigné par le patient	Autre médecin libéral	Spécialiste hospitalier	Malgré nécessité	Car jugé inutile	
Origine de la demande Khi2=20 p=0,864	Médecin répondant	Oui	38,6%	3,5%	32,4%	6,2%	19,3%	100,0%
		Non	33,5%	5,2%	31,4%	10,8%	19,1%	100,0%
	Médecin correspondant	Oui	33,0%	5,2%	42,3%	5,2%	14,4%	100,0%
		Non	37,3%	4,0%	29,7%	9,0%	20,1%	100,0%
	Médecin de garde	Oui	39,0%	2,4%	34,1%	12,2%	12,2%	100,0%
		Non	36,0%	4,4%	32,1%	7,8%	19,7%	100,0%
Famille	Oui	49,3%	2,9%	21,7%	8,7%	17,4%	100,0%	
	Non	33,9%	4,4%	34,2%	8,1%	19,3%	100,0%	
Lettre d'accompagnement Khi2=9,81 p=0,043		Oui	36,2%	3,3%	36,2%	6,2%	18,1%	100,0%
		Non	37,3%	5,6%	24,9%	11,3%	20,9%	100,0%
Contact téléphonique Khi2=11,3 p=0,938	Médecin du service	Oui	40,8%	3,9%	35,0%	5,8%	14,6%	100,0%
		Non	35,3%	4,3%	31,1%	8,8%	20,5%	100,0%
	Service des Urgences	Oui	44,8%	1,7%	27,6%	10,3%	15,5%	100,0%
		Non	35,1%	4,5%	32,8%	7,8%	19,7%	100,0%
	Autre acteur hospitalier	Oui	31,3%	6,3%	62,5%	0,0%	0,0%	100,0%
		Non	36,5%	4,1%	31,2%	8,3%	20,0%	100,0%
Transmission éléments du dossier Khi2=14,8 p=0,005		Oui	41,9%	2,7%	35,1%	6,8%	13,5%	100,0%
		Non	31,5%	5,6%	29,3%	9,1%	24,6%	100,0%
Réseau de santé Khi2=12,8 p=0,012	Hospitalisation inscrite	Oui	43,8%	3,1%	43,8%	3,1%	6,3%	100,0%
		Non	35,5%	4,3%	30,2%	9,0%	21,0%	100,0%
Programmation de l'hospitalisation Khi2=9,43 p=0,051	En urgence	Oui	34,9%	3,4%	29,5%	8,4%	23,8%	100,0%
	Programmée	Oui	38,7%	5,2%	35,6%	7,7%	12,9%	100,0%
Horaire d'hospitalisation Khi2=1,73 p=0,788	Jour	Oui	35,6%	4,9%	33,0%	7,7%	18,8%	100,0%
	Nuit	Oui	39,3%	0,0%	29,5%	11,5%	19,7%	100,0%
Etablissement d'hospitalisation Khi2=27,6 p=0,001	CHU	Oui	28,7%	4,3%	41,7%	7,8%	17,4%	100,0%
	Hôpital privé sans but lucratif	Oui	29,6%	2,0%	34,7%	9,7%	24,0%	100,0%
	Clinique privée à but lucratif	Oui	50,9%	6,9%	19,8%	6,0%	16,4%	100,0%
Durée d'hospitalisation Khi2=4,57 p=0,335	Moins de 8 jours	Oui	36,1%	3,9%	31,4%	6,8%	21,8%	100,0%
	8 jours et plus	Oui	37,1%	4,6%	33,1%	10,3%	14,9%	100,0%
Service d'hospitalisation Khi2=56,3 p=0,001	Médecine	Oui	21,3%	4,4%	35,6%	9,4%	29,4%	100,0%
	Chirurgie	Oui	32,1%	3,6%	44,3%	6,4%	13,6%	100,0%
	Autres	Oui	54,7%	4,4%	18,9%	8,8%	13,2%	100,0%

NB :

- En vert les chiffres significatifs.
- Les items ont été regroupés pour une meilleure interprétation de certaines questions :
  - ⇒ Pour les différents services d'hospitalisation :
    - Les services de médecine regroupaient la médecine, la pédiatrie et la psychiatrie ;
    - Les services de chirurgie regroupaient la chirurgie et le service d'obstétrique ;
    - Les autres types de services étaient représentés par les soins de suite (rééducation et moyen séjour) et la réanimation.
  - ⇒ Pour faciliter l'analyse et compte tenu des spécialités de l'IDF, nous avons volontairement regroupé les hôpitaux privés à but non lucratif avec les CHR et CH.

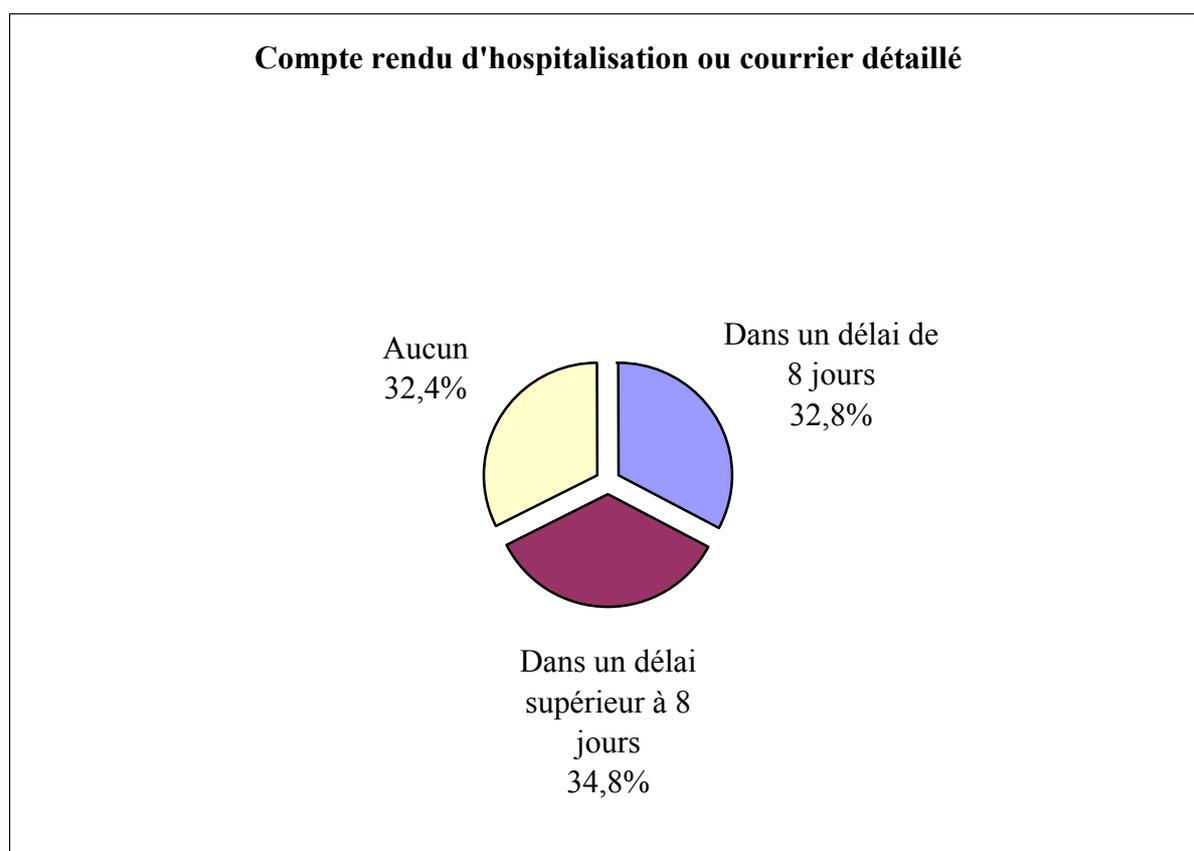
### 2.2.3.4. Compte rendu d'hospitalisation ou courrier détaillé

Question 23 : Compte rendu d'hospitalisation ou courrier détaillé :

- Il vous est parvenu dans un délai de 8 jours ouvrés
- Il vous est parvenu dans un délai supérieur à 8 jours ouvrés
- Aucun compte rendu d'hospitalisation ne vous est parvenu

Pour 32,8% des patients, le compte rendu d'hospitalisation était parvenu à leur médecin dans un délai de 8 jours ouvrés.

Pour 32,4% des patients, le médecin n'avait pas reçu de compte rendu, lorsque le patient le consultait.



Les médecins qui avaient hospitalisé leurs patients avaient reçu un compte rendu d'hospitalisation ou un courrier dans les 8 jours et ce pour 37,6% de leurs patients. Par contre, pour 57,1% des patients hospitalisés à la demande de la famille, leur médecin n'avait pas reçu de compte rendu.

L'étude a montré un meilleur retour de compte rendu d'hospitalisation ou de courrier détaillé :

- Pour 36,3% des patients lorsque l'hospitalisation était accompagnée d'une lettre ;
- Pour 47,1% des patients hospitalisés avec un contact téléphonique préalable de leur médecin traitant avec un médecin du service ;
- Pour 56,3% des patients hospitalisés avec un contact téléphonique préalable de leur médecin traitant avec un autre acteur hospitalier ;
- Pour 38,1% des patients lorsque l'hospitalisation était accompagnée d'une transmission d'éléments du dossier médical.

D'autre part, pour 43,3% des patients dont l'hospitalisation était programmée, les médecins avaient obtenu un compte rendu d'hospitalisation ou un courrier détaillé.

A l'inverse, pour 36,6% des patients dont l'hospitalisation était urgente, les médecins n'avaient pas reçu de compte rendu d'hospitalisation ou de courrier détaillé.

Un compte rendu était parvenu au médecin pour 38,5% des patients en cas d'hospitalisation en clinique et pour 44% des patients hospitalisés en service de chirurgie.

Par contre, aucun compte rendu n'était parvenu au médecin pour 46,6% des patients en cas d'hospitalisation en CHU.

Compte rendu d'hospitalisation ou courrier détaillé croisé avec les modalités d'hospitalisation

Questions	Réponses		CRH ou courrier parvenu			Total
			Délai dans les 8 jours ouvrés	Délai supérieur à 8 jours ouvrés	Aucun	
Origine de la demande Khi2=42,6 p=0,001	Médecin répondant	Oui	37,6%	38,0%	24,3%	100,0%
		Non	26,0%	30,7%	43,2%	100,0%
	Médecin correspondant	Oui	32,3%	33,3%	34,4%	100,0%
		Non	32,8%	35,0%	32,2%	100,0%
	Médecin de garde	Oui	38,5%	28,2%	33,3%	100,0%
		Non	32,0%	35,4%	32,5%	100,0%
	Famille	Oui	18,6%	24,3%	57,1%	100,0%
		Non	35,2%	36,7%	28,1%	100,0%
Lettre d'accompagnement Khi2=16,6 p=0,001	Oui		36,3%	38,5%	25,2%	100,0%
	Non		27,7%	28,8%	43,5%	100,0%
Contact téléphonique Khi2=21 p=0,021	Médecin du service	Oui	47,1%	33,3%	19,6%	100,0%
		Non	28,8%	35,3%	35,9%	100,0%
	Service des Urgences	Oui	26,7%	38,3%	35,0%	100,0%
		Non	33,6%	34,3%	32,1%	100,0%
	Autre acteur hospitalier	Oui	56,3%	12,5%	31,3%	100,0%
		Non	31,7%	35,6%	32,6%	100,0%
Transmission éléments du dossier Khi2=13,6 p=0,001	Oui		38,1%	37,7%	24,2%	100,0%
	Non		27,6%	32,3%	40,1%	100,0%
Réseau de santé Khi2=5,15 p=0,074	Hospitalisation inscrite	Oui	40,6%	39,1%	20,3%	100,0%
		Non	31,6%	33,9%	34,4%	100,0%
Programmation de l'hospitalisation Khi2=16,6 p=0,001	En urgence	Oui	25,2%	38,2%	36,6%	100,0%
	Programmée	Oui	43,3%	29,9%	26,8%	100,0%
Horaire d'hospitalisation Khi2=5,19 p=0,073	Jour	Oui	35,1%	33,3%	31,5%	100,0%
	Nuit	Oui	20,6%	39,7%	39,7%	100,0%
Etablissement d'hospitalisation Khi2=15,5 p=0,004	CHU	Oui	27,2%	26,3%	46,5%	100,0%
	Hôpital privé sans but lucratif	Oui	30,1%	41,3%	28,6%	100,0%
	Clinique privée à but lucratif	Oui	38,5%	33,3%	28,2%	100,0%
Durée d'hospitalisation Khi2=0,759 p=0,69	Moins de 8 jours	Oui	33,5%	35,6%	31,0%	100,0%
	8 jours et plus	Oui	32,0%	33,1%	34,9%	100,0%
Service d'hospitalisation Khi2=17,7 p=0,002	Médecine	Oui	29,6%	35,8%	34,6%	100,0%
	Chirurgie	Oui	44,0%	35,5%	20,6%	100,0%
	Autres	Oui	25,5%	34,8%	39,8%	100,0%

NB :

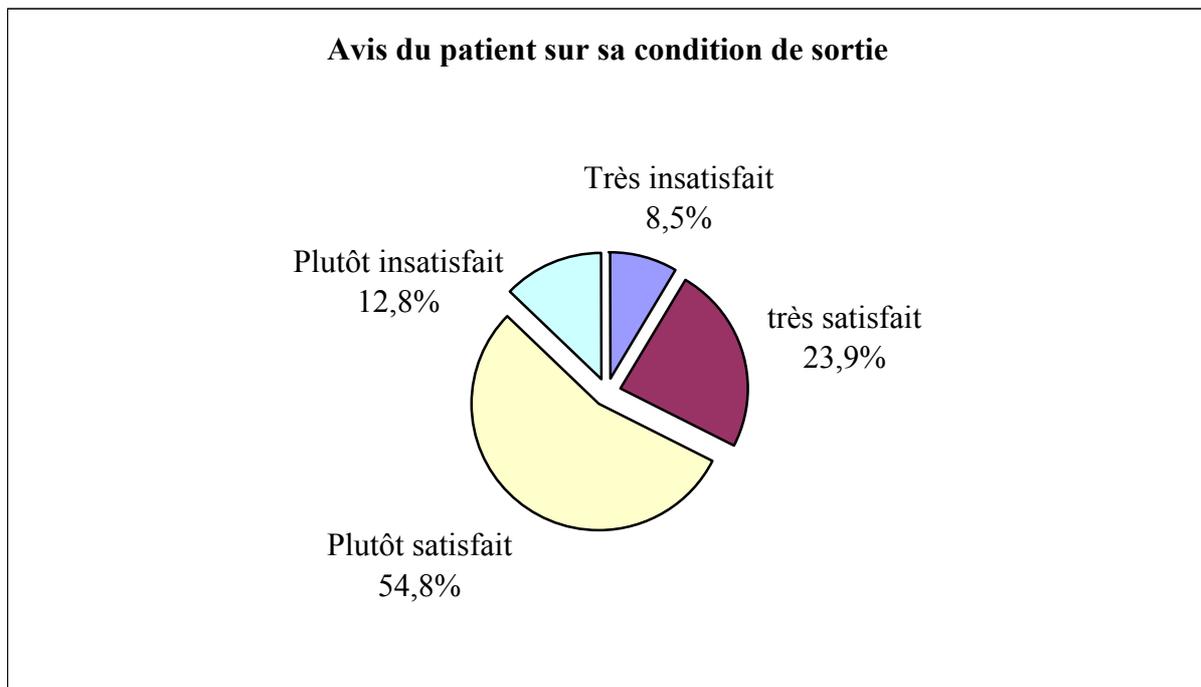
- En vert les chiffres significatifs.
- Les items ont été regroupés pour une meilleure interprétation de certaines questions :
  - ⇒ Pour les différents services d'hospitalisation :
    - Les services de médecine regroupaient la médecine, la pédiatrie et la psychiatrie ;
    - Les services de chirurgie regroupaient la chirurgie et le service d'obstétrique ;
    - Les autres types de services étaient représentés par les soins de suite (rééducation et moyen séjour) et la réanimation.
  - ⇒ Pour faciliter l'analyse et compte tenu des spécialités de l'IDF, nous avons volontairement regroupé les hôpitaux privés à but non lucratif avec les CHR et CH.

### 2.2.3.5. Avis du patient sur les conditions de sa sortie

Question 24 : Avis du patient sur les conditions de sa sortie :

- Très satisfait
- Plutôt satisfait
- Plutôt insatisfait
- Très insatisfait

21,3% des patients étaient insatisfaits, dont 8,5% très insatisfaits.



Le patient était très satisfait :

- Pour 36,9% des patients hospitalisés avec un contact téléphonique avec le médecin du service ;
- Pour 62,5% des patients hospitalisés avec un contact téléphonique avec un autre acteur hospitalier ;
- Pour 29,1% des patients hospitalisés avec une transmission d'éléments du dossier médical ;
- Pour 34,2% des patients hospitalisés de manière programmée ;
- Pour 86,3% des patients hospitalisés dans un établissement privé.

Le patient était plutôt insatisfait dans 16,7% des cas, lorsque l'hospitalisation était accompagnée d'un contact téléphonique préalable avec le service des Urgences.

Le patient était plutôt insatisfait dans 15,4% des cas et très insatisfait dans 10,5% des cas lorsque l'hospitalisation s'était effectuée en urgence.

Avis du patient sur les conditions de sa sortie croisé avec les modalités d'hospitalisation

Questions	Réponses		Satisfait		Insatisfait		Total
			Très	Plutôt	Plutôt	Très	
Origine de la demande Khi2=27,9 p=0,143	Médecin répondant	Oui	27,8%	54,0%	11,8%	6,5%	100,0%
		Non	19,1%	55,2%	14,4%	11,3%	100,0%
	Médecin correspondant	Oui	21,6%	61,9%	10,3%	6,2%	100,0%
		Non	24,0%	53,1%	13,7%	9,2%	100,0%
	Médecin de garde	Oui	9,8%	48,8%	26,8%	14,6%	100,0%
		Non	24,8%	55,7%	11,6%	8,0%	100,0%
Famille	Oui	23,2%	46,4%	21,7%	8,7%	100,0%	
	Non	23,5%	56,6%	11,4%	8,5%	100,0%	
Lettre d'accompagnement Khi2=3,25 p=0,355	Oui		26,1%	54,3%	12,5%	7,1%	100,0%
	Non		20,3%	55,4%	13,6%	10,7%	100,0%
Contact téléphonique Khi2=35,8 p=0,002	Médecin du service	Oui	36,9%	48,5%	9,7%	4,9%	100,0%
		Non	20,3%	56,6%	13,8%	9,3%	100,0%
	Service des Urgences	Oui	28,3%	36,7%	18,3%	16,7%	100,0%
		Non	23,1%	57,5%	12,1%	7,3%	100,0%
Autre acteur hospitalier	Oui	62,5%	25,0%	6,3%	6,3%	100,0%	
	Non	22,3%	55,9%	13,2%	8,6%	100,0%	
Transmission éléments du dossier Khi2=7,94 p=0,046	Oui		29,1%	51,1%	13,0%	6,7%	100,0%
	Non		18,7%	58,3%	12,8%	10,2%	100,0%
Réseau de santé Khi2=3,32 p=0,346	Hospitalisation inscrite	Oui	31,3%	51,6%	7,8%	9,4%	100,0%
		Non	22,8%	55,2%	13,7%	8,4%	100,0%
Programmation de l'hospitalisation Khi2=21,8 p=0,001	En urgence	Oui	16,5%	57,5%	15,4%	10,5%	100,0%
	Programmée	Oui	34,2%	50,8%	9,3%	5,7%	100,0%
Horaire d'hospitalisation Khi2=4,23 p=0,236	Jour	Oui	25,8%	53,7%	12,3%	8,2%	100,0%
		Nuit	Oui	14,5%	58,1%	16,1%	11,3%
Etablissement d'hospitalisation Khi2=11,8 p=0,065	CHU	Oui	23,3%	47,4%	20,7%	8,6%	100,0%
	Hôpital privé sans but lucratif	Oui	22,2%	56,1%	11,6%	10,1%	100,0%
	Clinique privée à but lucratif	Oui	27,4%	59,0%	8,5%	5,1%	100,0%
Durée d'hospitalisation Khi2=1,58 p=0,667	Moins de 8 jours	Oui	23,8%	56,4%	11,3%	8,5%	100,0%
	8 jours et plus	Oui	23,7%	52,5%	15,3%	8,5%	100,0%
Service d'hospitalisation Khi2=11,5 p=0,075	Médecine	Oui	17,4%	60,2%	14,3%	8,1%	100,0%
	Chirurgie	Oui	28,4%	55,3%	10,6%	5,7%	100,0%
	Autres	Oui	26,5%	48,1%	13,0%	12,3%	100,0%

NB :

- En vert les chiffres significatifs.
- Les items ont été regroupés pour une meilleure interprétation de certaines questions :
  - ⇒ Pour les différents services d'hospitalisation :
    - Les services de médecine regroupaient la médecine, la pédiatrie et la psychiatrie ;
    - Les services de chirurgie regroupaient la chirurgie et le service d'obstétrique ;
    - Les autres types de services étaient représentés par les soins de suite (rééducation et moyen séjour) et la réanimation.
  - ⇒ Pour faciliter l'analyse et compte tenu des spécialités de l'IDF, nous avons volontairement regroupé les hôpitaux privés à but non lucratif avec les CHR et CH.

### 2.2.3.6. Avis du médecin

Vingt-neuf réponses ont été renseignées par les médecins.

Concernant l'entrée de leurs patients dans le monde hospitalier, deux médecins signalaient être insuffisamment prévenus.

Concernant la sortie de leurs patients du monde hospitalier, les médecins signalaient être insuffisamment prévenus pour trois d'entre eux, et insuffisamment associés pour cinq d'entre eux.

Pour les modalités de la transmission d'information du monde hospitalier vers le cabinet de ville, trois médecins faisaient remarquer un manque de lettre de sortie ; et huit médecins un délai d'obtention du compte rendu hospitalier trop long. Deux d'entre eux précisaient une aggravation du temps d'attente si l'établissement de soins de santé était un CHU. Un autre soulignait l'efficacité des établissements privés dans l'obtention de ces comptes rendus.

Pour les ordonnances de sortie, deux médecins signalaient la mauvaise utilisation d'ordonnances bizones.

Les solutions préconisées par les médecins répondants :

- Un médecin préconisait d'éviter la sortie des patients juste avant ou pendant le week-end ;
- Cinq médecins préconisaient une diminution du nombre de rendez-vous pris par l'hôpital avec des médecins du service hospitalier ;
- Un médecin préconisait la diminution de la durée de prescription médicale remise au patient à sa sortie.

### **III- DISCUSSION**

#### **1. Utilité du travail**

##### **1.1. Éléments mis en évidence par les résultats**

L'objectif principal de cette thèse consiste en une évaluation de la qualité de la continuité des soins sur la base des cadres législatifs et réglementaires relatifs à la communication des informations contenues dans le dossier, précisée par la législation (loi du 4 mars 2002).

L'analyse des résultats montre qu'il existe une rupture de la continuité des soins.

Cette étude objective un manque de transmission d'informations médicales des établissements de santé vers la médecine de ville (représentée dans l'étude par les médecins généralistes, les gynécologues, les psychiatres et les pédiatres) après hospitalisation d'un patient.

Notre étude permet de recueillir, d'analyser les éléments qui concourent à la continuité des soins, et ainsi de repérer les différents dysfonctionnements.

Elle permet notamment de mettre en évidence une meilleure continuité des soins, lorsque l'hospitalisation s'inscrit dans une démarche de réseau de santé.

Elle démontre également que les établissements privés sont plus performants dans les résultats de l'étude, notamment sur la transmission d'informations aux médecins de ville.

De plus, en recueillant l'avis des patients, ainsi que celui de leur médecin, nous corroborons les résultats de notre étude. Les patients et les médecins soulignent en effet majoritairement les mêmes éléments concourant à la continuité des soins, et aussi les mêmes dysfonctionnements.

##### **1.2. Implications pour la pratique**

L'analyse des résultats montre une carence de transmission d'informations médicales entre les établissements de santé et la médecine de ville, c'est l'un des facteurs limitants de la continuité des soins. Cette situation représente une réelle perte de chance pour les patients.

Cette étude, par une meilleure appréhension des conditions d'entrée et de sortie d'hôpital, devrait permettre d'alimenter la réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour pallier les

dysfonctionnements et concourir ainsi à améliorer la continuité des soins entre l'établissement de santé et la médecine de ville. Elle pourrait permettre par exemple une orientation dans le cadre des démarches des accréditations des établissements de santé.

## **2. Forces et faiblesses de l'enquête**

### **2.1. Forces**

Depuis la loi du 4 mars 2002, de nouvelles recommandations de l'ANAES sont apparues telles que : « Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient : réglementation et recommandations » (juin 2003) (1) ; « Sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou psychique » (décembre 2004) (2) ; « Accès aux informations concernant la santé d'une personne » (Février 2004) (3) ; ou encore « Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuropsychologique » (janvier 2005) (4).

L'intérêt, croissant et légitime pour la coordination et la continuité des soins en ville après une hospitalisation, m'a permis de choisir ce sujet de thèse étant donné que je m'oriente vers la médecine libérale.

Cet intérêt est confirmé par le nombre de médecins volontaires obtenus lors de la randomisation : 263 volontaires (7,8% des médecins sondés) connaissant et acceptant la charge de travail non rémunérée, en plus de leur pratique quotidienne de la médecine libérale. Ils devaient au total renseigner sur une période d'un mois 24 items par patient et inclure 10 patients (soit 240 items au total).

Sur le nombre total de médecins participant à l'enquête, la meilleure adhésion à cette étude est celle des généralistes avec 63% de participation. Etant donné la réforme de l'assurance maladie plaçant le médecin traitant au centre du système de soins et compte tenu que plus de 90% des médecins traitants sont des généralistes, nous sommes heureux de constater leur fort pourcentage de participation.

Des taux importants sont aussi observés dans les 3 autres spécialités :

- 13% de psychiatres (contre 16,2% de psychiatres enregistrés par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) ;

- 13% de gynécologues (contre 8,2% de gynécologues enregistrés par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) ;
- 11% de pédiatres (contre 6,7% de pédiatres enregistrés par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie).

En préalable à cette enquête, nous avons choisi de développer une démarche qualité de manière cohérente, efficace et si possible pérenne.

De plus, ce travail est le premier à être réalisé sur une telle échelle. Une randomisation sur 12239 médecins franciliens contenus dans le fichier de l'URML d'Ile-de-France a été effectuée (8430 généralistes, 1987 psychiatres, 1000 gynécologues, 822 pédiatres), permettant ainsi d'interroger 3350 médecins, soit 27% des quatre spécialités retenues.

## **2.2. Faiblesses**

Comme pour toute étude scientifique, les résultats demandent à être analysés avec un regard critique :

- Le temps :

Il était important de fixer une date butoir « deadline ». La période de recueil a été limitée à un mois pour les médecins de soins primaires volontaires pour l'étude. Les résultats ont montré que chacun d'eux a inclus dans l'étude 4,4 patients en moyenne au lieu des 10 demandés. En effet seulement 20 médecins de soins primaires ont effectivement inclus les 10 patients. Le délai d'un mois nous a semblé manifestement trop court pour permettre aux médecins de soins primaires, en plus de leur activité libérale, de renseigner la totalité des 240 items souhaités par l'étude.

- Le budget :

Les médecins de soins primaires ont sans doute été limités dans leur volontariat en raison d'une charge de travail importante sans rémunération compensatrice.

- Les médecins participants :

Comme dans de nombreuses études, nous avons un nombre suffisant de volontaires, mais un nombre de participants bien plus faible. Le recueil d'informations n'a pu s'effectuer que pour 58,5% des médecins désireux de participer à cette étude.

Les médecins volontaires ont-ils tous bien reçu le questionnaire (envoyé par voie postale simple) ? La relance téléphonique des non-répondants n'a pas permis de répondre à cette question.

De plus, les médecins spécialistes étaient peu nombreux. Il se posait donc la question de la représentativité « individuelle » des spécialistes participants. Effectivement, quand un taux de participation est faible, on peut penser que les répondants ont un profil particulier. Ce problème est d'autant plus présent que le taux de réponses est faible. On notera qu'en conséquence, les résultats des spécialistes n'ont pu être exploités séparément de ceux des médecins généralistes.

### **3. Biais**

D'un point de vue méthodologie, il est indispensable de tenir compte des biais inhérents à toute étude statistique. Trois moments de biais peuvent être distingués (7) :

- Le moment de la détermination des sujets qui formeront l'échantillon ;
- Le moment de recueil de l'information auprès des sujets désignés ;
- Enfin, lorsque l'échantillon doit être suivi pendant une certaine période, il faut s'assurer que la représentativité est conservée au cours du temps.

Concernant notre enquête, nous avons essayé de limiter, dans la mesure du possible, ces différents biais.

Nous avons tenté de réduire le biais de sélection en constituant un échantillon aléatoire de 3350 médecins stratifiés sur le département et la spécialité (ce qui veut dire que nous avons effectué un tirage au sort, distinct au sein de chaque département et de chaque spécialité). Cette démarche nous a permis de limiter les fluctuations du hasard en nous garantissant que chacun des 8 départements d'IDF soit représentatif de son poids réel dans le tirage au sort.

Cependant il est habituel et admis de considérer qu'une randomisation ne peut être qualifiée de tirage au sort purement « au hasard », dans la mesure où les médecins volontaires peuvent toujours constituer un léger biais de sélection.

Par ailleurs, nous avons également essayé de limiter le biais sur le recueil des données en sensibilisant les médecins par l'envoi d'un premier courrier expliquant les objectifs de notre

étude. Par la suite, nous avons adressé aux médecins volontaires le questionnaire accompagné d'une note méthodologique.

Enfin, notre étude d'observation est une étude rétrospective. Il ne peut y avoir de modification de représentativité au cours du temps. Les sujets ne peuvent pas disparaître, ni modifier leurs habitudes du fait même de leur désignation.

#### **4. Caractéristiques de l'échantillon**

##### **- Les médecins :**

Concernant les médecins ayant participé à l'élaboration de l'échantillon :

- ⇒ La moyenne d'âge est de 50 ans (36-68 ans), sensiblement conforme à la moyenne générale.
- ⇒ On note une large prédominance de généralistes répondants de sexe masculin (8 cas sur 10). Pour les autres spécialités, il y a autant d'hommes que de femmes.
- ⇒ Dans la majorité des cas, les médecins hospitalisent moins de cinq patients par mois ce qui corrobore les cas-patients étudiés.
- ⇒ La plupart des médecins répondants sont installés depuis plus de 15 ans et, de par leur expérience, sont probablement plus au fait des rouages et des procédures permettant une meilleure orientation des patients.
- ⇒ Les médecins généralistes répondants s'investissent beaucoup : ils ont un grand nombre de vacations ; ils sont bien informatisés ; et ils participent à d'autres activités comme les réseaux de santé, la recherche médicale, ou encore l'enseignement.

##### **- Les patients : l'échantillon**

Concernant les patients hospitalisés, on note :

- ⇒ Un âge moyen de 51,9 ans (probablement influencé par les 29,5% de patients hospitalisés par les pédiatres, gynécologues et psychiatres).
- ⇒ Une prédominance de patients de sexe féminin (majorée par les 10,7% des patients hospitalisés par les gynécologues).
- ⇒ Les patients ont été hospitalisés majoritairement par le médecin répondant (6 cas sur 10).

## **5. Etat des lieux sur la coordination des soins de la sortie des établissements de santé et comparaison d'une pratique idéale à la réalité du quotidien**

Il s'agit ici de faire un état des lieux de la pratique quotidienne de la médecine concernant la coordination des soins de la sortie des patients des établissements de santé et de le comparer à la pratique idéale.

### **5.1. Information sur l'évolution de l'hospitalisation par le service**

#### **5.1.1 Date et heure d'hospitalisation**

Les médecins sont peu informés de la date et de l'heure d'hospitalisation (6 cas sur 10).

Ce résultat va à l'encontre du cadre réglementaire et législatif :

- L'article R. 1112-6 du CSP : « Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier sont tenus d'informer par lettre le médecin désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné. Ils l'invitent en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous les renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier. »
- Et surtout ce résultat va à l'encontre même du code de déontologie par rapport à l'article 63 : « Sans préjudice des dispositions applicables aux établissements publics de santé et aux établissements privés participant au service hospitalier, le médecin qui prend en charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le praticien désigné par le malade ou son entourage. Il doit le tenir informé des décisions essentielles auxquelles ce praticien sera associé dans toute la mesure du possible. »

Lorsqu'un patient, après ou sans consultation préalable est hospitalisé, le médecin hospitalier doit tenir au courant le médecin traitant et éventuellement le spécialiste qui a contribué à l'hospitalisation.

### 5.1.2. Résumé d'hospitalisation

Seulement environ la moitié des médecins reçoivent un résumé d'hospitalisation, soit directement par courrier, soit indirectement par le patient lui-même (le patient ne recevant que dans un quart des cas une lettre de sortie résumant son hospitalisation).

Ce résultat va également à l'encontre du cadre recommandé :

- Résumé d'hospitalisation remis au médecin :

« En cours d'hospitalisation, le chef de service communique toutes les informations relatives à l'état du malade au médecin désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille. »

«Le médecin traitant est informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade. »

- Résumé d'hospitalisation remis au patient :

« Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande, les informations médicales. »

« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé. »

« À la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même aura désigné, dans un délai de huit jours maximum. »

## 5.2. Information de la sortie du patient par le service

Les médecins ne sont pas associés à l'avance à la décision de sortie de leur patient (8 cas sur 10) et ne sont pas prévenus de celle-ci (8 cas sur 10). Pour la grande majorité des cas, les médecins du monde hospitalier ne se concertent pas avec les médecins de ville qui vont assurer la continuité des soins après la sortie de leurs établissements.

## 5.3. Continuité des soins-ordonnances

« Tout malade sortant reçoit les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits. »

Dans notre étude, environ un patient sur dix sort des établissements de santé avec une ordonnance jugée insuffisante ou inexistante bien que nécessaire. Par ce défaut de prescription, un peu plus d'un patient sur dix a un médecin mal informé des médicaments de sortie du patient.

Les recommandations de l'ANAES en 2001 sur la sortie d'hôpital rappellent en outre l'importance de l'ordonnance de sortie : « La prescription du traitement de sortie, à poursuivre à l'issue du séjour, joue un rôle capital dans la continuité des soins ».

Concernant la qualité des ordonnances prescrites, plusieurs études ont été menées.

Déjà en 1989, une étude pratiquée dans le cadre d'une thèse de doctorat en médecine (11), portant sur cent ordonnances de sortie rédigées à l'issue d'une hospitalisation dans le département de médecine interne de l'hôpital Cochin, mettait en avant des dysfonctionnements. Les principales erreurs dénombrées alors étaient :

- Une mauvaise graphie : écriture illisible, fautes d'orthographe, abréviations ;
- Des fautes d'inattention pouvant entraîner des confusions dans les dénominations et les dosages ;
- Un manque de précision de la posologie, de la durée du traitement, des régimes associés.

Par ailleurs, un travail réalisé en septembre 1999 pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en pharmacie (12) et qui avait pour thème « la prise en charge pharmaceutique du patient au centre de la relation hôpital - pharmacie d'officine » montrait lui aussi des dysfonctionnements. L'analyse d'un questionnaire adressé à 9 pharmaciens d'officines et de 43 ordonnances hospitalières présentées dans une pharmacie, sur une période de 15 jours, mettait en évidence les dysfonctionnements suivants :

- Défaut de qualité de rédaction des ordonnances :
  - ⇒ Le nom du prescripteur n'était pas noté ou était illisible (75% des cas) ;
  - ⇒ Le tampon du service n'était pas présent (75% des cas) ;
  - ⇒ Le prescripteur était difficile à joindre en cas de nécessité (65% des cas).
- Ordonnances incomplètes :
  - ⇒ Le dosage des médicaments n'était pas précisé, alors qu'il en existe plusieurs (90% des cas) ;
  - ⇒ Il manquait du matériel nécessaire à l'administration du médicament
- Ordonnances imprécises :
  - ⇒ Les caractéristiques des dispositifs médicaux n'étaient pas citées ;
  - ⇒ Les ordonnances confiées au pharmacien d'officine comportaient des médicaments de la réserve hospitalière, obligatoirement délivrés par la pharmacie de l'hôpital ;
  - ⇒ Les prescriptions concernaient des médicaments à un dosage hospitalier, non disponible en ville ;
  - ⇒ Les produits prescrits étaient sur le point d'être commercialisés, mais non encore disponibles.
- Autres :
  - ⇒ Les produits prescrits n'étaient pas pris en charge par la sécurité sociale selon le TIPS (Tarif Interministériel des Prestations de Santé). Ces produits n'étaient pas non plus remboursés par les mutuelles ; de plus, tous les patients n'avaient pas de couverture complémentaire ;
  - ⇒ Les dysfonctionnements qui étaient occasionnés par les sorties d'hôpital le samedi après midi quand le pharmacien ne disposait pas du médicament prescrit, la livraison étant impossible le samedi soir.

- D'autres aspects relatifs à la qualité des ordonnances de sortie ont été soulevés par des membres du groupe de travail :
  - ⇒ Le non-respect pour certaines thérapeutiques des indications et autorisations de mise sur le marché ;
  - ⇒ La mauvaise utilisation des ordonnances bizones de prise en charge à 100% ;
  - ⇒ Les modifications ou l'arrêt de prescriptions antérieures non clairement spécifiés ;
  - ⇒ La discordance fréquente entre le traitement spécifié sur la lettre de sortie remise au patient et celui figurant sur le courrier de sortie reçu ultérieurement par le médecin désigné par le patient ;
  - ⇒ Le défaut d'anticipation des prescriptions relatives aux thérapeutiques délivrées par la pharmacie hospitalière, occasionnant des déplacements inutiles pour le patient et le défaut d'information sur l'endroit où le patient peut se les procurer ;
  - ⇒ L'oubli des prescriptions d'examens complémentaires qui étaient nécessaires au suivi du traitement ;
  - ⇒ Le défaut d'information du patient sur les interactions médicamenteuses possibles avec des antalgiques qui auraient pu être pris en automédication.

Certains de ces dysfonctionnements vont à l'encontre même du code de déontologie, à savoir l'article 76 concernant l'exercice de la profession de médecin : « Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui ».

Le décret de mars 1999 (article R. 5194) précise que l'ordonnance doit indiquer lisiblement : le nom, la qualité et le cas échéant, la qualification ou le titre du prescripteur, son identifiant lorsqu'il existe, son adresse, sa signature et la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée ; la dénomination du médicament ou du produit prescrit, sa posologie et son mode d'emploi et, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée ; soit la durée du traitement, soit le nombre d'unités de conditionnement et, le cas échéant, le nombre de renouvellements de la prescription. Elle doit être datée du jour de sa rédaction et écrite de façon lisible afin

d'éviter toute méprise sur le nom du médicament, sur les doses, sur le mode d'administration, sur la durée du traitement.

#### **5.4. Mise en place de moyens pour assurer la coordination des soins à domicile**

Les résultats de notre étude montrent que les établissements de santé assurent une bonne mise en place de moyens concernant la coordination des soins à domicile. Dans seulement moins d'un cas sur dix, il existe un manque de soins à domicile alors qu'ils sont jugés nécessaires.

Mais les médecins de ville sont peu prévenus (2 cas sur 10) et peu associés (moins de 2 cas sur 10).

#### **5.5. Suivi de soins : rendez-vous**

Les rendez-vous pris par le service d'hospitalisation dirigent les patients vers le médecin désigné par eux (4 cas sur 10), mais aussi en nombre presque aussi important vers des spécialistes hospitaliers (3 cas sur 10). Cette distorsion est génératrice de parcours complexe du patient et inadaptée à une prise en charge adéquate au réseau informel ou formalisé de ville.

De plus, dans un cas sur dix, les patients ne reçoivent ni conseil, ni prise de rendez-vous bien que jugés nécessaires.

#### **5.6. Compte rendu d'hospitalisation ou courrier détaillé**

Dans notre étude, le délai de réception des comptes rendus d'hospitalisation auprès des médecins désignés pour assurer la continuité des soins est trop long. Pour environ seulement un tiers des patients hospitalisés, un compte rendu d'hospitalisation est parvenu à leur médecin dans un délai inférieur ou égal à 8 jours ; et d'autre part, le compte rendu fait défaut dans un cas sur trois lors de la consultation du patient. Ces résultats soulignent là aussi une rupture importante de la transmission d'informations entre le monde hospitalier et les médecins chargés d'assurer la continuité des soins en ville.

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 de suivi médical ultérieur, constituant de ce fait, un important support de communication entre médecins.

Ce résultat une fois de plus ne rentre pas dans le cadre législatif, précisé par l'article R. 112-1 du CSP : « À la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai maximum de huit jours. »

Déjà en 2001, dans les recommandations écrites par l'ANAES, il était signalé que les problèmes liés au compte rendu d'hospitalisation tenaient non seulement à son contenu mais aussi à son délai d'émission.

Pour Essex ou Farrington, une des solutions proposées est de remettre directement au patient un exemplaire du compte rendu d'hospitalisation, qu'il communiquera à son médecin lors de sa prochaine consultation (9, 10).

De plus, dans notre étude, le délai moyen entre la sortie d'établissement de santé et la consultation avec le médecin assurant la continuité des soins est d'environ 13 jours, avec une majorité de consultations (6 cas sur 10) au delà du délai des 8 jours. Ce résultat conforte l'importance de l'article R. 112-1 du CSP.

Un autre dysfonctionnement du compte rendu d'hospitalisation viendrait du rédacteur du courrier. De nombreux auteurs insistent sur la nécessité d'une relecture et d'une vérification soigneuse par les médecins ayant pris en charge le patient, afin de limiter le nombre d'erreurs (13,14).

## **6. Les éléments de la pré-admission, de l'admission et de l'hospitalisation influençant la continuité des soins à la sortie des établissements de santé et les dysfonctionnements**

Il s'agit ici de faire une photographie des indicateurs liés à la qualité de la pré-admission, de l'admission et de l'hospitalisation du patient dans un établissement de santé, de les croiser avec les indicateurs de continuité des soins de ville et de conduire conjointement une réflexion sur les dysfonctionnements.

### **6.1. Les supports de transmission d'informations du médecin de ville vers les établissements de santé lors de l'hospitalisation**

Nos résultats montrent l'importance de certains supports d'informations lors de l'hospitalisation :

- La lettre d'accompagnement :

Lorsqu'une lettre d'accompagnement est utilisée comme support d'informations entre la médecine de ville et les établissements de santé lors de l'hospitalisation, le patient bénéficie d'une meilleure qualité de sortie. Il a un plus fort pourcentage de probabilité de recevoir un résumé en fin d'hospitalisation (27% contre 18%). Le médecin chargé d'assurer la continuité des soins a un pourcentage de chance plus élevé d'être informé de l'hospitalisation (52% contre 24%), de réceptionner un résumé (60% contre 38%) et un compte rendu d'hospitalisation dans les 8 jours (36% contre 28%), d'être associé à l'avance à la décision de sortie (23% contre 10%) et à la mise en place de moyens pour assurer la coordination des soins à domicile (21% contre 9%), d'être prévenu de la sortie (27% contre 16%).

- Le contact téléphonique :

Lorsqu'un contact téléphonique est établi au préalable de l'hospitalisation dans le cadre de la coordination des soins autour de l'admission du patient dans les établissements de santé, on observe une amélioration de la qualité de sortie.

⇒ En cas de contact téléphonique avec un médecin du service : le médecin est informé de l'entrée (63% contre 34%), associé à la décision de sortie (33%

contre 14%), prévenu de la sortie (39% contre 18%), et réceptionne un compte rendu d'hospitalisation dans les 8 jours (47% contre 29%) ;

⇒ En cas de contact téléphonique avec le service des Urgences : le médecin est informé de l'entrée (52% contre 39%) ;

⇒ En cas de contact téléphonique avec un autre acteur hospitalier : le médecin est informé de l'entrée (78% contre 40%), associé à la décision de sortie (44% contre 17%), prévenu de la sortie (50% contre 22%), réceptionne un compte rendu d'hospitalisation dans les 8 jours (56% contre 32%).

- La transmission des éléments du dossier du patient :

Lorsqu'il existe une transmission des éléments du dossier médical, la sortie du patient est améliorée. Il a un plus fort pourcentage de probabilité de recevoir un résumé en fin d'hospitalisation (32% contre 17%), d'obtenir un rendez-vous avec le médecin qu'il a désigné au cours de son hospitalisation (42% contre 31%). D'autre part, le médecin chargé d'assurer la continuité des soins a un pourcentage de chance plus élevé d'être informé de l'hospitalisation (56% contre 27%), de réceptionner un résumé (61% contre 44%) et un compte rendu d'hospitalisation dans les 8 jours (38% contre 28%), d'être associé à l'avance de la décision de sortie (30% contre 7%) et à la mise en place de moyens pour assurer la coordination des soins à domicile (23% contre 10%), d'être prévenu de la sortie (32% contre 15%).

Ces éléments, enrichissant l'information, augmentent de manière significative la qualité de sortie.

Faut-il en déduire que la coordination des soins à la sortie du patient des établissements de santé est influencée dès la pré-admission ? Que la transmission d'informations du dossier médical du patient lors de l'hospitalisation permet une bonne coordination de la sortie ? Qu'il faille améliorer la transmission d'informations du dossier médical du patient aux médecins hospitaliers pour favoriser une qualité de sortie ? Qu'il faille choisir comme support d'informations une transmission d'éléments du dossier, puis une lettre d'accompagnement, et enfin un contact téléphonique ? Faut-il accompagner l'hospitalisation par un contact téléphonique de préférence avec un acteur hospitalier autre que le médecin du service ?

L'étude a montré que les médecins de ville ont bien préparé l'hospitalisation de leur patient en suivant ces procédures et ainsi favorisé la continuité des soins lors de l'hospitalisation de leur patient : un contact téléphonique (75% des cas), une lettre (62% des cas), suivis par la transmission d'éléments du dossier (48% des cas).

## **6.2. L'origine de la demande d'hospitalisation**

La demande d'hospitalisation effectuée par le médecin ambulatoire améliore la qualité de sortie. Dans notre étude, le patient hospitalisé à la demande de son médecin a un pourcentage de probabilité plus important de voir celui-ci mieux informé de son entrée (57% contre 20%), de réceptionner un résumé (62% contre 38%) et un compte rendu d'hospitalisation dans le délai légal des 8 jours (38% contre 26%), d'être associé à la décision de sortie (26% contre 7%) et à la mise en place des moyens pour assurer la coordination des soins à domicile (22% contre 9%), et d'être prévenu de la sortie (30% contre 13%).

A l'inverse, on retrouve un pourcentage de probabilité moindre concernant les mêmes éléments de sortie en cas d'une hospitalisation faite à la demande d'un autre acteur

- En cas d'hospitalisation à la demande du médecin correspondant : le médecin est non informé de l'entrée (77% contre 56%), non associé à l'avance de la décision de sortie (89% contre 80%) et à la mise en place de moyens pour assurer la coordination des soins à domicile (29% contre 16%), non prévenu de la sortie (87% contre 74%) ;
- En cas d'hospitalisation à la demande du médecin de garde : le médecin est non informé de l'entrée (77% contre 57%), non associé à l'avance de la décision de sortie (93% contre 81%) ;
- En cas d'hospitalisation à la demande de la famille : le médecin est non informé de l'entrée (77% contre 55%), il ne réceptionne pas de résumé (72% contre 44%) ni de compte rendu d'hospitalisation (57% contre 28%), et il n'est pas prévenu de la mise en place de moyens pour assurer la coordination à domicile (30% contre 8%).

Le médecin répondant est celui qui hospitalise le plus souvent les patients (56% des cas), et de ce fait, il est celui qui entoure son patient depuis un certain nombre d'années, et qui a donc une bonne connaissance de son dossier médical. Ainsi, il est à même d'assurer une bonne continuité des soins lors de l'hospitalisation. Le manque de continuité des soins à la sortie des services hospitaliers observé dans notre étude concerne donc des patients

hospitalisés dont la pré-admission est riche en informations et en coordinations. La perte de qualité concernant la sortie du patient des établissements de santé ne semble pas être due à un défaut de qualité durant la pré-admission mais plutôt durant l'admission ou l'hospitalisation.

Faut-il en déduire que pour une bonne coordination des soins à la sortie du patient des établissements de santé l'hospitalisation doit s'effectuer à la demande du médecin traitant ? Lors de l'hospitalisation la présence du médecin traitant est-elle nécessaire pour obtenir une sortie de qualité ? Les familles doivent-elles s'abstenir d'hospitaliser en dehors de l'urgence et ce, malgré une bonne transmission d'éléments du dossier médical ? Faut-il en déduire aussi qu'il est préférable que le patient consulte au préalable son médecin traitant lorsque l'hospitalisation s'effectue à la demande d'un médecin correspondant ?

### **6.3. Les réseaux de santé**

L'hospitalisation inscrite dans une démarche de réseau de santé améliore la qualité de sortie. Dans notre étude, le patient inscrit dans une démarche de réseau de santé a un pourcentage de probabilité plus important de voir son médecin informé de son entrée (55% contre 39%), d'être associé à la décision de sortie (47% contre 14%) et aux moyens mis en place pour assurer la coordination des soins à domicile (41% contre 12%), d'être prévenu de la sortie (55% contre 18%), et d'obtenir des ordonnances qui permettent d'éviter la rupture de la continuité des soins (92% contre 74%).

Ces indicateurs montrent que la coopération des différents professionnels de santé, inscrits dans une démarche de réseau de santé, améliore la qualité des soins en assurant la continuité de la prise en charge dans le temps.

Toutefois, ces résultats sont à prendre avec beaucoup de prudence :

- d'une part en raison du faible effectif de patients hospitalisés dans le cadre d'une démarche de réseau de santé ;
- d'autre part parce que la raison même d'un réseau est de créer un lien entre les professionnels de santé exerçant en ambulatoire et en établissement de santé ;
- et encore : il est possible que l'effectif des médecins répondants inscrits dans une démarche de réseau ne reflète pas la représentativité des médecins de ville, ne serait-ce que par leur implication plus certaine dans l'enseignement en faculté liée au CHU.

De plus, il est à noter qu'en raison du faible nombre obtenu de malades hospitalisés dans le cadre d'un réseau de santé, notre étude ne peut apporter de réponse (par manque de puissance statistique) concernant la qualité de la transmission d'informations lorsque l'hospitalisation s'intègre dans un réseau.

On note par ailleurs une prise de rendez-vous avec un spécialiste hospitalier plus fréquente (44% contre 30%) lorsque l'hospitalisation s'effectue dans le cadre d'un réseau de santé.

Faut-il en déduire qu'il faille organiser au mieux l'hospitalisation en amont par l'intermédiaire des réseaux de santé ?

#### **6.4. La programmation de l'hospitalisation**

La programmation améliore la qualité des soins en assurant la continuité de la prise en charge dans le temps. Dans notre étude, le patient hospitalisé de manière programmée a un pourcentage de probabilité plus important de recevoir un résumé d'hospitalisation à sa sortie (32% contre 18%). D'autre part, le médecin a un plus fort pourcentage de probabilité d'être informé de l'entrée (53% contre 33%), de réceptionner un résumé d'hospitalisation (60% contre 46%) et un compte rendu dans le délai légal des 8 jours (43% contre 25%), d'être associé à la décision de sortie (23% contre 15%), et d'être prévenu de la sortie (29% contre 19%).

D'autre part, notre étude souligne une perte de qualité de la coordination des soins entourant la sortie du patient lors d'une hospitalisation effectuée de manière urgente. Le patient ne reçoit pas de résumé d'hospitalisation à sa sortie (82% contre 68%). Le médecin est non informé de l'entrée (67% contre 47%), ne réceptionne pas de résumé d'hospitalisation (54% contre 40%) ni de compte rendu d'hospitalisation (37% contre 27%), et est non prévenu de la sortie (81% contre 71%).

Il faut noter que dans notre étude, l'hospitalisation s'effectue principalement de manière urgente (58% des cas). Cependant, elle est avant tout effectuée par des acteurs qui entourent le patient (91% des cas : médecin répondant, médecin correspondant et famille) et non pas par le médecin de garde (9% des cas). On peut donc penser que la perte de qualité concernant la sortie du patient des établissements de santé, dans le cadre de l'hospitalisation en urgence,

n'est pas due au manque d'informations recueillies à l'entrée de celui-ci. De ce fait, il semble exister dans l'hospitalisation en urgence un ou plusieurs facteurs intervenant à l'admission ou durant l'hospitalisation et influant sur la qualité de sortie.

Faut-il, pour améliorer la coordination des soins à la sortie du patient des établissements de santé, éviter les hospitalisations en urgence et ce, malgré une bonne transmission d'éléments du dossier médical par le médecin traitant lors de l'admission ? Faut-il en déduire qu'il faille organiser au mieux l'hospitalisation en amont par une programmation de celle-ci ?

### **6.5. L'horaire d'hospitalisation**

Dans notre étude, l'hospitalisation s'effectue principalement de jour (86% des cas), le patient a alors un pourcentage de probabilité plus fort de recevoir un résumé d'hospitalisation à sa sortie (25% contre 14%).

### **6.6. L'établissement de santé**

L'hospitalisation s'effectue principalement dans des établissements publics (60% des cas). Le défaut de coordination dans notre étude semble donc venir de ces établissements, et non pas des établissements privés.

Les CHU sont à l'origine d'une plus forte probabilité de perte de qualité de sortie. Lors d'une hospitalisation du patient en CHU, le médecin de ville est moins bien informé de la situation de son patient en raison des rendez-vous pris directement auprès du médecin spécialiste hospitalier (42% contre 20% pour les cliniques privées à but lucratif) et par ailleurs, il a un pourcentage de chance moindre d'obtenir un compte rendu d'hospitalisation (46% contre 28% pour les autres types d'établissements).

A l'inverse, les cliniques privées à but lucratif obtiennent une meilleure qualité de sortie. Le patient a un plus fort pourcentage de probabilité d'obtenir un résumé d'hospitalisation à la sortie de ce type d'établissement (32% contre 19% pour les CHU) et de recevoir un rendez-vous avec le médecin désigné par celui-ci pour la continuité des soins (51% contre 29% pour les autres types d'établissements). D'autre part, les médecins ont un plus fort pourcentage de probabilité d'être associés à la décision de sortie des patients (30% contre 13% pour les CHU

et contre 15% pour les établissements privés et CHR-CH) et de recevoir un compte rendu dans le délai légal des 8 jours (38% contre 27% pour les CHU).

### **6.7. La durée d'hospitalisation**

Une durée d'hospitalisation supérieure à 8 jours permet d'obtenir une meilleure continuité des soins grâce à un nombre plus important d'ordonnances de qualité faites par la structure hospitalière (85% contre 70%).

Pour de nombreux auteurs, le premier obstacle à une sortie réussie est le manque de planification, essentiellement lié à la réduction de la durée de séjour (15). Une sortie rapide restreint le temps consacré à l'éducation du patient et de sa famille, à la coordination des soins à domicile, à l'apprentissage d'une bonne observance des thérapeutiques prescrites, à l'information communiquée au médecin désigné par le patient, à l'organisation du suivi ultérieur. Les patients sortent avec un degré de dépendance croissant, entraînant un alourdissement de la prise en charge extrahospitalière. Des besoins insatisfaits ou mal évalués avant la sortie conduisent à une sortie « non réussie » : réhospitalisation précoce, recours aux services d'Urgence, décès (16,17).

Faut-il en déduire que pour obtenir une bonne coordination des soins à la sortie des patients des établissements de santé il faille un temps minimum d'hospitalisation pour pouvoir garantir une coordination de sortie de qualité ? Faut-il planifier la sortie avec le patient et son entourage le plus rapidement possible, dès l'admission, voire la pré-admission en cas d'hospitalisation programmée ?

### **6.8. La nature du service d'hospitalisation**

Le patient hospitalisé en service de chirurgie a un plus fort pourcentage de probabilité d'obtenir un résumé d'hospitalisation à la sortie (30% contre 15% pour les autres types de service) et le médecin chargé de la continuité des soins a un plus fort pourcentage de chance d'obtenir un résumé (64% contre 47% pour la médecine et les autres types de service) et un compte rendu d'hospitalisation dans les 8 jours (44% contre 30% pour la médecine et 25% pour les autres types de service).

Les chirurgiens rédigeant systématiquement leurs comptes rendus d'hospitalisation après chaque intervention, ceci permet d'obtenir plus de copies d'informations.

## **7. Satisfaction**

Il nous est apparu fondamental d'interroger les patients sur leur degré de satisfaction, ainsi que de recueillir l'opinion des différents médecins libéraux pour pouvoir donner une dimension culturelle à notre étude.

### **7.1. Satisfaction des patients**

Le patient, malgré cette carence de coordinations des soins entourant sa sortie relevée dans notre étude, s'avère être le plus souvent satisfait (79% des cas), voir très satisfait dans 24% des cas. Cet indice de satisfaction est important et peut être expliqué par le manque de connaissance de la réglementation par les patients.

Les patients sont très satisfaits si l'hospitalisation s'accompagne d'un contact téléphonique avec un autre acteur hospitalier (62% contre 37% avec un médecin du service et 28% avec le service des Urgences) ; d'une transmission d'éléments du dossier médical (29% contre 19%) ; et si l'hospitalisation est programmée (34% contre 16%).

A l'inverse, les patients sont très insatisfaits lors d'une hospitalisation en urgence (15% contre 9%).

Les avis des patients corroborent nos résultats sur les indicateurs de fonctionnements (contact téléphonique avec un autre acteur hospitalier, programmation de l'hospitalisation) et de dysfonctionnements (hospitalisation en urgence) ; et de ce fait, notre étude acquiert une dimension durable.

## 7.2. Satisfaction des médecins

A l'opposé, les médecins répondants s'exprimant au niveau du commentaire libre signalent leur insatisfaction. Il semble exister une divergence de vue entre les médecins de ville et les patients quant à la qualité de sortie perçue, attendue et voulue. Le patient et le médecin désigné pour assurer la continuité des soins n'ont pas les mêmes types d'attente.

Les médecins soulignent, tout comme nos résultats, un manque de coordinations à la sortie des patients des établissements de santé : ils sont peu prévenus de l'entrée et de la sortie du patient, peu associés à celle-ci et peu informés (manque de lettre de sortie et défaut de réception des comptes rendus d'hospitalisation).

Comme autres dysfonctionnements, les médecins relèvent une mauvaise utilisation des ordonnances bizones et une moins bonne coordination des soins à la sortie du patient pour les établissements publics.

Ils préconisent quelques solutions :

- Eviter la sortie du patient juste avant ou pendant le week-end ;
- Diminuer le nombre de rendez-vous pris par l'hôpital avec des médecins du service hospitalier, notamment lorsque le patient a déjà été vu par un médecin spécialiste de ville. ;
- Diminuer la durée de prescription médicale remise au patient à sa sortie afin qu'il revoie systématiquement après hospitalisation son médecin traitant.

Concernant le retour à domicile, de nombreux auteurs déconseillent de programmer les sorties les veilles de week-end et jours fériés, pour les patients âgés et vulnérables nécessitant une poursuite des soins au domicile (15,18).

Faut-il, pour obtenir une sortie de qualité des patients des établissements de santé, éviter les retours à domicile les veilles de jours fériés et de week-end ? Diminuer la durée des prescriptions médicales effectuées par le service hospitalier ? Diminuer le nombre de rendez-vous donnés par l'hôpital avec des médecins spécialistes hospitaliers ?

## **8. Recommandations de pratiques cliniques**

### **8.1. Recommandations existantes**

Il s'agit ici de retranscrire conformément au cadre législatif et réglementaire les éléments du "contrat de soins" permettant de respecter l'engagement des médecins hospitaliers sur la coordination des soins du patient à la sortie des établissements de santé :

- **Le responsable de la communication :**

Dans les établissements publics de santé et les établissements privés participant à l'exécution du service public hospitalier, les informations relatives à la santé d'une personne lui sont communiquées par le médecin responsable de la structure concernée ou par tout membre du corps médical de l'établissement désigné par lui à cet effet.

Dans les établissements de santé privés ne participant pas à l'exécution du service public hospitalier, cette communication est assurée par le médecin responsable de la prise en charge du patient. En l'absence de ce médecin, elle est assurée par le ou les médecins désignés à cet effet par la conférence médicale.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible.

- **Concernant le secret professionnel :**

Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part

- **Information sur l'évolution de l'hospitalisation dans le service**

Sans préjudice des dispositions applicables aux établissements publics de santé et aux établissements privés participant au service hospitalier, le médecin qui prend en charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le praticien désigné par le malade ou son entourage. Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier sont tenus d'informer le médecin désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné.

Le médecin hospitalier doit tenir informé le praticien désigné par le patient des décisions essentielles auxquelles ce praticien sera associé dans toute la mesure du possible.

Le chef de service communique toutes les informations relatives à l'état du malade au médecin désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille.

- **La copie des informations :**

A la fin de chaque séjour hospitalier, une copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins doit être remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de huit jours maximum. La loi du 4 mars 2002 réaffirme solennellement le droit à la communication des informations contenues dans le dossier médical du patient au médecin désigné par celui-ci pour assurer la continuité des soins.

- **Les ordonnances :**

Les ordonnances de sortie doivent indiquer lisiblement : le nom, la qualité et le cas échéant, la qualification ou le titre du prescripteur, son identifiant lorsqu'il existe, son adresse, sa signature et la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée ; la dénomination du médicament ou du produit prescrit, sa posologie et son mode d'emploi et, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée ; soit la durée du traitement, soit le nombre d'unités de conditionnement et, le cas échéant, le nombre de renouvellements de la prescription. Elle doit être datée du jour de sa rédaction et écrite de façon lisible afin d'éviter toute méprise sur le nom du médicament, sur les doses, sur le mode d'administration, sur la durée du traitement.

Le médecin traitant est informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu la surveillance du malade.

Tout malade sortant reçoit les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits.

La délivrance d'ordonnances doit être accompagnée par des explications claires et précises, nécessaires au patient et à son entourage.

## **8.2. Propositions de nouvelles recommandations**

Il s'agit ici de faire des propositions personnelles pour guider la pratique des médecins au quotidien en prenant en compte l'élargissement du rôle du médecin au-delà des soins traditionnels, le mettant davantage au service des patients :

### **- Concernant la pré-admission**

⇒ Préparer, en dehors de l'urgence, l'hospitalisation en amont.

### **- Concernant l'admission**

⇒ Continuer, comme le montre l'étude, à adresser le patient avec une lettre d'accompagnement, des éléments du dossier médical et si possible un contact téléphonique.

### **- Concernant l'hospitalisation**

⇒ Création d'un nouveau poste de médecin renseignant par téléphone les médecins de ville sur l'admission, l'hospitalisation et la sortie ;

⇒ Lors de chaque hospitalisation prévoir un temps suffisamment long consacré à l'éducation du patient et de sa famille, à la coordination des soins à domicile, à l'apprentissage d'une bonne observance des thérapeutiques prescrites, à l'information communiquée au médecin désigné par le patient, et à l'organisation du suivi ultérieur.

### - **Concernant la sortie**

- ⇒ Planifier la sortie avec le patient et son entourage (dans le respect du secret médical et après accord du patient) débutant le jour de l'entrée, voire avant l'admission dans le cadre d'une hospitalisation programmée ;
- ⇒ Eviter les retours à domicile les veilles de jours fériés et de week-end ;
- ⇒ Diminuer la durée des prescriptions médicales remises au patient à sa sortie ;
- ⇒ Remettre le compte rendu d'hospitalisation au patient à sa sortie ;
- ⇒ Envoyer les comptes rendus d'hospitalisation aux médecins de ville en mode postal prioritaire ou dans le futur en mode électronique ;
- ⇒ Valider systématiquement par un médecin thésé les ordonnances, les résumés, les comptes rendus d'hospitalisation et les certificats ;
- ⇒ Diminuer les rendez-vous donnés par l'hôpital avec des médecins spécialistes hospitaliers afin d'éviter les redondances.

### **8.3. Dix conseils aux patients hospitalisés**

Il faut motiver les patients à être des acteurs de leur santé en aidant leur médecin traitant à coordonner leurs soins (Annexe 8).

Pour cela, patients :

1. Prévenez votre médecin de votre hospitalisation ;
2. Signalez à l'hôpital que vous avez un médecin ;
3. Demandez à ce que votre médecin soit informé de la date et de l'heure de votre hospitalisation ;
4. Pendant votre d'hospitalisation, demandez à ce que le chef de service communique à  votre médecin toutes les informations relatives à votre état de santé ;
5. Demandez à ce que votre médecin soit associé et prévenu de votre sortie d'hôpital ;
6. Demandez avant de quitter l'hôpital, une copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins et qui doit vous être remise directement au moment de votre sortie ;
7. Demandez tous les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuité de vos soins et de vos traitements ainsi qu'à la justification de vos droits ;

8. Demandez à ce que l'on prévienne votre médecin le plus tôt possible des informations et des prescriptions médicales que vous devez suivre. Votre médecin doit être en capacité de poursuivre, s'il y a lieu, votre surveillance. Un résumé d'hospitalisation suivi d'un compte rendu complet d'hospitalisation doit être remis ou envoyé à votre médecin traitant dans les 8 jours qui suivent votre sortie ;
9. Vérifiez qu'aucun RDV redondant ou inutile n'a été mis en place ;
10. Reprenez contact dans les 8 jours avec votre médecin traitant, afin d'organiser votre suivi.

## CONCLUSION

Le but de notre étude était de :

- Analyser les caractéristiques de la sortie de l'hôpital des patients ;
- Recueillir les éléments qui concourent à la continuité des soins ;
- Repérer, décompter et analyser les éventuels dysfonctionnements ;
- Recueillir les opinions des médecins libéraux de soins primaires sur ces dysfonctionnements et les solutions qu'ils préconisent ;
- Proposer des recommandations de pratiques cliniques et des conseils aux patients hospitalisés.

Tout ceci en restant dans le cadre de la démarche qualité.

Cette étude a concerné 484 patients à travers la participation de 109 médecins de ville d'Ile-de-France (médecins généralistes, gynécologues, psychiatres et pédiatres).

Il s'agissait d'une enquête de pratiques réalisée avec le concours des différents membres de la commission « Evaluation des soins et des réseaux, et formation » de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France.

3 types de constatations se dégagent :

- Notre étude montre que dans la pratique de la médecine au quotidien, il existe une carence de transmission d'informations médicales des médecins des établissements de santé vers les médecins de ville concernant la continuité des soins. Le médecin est peu informé par l'établissement de santé sur l'entrée, le déroulement de l'hospitalisation et la sortie de son patient. Il est aussi peu associé à l'avance à la sortie du patient, et à la mise en place de moyens pour assurer la coordination des soins à domicile. Et enfin, beaucoup d'informations concernant l'hospitalisation (résumés et comptes rendus) ne sont pas reçues par le médecin de ville et/ou le patient en temps et en heure.

Cette situation constitue une rupture de la continuité des soins et représente une réelle perte de chance pour les patients sortant des établissements de santé bien qu'ils n'en aient pas conscience.

- Cet état des lieux confirme le manque des bonnes pratiques à l'exercice d'un droit reconnu par la loi, celui du droit du patient à la communication des informations contenues dans son dossier. Notre étude montre une rupture entre une pratique idéale qui s'inscrit dans un cadre législatif et réglementaire, et une pratique de la médecine au quotidien.
- Notre étude a mis en avant le fait que le médecin peut intervenir indirectement sur la qualité de la sortie du patient de l'établissement de santé, en préparant au mieux l'hospitalisation. L'information et la coordination des soins des médecins de ville vers les médecins hospitaliers sont des facteurs influençant la qualité de sortie.

Il serait nécessaire de mettre en place des enquêtes complémentaires qui pourraient renforcer et corroborer les résultats décrits ci-dessus, notamment dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie centrée autour du médecin traitant.

L'information fait partie intégrante de la relation de soin. Cette information permet à la personne de prendre, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé, d'éclairer son consentement et de faciliter son adhésion au traitement. Le dossier constitué au cours d'une hospitalisation ne représente certes qu'un épisode, voire un instantané de l'histoire médicale d'une personne mais est le témoin d'un incident ou d'une complication dans le parcours de soins qui conduit à réévaluer le profil du patient.

Les professionnels de santé, les établissements de santé, les structures sanitaires et médico-sociales détenant les informations doivent veiller à une bonne transmission de cette information médicale pour viser une meilleure continuité des soins.

La loi du 4 mars 2002 réaffirme solennellement la possibilité pour une personne d'accéder directement aux informations, et le devoir du professionnel de santé est de communiquer régulièrement au patient qui le demande, toute information pertinente concernant sa santé.

Devant cet état des lieux, il apparaît nécessaire que les établissements de santé aient une démarche réflexive dans le cadre d'une démarche qualité sur la compréhension des dysfonctionnements provoquant la rupture de transmission d'informations des médecins hospitaliers vers les médecins de ville concernant la continuité des soins.

Comment ce manque de transmission d'informations s'explique-t-il au sein même de l'établissement de santé ? Quels sont les besoins des services pour répondre au cadre législatif ou réglementaire en la matière ? Faut-il effectuer une enquête de pratiques en interrogeant cette fois-ci les médecins hospitaliers sur l'entrée et la sortie des établissements de santé ? Et plus généralement tous types de questions qui doivent trouver réponses dans le cadre de leur accréditation par la HAS.

En tout état de cause, comment obtenir une concertation optimale de tous les soignants concernés pour que le patient retrouve son domicile et son environnement habituel, éventuellement réaménagés en fonction des conclusions apportées par le séjour en établissement de santé ?

Bien qu'une majorité de patients soient satisfaits des soins prodigués par l'hôpital et que l'OMS classe le modèle de soins français parmi les meilleurs au monde, une amélioration du système est bien entendu toujours souhaitable et possible.

<b>BIBLIOGRAPHIES</b>
-----------------------

1. ANAES, Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé dossier du patient : Réglementation et recommandations, 2003.
2. ANAES, Conférence de consensus : Sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou psychique, 2004.
3. ANAES, Recommandations pour la pratique clinique. Accès aux informations concernant la santé d'une personne. Modalités pratiques et accompagnement, 2004.
4. ANAES, Recommandations de la conférence de consensus : Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuropsychique, 2005.
5. ANAES, Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé préparation de la sortie du patient hospitalisé, 2001.
6. Gervais T. - Le DMP, élément de réformes d'ensemble - magazine espace médical européen, 2005, 1, n° , 7-15.
7. Schwartz D, Lazar P, Papoz L. - Statistique médicale et biologique - Flammarion Médecine Sciences, Paris, 1991.
8. ANAES, principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Recommandation pour la politique de santé, 2002.
9. Essex B, Doig R, Rosenthal J, Doherty J. - The psychiatric discharge summary: a tool for management and audit.- Br J Gen Pract, 1991, 41, n ° , 332-4.
10. Farrington W, Bromwich E, Cosgrove C, Walker A, Wilkins D. - Improving discharge communication to general practitioners. - Audit Trends, 1998, 6, n ° , 59-62.

11. Sala JN. - Pertinence des ordonnances de sortie à l'hôpital. Une étude sur le département de médecine interne de l'hôpital Cochin - Thèse méd. Paris 5, Cochin Port Royal, 1989 ; n° 89PA05C042.
12. Aubert MN. - A propos de « la charte du meilleur moment de sortie des établissements d'hospitalisation » : la prise en charge pharmaceutique du patient au centre de la relation hôpital-pharmacies d'officine - Thèse phar. Nancy, Université Henri Poincaré, 1999 ; n° 66.
13. Macaulay EM, Cooper GG, Engeset J, Naylor AR. - Prospective audit of discharge summary errors. - Br J Surg, 1996, 83, n ° , 788-90.
14. Essex B., Doig R., Rosenthal J., Doherty J. - The psychiatric discharge summary: a tool for management and audit. - Br J Gen Pract, 1991, 41, n ° , 332-4.
15. Soliman A. - Discharging our duty? - Elder Care, 1997, 9, n ° , 39.
16. . Mathura E. - Planned hospital patient discharge - Or an ejector seat? - J Integr Care, 1999, 3, n ° , 84-9.
17. Weaver FM, Perloff L, Waters T. - Patients' and caregivers' transition from hospital to home: needs and recommendations. - Home Health Care Serv Q, 1998, 17, n ° , 27-48.
18. McHale K. - The essential guide to principles of discharge planning. - Macmillan Magazines, 1997.

ANNEXES
---------

**ANNEXE 1. EXTRAITS DE LA LOI N° 2002-303 DU 4 MARS 2002 RELATIVE AUX DROITS DES MALADES ET À LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ**

**Premier extrait**

« Art. L. 1110-4. - Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

« Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

« Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

« Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'État pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du Code de la sécurité sociale est obligatoire.

« Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

« En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L.

1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

« Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. »

### **Second extrait**

#### Chapitre II

##### Droits et responsabilités des usagers

Article 11 Le chapitre I er du titre Ier du livre Ier de la première partie du Code de la santé publique

est ainsi rédigé :

Chapitre I er Information des usagers du système de santé  
et expression de leur volonté

« Art. L. 1111-1. - Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose ».

« Art. L. 1111-2. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

« Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

« Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

« La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

« Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

« Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

« En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

« Art. L. 1111-3. - Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« Art. L. 1111-4. - Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

« Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

« L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

« Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

« Art. L. 1111-5. - Par dérogation à l'article 371-2 du Code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

« Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

« Art. L. 1111-6. - Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquée à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

« Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.

« Art. L. 1111-7. - Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

« Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.

« La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

« À titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des

hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

« Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. À la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin. « En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4.

« La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

« Art. L. 1111-8. - Les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement de données ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée.

« Les traitements de données de santé à caractère personnel que nécessite l'hébergement prévu au premier alinéa doivent être réalisés dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. La prestation d'hébergement fait l'objet d'un contrat. Lorsque cet hébergement est à l'initiative d'un professionnel de santé ou d'un établissement de santé, le contrat prévoit que l'hébergement des données, les modalités d'accès à celles-ci et leurs modalités de transmission sont subordonnées à l'accord de la personne concernée.

« Les conditions d'agrément des hébergeurs sont fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils de l'ordre des professions de santé ainsi que du conseil des professions paramédicales. Ce décret mentionne les informations qui doivent être fournies à l'appui de la demande d'agrément, notamment les modèles de contrats prévus au deuxième alinéa et les dispositions prises pour garantir la sécurité des données traitées en application de l'article 29 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée, en particulier les mécanismes de contrôle et de sécurité dans le domaine informatique ainsi que les procédures de contrôle interne. Les dispositions de l'article L. 4113-6 s'appliquent aux contrats prévus à l'alinéa précédent. « L'agrément peut être retiré, dans les conditions prévues par l'article 24 de la loi n° 2000321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, en cas de violation des

prescriptions législatives ou réglementaires relatives à cette activité ou des prescriptions fixées par l'agrément. « Seuls peuvent accéder aux données ayant fait l'objet d'un hébergement les personnes que celles-ci concernent et les professionnels de santé ou établissements de santé qui les prennent en charge et qui sont désignés par les personnes concernées, selon des modalités fixées dans le contrat prévu au deuxième alinéa, dans le respect des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-7.

« Les hébergeurs tiennent les données de santé à caractère personnel qui ont été déposées auprès d'eux à la disposition de ceux qui les leur ont confiées. Ils ne peuvent les utiliser à d'autres fins. Ils ne peuvent les transmettre à d'autres personnes que les professionnels de santé ou établissements de santé désignés dans le contrat prévu au deuxième alinéa. « Lorsqu'il est mis fin à l'hébergement, l'hébergeur restitue les données qui lui ont été confiées, sans en garder de copie, au professionnel, à l'établissement ou à la personne concernée ayant contracté avec lui.

« Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et les personnes placées sous leur autorité qui ont accès aux données déposées sont astreints au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du Code pénal.

« Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel ou qui proposent cette prestation d'hébergement sont soumis, dans les conditions prévues aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3, au contrôle de l'Inspection générale des affaires sociales et des agents de l'État mentionnés à l'article L. 1421-1. Les agents chargés du contrôle peuvent être assistés par des experts désignés par le ministre chargé de la santé.

« Art. L. 1111-9. - Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent chapitre. Les modalités d'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès, font l'objet de recommandations de bonnes pratiques établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

**ANNEXE 2****Liste des élus pour la commission « Evaluation des soins et des réseaux, et formation » :**

- Richard AMORETTI ;
- Jean-Gabriel BRUN ;
- Martine BURDET DUBUC ;
- José CLAVERO ;
- Jean Marie CONESA ;
- Michel DORE ;
- Catherine DORMARD ;
- Bernard ELGHOZI ;
- Dominique GIGNAC ;
- Richard HADDAD ;
- Michèle MEYRIGNAC ;
- Régis MOURIES ;
- Bernard ORTOLAN ;
- Pierre POPOWSKI ;
- Luc REFABERT ;
- Jean François THEBAUT.

**ANNEXE 3**

Shortell précise les conséquences d'une prise en compte insuffisante de chaque dimension :

Stratégique	Culturelle	Technique	Structurelle	Résultats
0	1	1	1	Pas de résultats significatifs sur les sujets essentiels.
1	0	1	1	Petits résultats temporaires. Pas de pérennisation.
1	1	0	1	Frustrations et faux départs.
1	1	1	0	Pas de capitalisation ni d'extension des apprentissages.
1	1	1	1	Impact durable au sein de l'organisation.

## **ANNEXE 4 : EXEMPLES DIVERS D'ENQUETES REALISEES PAR LA SOCIETE**

### **CAREPS :**

#### **MODES DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU SOMMEIL EN MEDECINE LIBERALE (1992-93)**

Étude sur un échantillon de 150 omnipraticiens de l'Isère.

**CPAM de Grenoble**

#### **INCIDENCE ET DESCRIPTION DES FRACTURES DE L'EXTREMITÉ SUPERIEURE DU FEMUR (1992-94)**

Recensement exhaustif auprès de tous les chirurgiens de l'Isère concernés ; analyse de 900 dossiers.

**Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)**

#### **SANTÉ MENTALE ET PHYSIQUE, HYGIÈNE DE VIE DES LYCEENS ET APPRENTIS DE RHÔNE-ALPES (1994)**

Enquête par auto-questionnaire sur 3.000 lycéens et jeunes en centre d'apprentissage des 8 départements de Rhône-Alpes.

**Conseil Régional Rhône-Alpes**

#### **EVALUATION D'UN PROGRAMME DE PREVENTION DE LA VIOLENCE, DES INCIVILITES ET DU MAL-ETRE EN MILIEU SCOLAIRE (1998-2001)**

Évaluation de type "avant-après" (avec comparaison à des établissements témoins) réalisée sur 4 000 élèves et 750 adultes appartenant à 10 collèges et lycées professionnels de l'Académie de Grenoble.

**Rectorat de Grenoble, Fondation de France**

#### **ÉTAT DES LIEUX DESCRIPTIF DU DISPOSITIF NATIONAL DE LUTTE CONTRE L'HEPATITE C (2001-2002)**

Enquête par questionnaire auprès des services déconcentrés de l'Etat et de tous les porteurs de projets financés dans le cadre du plan national de lutte. Enquête qualitative complémentaire par entretiens et questionnaires ouverts.

**Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé)**

#### **PRATIQUE DES MEDECINS LIBERAUX EN MATIERE DE PRESCRIPTION ET D'INCITATION AU DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN (2002)**

Enquête sur 2 000 cas notifiés par 200 généralistes et 100 gynécologues. Animation de 5 groupes de parole avec des praticiens libéraux.

**URML Rhône-Alpes**

#### **PERCEPTION DES ACTIONS DE PREVENTION DE L'INFECTION VIH - SIDA DANS LE RHÔNE (2002)**

Enquête de perception auprès d'une soixantaine d'acteurs impliqués dans la lutte contre le SIDA dans le Rhône sur les actions conduites.

**DDASS du Rhône**

**CONSEIL METHODOLOGIQUE POUR L'ELABORATION DU PROTOCOLE D'EVALUATION D'UNE ACTION DE PREVENTION DE L'OBESITE INFANTILE (2004)**

La mission du CAREPS consiste en un conseil méthodologique pour l'élaboration du protocole d'une action de prévention de l'obésité dans le 3ème arrondissement de Lyon.  
**Mutuelle générale des enseignants (MGEN)**

**ÉVALUATION DU RESEAU ANAIS DE PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE DU HANDICAP DE L'ENFANT (2004)**

Évaluation quantitative et qualitative du réseau de prise en charge ambulatoire du handicap physique et mental de l'enfant sur l'agglomération grenobloise : suivi des indicateurs d'activité, enquête auprès des professionnels libéraux, des familles, des services et des partenaires institutionnels, analyse économique.

**Association pour la Promotion du Réseau de Santé ANAÏS (APRA)**

**ÉVALUATION DU RESEAU DEPARTEMENTAL D'ALCOOLOGIE DE SAVOIE (2004-2006)**

Évaluation à court et moyen terme basée sur une description du fonctionnement, une analyse de l'activité, une évaluation de la qualité de la prise en charge et une étude de satisfaction des principaux acteurs concernés.

**Réseau Départemental d'Alcoologie REALS, URCAM Rhône-Alpes**

**ÉVALUATION AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE DE L'IMPACT D'UNE CAMPAGNE DE SENSIBILISATION DES PARENTS A LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT FIEVREUX (2005)**

Enquête postale auprès de 1100 généralistes, pharmaciens et pédiatres libéraux de l'agglomération lyonnaise (sondage au 1/2) ainsi qu'auprès des 35 consultations de PMI de l'agglomération.

**COURLYGONES, URCAM Rhône-Alpes**

**IMPACT ET VECU DES MUTATIONS PROFESSIONNELLES SUBIES PAR LES SALARIES DU SITE FRANCE TELECOM (2005)**

Enquête postale auprès des 300 salariés d'un site Recherche et Développement affecté il y a quelques années par une profonde restructuration. L'enquête a été doublée par une série de 30 entretiens qualitatifs auprès de certains salariés.

**France Télécom**

**ÉTUDE DES MODALITES D'ORGANISATION DE LA CHIMIOThERAPIE A DOMICILE (2005- 2006)**

État des lieux sur les modalités organisationnelles de la chimiothérapie à domicile : recensement des structures concernées et enquête exhaustive auprès d'elles (avec focus sur les plus impliquées). Entretiens avec les acteurs concernés dans 5 sites.

**Ministère de la Santé (DHOS)**

## ANNEXE 5

Paris, le 25 novembre 2004

Objet : Enquête "Sortie d'établissement de santé"

Chère confrère, Cher confrère

Vous avez été choisi(e) par tirage au sort parmi l'ensemble des médecins franciliens pour participer à une enquête "**sortie d'établissement de santé**" menée par l'URML Ile-de-France.

Une étude pilote a démontré de vraies lacunes dans la sortie du patient hospitalisé.

Or, il existe d'une part des recommandations de l'ANAES publiées en novembre 2001 sur la "préparation de la sortie du patient hospitalisé", et d'autre part la loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades. L'idée est **d'éviter la rupture de soins entre l'établissement hospitalier et la ville** par une communication pertinente.

La présente enquête permettrait de faire un état des lieux sur la **qualité de la sortie du patient d'un établissement de santé** et de préciser vos besoins et de vos attentes. Elle a pour cible les médecins de soins primaires, à savoir les médecins généralistes, les gynécologues, les psychiatres et les pédiatres.

L'URML Ile-de-France vous invite à participer à cette étude-recherche dont vous êtes l'acteur indispensable et privilégié.

Elle consiste en une collecte d'informations succinctes (une vingtaine d'items) pour les **10 premiers patients** vus après leur sortie d'un établissement de santé. Le temps de remplissage a été évalué et cela ne vous prendra que **3 minutes par patient**.

Vous trouverez quelques informations complémentaires sur l'enquête au verso de ce courrier. Nous avons besoin de votre avis et nous vous prions de retourner le coupon réponse joint en cas d'acceptation au moyen d'une enveloppe T mise à votre disposition ou par fax.

Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez contacter Monsieur Chanthell FENIES, chargé de mission à l'URML IDF au 01 40 64 14 70 ou par mail [chanthell.fenies@urml-idf.org](mailto:chanthell.fenies@urml-idf.org).

Votre participation à cette enquête contribuera à l'amélioration de la continuité des soins et de vos conditions de travail.

En espérant une réponse positive de votre part dont nous vous remercions par avance, nous vous prions de croire, Chère Confrère, Cher Confrère, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

L'équipe de la Commission Evaluation de l'URML IDF

<p style="text-align: center;"><b>ENQUÊTE « SORTIE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ »</b></p>
--

**Justification de l'enquête :**

- ✓ Comme indiqué dans le courrier, l'ANAES a publié en 2001 des recommandations "préparation de la sortie du patient hospitalisé" dans le but d'éviter la rupture de soins entre l'établissement de santé et la ville. Certains items de ces recommandations sont d'ailleurs repris dans le dossier d'accréditation des établissements de soins.
  
- ✓ La loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé a pour objet de :
  - développer la coordination en matière de santé,
  - assurer la continuité des soins,
  - assurer la meilleure qualité des soins,
  - faciliter la coordination et la continuité de la prise en charge sanitaire adaptée aux besoins des patients.
  
- ✓ L'enquête lancée par l'URML IDF entre dans le cadre de ses missions définies par la loi :
  - analyses et études relatives au système de santé, à l'exercice libéral de la médecine ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux,
  - organisation et régulation du système de santé,
  - coordination avec les autres professionnels de santé,
  - information et formation des médecins et des usagers.

**Objectifs :**

Améliorer la continuité des soins lors de la sortie d'hôpital :

- ✓ Recueillir la présence des éléments qui concourent à la continuité des soins
- ✓ Analyser les éventuels dysfonctionnements
- ✓ Recueillir les solutions à ces dysfonctionnements suggérés par la profession médicale, tant libérale (qu'hospitalière et/ou à ce stade ?) les patients
- ✓ Étudier le fait qu'un patient pris en charge dans le cadre d'un réseau de santé permet d'améliorer sa sortie d'hôpital

### **Contexte descriptif :**

La présente enquête devrait permettre de préciser l'état des lieux sur la qualité de la sortie d'établissement de santé et, pour ce faire, les besoins et attentes tant des médecins libéraux que des patients.

Ultérieurement, dans un autre versant de cette enquête, les praticiens hospitaliers pourront être questionnés sur leurs propres besoins et attentes afin d'optimiser le parcours des patients lors de leur entrée à l'hôpital.

### **Anonymat et rendu des résultats**

Cette étude est strictement anonyme : seules des données statistiques globales en seront tirées. Les résultats globaux de l'étude seront adressés aux médecins participants en courrier personnalisé afin de leur servir d'auto évaluation.

**ANNEXE 6**

**ENQUETE "SORTIE ETABLISSEMENT DE SANTE"**

**COUPON – REPONSE**

A renvoyer par les médecins acceptant de participer à l'enquête

J'accepte de participer à l'enquête "Sortie établissement de santé" organisée par la Commission Evaluation de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France.

**Nom, Prénom :**

**Mail :**

**Tél Portable**

**Année de naissance :**

**Année d'installation :**

**Sexe :**  M  F

**Quelques renseignements sur votre activité :**

**Vous exercez :**  seul(e)  en association

**Mode d'exercice :** **Libéral exclusif :**

en cabinet

**Mixte :**

libéral + salarié établissement  
↓

d'hôpital.

en établissement libéral + salarié autre structureNombre de vacations hospitalières par 

semaine :

Etes-vous informatisé ?  oui  nonNombre approximatif de patients hospitalisés par mois (y compris hospit. de jour) :  <

5

 5-15

&gt;15

**Autres activités**

Médecin référent :

 oui  non

Recherche médicale :

 oui  non

Activité en FMC (expert, organisation, animation) :

 oui nonMaîtrise de stage ou activité d'enseignement :  oui  non

Activité en réseau de santé :

 oui  non

Si oui, précisez le réseau : .....

Merci d'apposer votre cachet

**Nous vous remercions de renvoyer ce coupon au moyen de l'enveloppe jointe ou par fax  
à l'organisme spécialisé en santé publique chargé par l'URML de la gestion de cette  
enquête**

**CAREPS - 20 rue Chenoise - 38000 GRENOBLE****fax: 04 76 51 03 06**

**ANNEXE 8**

<b>Dix conseils aux patients hospitalisés</b>	
1	Prévenez votre médecin de votre hospitalisation
2	Signalez à l'hôpital que vous avez un médecin
3	Demandez à ce que votre médecin soit informé de la date et de l'heure de votre hospitalisation
4	Demandez à ce que le chef de service communique à votre médecin toutes les informations relatives à votre état de santé
5	Demandez à ce que votre médecin soit associé et prévenu de votre sortie d'hôpital
6	Avant de quitter l'hôpital, demandez une copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité de vos soins
7	Demandez les certificats médicaux, les ordonnances ainsi que la justification de vos droits
8	Demandez à ce que l'on prévienne votre médecin le plus tôt possible des informations et des prescriptions médicales que vous devez suivre
9	Vérifiez qu'aucun RDV redondant ou inutile n'a été mis en place
10	Reprenez contact dans les 8 jours avec votre médecin traitant

<b>ABREVIATIONS</b>
---------------------

**ADM** : Aide au Diagnostic Médical

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

**BCB** : Banque Claude Bernard

**CADA** : Commission d'Accès aux Documents Administratifs

**CAREPS** : Centre Rhône Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire

**CEAM** : Carte Européenne d'Assurance Maladie électronique

**CH** : Centre Hospitalier

**CHR** : Centre Hospitalier Régional

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CRH** : Compte Rendu Hospitalier

**CRO** : Compte Rendu Opérateur

**CSP** : Code de la Santé Publique

**DMP** : Dossier Médical Personnel

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IGR** : Institut Gustave Roussy

**JO** : Journal Officiel

**NTI** : Nouvelles Technologies de l'Information

**NTIC** : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PACS** : Picture Archiving and Communication Systems

**SIH** : Systèmes d'Information Hospitaliers

**SPSS** : Statistical Package for Social Sciences

**SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

**URCAM** : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

**URML** : Union Régionale des Médecins Libéraux

**URML IDF** : Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-De-France

**URSSAF** : Union régionale de sécurité sociale et d'allocations familiales

## RESUME

L'objectif de cette étude est d'effectuer un état des lieux sur la sortie des patients d'un établissement de santé et ainsi d'analyser la continuité des soins après hospitalisation entre les établissements de santé et la médecine de ville.

**Méthode :** Pour cela, nous avons effectué une randomisation de tous les médecins libéraux de soins primaires d'Ile-de-France (à savoir les médecins généralistes, les gynécologues, les psychiatres et les pédiatres). Les médecins volontaires ont été interrogés sur les 10 premiers patients vus en consultation ayant effectué un séjour dans un établissement de santé public ou privé, au cours du mois précédant la consultation.

**Résultats :** Nous avons constaté qu'il existe une rupture de la continuité des soins entre les établissements de santé et la médecine de ville, par manque de transmission d'informations médicales. Le médecin désigné pour assurer la continuité des soins est peu informé par le service hospitalier sur l'entrée du patient lors de son hospitalisation et sur le déroulement de son séjour. Il est aussi peu informé de sa sortie et peu associé à celle-ci.

Le médecin de ville quant à lui, peut intervenir indirectement sur la qualité de la sortie, dès la pré-admission du patient. L'information et la coordination des soins des médecins de ville vers les médecins hospitaliers sont des facteurs influençant la qualité de sortie.

**Conclusion :** Cet état des lieux précise que les textes qui régissent le droit du malade et les différentes recommandations sur la sortie d'hôpital sont insuffisamment mis en place par les structures d'hospitalisation. Cette situation constatée de manque de coordination lors de la sortie, représente une réelle perte de chance pour les patients sortant des établissements de santé.

**Mots clés :** Hospitalisation ; sortie ; continuité ; soins ; coordination ; démarche qualité.