



Rapports de sortie électroniques : quel effet sur la mortalité et les réhospitalisations ?

71

Santana MJ, Holroyd-Leduc J, Southern DA, Flemons WW, O'Beirne M, Hill MD, Forster AJ, White DE, Ghali WA; e-DCT Team: A randomised controlled trial assessing the efficacy of an electronic discharge communication tool for preventing death or hospital readmission

BMJ Quality and Safety. 2017;993-1003. doi: 10.1136/bmjqs-2017-006635

La transition entre la sortie de l'hôpital et la prise en charge ambulatoire est souvent délicate, surtout pour les patients souffrant de pathologies multiples ou requérant un suivi complexe. La communication entre les fournisseurs de prestations stationnaires et ambulatoires passe pour l'essentiel par le rapport de sortie. Ce document contient des informations centrales sur le séjour hospitalier, les traitements dispensés et d'autres aspects à prendre en compte. Il constitue donc une base importante pour la qualité et la sécurité de la suite du traitement – à condition que ce document soit fiable et disponible rapidement, ce qui s'avère souvent difficile en pratique. L'établissement et la transmission des rapports de sortie par voie électronique pourraient remédier à ce problème.

Dans le cadre d'une étude randomisée réalisée au Canada, Santana et al. ont examiné si les rapports de sortie électroniques permettaient de réduire la mortalité et les réhospitalisations. Ils ont opté pour l'e-DCT, un outil déjà évalué positivement pour sa capacité à fournir des rapports de qualité et apprécié des médecins comme des patients. L'e-DCT réunit sous une forme structurée des informations sur le motif et le déroulement du séjour hospitalier, les traitements, la médication et le suivi nécessaire. Il est intégré dans le dossier médical électronique et peut être consulté par tous les fournisseurs de prestations participant à la prise en charge ambulatoire. Il est aussi remis au patient sous forme imprimée à la sortie. Pour introduire cet outil, des formations ont été organisées et du matériel de soutien ainsi qu'une assistance téléphonique 24 heures sur 24 ont été proposés. Par comparaison avec l'e-DCT, la procédure traditionnelle prévoit que le rapport de sortie est dicté et complété par des données du dossier médical. Les principales différences entre l'e-DCT et la procédure traditionnelle portent sur la présentation structurée et standardisée des informations et la rapidité de transmission. L'étude a inclus 1399 patients hospitalisés en médecine interne, qui ont été répartis de façon aléatoire entre le groupe d'intervention (e-DCT) et le groupe « rapport de sortie traditionnel ». L'analyse reposait sur un critère d'évaluation combiné associant la mortalité et les réhospitalisations dans les trois mois suivant la sortie. Les résultats indésirables signalés par les patients ont également été relevés dans le cadre d'un entretien téléphonique 30 jours après la sortie. Tous les événements déclarés ont été évalués et classés par deux médecins expérimentés.

Les données recueillies ne montrent aucune différence

entre l'e-DCT et le rapport de sortie traditionnel pour les paramètres étudiés, quelle que soit la période (7 jours, 15 jours, 30 jours ou 90 jours après la sortie). Il n'y a pas eu de réduction de la mortalité/des réhospitalisations, ni des événements indésirables rapportés par les patients. A noter que les éléments du critère combiné (mortalité/réhospitalisations) ont évolué différemment pour l'e-DCT et le rapport traditionnel à chacune des périodes analysées. Dans le groupe d'intervention, la proportion de réhospitalisations était nominalement plus élevée que dans le groupe témoin, tandis que la mortalité était légèrement plus faible. Ces écarts ne sont cependant pas statistiquement significatifs et, au final, le résultat est le même pour les deux procédures. Il n'y a pas non plus de différence au niveau de la qualité de vie ou de la durée d'une éventuelle réhospitalisation trois mois après la sortie. Plusieurs raisons pourraient expliquer ces résultats neutres : il est possible – et ce serait tout à fait plausible au plan clinique – que des rapports de sortie de bonne qualité se traduisent par des réhospitalisations plus fréquentes, mais par une réduction de la mortalité. Or ces effets peuvent s'annuler lorsqu'on utilise un critère d'évaluation mixte. L'intervention pourrait aussi avoir eu un impact qui a été neutralisé en raison de la randomisation au niveau des patients. Ce sont en effet les mêmes médecins qui ont saisi des rapports de sortie électroniques pour une partie des patients et dicté et transmis leur rapport comme à l'accoutumée pour les autres. Il se pourrait qu'ils aient repris inconsciemment le caractère structuré du format électronique pour les rapports traditionnels.

Les problèmes liés aux rapports de sortie sont une source de mécontentement fréquent, en Suisse comme ailleurs, et nuisent à la continuité des soins après un séjour hospitalier. Les résultats de l'étude sont importants, car ils montrent que le simple fait de passer à l'établissement et à la transmission électroniques des rapports de sortie peut améliorer la qualité et la satisfaction, mais n'a guère d'effet sur les critères d'évaluation objectifs.

Prof. David Schwappach, MPH

Directeur recherche et développement de Sécurité des patients Suisse – Professeur à l'Institut de médecine sociale et préventive (ISPM) de l'Université de Berne

Lien vers le résumé :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28821597>

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