



Lien entre communication au moment de la sortie et réhospitalisation

39

Oduyebo I, Lehmann CU, Pollack CE, Durkin N, Miller JD, Mandell S, Ardolino M, Deutschendorf A, Brotman DJ :
Association of Self-reported Hospital Discharge Handoffs with 30-Day Readmission

JAMA Internal Medicine 2013, ePub ahead of print, doi :10.1001/jamainternmed.2013.3746

Depuis quelque temps, la question de la communication à l'interface entre soins hospitaliers et suivi ambulatoire est reconnue comme un facteur de risque en termes de sécurité des patients. Il n'est pas rare que des événements indésirables se produisant après la sortie de l'hôpital puissent être mis sur le compte d'une discontinuité dans la prise en charge entre ces deux secteurs. Outre les rapports de sortie écrits, la communication directe (p. ex. téléphonique) entre le médecin de l'hôpital et celui qui assure le suivi ambulatoire est de nature à éviter incidents et réhospitalisations. Elle est d'ailleurs souvent souhaitée par les médecins de premier recours. Dans leur étude, Oduyebo et al. ont examiné à quelle fréquence cette communication s'établissait et dans quelle mesure elle était susceptible de réduire le risque de réadmission.

Réalisée dans un hôpital universitaire de 1000 lits aux Etats-Unis, l'enquête a englobé toutes les sorties des services de médecine interne. Selon les prescriptions de l'établissement, les patients quittent l'hôpital munis d'un rapport succinct – également transmis au médecin traitant – contenant les informations principales sur le traitement et son indication, le suivi à assurer et la médication. Un rapport exhaustif est adressé au médecin traitant dans les 30 jours après la sortie. Pour l'étude, une rubrique a été ajoutée au rapport succinct établi par voie électronique, dans laquelle le médecin hospitalier devait préciser s'il avait eu un contact direct avec son homologue chargé de la prise en charge ambulatoire (« communication obtenue », « communication tentée mais non obtenue », « incertitude quant au succès de la communication » et « communication non tentée »). Si le contact n'avait pas été cherché, le médecin devait en donner la raison. Les auteurs de l'étude ont ensuite enregistré toutes les réadmissions intervenues en l'espace de 30 jours dans le même hôpital pour cette cohorte de patients.

L'enquête a porté sur 6635 hospitalisations et relevé une réadmission dans les 30 jours après le départ pour 14 % des patients. Pour 37 %, il y avait eu communication orale entre les deux médecins. Dans 9 % des cas, le contact n'avait pas pu être établi en dépit des tentatives. Pour 54 % des sorties, il n'avait pas été cherché, la raison la plus fréquemment fournie étant que le rapport succinct

suffisait. Pour les patients qui présentaient un risque de réhospitalisation important en raison de leur diagnostic et de la gravité de leur affection, les médecins avaient plus souvent établi le contact. On ne note pas de lien direct entre communication orale entre médecins et réadmission dans les 30 jours suivant la sortie. Une analyse multivariée par régression logistique a identifié comme facteurs de risque majeurs pour une réhospitalisation la durée du séjour, le diagnostic du patient et la gravité de son affection.

Les limites de l'étude résident dans le fait qu'elle a été conduite dans un seul hôpital et que les informations relatives à la communication se fondent uniquement sur les déclarations des médecins hospitaliers. L'enquête ne dit rien non plus sur sa qualité ni sur son contenu. Si elle montre que la communication à l'interface entre prise en charge hospitalière et suivi ambulatoire est encore relativement rare, elle souligne cependant un point positif : les patients présentant un risque élevé de réhospitalisation sont reconnus comme tels par les médecins hospitaliers qui, dans leur cas, cherchent plus souvent le contact avec le médecin traitant. Elle indique aussi que la communication orale entre médecins à l'interface n'est apparemment pas encore suffisante pour réduire efficacement le nombre de réadmissions. Elle peut toutefois avoir des répercussions favorables sur des aspects importants de la sécurité des patients sans que cela se traduise par une baisse du taux de réhospitalisations.

Prof. Dr. D. Schwappach, MPH

directeur scientifique de sécurité des patients suisse –
Professeur à l'Institut de médecine sociale et préventive (ISPM) de l'Université de Berne

Lien vers le résumé :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23529278>

Pour des raisons de droits d'auteur, nous ne pouvons malheureusement pas reproduire le texte dans son intégralité.