



Faculté de médecine

Année 2024/2025

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

**Marie LEIDELINGER**

Né(e) le 11 mai 1994 à Chartres (28)

---

#### TITRE

**Les modifications thérapeutiques induites par une hospitalisation  
et la transmission des informations au médecin traitant**

---

Présentée et soutenue publiquement le 24 avril 2025 devant un jury composé  
de :

Président du Jury : Professeur Franck BRUYERE, Urologie, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury : Professeure Alexandra AUDEMARD-VERGER, Médecine interne,  
Faculté de Médecine - Tours

Docteur Laurence PHILIPPE, Médecine générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

**Directeur de thèse : Docteur Richard DAMADE, Médecine interne, Rhumatologie,  
Chartres**

## Résumé :

**Introduction :** La communication entre les hôpitaux et les médecins généralistes est essentielle pour assurer une continuité des soins après hospitalisation. Cette étude analyse les pratiques de communication des modifications thérapeutiques, effectuées durant l'hospitalisation, au médecin généraliste.

**Méthode :** Un questionnaire informatisé a été envoyé aux médecins généralistes d'Eure-et-Loir. Parallèlement, 232 comptes rendus d'hospitalisation du service de médecine polyvalente de l'hôpital de Chartres ont été analysés rétrospectivement pour étudier la fréquence et la justification des modifications thérapeutiques.

**Résultats :** Sur 86 réponses obtenues au questionnaire : 72 % des médecins ont signalé un délai de réception des comptes rendus supérieur à 8 jours, ce qui les mettaient en difficulté. Le compte rendu était jugé pertinent dans 74% des cas. Les informations lues en priorité étaient : la conclusion, le traitement de sortie, le motif d'hospitalisation, le diagnostic principal. Les médecins préféraient les comptes rendus de 1 à 4 pages.

74 % des comptes rendus mentionnaient des modifications thérapeutiques, 65 % étaient justifiées dans le texte. Les ajouts de médicaments représentaient 68% des modifications. Les classes thérapeutiques les plus concernées étaient la vitamine D, les antalgiques et les anti-hypertenseurs.

**Discussion :** Les médecins ont suggéré l'introduction de comptes rendus provisoires à la sortie des patients. La lettre de liaison est pourtant obligatoire depuis 2016 : Existe-t 'il un écart entre réglementation et pratique réelle ? La structuration et la traçabilité des comptes rendus peuvent être améliorées. Les substitutions et les changements de génériques méritent une attention particulière.

**Mots clés :** Compte rendu d'hospitalisation, médecin généraliste, modification thérapeutique, communication ville-hôpital.

# Hospitalization-Induced Therapeutic Modifications and Information Transfer to the General Practitioner

## Abstract:

**Introduction:** Communication between hospitals and general practitioners is essential to ensure continuity of care after hospitalization. This study analyzes communication practices regarding therapeutic modifications made during hospitalization to the general practitioner.

**Method:** An online survey was sent to general practitioners in Eure-et-Loir. At the same time, 232 hospitalization reports from the general medicine department of Chartres Hospital were retrospectively analyzed to study the frequency and justification of therapeutic modifications.

**Results:** Among the 86 survey responses received, 72% of physicians reported a delay of more than 8 days in receiving hospitalization reports, which posed challenges for them. The reports were considered relevant in 74% of cases. The most frequently read sections were the conclusion, discharge treatment, reason for hospitalization, and main diagnosis. Physicians preferred reports that were 1 to 4 pages long.

74% of the hospitalization reports mentioned therapeutic modifications, and 65% of these were justified in the text. Medication additions accounted for 68% of the modifications. The most affected therapeutic classes were vitamin D, analgesics, and antihypertensive drugs.

**Discussion:** Physicians suggested introducing provisional reports upon patient discharge. However, the discharge letter has been mandatory since 2016. Is there a gap between regulations and actual practice? The structuring and traceability of reports can be improved. Substitutions and generic drug changes require particular attention.

**Keywords:** Hospitalization report, general practitioner, therapeutic modification, hospital-community communication.

## UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

### DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

### VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

### ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*

Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*

Pr Hélène BLASCO, *Recherche*

Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

### RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

\*\*\*\*\*

### DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

Pr Patrice DIOT – 2014-2024

### PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Patrice DIOT

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Frédéric PATAT

Pr Loïc VAILLANT

### PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

|                                       |                                                                 |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| AMELOT Aymeric .....                  | Neurochirurgie                                                  |
| ANDRES Christian.....                 | Biochimie et biologie moléculaire                               |
| ANGOULVANT Denis .....                | Cardiologie                                                     |
| APETOH Lionel.....                    | Immunologie                                                     |
| AUDEMARD-VERGER Alexandra.....        | Médecine interne                                                |
| AUPART Michel.....                    | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                        |
| BACLE Guillaume.....                  | Chirurgie orthopédique et traumatologique                       |
| BAKHOS David.....                     | Oto-rhino-laryngologie                                          |
| BALLON Nicolas.....                   | Psychiatrie ; addictologie                                      |
| BARILLOT Isabelle .....               | Cancérologie ; radiothérapie                                    |
| BARON Christophe.....                 | Immunologie                                                     |
| BEJAN-ANGOULVANT Theodora.....        | Pharmacologie clinique                                          |
| BERHOUE Julien.....                   | Chirurgie orthopédique et traumatologique                       |
| BERNARD Anne .....                    | Cardiologie                                                     |
| BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle ..... | Biologie cellulaire                                             |
| BLASCO Hélène.....                    | Biochimie et biologie moléculaire                               |
| BONNET-BRILHAULT Frédérique .....     | Physiologie                                                     |
| BOULOUIS Grégoire .....               | Radiologie et imagerie médicale                                 |
| BOURGUIGNON Thierry .....             | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                        |
| BRILHAULT Jean.....                   | Chirurgie orthopédique et traumatologique                       |
| BRUNAUT Paul .....                    | Psychiatrie d'adultes, addictologie                             |
| BRUNEREAU Laurent.....                | Radiologie et imagerie médicale                                 |
| BRUYERE Franck.....                   | Urologie                                                        |
| BUCHLER Matthias.....                 | Néphrologie                                                     |
| CAILLE Agnès .....                    | Biostat., informatique médical et technologies de communication |
| CALAIS Gilles.....                    | Cancérologie, radiothérapie                                     |
| CAMUS Vincent.....                    | Psychiatrie d'adultes                                           |
| CORCIA Philippe.....                  | Neurologie                                                      |
| COTTIER Jean-Philippe .....           | Radiologie et imagerie médicale                                 |
| DEQUIN Pierre-François .....          | Thérapeutique                                                   |
| DESMIDT Thomas.....                   | Psychiatrie                                                     |
| DESOTBEAUX Guillaume .....            | Parasitologie et mycologie                                      |
| DESTRIEUX Christophe .....            | Anatomie                                                        |
| DI GUISTO Caroline .....              | Gynécologie obstétrique                                         |
| DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....  | Anatomie & cytologie pathologiques                              |
| DUCLUZEAU Pierre-Henri.....           | Endocrinologie, diabétologie, et nutrition                      |
| EHRMANN Stephan .....                 | Médecine intensive – réanimation                                |
| EL HAGE Wissam.....                   | Psychiatrie adultes                                             |
| ELKRIEF Laure .....                   | Hépatologie – gastroentérologie                                 |
| ESPITALIER Fabien.....                | Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence              |
| FAUCHIER Laurent .....                | Cardiologie                                                     |
| FOUGERE Bertrand .....                | Gériatrie                                                       |
| FRANCOIS Patrick.....                 | Neurochirurgie                                                  |
| GATAULT Philippe .....                | Néphrologie                                                     |
| GAUDY-GRAFFIN Catherine .....         | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière                   |
| GOUPILLE Philippe .....               | Rhumatologie                                                    |
| GUERIF Fabrice .....                  | Biologie et médecine du développement et de la reproduction     |
| GUILLON Antoine .....                 | Médecine intensive – réanimation                                |
| GUILLON-GRAMMATICO Leslie .....       | Epidémiologie, économie de la santé et prévention               |
| GUYETANT Serge .....                  | Anatomie et cytologie pathologiques                             |
| GYAN Emmanuel .....                   | Hématologie, transfusion                                        |
| HALIMI Jean-Michel.....               | Thérapeutique                                                   |
| HERAULT Olivier .....                 | Hématologie, transfusion                                        |
| HERBRETEAU Denis .....                | Radiologie et imagerie médicale                                 |
| HOURIOUX Christophe .....             | Biologie cellulaire                                             |
| IVANES Fabrice .....                  | Physiologie                                                     |
| LABARTHE François.....                | Pédiatrie                                                       |
| LAFFON Marc .....                     | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence |
| LARDY Hubert .....                    | Chirurgie infantile                                             |
| LARIBI Saïd.....                      | Médecine d'urgence                                              |
| LARTIGUE Marie-Frédérique.....        | Bactériologie-virologie                                         |
| LAURE Boris.....                      | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie                       |
| LE NAIL Louis-Romée .....             | Cancérologie, radiothérapie                                     |
| LECOMTE Thierry .....                 | Gastroentérologie, hépatologie                                  |

|                               |                                                                 |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| LEFORT Bruno.....             | Pédiatrie                                                       |
| LEGRAS Antoine .....          | Chirurgie thoracique                                            |
| LEMAIGNEN Adrien .....        | Maladies infectieuses                                           |
| LESCANNE Emmanuel .....       | Oto-rhino-laryngologie                                          |
| LEVESQUE Éric .....           | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence |
| LINASSIER Claude .....        | Cancérologie, radiothérapie                                     |
| MACHET Laurent .....          | Dermato-vénéréologie                                            |
| MAILLOT François .....        | Médecine interne                                                |
| MARCHAND-ADAM Sylvain.....    | Pneumologie                                                     |
| MARRET Henri .....            | Gynécologie-obstétrique                                         |
| MARUANI Annabel.....          | Dermatologie-vénéréologie                                       |
| MEREGHETTI Laurent.....       | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                  |
| MITANCHEZ Delphine .....      | Pédiatrie                                                       |
| MOREL Baptiste.....           | Radiologie pédiatrique                                          |
| MORINIERE Sylvain .....       | Oto-rhino-laryngologie                                          |
| MOUSSATA Driffa .....         | Gastro-entérologie                                              |
| MULLEMAN Denis.....           | Rhumatologie                                                    |
| ODENT Thierry .....           | Chirurgie infantile                                             |
| OUAISSI Mehdi .....           | Chirurgie digestive                                             |
| OULDAMER Lobna.....           | Gynécologie-obstétrique                                         |
| PAINTAUD Gilles .....         | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique              |
| PARE Arnaud .....             | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie                       |
| PASI Marco.....               | Neurologie                                                      |
| PERROTIN Franck .....         | Gynécologie-obstétrique                                         |
| PISELLA Pierre-Jean.....      | Ophtalmologie                                                   |
| PLANTIER Laurent.....         | Physiologie                                                     |
| REMERAND Francis.....         | Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence              |
| ROINGEARD Philippe.....       | Biologie cellulaire                                             |
| RUSCH Emmanuel.....           | Epidémiologie, économie de la santé et prévention               |
| SAINT-MARTIN Pauline .....    | Médecine légale et droit de la santé                            |
| SALAME Ephrem.....            | Chirurgie digestive                                             |
| SAMIMI Mahtab.....            | Dermatologie-vénéréologie                                       |
| SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....  | Biophysique et médecine nucléaire                               |
| SAUTENET-BIGOT Bénédicte..... | Thérapeutique                                                   |
| THOMAS-CASTELNAU Pierre ..... | Pédiatrie                                                       |
| TOUTAIN Annick .....          | Génétique                                                       |
| VOURC'H Patrick.....          | Biochimie et biologie moléculaire                               |
| WATIER Hervé .....            | Immunologie                                                     |
| ZEMMOURA Ilyess .....         | Neurochirurgie                                                  |

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

## PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie  
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

## PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

|                                     |                                                    |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------|
| CANCEL Mathilde .....               | Cancérologie, radiothérapie                        |
| CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....    | Rhumatologie                                       |
| CHESNAY Adélaïde.....               | Parasitologie et mycologie                         |
| CLEMENTY Nicolas.....               | Cardiologie                                        |
| DE FREMINVILLE Jean-Baptiste .....  | Cardiologie                                        |
| DOMELIER Anne-Sophie .....          | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière      |
| DUFOUR Diane .....                  | Biophysique et médecine nucléaire                  |
| FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .....   | Anatomie et cytologie pathologiques                |
| GARGOT Thomas .....                 | Pédopsychiatrie                                    |
| GOUILLEUX Valérie .....             | Immunologie                                        |
| HOARAU Cyrille .....                | Immunologie                                        |
| KERVARREC Thibault.....             | Anatomie et cytologie pathologiques                |
| KHANNA Raoul Kanav.....             | Ophtalmologie                                      |
| LE GUELLEC Chantal.....             | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| LEDUCQ Sophie .....                 | Dermatologie                                       |
| LEJEUNE Julien .....                | Hématologie, transfusion                           |
| MACHET Marie-Christine .....        | Anatomie et cytologie pathologiques                |
| MOUMNEH Thomas.....                 | Médecine d'urgence                                 |
| PIVER Éric.....                     | Biochimie et biologie moléculaire                  |
| RAVALET Noémie .....                | Hématologie, transfusion                           |
| ROUMY Jérôme .....                  | Biophysique et médecine nucléaire                  |
| STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie..... | Anatomie et cytologie pathologiques                |
| STEFIC Karl .....                   | Bactériologie                                      |
| TERNANT David.....                  | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| VAYNE Caroline .....                | Hématologie, transfusion                           |
| VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....   | Génétique                                          |

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

|                               |                                                       |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------|
| AGUILLON-HERNANDEZ Nadia..... | Neurosciences                                         |
| BLANC Romuald .....           | Orthophonie                                           |
| EL AKIKI Carole .....         | Orthophonie                                           |
| NICOGLU Antonine.....         | Philosophie – histoire des sciences et des techniques |
| PATIENT Romuald .....         | Biologie cellulaire                                   |
| RENOUX-JACQUET Cécile .....   | Médecine Générale                                     |

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

|                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| AUMARECHAL Alain .....  | Médecine Générale |
| BARBEAU Ludivine .....  | Médecine Générale |
| CHAMANT Christelle..... | Médecine Générale |
| ETTORI Isabelle.....    | Médecine Générale |
| MOLINA Valérie .....    | Médecine Générale |
| PAUTRAT Maxime .....    | Médecine Générale |
| PHILIPPE Laurence.....  | Médecine Générale |
| RUIZ Christophe .....   | Médecine Générale |
| SAMKO Boris.....        | Médecine Générale |

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

|                            |                                                        |
|----------------------------|--------------------------------------------------------|
| BECKER Jérôme.....         | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253           |
| BOUAKAZ Ayache .....       | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253        |
| BOUTIN Hervé.....          | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253        |
| BRIARD Benoit.....         | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100           |
| CHALON Sylvie.....         | Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253       |
| DE ROCQUIGNY Hugues.....   | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259           |
| ESCOFFRE Jean-Michel.....  | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253           |
| GILOT Philippe .....       | Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282             |
| GOMOT Marie .....          | Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253          |
| GOUILLEUX Fabrice .....    | Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100          |
| GUEGUINOU Maxime .....     | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069           |
| HAASE Georg.....           | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253           |
| HENRI Sandrine .....       | Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100       |
| HEUZE-VOURCH Nathalie..... | Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100       |
| KORKMAZ Brice.....         | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100           |
| LABOUTE Thibaut.....       | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253           |
| LATINUS Marianne .....     | Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253          |
| LAUMONNIER Frédéric.....   | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253        |
| LE MERRER Julie .....      | Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253         |
| MAMMANO Fabrizio .....     | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259        |
| PAGET Christophe.....      | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100        |
| RAOUL William.....         | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069           |
| SECHER Thomas.....         | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100           |
| SI TAHAR Mustapha.....     | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100        |
| SUREAU Camille .....       | Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259 |
| TANTI Arnaud .....         | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253           |
| WARDAK Claire .....        | Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253          |

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

### ***Pour l'éthique médicale***

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

### ***Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale***

LAMANDE Marc .....

### ***Pour l'orthophonie***

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste  
CLOUTOUR Nathalie .....

Orthophoniste

CORBINEAU Mathilde .....

Orthophoniste

HARIVEL OUALLI Ingrid .....

Orthophoniste

IMBERT Mélanie .....

Orthophoniste

SIZARET Eva .....

Orthophoniste

Orthophoniste

Orthophoniste

Orthophoniste

Orthophoniste

Orthophoniste

Orthophoniste

Orthophoniste

Orthophoniste

Orthophoniste

Orthophoniste

Orthophoniste

Orthophoniste

Orthophoniste

### ***Pour l'orthoptie***

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes  
de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert(e) d'opprobre  
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs  
si j'y manque.

# Remerciements

## Aux membres du Jury

Au Professeur Franck BRUYERE, de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Au Docteur Laurence PHILIPPE, de faire partie de mon jury de thèse.

Au Professeure Alexandra AUDEMARD-VERGER pour l'intérêt porté à mon travail.

Au Docteur Richard DAMADE pour avoir dirigé mon travail avec bienveillance. Depuis ton brillant diagnostic de TAFRO, jusqu'à aujourd'hui, c'est toujours un plaisir de travailler avec toi.

**À tous les docteurs** ayant participé à ma formation, pendant mon externat et mon internat. Merci à toute l'équipe médicale et paramédicale des urgences, de médecine polyvalente et de pédiatrie de l'hôpital de Chartres. **À mes MSU** : Dr Sylvie BOUTFOL, Dr Loïc LE LAN et Dr Lydie MORONVALLE. Merci pour votre enseignement et votre partage d'expérience.

**À ma famille** : Maman pour ton soutien et ton écoute, mais aussi pour bien vouloir recoudre mes vêtements, et me faire un chignon. Papa pour ton humour et ta générosité. Sarah pour ta bonne humeur et tes cookies. Mamie pour me montrer comment gagner au scrabble avec humilité.

**À Harmonien**, pour ton courage de me supporter au quotidien. Mais aussi pour les repas quand je sors d'une journée de consultation, pour ton humour, et pour ton talent en informatique avec les tableurs Excel.

**Aux médecins d'Eure et Loir** pour avoir répondu à mon questionnaire et pour leurs accueils parmi eux.

Au Dr Véronique FAUCHIER pour ton accueil dans le cabinet. À Carole CLOUARD, secrétaire de l'ADOPS 28 pour avoir diffusé mon questionnaire.

**À tous mes amis** pour les moments de détente et de partage. En particulier mes copines d'externat : Juliette, Auriane, et Gabrielle, grâce à vous l'externat était largement plus supportable. A ma co-interne Emma pour avoir surmonté les épreuves de l'internat ensemble. A mes amis non-médecin : Lola, Vassili, Maria, Antoine, Florian, Laure, Seb, Aude, Marie, Chrys, Romane... ça fait du bien de parler d'autres choses que de médecine (même si vous me posez parfois des questions d'ordre médical le samedi soir ou le dimanche).

**Aux patients** pour la confiance accordée, pour toutes vos histoires de vies qui me marquent au quotidien, et pour avoir largement participé à ma formation au cours de mes études.

## Table des matières

|                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------|----|
| Résumé et mots clés.....                                      | 2  |
| Abstract and Keyword.....                                     | 3  |
| Liste des Professeurs de la faculté de médecine de Tours..... | 4  |
| Serment d'Hippocrate.....                                     | 9  |
| Remerciements.....                                            | 10 |
| Introduction.....                                             | 12 |
| Méthode.....                                                  | 14 |
| Résultats.....                                                | 16 |
| Partie 1 : Questionnaire aux médecins généralistes.....       | 16 |
| Partie 2 : Analyse des comptes rendus.....                    | 22 |
| Discussion.....                                               | 26 |
| Conclusion.....                                               | 31 |
| Bibliographie.....                                            | 32 |
| Annexe.....                                                   | 35 |
| - Questionnaire.....                                          | 35 |
| - Réponses aux questions ouvertes.....                        | 39 |

## Table des illustrations

|                                                                                                                                                           |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <i>Figure 1 : Diagramme en barre : informations lues en priorité dans les comptes rendus par les médecins généralistes.....</i>                           | <i>16</i> |
| <i>Figure 2 : diagramme en barre : Préférences des médecins généralistes en ce qui concerne la conclusion.....</i>                                        | <i>17</i> |
| <i>Figure 3 : Perception de la fréquence des erreurs ou des incohérences dans les comptes rendus d'hospitalisation par les médecins généralistes.....</i> | <i>17</i> |
| <i>Figure 4 : longueur préférée des comptes rendus d'hospitalisation des médecins généralistes .....</i>                                                  | <i>18</i> |
| <i>Figure 5 : fréquence des modifications de traitement de fond observé perçu par les médecins généralistes.....</i>                                      | <i>18</i> |
| <i>Figure 6 : Compréhension par les patients de leurs modifications de traitement perçue par les médecins généralistes.....</i>                           | <i>19</i> |
| <i>Figure 7 : Clarté des justifications des modifications de traitement pour les médecins traitants.....</i>                                              | <i>19</i> |
| <i>Tableau 1 : Inclusion et exclusion des comptes rendus.....</i>                                                                                         | <i>22</i> |
| <i>Tableau 2 : Fréquence des motifs d'hospitalisation.....</i>                                                                                            | <i>23</i> |
| <i>Tableau 3 : Antécédents les plus fréquents.....</i>                                                                                                    | <i>23</i> |
| <i>Tableau 4 : Présence des traitements d'entrées et de sorties.....</i>                                                                                  | <i>24</i> |
| <i>Tableau 5 : proportion des modifications thérapeutiques.....</i>                                                                                       | <i>24</i> |
| <i>Tableau 6 : nombre total de modifications.....</i>                                                                                                     | <i>24</i> |
| <i>Tableau 7 : Nombre de modification thérapeutique dans les traitements des patients.....</i>                                                            | <i>24</i> |

## Introduction :

Depuis la loi du 13 août 2004, le rôle du médecin généraliste est modifié, il devient le médecin « traitant ». Ce rôle lui confère une place centrale dans la coordination des soins. Il est le médecin de premier recours, l'interlocuteur privilégié et centralise les informations de soin dans le dossier médical. Cette loi consiste à confier au médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un patient. Le médecin traitant est donc un acteur central dans la gestion des ordonnances des patients.

L'hospitalisation est un moment propice aux changements de traitements chroniques (1 à 7). La consultation post-hospitalisation est le moment de faire le point avec le patient sur les modifications thérapeutiques. La nécessité de coordonner le parcours médical d'un patient apparaît comme primordiale.

Consciente des enjeux associés aux transitions de soin, la Haute autorité de santé (HAS) a émis des recommandations précisant les exigences de qualité et de contenu des comptes rendus d'hospitalisation. L'objectif est de limiter les erreurs de prescription et d'assurer une meilleure continuité des soins entre l'hôpital et la ville. (8).

Ce document comporte des rubriques obligatoires :

- 1- Le motif d'hospitalisation,
- 2- La synthèse médicale du séjour,
- 3- Les actes techniques, les examens complémentaires et biologiques,
- 4- Les traitements médicamenteux : médicaments pris avant l'admission, médicaments prescrits à la sortie. Des justifications en cas de modification doivent-être données.
- 5- Les suites à donner.

Les autres éléments des comptes rendus d'hospitalisation sont laissés au choix des équipes soignantes.

Le compte-rendu d'hospitalisation doit être remis au praticien désigné par le patient dans un délai de 8 jours, conformément à l'article R710-2-6 du Code de la Santé Publique.

Le Code de déontologie médicale, insiste également sur l'importance de la communication entre professionnels de santé pour garantir une prise en charge cohérente et sécurisée du patient. D'après l'article 63 : tout médecin prenant en charge un patient lors d'une hospitalisation doit en informer le praticien désigné par le malade et le tenir au courant des décisions essentielles, dans la mesure du possible. Et l'article 64 souligne la nécessité pour les médecins collaborant à un traitement de se tenir mutuellement informés, tout en respectant leur responsabilité individuelle et en veillant à l'information du patient. (9-10)

Cette exigence déontologique s'inscrit pleinement dans la volonté d'assurer une meilleure coordination entre l'hôpital et la ville, limitant ainsi les risques liés aux ruptures de parcours de soins.

Si les médecins généralistes expriment une satisfaction globale de la qualité de soin des hôpitaux de proximité, l'organisation de sortie reste une source fréquente d'insatisfaction. (11-12).

Pourtant des études ont mis en évidence un lien entre la discontinuité des soins, les erreurs médicales, et un risque accru pour le patient. (13). Notamment chez le sujet âgé pour qui il existe un risque de ré-hospitalisation et un risque d'erreur médicamenteuse. (14-15)

Dans ce contexte, nous nous sommes demandé : **Comment les traitements sont-ils modifiés au cours d'une hospitalisation, et comment ces informations sont-elles relayées et perçues par le médecin généraliste ?**

Notre étude vise à explorer deux aspects complémentaires :

1. Évaluer la perception des médecins généralistes d'Eure et Loir concernant la transmission des informations hospitalières.
2. Identifier et analyser les modifications thérapeutiques réalisées au cours d'une hospitalisation dans un service de médecine polyvalente, en évaluant leurs justifications et les molécules concernées.

Ce travail permettra de mieux comprendre les points faibles actuels de la communication ville-hôpital dans la zone d'influence du centre Hospitalier de Chartres et d'identifier des pistes d'amélioration.

## Méthode :

### **Design de l'étude**

Cette étude repose sur une approche observationnelle, descriptive et quantitative. Elle comporte deux parties :

**Partie 1 :** Une enquête par questionnaire diffusé auprès des médecins généralistes. Une évaluation de la communication entre ville et hôpital et particulièrement des modifications de traitements.

### **Population étudiée**

**Médecins généralistes :** La population cible comprend les médecins généralistes exerçant dans le département d'Eure-et-Loir, estimés à **242 praticiens**. (16). Les participants ont été recrutés par le biais d'une diffusion informatique du questionnaire à l'aide de réseaux professionnels : L'association « JM28 », les groupes WhatsApp « médecins du 28 » et « Union des médecins du 28 ». Le questionnaire a également été diffusé par mail par la secrétaire de l'ADOPS 28 (Association Départementale pour l'Organisation de la permanence des Soins) à 180 médecins généralistes d'Eure et Loir.

Afin de garantir une représentativité des résultats, un échantillon minimal de 69 médecins était nécessaire pour une marge d'erreur de 10% et un intervalle de confiance à 95%.

### **Collecte des données**

Les données ont été collectées entre septembre 2024 et décembre 2024, à l'aide d'un questionnaire Google Forms composé de 23 questions. Le questionnaire est en annexe.

Celui-ci portait sur :

- Des informations générales.
- Les préférences et la satisfaction globale des comptes rendus.
- Les modifications thérapeutiques induites par l'hospitalisation.

Ainsi que deux questions ouvertes en fin de questionnaire pour faire part des difficultés rencontrées et des perspectives d'amélioration.

Les réponses étaient anonymes.

### **Analyse des données**

Les réponses au questionnaire ont été analysées à l'aide d'outils statistiques descriptifs et une analyse thématique des questions ouvertes.

## Partie 2 :

### **Comptes rendus d'hospitalisation**

Analyse rétrospective des comptes rendus d'hospitalisation du service de médecine polyvalente du CH Louis Pasteur au Coudray.

Les comptes rendus d'hospitalisation ont été recueillis et analysés par le biais du logiciel DXCARE. Inclusion de tous les comptes rendus sur une période de 3 mois : de juin à août 2024. Au total, **232 comptes rendus** ont été analysés.

Les critères d'exclusion étaient :

- Les hospitalisations pour sevrage éthylique, en raison de l'ajout systématique de benzodiazépines.
- Les hospitalisations ayant abouti à un décès.
- L'absence de compte rendu informatisé : pas d'analyse des changements de traitement possible.

### **Collecte des données**

Les données ont été recueillies dans un tableau Excel.

L'analyse a porté sur les éléments suivants :

- Analyse des modifications en fonction des traitements d'entrée et de sortie et de ce qui était mentionné dans le compte rendu.
- La proportion de comptes rendus mentionnant une modification de traitement.
- La proportion des justifications de modification de traitement (présence ou absence de justification dans le texte).
- Les molécules concernées par ces modifications.
- Le délai entre la sortie et la signature du compte rendu.
- L'adressage du compte rendu

### **Analyse des comptes rendus**

Les données issues des comptes rendus ont été quantifiées et regroupées par catégories de traitements modifiés, avec une attention particulière portée aux justifications apportées et aux molécules identifiées.

Après vérification sur le site « LimeSurvey », l'étude est hors loi Jardé. Nous n'avons pas recueilli l'avis d'un comité d'éthique.

## Résultats :

### Partie 1 : Questionnaire médecin généraliste :

#### Informations générales :

Au total : **86 réponses** dont 78 médecins généralistes installés, 7 médecins remplaçants et un médecin coordinateur d'EHPAD.

Leurs lieux d'exercices étaient pour 45,3% la zone rurale, 22,1% la banlieue, et 32,6% la ville. Il y avait 59,3% de femmes. La moyenne d'âge était de 50 ans avec un écart type de 13 ans.

#### Préférences en termes de communication et de comptes rendus :

Les comptes rendus étaient reçus « souvent » dans 67,4% des cas, « toujours » dans 23,3% des cas, et « parfois » dans 9,3% des cas.

Ils étaient plus de 90 % à préférer recevoir les comptes rendus par messagerie sécurisée. Un médecin avait signalé un problème lors de la réception informatique (« écritures mélangées aux en-têtes »).

Concernant le délai de réception : 60% étaient « moyennement satisfaits », 20% étaient « satisfaits », 9% « insatisfait » et 7% « très insatisfaits ».

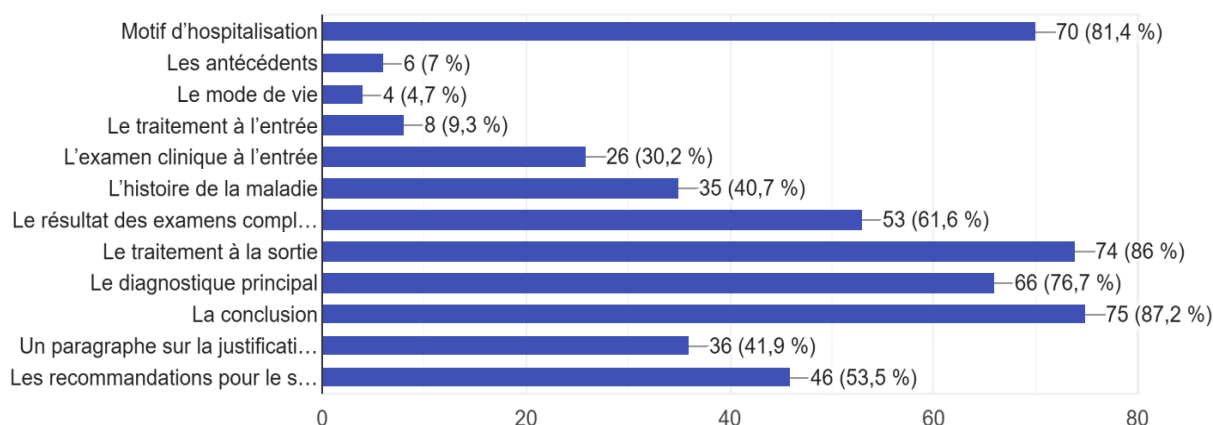
72,2% des médecins déclaraient recevoir le compte rendu après plus de 8 jours. 7,2 % des médecins ont commenté que c'était dépendant du service d'hospitalisation.

Les informations du compte rendu d'hospitalisation sont jugées pertinentes dans 74,4% des cas.

Les informations lues en priorité dans les comptes rendus étaient : la conclusion, le traitement de sortie, le motif d'hospitalisation, le diagnostic principal.

Quelles informations lisez-vous en priorité dans les comptes rendus d'hospitalisation ? (plusieurs réponses possibles) :

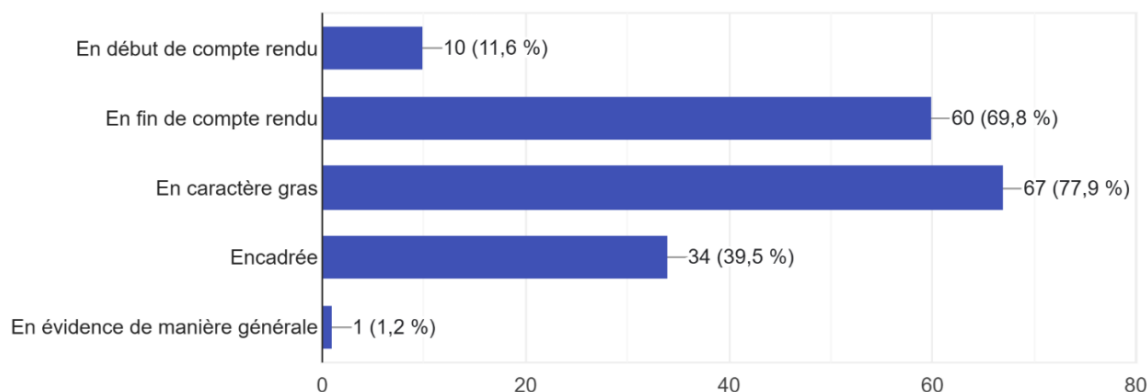
86 réponses



**Figure 1 : Diagramme en barre : informations lues en priorité dans les comptes rendus par les médecins généralistes.**

Pensez-vous qu'il est plus pertinent de mettre la conclusion d'hospitalisation :

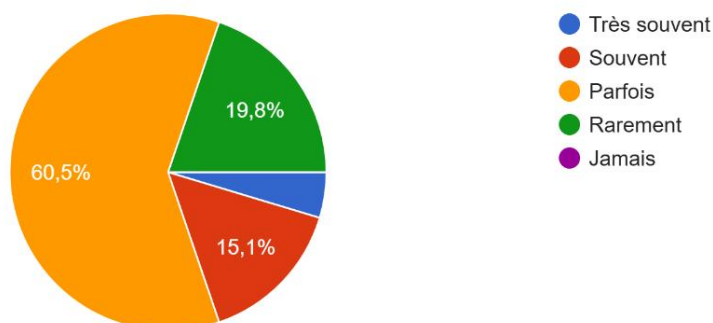
86 réponses



*Figure 2 : diagramme en barre : Préférences des médecins généralistes en ce qui concerne la conclusion. La réponse « en évidence de manière générale » a été ajoutée par un participant.*

A quelle fréquence observez-vous des erreurs ou des incohérences dans les comptes rendus d'hospitalisation ?

86 réponses



*Figure 3 : Perception de la fréquence des erreurs ou des incohérences dans les comptes rendus d'hospitalisation par les médecins généralistes.*

Concernant les erreurs ou incohérences observées dans les comptes rendus : 60,5% des médecins en observait « parfois ».

La longueur du compte rendu avait une importance pour 60,5% des médecins interrogés.

La majorité des médecins ont répondu qu'ils préféraient des comptes rendus court (1 à 2 pages) (54,7%) et moyen (3 à 4 pages) (36%). 6 médecins ont déclaré qu'ils préféraient « la longueur nécessaire » ou « variable selon les cas ». Un médecin préférait les comptes rendus long et exhaustif.

Quelle longueur préférez vous pour les comptes rendus d'hospitalisation ?

86 réponses

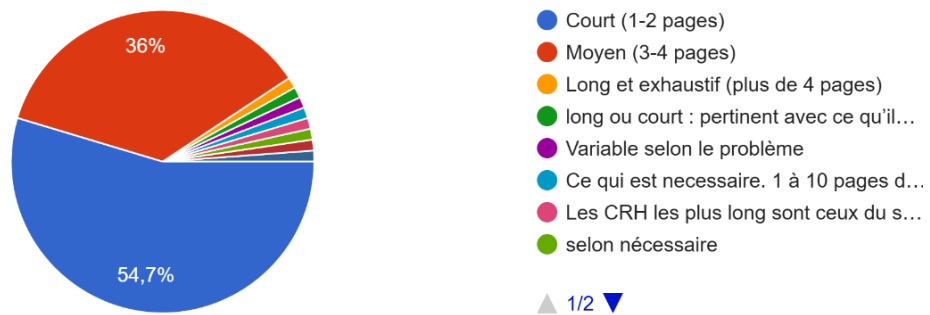


Figure 4 : longueur préférée des comptes rendus d'hospitalisation des médecins généralistes

En ce qui concerne la forme du compte rendu : 66,3 % préfèrent les paragraphes structurés, 12,8% les listes à puces, et 18,6 % les textes libres.

#### Modification thérapeutique induite par l'hospitalisation :

Les modifications thérapeutiques durant les hospitalisations étaient observées par les médecins « souvent » par 47,7% des médecins et « parfois » par 41% des médecins.

À quelle fréquence observez-vous des modifications de traitement de fond dans les comptes rendus d'hospitalisation de vos patients ?

86 réponses

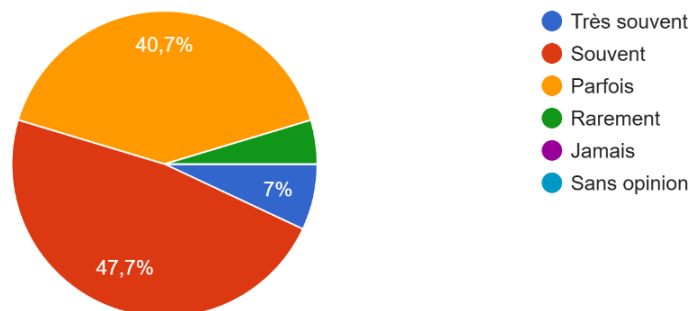
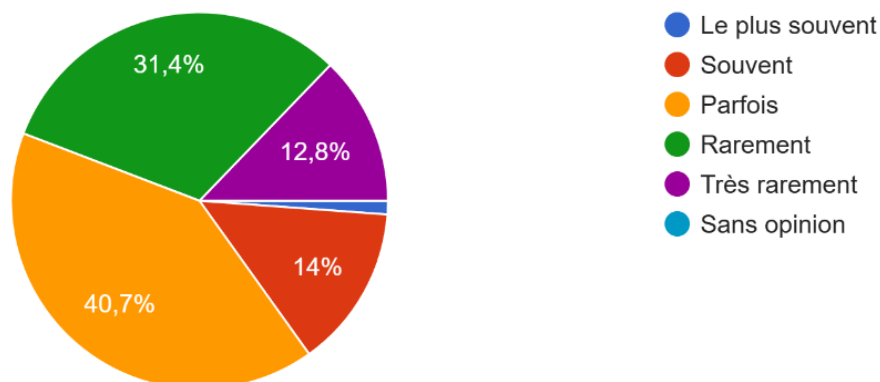


Figure 5 : fréquence des modifications de traitement de fond observé perçu par les médecins généralistes

Les modifications thérapeutiques apportées pendant l'hospitalisation sont jugées utiles dans 46,5% des cas, moyennement utiles dans 33,7% des cas, variable selon les cas dans 14% des cas.

## Les patients ont-ils compris et intégrés les modifications ?

86 réponses



**Figure 6 : Compréhension par les patients de leurs modifications de traitement perçue par les médecins généralistes**

40,7% des médecins estimaient que les modifications étaient comprises par les patients « parfois ». 31,4% des médecins « rarement » et 14% « souvent » et 12,8% « très rarement ».

Concernant la justification des modifications dans les comptes rendus :

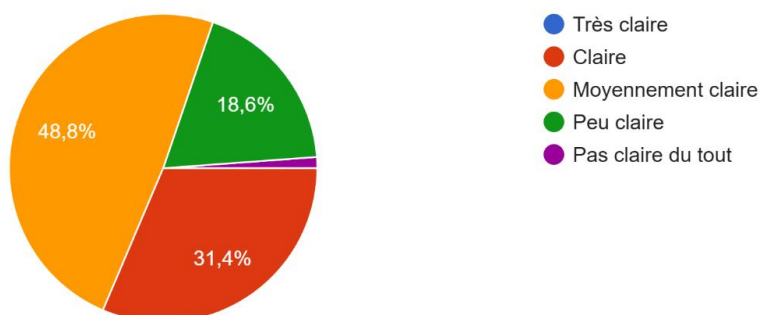
- 24,4 % des médecins estimaient que les modifications étaient souvent justifiées.
- 43% parfois justifiées
- Et 29% estimaient qu'elles étaient rarement justifiées.

Les justifications étaient perçues comme :

- Claires dans 31,4% des cas
- Moyennement claires dans 48,8% des cas
- Peu claires dans 18,6% des cas

En général, comment jugez-vous la clarté des justifications des modifications thérapeutiques dans les comptes rendus d'hospitalisation ?

86 réponses



**Figure 7 : Clarté des justifications des modifications de traitement pour les médecins traitants.**

A la question : « pensez- vous qu'un paragraphe spécial sur les modifications thérapeutiques serait nécessaire ? » : 90,7% des médecins ont répondu oui.

Aux questions ouvertes : **Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez lors du suivi des patients après leurs hospitalisations ?**

80 réponses ont été obtenues.

Les principales difficultés rencontrées lors du suivi des patients après leurs hospitalisations étaient :

- **L'absence de compte rendu lors de la consultation post-hospitalisation :**
  - « Appel précoce du patient à son retour à domicile (souvent le lendemain), et absence de compte rendu (en attente) »,
  - « Viennent-nous voir sans compte rendu, sans savoir expliquer pleinement le diagnostic d'hospitalisation, avec une nouvelle ordonnance... c'est dur de comprendre. »
  - « Revoir le patient sans le compte rendu, sans justificatif des modifications thérapeutiques »
  - « Lorsqu'on n'a pas de lettre et encore plus lorsque le patient n'amène rien, entre autres lorsqu'il omet d'apporter son ordonnance de sortie »
  - « Le délai de réception du courrier, variable de quelques jours à ... quelques mois, alors que les patients nous appellent en général très rapidement après leur sortie d'hospitalisation »
  - « Réception trop tardive le plus souvent voire des délais de 3 mois dans certains services !! Ce qui ne nous facilite pas la tâche et peut être dangereux pour le patient »
- **Le manque d'explications données aux patients, et particulièrement concernant leurs changements de traitements :**
  - « Observance thérapeutique, certains patients attendant de me voir pour prendre les médicaments prescrits à l'hôpital, n'ayant pas toujours compris ce qu'il se passe... »
  - « Souvent les patients sortent avec un changement de traitement sans aucune explication c'est au médecin traitant de leur expliquer la nécessité au non de toute modification de leur traitement »
  - « Patient ne sachant pas ce qui il a été dit et fait. Patient ne sachant pas les modifications d'ordonnance faites (ordonnance de l'hôpital toujours dans son enveloppe de sortie non utilisée car non comprise). Rdv de suivi non pris ou non compris par le patient. »
  - « Probable manque de communication ou explications peu claires, ou le patient a eu du mal à intégrer les infos mais il est très fréquent qu'ils reviennent vers nous pour qu'on leur réexplique ce qu'il s'est passé pendant leur hospitalisation »
  - « Le patient ne saisit pas toujours les modifications de traitement et préfère avoir confirmation par son médecin traitant. »
- **Le manque de justification des modifications de traitement :**
  - « Problème de changement de traitement non justifié. »
  - « Absence d'explication sur les modifications thérapeutiques »
  - « Oublis fréquents de certains traitements / non reconduits / changement injustifié du traitement »
  - « Modifications thérapeutiques non justifiées et difficiles à retirer ensuite »

- **La confusion des patients face aux substitutions de médicament de la même classe :**
  - « Le patient est perdu dans son traitement (par exemple oméprazole remplace par pantoprazole) et il n'a pas eu d'explications ».
  - « Les patients sont très en difficulté par les prescriptions à cause de l'utilisation hétérogène des noms commerciaux et génériques des molécules prescrites, ce qui fait qu'ils prennent souvent les traitements en double ou ils arrêtent le traitement »
  - « Traitements hospitaliers (suivant les marchés) conservés alors que inchangés (IPP contre IPP, Kardégic versus résitune,...) »
  - « Changements de molécules pour un traitement de même classe souvent en raison des marchés hospitaliers, à l'origine d'une perte de repères pour les patients. »
  
- **Des erreurs et incohérence dans les comptes rendus :**
  - « J'ai quelques lettres incohérentes probablement dictées avec un serveur vocal et incompréhensibles »
  - Souhait « Que le traitement de sortie mentionné sur le compte-rendu corresponde à l'ordonnance de sortie »
  
- **Des ordonnances de sortie ou des arrêts de travaux trop court :**
  - « Souvent n'ayant le courrier qu'à un mois, je dois temporiser le temps d'avoir les informations et les revoir dans le mois suivant (alors que l'ordonnance de sortie est faite que pour 15 jours). »
  - « Arrêts de travail trop court, demande de RDV chez le médecin traitant impossible à tenir dans les délais. »
  - « Concordance de la durée du traitement ou arrêt de travail avec la date du prochain rdv spécialiste »

**Avez-vous des suggestions pour améliorer la communication des modifications thérapeutiques entre l'hôpital et les médecins généralistes ?** (Réponse ouverte)

66 réponses ont été obtenues :

Les suggestions pour l'amélioration de la communication des modifications thérapeutiques entre l'hôpital et les médecins généralistes étaient :

- **Demande d'une lettre provisoire ou d'un compte rendu directement à la sortie du patient**
  - « Donner un mini CRH provisoire à la sortie pour qu'on ait les grandes lignes. »
  - « Compte-rendu dès la sortie, éléments essentiels mis en avant (résultat d'examen pathologique, modification de traitement) »
  - « Envoyer le compte-rendu d'hospitalisation dès que possible, et/ou le laisser au patient à la sortie »
  - « Un compte rendu bref de sortie rapide qd le patient sort car parfois le patient nous rappelle et on a aucune infos »
  - « Un message envoyé dans les 48H (jours ouvrés) par le secrétariat sur la boîte sécurisée avec le diagnostic et le traitement de sortie, un document intermédiaire de sortie synthétique donné au patient »
  - « Petite lettre de liaison donnée aux patients à leur sortie »

- **Demande que le courrier soit relu par le médecin qui envoie**
  - « *Compte rendus à relire par le médecin et signé pour la relecture, avec conclusions incluant les changements et surtout une uniformisation de la prescription* »
  - « *Que les courriers soient si possibles relus avant envoi ???* »
  
- **Avoir des échanges téléphoniques entre médecins plus fréquemment et plus facilement :**
  - « *Je rêve que les médecins hospitaliers m'appellent pour me demander de leur communiquer des renseignements sur mes patients hospitalisés que je connais bien (et pas eux), et qu'il puisse y avoir un minimum de concertation pour les changements ou instauration de traitements de long cours... (mais ça n'arrive quasiment jamais)* »
  - « *Avoir une ligne téléphonique pour les profs de la ville sans passer par le standard ou un mail ?* »
  - « *Que l'hôpital nous appelle pour discuter de la situation du patient lorsqu'il est hospitalisé !!!* »
  - « *Je souhaiterais pouvoir échanger par téléphone plus facilement avec médecins hospitaliers.* »
  - « *Pouvoir trouver facilement un interlocuteur au téléphone...ce qui est illusoire actuellement...avoir un numéro de téléphone dédié aux libéraux... Pour avoir une ou des réponses à nos éventuelles questions* »

Tous les exemples de réponses n'ont pas été cités pour éviter la redondance. La totalité des réponses aux questions ouvertes est disponible en annexe.

## **Partie 2 : Analyse des comptes rendus d'hospitalisation :**

Entre juin et août 2024, il y a eu un total de 232 hospitalisations en médecine polyvalente.

10 comptes rendus ont été exclus car l'hospitalisation était motivée par un sevrage éthylique et 15 séjours ont évolué vers un décès.

Il n'y avait pas de compte rendu informatisé dans 20 cas dont 4 cas de décès soit 9 % des hospitalisations.

Tableau 1 : Inclusion et exclusion des comptes rendus :

|                                     |            |            |
|-------------------------------------|------------|------------|
| <b>Exclus</b>                       | <b>45</b>  | <b>19%</b> |
| <b>Sevrage Ethylique</b>            | 10         |            |
| <b>Pas de compte rendu</b>          | 16         |            |
| <b>Décès</b>                        | 15         |            |
| <b>Décès et pas de compte rendu</b> | 4          |            |
| <b>Inclus</b>                       | <b>187</b> | <b>81%</b> |
| <b>Pas de compte rendu</b>          | 20         | 9%         |

Parmi les comptes rendus inclus il y avait 56% d'homme.

L'âge moyen était de 71 ans et demi.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 13 jours.

Les principaux motifs d'hospitalisations étaient :

Tableau 2 : Fréquence des motifs d'hospitalisations

| Motifs d'hospitalisation     | Occurrences |
|------------------------------|-------------|
| Altération de l'état général | 30          |
| Chute                        | 27          |
| Infections urinaires         | 20          |
| Douleur                      | 16          |
| Pneumonie                    | 7           |
| Chutes à répétitions         | 7           |
| Dyspnée                      | 7           |
| Fièvre                       | 6           |
| Sepsis                       | 5           |
| Confusion                    | 5           |
| Perte d'autonomie            | 5           |
| Erysipèle                    | 5           |

Tableau 3 : Antécédents les plus fréquents

| Antécédents                                                                | Occurrences |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Hypertension artérielle                                                    | 97          |
| Diabète de type 1 et 2                                                     | 39          |
| Cancer (actif ou antécédent)                                               | 38          |
| Dépression, anxiété                                                        | 28          |
| Hypercholestérolémie                                                       | 26          |
| Troubles thyroïdiens (hypothyroïdie, hyperthyroïdie)                       | 25          |
| Ethylisme                                                                  | 25          |
| Trouble du rythme                                                          | 21          |
| Maladie coronarienne                                                       | 20          |
| Accident vasculaire cérébrale                                              | 19          |
| Maladie thromboembolique (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire) | 17          |
| Insuffisance rénale chronique                                              | 15          |
| Insuffisance cardiaque                                                     | 13          |
| BPCO (Bronchopneumopathie Chronique Obstructive)                           | 13          |
| Obésité                                                                    | 11          |
| Valvulopathie                                                              | 11          |
| Artériopathie oblitérante des membres inférieurs                           | 11          |
| Démence (maladie d'Alzheimer, démence vasculaire)                          | 10          |
| Pacemaker                                                                  | 10          |
| Aucun                                                                      | 10          |

Parmi les 187 comptes rendus inclus : - le traitement d'entrée était présent dans 78 % des cas et le traitement de sortie dans 84 % des cas. Le traitement d'entrée était jugé incomplet lorsqu'il manquait la posologie.

Tableau 4 : Présence des traitements d'entrées et de sorties.

|                                         |     |     |
|-----------------------------------------|-----|-----|
| <b>Présence du traitement d'entrée</b>  | 145 | 78% |
| <b>Absence du traitement d'entrée</b>   | 31  | 17% |
| <b>Traitement d'entrée incomplet</b>    | 11  | 6%  |
| <b>Présence du traitement de sortie</b> | 157 | 84% |
| <b>Absence du traitement de sortie</b>  | 30  | 16% |
| <b>Traitement de sortie incomplet</b>   | 0   | 0%  |

Des modifications thérapeutiques dans le traitement de fond ont été objectivées dans 74% des cas. Les modifications étaient inconnues dans 5% des cas : Lorsqu'il manquait le traitement d'entrée ou le traitement de sortie et lorsque rien n'était mentionné dans le paragraphe « évolution » du compte rendu.

Tableau 5 : proportion des modifications thérapeutique

|                                                 |     |     |
|-------------------------------------------------|-----|-----|
| <b>Présence de modification thérapeutique :</b> | 138 | 74% |
| <b>Absence de modification thérapeutique :</b>  | 39  | 21% |
| <b>Modification thérapeutique inconnue :</b>    | 10  | 5%  |

Au total 349 modifications de traitement ont été relevées. Elles étaient justifiées dans 65% des cas.

Certaines justifications étaient jugées incohérentes par discordance entre les explications données et le traitement de sortie. Par exemple : Un antibiotique préventif pour les cystites a été prescrit quotidiennement mais justifié une fois par semaine. Deux antidépresseurs de la même classe ont été ajoutés, mais un seul était justifié. Un bêtabloquant a été augmenté malgré une note indiquant son arrêt pour hypotension orthostatique et chute...

Tableau 6 : nombre total de modifications

|                                        |     |     |
|----------------------------------------|-----|-----|
| <b>Nombre de modification totale :</b> | 349 |     |
| <b>Modification justifiée :</b>        | 226 | 65% |
| <b>Modification non justifiée :</b>    | 113 | 32% |
| <b>Justification incohérente :</b>     | 10  | 3%  |

Tableau 7 : Nombre de modifications thérapeutiques dans les traitements des patients :

|                                     |    |     |
|-------------------------------------|----|-----|
| <b>Une modification :</b>           | 47 | 34% |
| <b>Deux modifications :</b>         | 34 | 25% |
| <b>Trois modifications :</b>        | 16 | 12% |
| <b>Quatre modifications :</b>       | 19 | 14% |
| <b>Cinq modifications ou plus :</b> | 22 | 16% |

Parmi les 138 traitements modifiés : 34% contenait une seule modification, 25% deux modifications, 12% trois modifications, 14% quatre modifications, et 16 % cinq modifications ou plus.

Parmi les 349 modifications totales, il y avait :

- 238 ajouts de médicament (68,2%)
- 54 retraits (15,47%)
- 26 changements de classe (7,4%)
- Et 30 changements de posologie (8,6%).

Les traitements les plus modifiés étaient :

- Les vitamines (surtout l'ajout de vitamine D) : 56 modifications dont 52 ajouts,
- Les antalgiques : 35 modifications dont 23 ajouts,
- Les anti-hypertenseurs : 29 modifications dont 7 ajouts et 14 retraits et 6 changements de posologie
- Les anticoagulants : 28 modifications dont 21 ajouts
- Les inhibiteurs de la pompe à protons : 28 modifications dont 22 ajouts
- Les laxatifs : 25 modifications dont 23 ajouts
- Les bêtabloquants : 18 modifications dont 10 ajouts et 6 changements de posologie
- Les anxiolytiques : 17 modifications dont 10 ajouts et 4 retraits
- Les antidépresseurs : 12 modifications dont 8 ajouts
- Les diurétiques : 12 modifications dont 6 ajouts et 4 changements de posologie
- Les sédatifs et hypnotiques : 10 modifications dont 6 ajouts et 4 retraits
- Les compléments nutritionnels oraux : 10 modifications (10 ajouts).

Une analyse sans les vitamines a été réalisée : le taux de modifications thérapeutiques restait élevé (72 %) et le taux de justification était similaire (63%), ayant peu d'impact sur les résultats de notre étude.

Les comptes rendus étaient systématiquement adressés aux patients. Soit remis en main propre à la sortie d'hospitalisation, soit par voie postale.

Le délai entre la signature du compte rendu et la sortie du patient était en moyenne d'un demi-jour avant la sortie.

Il n'y avait pas de médecin traitant à qui adresser le compte rendu dans **11% des cas**. Dans de rares cas nous avons constaté que le médecin traitant à qui était adressé le compte rendu était en retraite.

## Discussion :

### Force de l'étude :

L'étude explore un sujet d'actualité et un problème de santé publique majeur. Elle apporte une vision globale du sujet en Eure-et-Loir en explorant deux aspects complémentaires : la gestion des comptes rendus d'hospitalisation et les modifications thérapeutiques en milieu hospitalier.

L'analyse des comptes rendus médicaux a permis d'avoir une image objective des modifications thérapeutiques et de leurs justifications, ainsi que de la qualité des comptes rendus. Tandis que le questionnaire nous a apporté la perception subjective des médecins généralistes du territoire.

Aucune étude similaire n'a été faite jusqu'à ce jour en Eure et Loir.

Les médecins généralistes interrogés étaient une population assez hétérogène. La moyenne d'âge étant de 50 ans avec un écart type de 13.

Tous les âges sont représentés ainsi que toutes les zones d'exercice libéral.

### Limite de l'étude :

Un biais de sélection : les médecins ont été contactés via des groupes de médecins ou par mail. Nous n'avons pas pu envoyer des mails à la totalité des médecins du territoire.

Un biais de mémorisation : Les médecins ont répondu selon leurs souvenirs ce qui peut introduire une distorsion des résultats.

Un biais de prévarication : La formulation des questions fermées a pu influencer certaines réponses. L'ordre des questions a pu influencer les réponses ouvertes.

Analyse des comptes rendus : Nous ignorons l'évolution des prescriptions une fois le patient sorti d'hospitalisation. Nous ne savons pas si elles seront reconduites par le médecin traitant. L'étude se base sur les comptes rendus d'hospitalisation, mais ces derniers ne reflètent pas toujours fidèlement le traitement initial du patient, notamment si une ordonnance antérieure est utilisée. Un certain nombre de lettres de liaison manuscrites valant de comptes rendus échappent à l'analyse.

Champ d'étude restreint : L'étude a été menée dans un seul service de médecine, ce qui constitue un biais de sélection et limite la transposabilité des résultats à d'autres spécialités ou structures hospitalières.

### A propos des résultats de l'étude :

Les résultats confirment que l'hospitalisation constitue un moment clé pour la modification des traitements de fond. Dans l'étude, 74 % des patients ont vu leurs traitements modifiés, et ces changements étaient justifiés dans le compte-rendu dans 65 % des cas.

Ces chiffres sont cohérents avec d'autres études similaires. Par exemple, dans la thèse d'Olivier Marie, menée en gériatrie, 83 % des patients hospitalisés ont vu leur traitement modifié, avec une justification présente dans 71 % des cas (5).

Les antalgiques et les anti-hypertenseurs sont parmi les traitements les plus modifiés dans notre étude : ces résultats sont en accord avec les données de la littérature. (4-6-17)

Cette tendance s'explique notamment par le suivi multi-quotidien de la pression artérielle en milieu hospitalier ainsi que par l'évaluation systématique de la douleur.

La principale modification est l'ajout de traitement représentant 68% des modifications. Il y a assez peu de dé-prescription pendant l'hospitalisation (seulement 15% des modifications de traitements).

Une attention particulière doit être portée à l'escalade thérapeutique et à la polymédication qui peut comporter des risques réels pour la santé. La polymédication expose à une augmentation des effets indésirables, des interactions médicamenteuses, des chutes et de la mortalité. Ces accidents iatrogéniques sont responsables de 5 à 25 % des admissions hospitalières et de 10 % des admissions aux urgences. (18)

Les inhibiteurs de la pompe à proton, les anxiolytiques et les antidépresseurs font partie des ajouts de traitements les plus fréquents. Il est important de noter que ce sont des médicaments difficiles à arrêter par la suite. Les inhibiteurs de la pompe à proton exposent à un risque d'effet rebond à l'arrêt du médicament. (19) Les anxiolytiques et les antidépresseurs exposent les patients à un syndrome de sevrage lors de l'arrêt.

#### A propos du délai de réception :

Le délai de réception des comptes rendus apparaît comme un point critique. Notre étude montre que 72,2 % des médecins généralistes reçoivent le compte rendu d'hospitalisation plus de huit jours après la sortie du patient. Alors que les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et du code de santé publique préconisent un envoi sous huit jours.

Ces résultats sont concordants avec la revue de la littérature de Clanet et al. Dans cette revue plus de deux-tiers des médecins généralistes déclaraient ne pas avoir eu le compte rendu d'hospitalisation à disposition lors de la première consultation. (20) De plus le délai souhaité par les médecins généralistes était de huit jours maximum suivant la sortie d'hospitalisation.

La lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation est obligatoire depuis le décret du 9 mai 2016. Elle est censée être remise au patient et envoyée au médecin traitant afin d'assurer une meilleure continuité des soins.

Le fait que de nombreux médecins généralistes suggèrent encore sa mise en place montre qu'il existe un écart entre la réglementation et la pratique réelle. Soit elle n'est pas systématiquement rédigée, n'est pas transmise au médecin par le patient, soit son contenu est jugé insuffisant ou trop tardif pour être réellement utile. Cela souligne un besoin d'amélioration dans l'application de cette obligation, notamment en termes de rapidité et de clarté des informations transmises.

Il faut vraisemblablement explorer pourquoi cette obligation n'est pas toujours respectée et quelles solutions concrètes pourraient être mises en place pour résoudre ce problème.

Les comptes rendus du service de médecine polyvalente sont généralement signés un demi-jour avant la sortie des patients. Le délai est respecté. En revanche, l'absence de compte rendu pour 9 % des hospitalisations peut mettre les médecins généralistes en difficulté. Ceci constitue un point à améliorer.

#### A propos des préférences des médecins généralistes :

Les médecins interrogés ont également mis en avant les éléments qu'ils jugent essentiels dans un compte rendu d'hospitalisation, en cohérence avec les données de la littérature : le traitement de sortie, le diagnostic principal, les recommandations pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique, ainsi que le motif d'admission. (20,21)

Le contenu informatif des comptes rendus d'hospitalisation était jugé pertinent par 74% des médecins interrogés.

Concernant les modifications thérapeutiques explicites dans les comptes rendus, notre étude corrobore les conclusions de précédents travaux.

Une thèse publiée en 2012 a montré que les modifications thérapeutiques clairement expliquées dans le compte rendu d'hospitalisation avaient un taux de maintien significativement plus élevé que celles qui ne l'étaient pas (4).

Une perspective d'amélioration des comptes rendus d'hospitalisation porte sur la clarté des justifications des modifications thérapeutiques. Pour cela nous proposons d'intégrer un paragraphe spécifique aux modifications thérapeutiques.

Dans une étude descriptive parisienne, 81 % des médecins généralistes interrogés étaient favorables à cette idée (17). Dans une autre étude menée à Poitiers, le paragraphe était apprécié par 93% des médecins généralistes. (22) Dans notre étude, 90,7 % des médecins y sont favorables, soulignant l'importance d'une meilleure traçabilité des ajustements médicamenteux.

Les médecins ont également indiqué préférer les comptes rendus courts et moyens. Ce qui n'est pas surprenant au vu de la charge administrative quotidienne que demande leur travail. Les généralistes consacrent en moyenne 7 heures par semaine à l'administratif : 13% de ce temps est consacré aux comptes rendus médicaux (23). Une étude a montré qu'un médecin généraliste lit en moyenne 25 courriers en 12 minutes. (24) Cette étude souligne la nécessité de concision et de hiérarchisation des comptes rendus.

La demande d'une communication téléphonique directe a été exprimée à plusieurs reprises. Dans la thèse de Paschy Antoine le téléphone est le moyen de communication privilégié des médecins lorrains. Cependant, les médecins libéraux et hospitaliers rencontrent des difficultés à se joindre et ils sont demandeurs d'un annuaire actualisé. (25)

### A propos de la compréhension des patients :

La compréhension et l'intégration des modifications thérapeutiques par le patient semblent également être un point à améliorer. Dans notre étude 31% des médecins ont répondu que les modifications étaient « rarement » comprises par les patients, et 12 % ont répondu « très rarement ».

Les patients hospitalisés de notre étude étaient principalement des patients âgés et polypathologiques. La substitution d'une molécule par une autre au sein d'une même classe, et l'utilisation de générique, peuvent être source de confusion et d'erreur médicamenteuse. Ceci peut être un motif de consultation rapide chez le médecin traitant.

Ce problème a d'ailleurs été relevé plusieurs fois dans les réponses ouvertes. Certaines spécialités de ville ne sont pas disponibles à l'hôpital, comme les anti-hypertenseurs combinés par exemple. Si la substitution n'est pas clairement mentionnée sur l'ordonnance de sortie, le risque de prises multiples est majeur. La rédaction « automatique » de l'ordonnance de sortie par un copier /coller offerte par les logiciels de gestion des dossiers médicaux favorise ce risque de doublon de prescription et de prise médicamenteuse.

D'après une étude de cohorte combinée cas-témoins publiée dans Annals of Internal Medicine, une variation de galénique par la substitution générique est associée à une augmentation de l'arrêt d'un traitement. (26)

Cette étude porte sur 11 513 patients, les résultats sont évalués par le biais des demandes de remboursement provenant d'une base de données d'assurance maladie aux États-Unis.

Les patients sont sortis d'une hospitalisation en cardiologie après un infarctus du myocarde avec la même ordonnance. 29% d'entre eux ont eu des changements de formes ou de couleurs de médicament pendant l'étude. Les chances d'arrêt de traitement ont augmenté significativement de 34 % après un changement de couleur du traitement, et de 66% après un changement de forme.

### A propos de la vitamine D :

Dans les études similaires précédemment citées, la vitamine D n'avait pas été prise en compte dans l'analyse. (3-4-17) Nous avons choisi de l'inclure dans notre étude. Son ajout représente le changement thérapeutique le plus fréquemment observé. Il est justifié dans 73 % des cas par la mise en évidence de carences. L'hospitalisation est un moment propice à l'identification de ce type de carence, le dosage de la vitamine D est facile est peu coûteux à l'hôpital, donc largement prescrit

Bien qu'elle soit appelée « vitamine », la vitamine D est en réalité une hormone qui joue un rôle essentiel dans le maintien de l'homéostasie du calcium et du phosphore, contribuant ainsi à la minéralisation des os, du cartilage et des dents.

Corriger une carence en vitamine D permet de réduire le risque de chutes et de fractures chez les personnes âgées. Les données actuelles indiquent que sa supplémentation, lorsqu'elle est associée au calcium, diminue le risque de fractures non vertébrales et de hanche dans cette population. De plus, elle semble réduire le risque de chute d'environ 20 %. (27,28). La chute

étant le deuxième motif d'hospitalisation le plus fréquent de l'étude. La supplémentation a toute son importance.

#### A propos de la désertification médicale :

A l'heure actuelle de nombreux patients n'ont pas de médecin traitant, surtout dans notre région. En 2020, l'Eure et Loir dispose d'une densité de 59 médecins généralistes pour 100 000 habitants. C'est la plus faible densité de la région Centre-Val de Loire, la région étant elle-même considérée comme disposant de la plus faible densité de généralistes de France. (29)

Dans notre étude, 11% des comptes rendus ne mentionnaient pas de médecin traitant, soit par omission, soit en raison de l'absence de celui-ci. Il a également été observé que certains médecins destinataires des comptes rendus n'exerçaient plus. Il est donc essentiel que la « fiche patient » avec le nom du médecin traitant soit mise à jour à chaque admission dans le service de médecine polyvalente, et plus généralement dans chaque service d'hospitalisation.

Les patients sans médecin traitant risquent de se tourner vers des téléconsultations après une hospitalisation pour assurer le suivi des traitements. Les médecins sont moins à l'aise en téléconsultation pour poser un diagnostic, et de proposer un suivi. (30) A notre sens, cette solution devrait rester provisoire. La qualité de la relation de confiance médecin-patient est primordiale pour favoriser l'adhésion aux traitements, dépister les effets indésirables et permettre un exercice raisonné de la médecine.

Il est donc crucial de promouvoir l'usage du Dossier Médical Partagé (DMP) afin que les médecins puissent réévaluer leurs prescriptions en toute transparence.

Initialement lancé sous le nom de "dossier médical personnel" après la loi du 13 août 2004, le DMP a longtemps peiné à s'imposer. Toutefois, sa transformation en "Mon Espace Santé" a marqué un tournant, en donnant davantage de contrôle aux patients.

Cette évolution allège la charge administrative des médecins, qui rencontrent encore des difficultés dans son adoption. (31)

## Conclusion :

La communication entre l'hôpital et la médecine de ville est essentielle pour assurer une continuité des soins et pour le bien du patient. Pour optimiser celle-ci plusieurs pistes peuvent être envisagées :

- Réduire le délai de transmission des comptes rendus d'hospitalisation ou répandre l'usage de la lettre de liaison à la sortie de l'hospitalisation.
- Renforcer la hiérarchisation des éléments importants des comptes rendus d'hospitalisation.
- Insister sur les éléments essentiels du compte rendu médical.
- Intégrer systématiquement un paragraphe détaillant les modifications thérapeutiques.
- Améliorer les explications données aux patients et l'éducation thérapeutique durant l'hospitalisation. Porter une attention particulière aux substitutions au sein d'une même classe et à l'escalade thérapeutique.
- Favoriser une meilleure coordination entre les médecins hospitaliers et généralistes pour assurer un suivi optimal des ajustements médicamenteux.

Ces mesures permettraient d'améliorer la continuité des soins, de limiter les erreurs médicamenteuses et d'optimiser la prise en charge des patients après une hospitalisation.

Dans cette optique, le développement d'une intelligence artificielle capable d'aider à la rédaction des comptes rendus d'hospitalisation, validés ensuite systématiquement par les médecins, pourrait constituer une avancée. Une telle solution permettrait de réduire les délais de transmission et d'assurer une synthèse claire et efficace des informations essentielles du séjour hospitalier.

## Bibliographie :

- 1- Himmel, W., M. M. Kochen, U. Sorns, et E. Hummers-Pradier. « Drug Changes at the Interface between Primary and Secondary Care ». *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics* 42, n° 2 (février 2004): 103-9.
- 2- Maurel, Benjamin. « Analyse des évolutions des prescriptions médicamenteuses après une hospitalisation en diabétologie dans un CHU : aspects médicaux, pharmaceutiques et économiques ». Thèse d'exercice de médecine, Faculté des sciences médicales et paramédicales, 2019.
- 3- Foulon, Julie. « Impact d'une hospitalisation en médecine interne sur les traitements chroniques des patients: étude prospective menée au Centre Hospitalier Nord Vienne de Châtelleraut en 2016 ». Thèse d'exercice, Université de Poitiers, 2017.
- 4- Coutellier, Martin. « Impact d'une hospitalisation en médecine sur les traitements prescrits au long court en médecine générale ». Thèse d'exercice de médecine, Université Paris Diderot, 2012.
- 5- Olivier, Marie. « Impact de l'optimisation thérapeutique et du compte rendu de sortie sur le suivi des traitements médicamenteux chez la personne âgée ». Thèse d'exercice, Université de Clermont I, 2012.
- 6- Eugène, Baptiste. « Modification des traitements prescrits au long cours en médecine générale au décours d'une hospitalisation en gériatrie aiguë ». Thèse d'exercice, Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie, 2016.
- 7- Grimmsmann, Thomas, Ulrike Schwabe, et Wolfgang Himmel. « The Influence of Hospitalisation on Drug Prescription in Primary Care--a Large-Scale Follow-up Study ». *European Journal of Clinical Pharmacology* 63, n° 8 (août 2007): 783-90.
- 8- HAS. « Document de sortie fiche utilisation », 15 octobre 2014.
- 9- Conseil National de l'Ordre des Médecins. « Art 63 -Information entre médecins en cas d'hospitalisation du patient », 14 mars 2019.
- 10- Conseil National de l'Ordre des Médecins. « Article 64 - Exercice collégial », 14 mars 2019.
- 11- François, Patrice, Bastien Boussat, Magali Fourny, et Arnaud Seigneurin. « Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes ». *Santé Publique* 26, n° 2 (27 mai 2014): 189-97.
- 12- Pernossi, Valérie. « Lien ville-hôpital : le point de vue des médecins généralistes du bassin chambérien-aixoïse ». Thèse d'exercice de médecine, Faculté de médecine de Grenoble, 2018. \*

- 13- Kripalani, Sunil, Frank LeFevre, Christopher O. Phillips, Mark V. Williams, Preetha Basaviah, et David W. Baker. « Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care ». *JAMA* 297, n° 8 (28 février 2007): 831-41.
- 14- Geneletti, L., S. Chanoine, M. Lugosi, L. Bouillet, P. Bedouch, et A. Deroux. « Impact de la communication hôpital-ville basée sur l'élaboration pluriprofessionnelle et collaborative de la lettre de liaison sur la continuité de la prise en charge médicamenteuse des patients ». *La Revue de Médecine Interne*, 78ème congrès français de médecine interne, Grenoble, du 12 au 14 décembre 2018, 39 (1 décembre 2018): A204-5.
- 15- Moore, Carlton, Juan Wisnivesky, Stephen Williams, et Thomas McGinn. « Medical Errors Related to Discontinuity of Care from an Inpatient to an Outpatient Setting ». *Journal of General Internal Medicine* 18, n° 8 (août 2003): 646-51.
- 16- ARS Centre - Val de Loire. « Démographie des professionnels de santé », 22 novembre 2024.
- 17- Albert-Perl, Alice. « Paragraphe sur les modifications thérapeutiques dans les comptes rendus d'hospitalisation : intérêt dans la pratique quotidienne en médecine de ville ». Thèse d'exercice de médecine, Paris descartes, 2016.
- 18- Monégat, Marlène, Catherine Sermet, Marc Perronnin, et Emeline Rococo. « La polymédication : définitions, mesures et enjeux ». *Question d'économie de la santé*, n° 204 (décembre 2014).
- 19- Prescrire Rédaction. « Arrêt d'un traitement par inhibiteur de la pompe à protons. Quelques repères pour proposer une diminution contrôlée des doses ». *La Revue Prescrire* 42, n° 464 (juin 2022): 452-54. <https://prescrire.org/strategies-de-soins/464-arret-d-un-traitement-par-inhibiteur-de-la-pompe-a-protons>.
- 20- Clanet, Romain, Mathieu Bansard, Xavier Humbert, Véronique Marie, et Thibaut Raginel. « Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes ». *Santé Publique* 27, n° 5 (2015): 701-11. <https://doi.org/10.3917/spub.155.0701>.
- 21- Guillet, Maxime. « Document de sortie d'hospitalisation en médecine polyvalente : les attentes des médecins généralistes ». Thèse d'exercice, Université d'Angers, 2018. <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20126996/2018MCEM8510/fichier/8510F.pdf>.
- 22- Lambert, Claire. « Continuité des soins dans un service de gériatrie : avis des médecins généralistes concernant les modifications réalisées sur le compte rendu d'hospitalisation ». Thèse d'exercice, Université de Poitiers, 2018. <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/839a1684-70af-4b30-962b-f2ed0e6c2d4a>.

- 23- Roux, Camille. « Les généralistes consacrent en moyenne 7 heures par semaine à l'administratif selon une étude ». *Le Quotidien du Médecin*, 22 novembre 2018. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal-soins-de-ville/les-generalistes-consacrent-en-moyenne-7-heures-par-semaine-ladministratif-selon-une-etude>.
- 24- Devaux. « Evaluation par les médecins traitants de la qualité du compte-rendu d'hospitalisation en unité de soins aigus et de soins de suite et réadaptation en gériatrie au CHRU de Montpellier ». Thèse d'exercice de médecine, Université de Montpellier, 2013.
- 25- Paschy, Antoine. « Communication Ville - Hôpital dans la Région Lorraine ». Thèse d'exercice de médecine, Université de Lorraine, 2024. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04793948>.
- 26- Kesselheim, Aaron S., Katsiaryna Bykov, Jerry Avorn, Angela Tong, Michael Doherty, et Niteesh K. Choudhry. « Burden of Changes in Pill Appearance for Patients Receiving Generic Cardiovascular Medications After Myocardial Infarction ». *Annals of Internal Medicine* 161, n° 2 (15 juillet 2014): 96-103. <https://doi.org/10.7326/M13-2381>.
- 27- Haute autorité de santé. « Utilité clinique du dosage de la vitamine D », octobre 2013.
- 28- Schlienger, Jean Louis. « Le cas particulier de la vitamine D ». VIDAL, 7 février 2023. <https://www.vidal.fr/actualites/30030-le-cas-particulier-de-la-vitamine-d.html>.
- 29- « DÉPARTEMENT D'EURE-ET-LOIR Enquête relative à l'organisation territoriale des soins de premier recours ». Chambre régionale des comptes Centre Val-de Loire, 16 mars 2023.
- 30- Pierret Héloïse, Hoëz Lucie, et Lachemet Ismaïl. « Consultation de médecine générale en présentiel ? » Thèse d'exercice de médecine, Université d'Angers, 2022
- 31- Merlière, Yvon. « Les enjeux de l'information médicale du patient : du Dossier Médical Personnel (DMP) à Mon Espace Santé (MES) ». *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, n° 34 (septembre 2022). <https://hal.science/hal-03974849>.

## Annexe :

### Questionnaire Google Form :

#### **Questionnaire sur les Modifications Thérapeutiques et la Communication des Comptes Rendus d'Hospitalisation**

##### **Section 1 : Informations Générales**

1. **Âge :**
2. **Sexe :**
  - Homme
  - Femme
3. **Lieu d'exercice :**
  - Ville (centre-ville)
  - Banlieue (périphérie)
  - Zone rurale
4. **Nombre d'années d'expérience :**

##### **Section 2 : Préférences en termes de Communication et de Comptes Rendus**

5. **À quelle fréquence recevez-vous des comptes rendus d'hospitalisation de vos patients ?**
  - Toujours
  - Souvent
  - Parfois
  - Rarement
  - Jamais
6. **Quels sont les moyens de communication que vous préférez pour recevoir les comptes rendus d'hospitalisation ? (plusieurs réponses possibles)**
  - Courrier postal
  - Email sécurisé
  - Autre (précisez) : \_\_\_\_\_
7. **Etes-vous satisfait du délai de réception des comptes rendus ?**
  - Très satisfait
  - Satisfait
  - Moyennement satisfait
  - Insatisfait
  - Très insatisfait
8. **Dans quel délai estimez-vous recevoir les comptes rendus après une hospitalisation ?**
  - Plus de 8 jours,
  - Moins de 8 jours
  - Autre :
9. **En général, comment jugez-vous la pertinence des informations contenues dans les comptes rendus d'hospitalisation ?**

- Très pertinente
- Pertinente
- Moyennement pertinente
- Peu pertinente
- Pas pertinente du tout

**10. Quelles informations lisez-vous en priorité dans les comptes rendus d'hospitalisation ? (plusieurs réponses possibles classée par préférence) :**

- Motif d'hospitalisation
- Les antécédents
- Le mode de vie
- Le traitement à l'entrée
- L'examen clinique à l'entrée
- L'histoire de la maladie
- Le résultat des examens complémentaires pratiqués
- Le traitement à la sortie
- Le diagnostic principal
- La conclusion
- Un paragraphe sur la justification des modifications thérapeutiques
- Les recommandations pour le suivi
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**11. Pensez-vous qu'il est plus pertinent de mettre la conclusion d'hospitalisation :**

- En début de compte rendu
- En fin de compte rendu
- En caractère gras
- Encadrée
- Autre : \_\_\_\_\_

**12. A quelle fréquence observez-vous des erreurs ou des incohérences dans les comptes rendus d'hospitalisation ?**

- Très souvent
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

**13. La longueur du compte rendu a-t-elle une importance pour vous ?**

- Oui
- Non

**14. Si oui : quelle longueur préférez-vous pour les comptes rendus d'hospitalisation ?**

- Court (1-2 pages)
- Moyen (3-4 pages)
- Long et exhaustif (plus de 4 pages)

**15. Quel format préférez-vous pour les informations dans les comptes rendus d'hospitalisation ?**

- ☐ Texte libre
- ☐ Liste à puces
- ☐ Paragraphes structurés
- ☐ Tableaux
- ☐ Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

### **Section 3 : Modifications Thérapeutiques Induites par l'Hospitalisation**

**16. À quelle fréquence observez-vous des modifications de traitement de fond dans les comptes rendus d'hospitalisation de vos patients ?**

- ☐ Très souvent
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais
- ☐ Sans opinion

**18 . Comment jugez-vous le plus souvent les modifications thérapeutiques apportées pendant l'hospitalisation de vos patients ?**

- ☐ Très utile
- ☐ Utile
- ☐ Moyennement utile
- ☐ Peu utile
- ☐ Pas utile du tout
- ☐ Variable selon les cas

**19 .Les patients ont-ils compris et intégrés les modifications ?**

- ☐ Très souvent
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais
- ☐ Sans opinion

**20. Les modifications thérapeutiques sont-elles clairement justifiées dans les comptes rendus d'hospitalisation ?**

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

**21. En général, comment jugez-vous la clarté des justifications des modifications thérapeutiques dans les comptes rendus d'hospitalisation ?**

- ☐ Très claire
- ☐ Claire
- ☐ Moyennement claire
- ☐ Peu claire
- ☐ Pas claire du tout

**22 . Pensez-vous qu'un paragraphe spécial sur les modifications thérapeutique serait nécessaire ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas

**23 .Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez lors du suivi des patients après leurs hospitalisations ? (réponse ouverte)**

**24 .Avez-vous des suggestions pour améliorer la communication des modifications thérapeutiques entre l'hôpital et les médecins généralistes ? (réponse ouverte)**

**Réponses question 23 :** Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez lors du suivi des patients après leurs hospitalisations ? (Réponse ouverte) 80 réponses

Le suivi du traitement à la sortie même s'il n'est pas modifié : les patients sont très en difficulté par les prescriptions à cause de l'utilisation hétérogène des noms commerciaux et génériques des molécules prescrites, ce qui fait qu'ils prennent souvent les traitements en double ou ils arrêtent le traitement

Problème de changement de trt non justifié.

Appel précoce du patient à son retour à domicile (souvent le lendemain), et absence de compte rendu (en attente)

Viennent nous voir sans compte rendu, sans savoir expliquer pleinement le diagnostic d'hospitalisation, avec une nouvelle ordonnance... c'est dur de comprendre.

Délai pour recevoir le compte rendu Compréhension des modifications de traitement Quel suivi apporté ensuite Prochain rdv avec le spécialiste ? Concordance de la durée du traitement ou arrêt de travail avec la date du prochain rdv spécialiste

Délai réception courrier, quels médecins sont intervenus pour avis, quel suivi par la suite ?

J'ai quelques lettres incohérentes probablement dictées avec un serveur vocal et incompréhensibles

Attente du compte-rendu, modifications thérapeutiques pas toujours explicites

Revoir le patient sans le compte rendu, sans justificatif des modifications thérapeutiques

Absence de compte-rendu d'hospitalisation quand le patient vient en consultation

**RECAPITULATIF DES EXAMENS COMPLEMENTAIRE. SUIVI DE SOINS**

Délai obtention du compte rendu

Pas de compte rendu au moment de la visite ou consultation. Pas de clarté sur l'arrêt ou oubli de re prescription de certains traitements.

Observance thérapeutique, certains patients attendant de me voir pour prendre les médicaments prescrits à l'hôpital, n'ayant pas toujours compris ce qu'il se passe...

Pas de difficultés particulières

Retard information et explications des modifications thérapeutiques

Le délai pour avoir le compte rendu parfois plusieurs mois, parfois jamais reçu car modification du médecin traitant non pris en compte, envoyé à l'ancien...

Le délai de réception des compte rendus

Absence de compte-rendu transmis ou délai important Absence d'explication sur les modifications thérapeutiques Absence de diagnostic précis Relai par IPA sans discussion Absence de communication directe pour prévenir/organiser un retour à domicile pour des patients isolés

Oublis fréquents de certains traitements / non reconduits / changement injustifié du traitement / introduction du fameux zopiclone chez un patient qui n'en prenait pas

Souvent les patients sortent avec un changement de traitement sans aucune explication c'est au médecin traitant de leur expliquer la nécessité au non de toute modification de leur traitement

Manque d'information sur la date du retour, pas d'ordonnance sécurisées pour les morphiniques ou pour les médicaments d'exception

Délai de réception du CR

Explications à donner au patient concernant changement thérapeutique, argumentation, bilans du séjour et conclusions

Des délais de consultations de suivi spécialisés parfois long quand le traitement modifié ne convient pas. Mais on arrive quand même à joindre le spécialiste au téléphone pour la demande d'avis donc cela peut pallier au problème.

Que le traitement de sortie mentionné sur le compte-rendu corresponde à l'ordonnance de sortie

Manque d'information quand le patient se présente après hospitalisation

Que ce soit en sortie d'hospitalisation ou de retour de consultation, modifications thérapeutiques sont rarement expliquées

On revoit le patient avant d'avoir reçu le CR et donc c'est très compliqué de savoir ce qu'il s'est passé // CR avec des incohérences/ histoire de la maladie modifiée pour "cacher" des problèmes lors de l'hospitalisation

Absence de résumé d'hospitalisation accompagnant la sortie du patient -quelquefois prescriptions de sortie manquantes -sans parler de l'absence d'information du décès d'un patient à l'hôpital...

Vu plus de 1 mois après et ayant reçu peu d'information (surtout personnes âgées)

Ce qu'ils ont compris des bilans faits et de leurs conclusions et du suivi à prévoir

Délai de réception des compte- rendus > 1 mois Pas ou peu d'utilisation du DMP

Revoir les patients à la sortie alors que je n'ai pas encore reçu le compte rendu, ordonnance de sortie trop courte en durée ou incomplète obligeant le patient à reconsulter très rapidement

Délai pour les CR - Traitement hospitaliers (suivant les marchés) conservés alors que inchangés (IPP contre IPP, Kardegic versus résitune,...)

Lorsqu'on les revoit, nous n'avons pas toujours le compte rendu. Les comptes rendus ne sont pas toujours complets : exemple : résultats d'examens, biopsies etc...

Nursing et compliance aux traitements

Je n'aime pas recevoir de courrier papier

Lorsqu'on n'a pas de lettre et encore plus lorsque le patient n'amène rien, entre autres lorsqu'il omet d'apporter son ordonnance de sortie

Compréhension par le patient qui n'a pas osé poser de questions

Le délai de réception du courrier, variable de quelques jours à ... quelques mois, alors que les patients nous appellent en général très rapidement après leur sortie d'hospitalisation

Comprendre les modifications thérapeutiques et les expliquer au patient. Comptes rendus reçus trop tard.

Flou concernant les modifications thérapeutiques ...arrêt ou poursuite de tel ou tel médicament ?

Délai de réception très long du courrier après hospitalisation pour l'hôpital de Dreux. Cet hôpital est encore au format papier alors que tous les autres hôpitaux et cliniques du département nous adressent les courriers par messagerie

Pas encore de compte rendu quand je revois le patient. Patient ne sachant pas ce qui il a été dit et fait. Patient ne sachant pas les modifications d'ordonnance faites (ordonnance de l'hôpital toujours dans son enveloppe de sortie non utilisée car non comprise). Rdv de suivi non pris ou non compris par le patient.

Ne reconsulte rarement après

Probable manque de communication ou explications peu claires, ou le patient a eu du mal à intégrer les infos mais il est très fréquent qu'ils reviennent vers nous pour qu'on leur réexplique ce qu'il s'est passé pendant leur hospitalisation

Réception trop tardive le plus souvent voire des délais de 3 mois dans certains services !! Ce qui ne nous facilite pas la tâche et peut être dangereux pour le patient

La qualité de la transmission des informations : délai, concision et surtout le mauvais formatage (Ségur)

Net problème avec le CH de Dreux pour ma population de patients polypathologiques âgés : les urgentistes reprennent le dernier traitement enregistré à l'hôpital, et non pas le traitement en cours. Résultat, pour la majorité des résidents, le traitement est inadapté avec des molécules qui ont été changées, ou mal tolérées, ou ne sont plus utiles. Donc partant d'un traitement qui n'est pas le traitement habituel, le patient est ensuite hospitalisé et ressort avec un traitement inadapté. Les infirmières de l'EHPAD n'osent pas reprendre un traitement hospitalier qu'elles savaient inadapté, ni demander au pharmacien de modifier tout le pilulier alors que c'est probablement inutile. Donc certaines m'attendent pour savoir si elles doivent ou non changer le traitement. J'envisage de faire un protocole d'EHPAD pour compenser ce dysfonctionnement...signe qu'on marche sur la tête. Donc un service, le spé m'a dit qu'il faisait systématiquement appeler au domicile ou à l'EHPAD pour vérifier que le traitement retranscrit aux urgences était le bon ! Autre agacement : lorsque les chiffres sont traités indépendamment de la clinique. Par exemple une résidente sans anémie avec une ferritine un peu basse se retrouve avec du tardyféron mal toléré, ou bien si le potassium est à 3,3 se retrouve avec du difluK alors qu'un contrôle à distance aurait suffi... et il y a bien sûr les changements de molécules en lien probablement avec l'achalandage de l'hôpital (BZD, IPP...) qui ne semblent pas justifiés. Ou récemment une demande de traitement par Difclir en HAD refusé par le

pharmacien du CH de Dreux qui a recommandé le Flagyl, alors que ce n'est pas la bonne pratique. A noter que les problèmes sont moins fréquents avec CH Chartres que CH Dreux, notamment à cause des traitements inadaptés mis aux urgences (je ne sais pas si il est envisageable de faire des sous-groupes) Et quelques prescriptions non réalisables (demi comprimés alors que c'est non sécable, insistance pour des gélules de modopar alors que la personne n'arrive pas à déglutir...)

## RETARD DU CR

Perte autonomie, changement de traitement

Courriers tardifs ou inexistant. Patient qui n'a rien compris, suivi non programmé, patients non reconvoqués en pratique alors qu'un rdv est dit à venir (même des mois après)

Revoir les patients sans avoir reçu le compte rendu et donc sans informations claires sur les motifs, le déroulé de l'hospitalisation et les modifications mises en place

Le patient est perdu dans son traitement (par exemple oméprazole remplace par pantoprazole) et il n'a pas eu d'explications. Souvent n'ayant le courrier qu'à un mois, je dois temporiser le temps d'avoir les informations et les revoir dans le mois suivant (c'est plus compliqué quand l'ordonnance de sortie est faite que pour 15 jours). Certains services sont moins à jour mais quand on appelle les secrétaires elles écoutent rapidement le courrier dicté et nous donnent l'information nécessaires au suivi. La seule chose c'est que cela nous fait perdre du temps.

Compte rendu non encore reçu lorsqu'on revoit le patient. Changements thérapeutiques peu clairs parfois. Changements de molécules pour un traitement de même classe souvent en raison des marchés hospitaliers, à l'origine d'une perte de repères pour les patients. De plus en plus de retours à domicile de patients âgés dans un état précaire.

Délai d'envoi parfois " hors limites" c'est à dire plusieurs mois

Patients peu/mal informés de la conclusion et des suites à donner

L'équilibre thérapeutique durant l'hospitalisation n'est souvent pas le même une fois de retour à la maison avec d'autres habitudes alimentaires par exemple ou la reprise d'une activité.

Délai réception compte rendu

La modification et l'instauration de traitement qui ne sont pas en accord avec notre pratique

L'absence de compte rendu avec des modifications importantes du traitement l'absence de consignes de surveillance ou d'adaptation. Le patient (dont ce n'est pas le rôle) qui ne peut relater ce qui lui est arrivé et ce qui en découle

Si pas de CR post hospitalisation et que le patient ne sait pas expliquer pourquoi il a été hospitalisé c'est difficile de remettre en ordre tout

CR arrive 1 fois sur 3 ou 4 et en plus très tard ; quant aux urgences, le plus souvent, on n'a rien si sortie en dehors des horaires de bureau, insupportable ! nos collègues pourraient trouver une solution, ou faire des progrès en informatique

Retard d'information, arrêts de travail trop court, demande de RV chez le médecin traitant impossible à tenir dans les délais.

Pas de courrier court dans l'immédiat, patient peut informer ou incompréhension de leur suivi

Le manque de clarté des comptes rendus concernant les examens complémentaires pratiqués (parfois il manque même les résultats). Les délais de réception des crh pose aussi un problème parfois.

Compte rendu qui arrive souvent après avoir revu le patient, parfois même après l'avoir revu plusieurs fois

Long délai de disponibilité, ordonnance de l'hôpital trop courte

Modifications thérapeutiques non justifiées et difficiles à retirer ensuite, diagnostics parfois peu clairs, examens complémentaires à réaliser en ville avec des délais, mauvaises compréhensions des patients

1/le patient vient me voir avant que j'ai reçu le C.R. de sortie (c'est maintenant rare) 2/le patient a repris son traitement d'avant hopi sans tenir compte des modifications

Le manque d'information et d'explication sur le diagnostic et les modifications de traitement du fond délai de réception du compte rendu

Le délai de réception du CR est trop long. Souvent le patient consulte avant, et ne sait pas dire s'il y a eu modification de traitement. Donc le médecin généraliste ne sait pas !

Problèmes des IPA qui convoquent les patients en post hospitalisation, avec d'autres nouvelles modifications thérapeutiques souvent mal justifiées et confusiogènes / médecin traitant est alors switché

Revoir les patients quelques jours après leur hospitalisation sans compte rendu ni explications alors qu'on a soi-même fait un courrier explicatif pour l'admission. Parfois ne même pas savoir qu'ils ont été hospitalisés, donc encore moins le motif et ils ne sont pas forcément capables de le dire. Les modifications thérapeutiques peu claires et/ou non justifiées

Pas informée du retour à domicile et donc pas du motif de l'hospitalisation ni du traitement de sortie ce qui rend complexe la suite de la prise en charge

Délais

Le patient ne saisit pas toujours les modifications de traitement et préfère avoir confirmation par son médecin traitant.

Courrier parfois long à arriver, modifications du traitement pas toujours clair et/ou justifié

Réponses Question 24 : Avez-vous des suggestions pour améliorer la communication des modifications thérapeutiques entre l'hôpital et les médecins généralistes ? (Réponse ouverte)66 réponses

Comptes rendus à relire par le médecin et signé pour la relecture, avec conclusions incluant les changements et surtout une uniformisation de la prescription

Je rêve que les médecins hospitaliers m'appellent pour me demander de leur communiquer des renseignements sur mes patients hospitalisés que je connais bien (et pas eux), et qu'il puisse y avoir un minimum de concertation pour les changements ou instauration de traitements de long cours... (mais ça n'arrive quasiment jamais)

Donner un mini CRH provisoire à la sortie pour qu'on ait les grandes lignes. Utiliser Mssante plutôt que la poste (CH Dreux...)

Faire un paragraphe spécial

Et noter qu'on a changé ou arrêté un médicament

Car il y a des oublis donc on ne sait pas si c'est arrêté ou oublié

Délai rapide de courrier ou du moins fiche première d'information sur hospi avant courrier définitif

Que les courriers soient si possibles relus avant envoi ???

Compte-rendu dès la sortie, éléments essentiels mis en avant (résultat d'examen pathologique, modification de traitement)

Envoyer le compte-rendu d'hospitalisation dès que possible, et/ou le laisser au patient à la sortie

Peu de communication avec les médecins ; peu de suivi ou perte du patient

Un mail sécurisé rapide.

Un compte rendu bref de sortie rapide qd le patient sort car parfois le patient nous rappelle et on a aucune info

Non

Compte rendu à éditer à la sortie du patient avec projet et modification thérapeutique justifiées

Avoir une ligne téléphonique pour les profs de la ville sans passer par le standard ou un mail ? faire comprendre aux hospitaliers que si on appelle c'est qu'on a besoin de leur aide ...

Compte rendu faits et envoyés lors de la sortie du patient

Améliorer les délais des comptes rendus et leur efficacité (précisions et justification des modifications thérapeutiques)

Appeler le médecin traitant / améliorer la communication ville hôpital / demander aux services des urgences de nous communiquer un compte rendu, bio, radios ....

Je suis un ancien P.H J'arrive souvent à communiquer avec mes collègues sur un éventuel changement thérapeutique c'est mon cas personnel, quelques lignes suffiront sur tout changements thérapeutiques, cela permet aux médecins de pouvoir donner des renseignements plus convainquant à leurs patients

Un message envoyé dans les 48H (jours ouvrés) par le secrétariat sur la boîte sécurisée avec le diagnostic et le traitement de sortie, un document intermédiaire de sortie synthétique donné au patient

Ne pas recevoir de Labo pour ne pas être influencé par leur discours

Comptes rendus standardisés avec SÉPARATION bilan initial, évolution, thérapeutique (précisions sur initiation - durée - efficacité ex : antibiothérapie, éventuelles allergies) - trop souvent trop descriptif CHRONOLOGIQUE (hypothèses, bilans, TTT) vs SYNTHETIQUE (vus FINALE de l'évolution globale) avec CONCLUSION et CONCILIATION thérapeutique CLAIRES

La démocratisation de la plateforme omnidoc qui est un excellent moyen de communication entre la ville et l'hôpital.

En ce qui concerne une éventuelle mauvaise tolérance du nouveau traitement mis en place, les médecins à l'hôpital pourraient anticiper et suggérer une autre thérapeutique à mettre en place. Par exemple :« Tel traitement a été introduit, mais si le patient présente une mauvaise tolérance, tel autre traitement pourrait être proposé » En je ne sais pas si c'est clair, c'est une suggestion. Après cela dépend des situations, cela pourrait permettre de gagner du temps

Détails sur la prise en charge administrative (ordonnances IDE, kiné, bilan bio, imagerie à distance, prescriptions de transport faite ou pas)

Si le médecin hospitalier pouvait se concerter avec le MT, s'il y en a un, ça serait bien, Bon courage Marie

Que l'hôpital nous appelle pour discuter de la situation du patient lorsqu'il est hospitalisé !!!

Un mail sécurisé à envoyer lors de la sortie du patient

Des secrétaires médicales compétentes et pas dépassées par une surcharge de travail

Ne pas changer les molécules d'une même classe ; prévoir des traitements de 1 mois minimum pour avoir le temps de recevoir les patients en consultation ; justifier les modifications de traitement

Apprendre à communiquer

Reprendre l'ordo d'entrée et ne faire que les modifications utiles et notées en gras - Réunir les traitements par "organe" (cardio avec cardio, gastro avec gastro, diffuk avec furosemide,...) - reprendre à la fin du courrier les points à surveiller qui ont été découverts pendant l'hospi et seulement ceux-là (sinon, on est noyé)

Utiliser mmssante dans tous les cas

Pour ma part tous les comptes rendus d'hospitalisation ou d'exams ou de consultations me vont, quel que soit leur rédaction ou leur présentation. Mais mon problème est sur la réception .Environ un cinquième des c-r ne sont pas exploitables car mal envoyés sur les messageries sécurisées. Je reçois pas mal de lettres impossibles à ouvrir , soit qui restent "blanches", ou

qui présentent des petits carrés à la place des lettres, d'autres avec Nom:"cher confrère ", Prénom : "merci de m 'avoir adressé ", cela bloque le logiciel , obligeant à tout relancer et perdre du temps, Frustration de chercher sans trouver ,sans arriver à "deviner" de quel médecin ou de quel patient il s 'agit. Notre informaticien dit que cela dépend des secrétaires qui savent, ou pas , envoyer les comptes rendus . (Bonne mention aux laboratoires d'analyses médicales : les résultats biologiques "arrivent' 'toujours correctement et sont donc toujours lisibles). Bon courage pour votre thèse

Mieux expliquer au patient et dans les courriers

Un très bref courrier résumant la pathologie et les modifications thérapeutiques envoyé le jour de la sortie du patient au médecin traitant

Je souhaiterais pouvoir échanger par téléphone plus facilement avec médecins hospitaliers.

Pouvoir trouver facilement un interlocuteur au téléphone...ce qui est illusoire actuellement...avoir un numéro de téléphone dédié aux libéraux... pour avoir une ou des réponses à nos éventuelles questions

C'est compliqué

- Praticiens hospitaliers souvent injoignables
- Changement fréquent des interlocuteurs
- Secrétariat souvent inefficace
- Le plus simple est d'avoir le mail du spécialiste et ou son no de portable
- Et apport très positif du site omnidoc

Comme proposé un paragraphe spécifique sur le compte rendu. Un compte rendu qui arrive rapidement. Des explications claires données au patient lors de sa sortie.

Petite lettre de liaison donnée aux patients à leur sortie

Meilleure communication (justification du changement), l'expliquer également au patient)

Un courrier bref en 1 page obligatoire à la sortie avec les éléments principaux : motif d'hospitalisation, diagnostic, examens effectués et traitement de sortie ! Puis compte rendu d'hospitalisation plus complet plus tard !! Cela fait 40 ans que je me bats pour obtenir cela mais j'ai échoué notamment au ChDreux ! Pour moi c'est uniquement une question de respect pour notre exercice .. merci

Obligation de respecter le formatage Ségur et concision

Que l'hôpital suive les traitements mis en ville et les prennent en considération comme traitement habituel +++ avec la dernière ordonnance en cours

Que le patient sorte avec son CR d'hospitalisation + son ordonnance + l'information de sa sortie (une année, j'avais repris tous les patients de retour d'hospi, 1 fois sur 4 il manquait l'une de ces données)

Que chaque ligne de l'ordonnance de sortie soit justifiée

LETRE DE SORTIE 7 J MAX APRES SORTIE

Envoyer le courrier rapidement, voire le jour de la sortie, expliquer l'arrêt d'un traitement d'une manière ou d'une autre

CF comptes rendus du CH du Mans avec un tableau mettant en face à face le traitement d'entrée et le traitement de sortie = bonne visualisation des modifications. Envoi par MSSANTE systématique dans la journée qui suit la sortie effective.

Rajouter un paragraphe sur les modifications de thérapeutique serait bien en précisant les traitements arrêtés et se Rajouter et surtout la raison qui n'est pas toujours évidente quand on n'est pas spécialiste.

Avoir des paragraphes clairs pour que la lisibilité soit facile pour nous qui avons plein de courrier à lire.

Si possible éviter les doublons mail + courrier papier.

CR fait et envoyé le jour où le lendemain de la sortie. Expliquer clairement les modifications thérapeutiques et le suivi.

L'utilisation systématique des courriels

Les comptes rendus devraient pouvoir être mis à disposition dans la boîte mail sécurisée dans les 24 à 48h après la sortie du patient qui vient souvent consulter rapidement son médecin traitant

Envoyer systématiquement les ordonnances aux médecins

Faire sortie le patient AVEC UN CR résumé en attente du CR détaillé

Envoi rapide sécurisé et/ou compte rendu donné à la sortie au patient

Un courrier court avec diagnostics, modification thérapeutique et prise en charge à venir

Pourquoi pas joindre au crh les cr résultats des examens pratiqués pendant l'hospitalisation (notamment scanner, irm et autre imagerie)

Envisager un cr provisoire avec examen complémentaires réalisés / conclusion / modifications thérapeutique, qui serait remis au patient à sa sortie. Ça aiderait beaucoup pour la poursuite de la prise en charge

Donner justifications et références

Les faire ressortir sur le CRH et les justifier

1/Dans la Conclusion du courrier d'Hospitalisation : Le Traitement de sortie devrait être juxtaposé // au Traitement d'entrée avec résumé explicatif des modifications

2/ l'ordo de sortie remise au patient devrait avoir un Symbole ATTENTION DANGER CHANGEMENT DE TRAITEMENT pour que le patient, ou sa famille, ou le pharmacien délivre bien le Tt de sortie prévu et non renouvelle l'ancien ou mélange tout .

Ce n'est pas facile de contacter les confrères

Faire sortir le patient avec une fiche de liaison manuscrite avec les grandes lignes pour la suite (soins ide, traitement, suivi à court terme...)

Avoir le compte rendu le jour même de la sortie comme si c'était une sortie en EHPAD ou convalescence... Ça simplifierait déjà la suite de la prise en charge pour le MG, quitte à ce que ce soit uniquement un résumé si pas possible d'avoir un CR exhaustif

Expliquer dans le courrier les tenants et aboutissants des changements de traitement, sans s'étendre mais ça permet d'éclairer le MG qui n'est pas spécialiste, qui va donc pouvoir éclairer son patient qui n'apprécie pas toujours le changement...

Traitement initial pas toujours juste sur le CRH donc il paraît important de partir déjà sur une bonne base et de justifier les modifications et ou introduction de traitements faites. la messagerie sécurisée avec adjonction de pièces jointes paraît le plus simple et le plus rapide pour adapter les informations.

Numérique

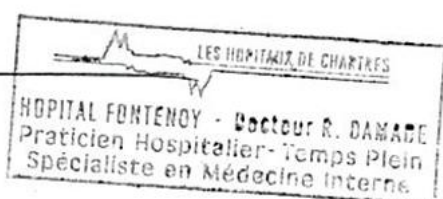
Possibilité d'hospitalisation sans passer par les urgences

Points clés à mettre en valeur dans le compte rendu

Vu, le Directeur de Thèse

Dr Richard Damade

Chartres, le 18/03/2025

LES HOPITAUX DE CHARTRES  
HOPITAL FONTENOY - Docteur R. DAMADE  
Praticien Hospitalier - Temps Plein  
Spécialiste en Médecine Interne

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

## LEIDELINGER Marie

49 pages – 7 tableaux – 7 graphiques

### Résumé :

**Introduction :** La communication entre les hôpitaux et les médecins généralistes est essentielle pour assurer une continuité des soins après hospitalisation. Cette étude analyse les pratiques de communication des modifications thérapeutiques effectuées durant l'hospitalisation au médecin généraliste.

**Méthode :** Un questionnaire informatisé a été envoyé aux médecins généralistes d'Eure-et-Loir. Parallèlement, 232 comptes rendus d'hospitalisation du service de médecine polyvalente de l'hôpital de Chartres ont été analysés rétrospectivement pour étudier la fréquence et la justification des modifications thérapeutiques.

**Résultats :** Sur 86 réponses obtenues au questionnaire : 72 % des médecins ont signalé un délai de réception des comptes rendus supérieur à 8 jours, ce qui les mettaient en difficulté. Le compte rendu était jugé pertinent dans 74% des cas. Les informations lues en priorité étaient : la conclusion, le traitement de sortie, le motif d'hospitalisation, le diagnostic principal. Les médecins préféraient les comptes rendus de 1 à 4 pages.

74 % des comptes rendus mentionnaient des modifications thérapeutiques, 65 % étaient justifiées dans le texte. Les ajouts de médicaments représentaient 68% des modifications. Les classes thérapeutiques les plus concernées étaient la vitamine D, les antalgiques et les anti-hypertenseurs.

**Discussion :** Les médecins ont suggéré l'introduction de comptes rendus provisoires à la sortie des patients. La lettre de liaison est pourtant obligatoire depuis 2016 : Existe-t'il un écart entre réglementation et pratique réelle ? La structuration et la traçabilité des comptes rendus peuvent être améliorées. Les substitutions et les changements de génériques méritent une attention particulière.

**Mots clés :** Compte rendu d'hospitalisation, médecin généraliste, modification thérapeutique, communication ville-hôpital.

### Jury :

Président du Jury : Professeur Franck BRUYERE

Directeur de thèse : Docteur Richard DAMADE

Membres du Jury : Professeure Alexandra AUDEMARD-VERGER  
Docteure Laurence PHILIPPE

Date de soutenance : 24 avril 2025