

Les représentations et attentes des médecins généralistes concernant l'organisation de la consultation post-hospitalisation

Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine - DES de médecine générale

Dirigée par le Docteur Clément Morin
Présidente de jury : Pr Isabelle Aubin-Auger
Membre du jury : Dr Chloé Haddad-Halimi

Introduction

Définitions

- **RH30** = nombre de patients ayant eu deux hospitalisations consécutives dans un délai de 1 à 30 jours rapporté à l'ensemble des patients hospitalisés dans l'année en cours ⁽¹⁾



- **HPE** = hospitalisation potentiellement évitables grâce aux soins primaires ⁽²⁾

- Indicateurs de la **coordination** médecine de ville-Hôpital

→ **Indicateurs de la qualité du système de soins reconnus - HAS et OMS** ⁽³⁾



Enjeu sur le plan médical et économique

- Augmentation de la morbi-mortalité ⁽⁴⁾
- RH30 = 12% (jusqu'à 18,4% chez > 75 ans) ⁽⁵⁾
- 23% évitables (jusqu'à 32% chez > 75 ans) ⁽⁶⁾



Comment diminuer le taux de réhospitalisation précoce ?

- Améliorer la transition entre l'hôpital et le domicile : planification de la sortie et du suivi

HAS: Réduction du RH30 varie entre 18 et 50% en fonction des études. ⁽⁷⁾

Comment améliorer la transition hôpital-domicile ?

- Programme de transition hôpital-ville proposé par la HAS (8)
- Check-list de sortie d'hospitalisation (9)



- Consultation post-hospitalisation précoce avec le médecin traitant (MT)



Mise en place de la consultation post-hospitalisation avec le MT

- Insuffisamment mise en place:
 - Taux de consultation du médecin généraliste à 7 jours = 13,2% (chez > 75 ans) (10)
- Efficacité : 
 - Etats-Unis (Etude de Shen, 2017) : Les patients qui ont effectué une consultation de suivi dans les 7 jours présentaient un risque de réadmission à 30 jours inférieur de 12 à 24 %. (11)
 - France (Etude multicentrique à Marseille) : la consultation précoce avec un médecin généraliste est un facteur protecteur majeur de réadmission (12)

Objectif de l'étude

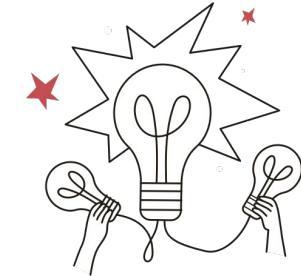
**Explorer les représentations et les attentes des médecins généralistes
concernant l'organisation d'une consultation dédiée en sortie
d'hospitalisation**



Méthode

Etude qualitative

Approche inspirée de la **théorisation ancrée**



Echantillonnage
raisonné et théorique

Entretiens individuels semi-dirigés,
jusqu'à estimation de la **suffisance
des données**

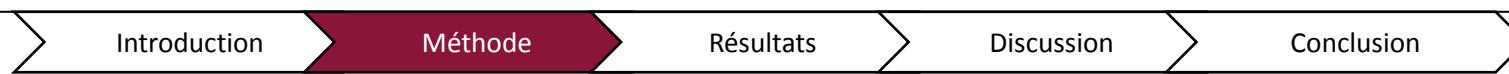
Analyse ouverte □ axiale □
intégrative



Guide d'entretien **évolutif**

Triangulation

Résultats



Participants	Âge	Année d'installation	Sexe	Ancienneté d'exercice	Milieu d'exercice	Secrétariat	Durée de l'entretien
MG 1	34 ans	2022	F	4 ans	Urbain	Non	35 min
MG 2	32 ans	2021	F	5 ans	Semi-urbain	Non	39 min
MG 3	44 ans	2010	F	16 ans	Urbain	Oui (téléphonique)	48 min
MG 4	74 ans	1980	H	44 ans	Urbain	Oui (téléphonique)	59 min
MG 5	36 ans	2018	H	9 ans	Semi-urbain	Oui (téléphonique + accueil physique)	57 min
MG 6	33 ans	2020	F	6 ans	Urbain	Oui (téléphonique)	33 min
MG 7	41 ans	2014	H	14 ans	Rural	Oui (téléphonique)	29 min
MG 8	51 ans	2003	H	22 ans	Urbain	Oui (téléphonique)	34 min
MG 9	55 ans	2000	F	24 ans	Semi-rural	Oui (téléphonique)	34 min
MG 10	58 ans	1999	F	25 ans	Urbain	Oui (téléphonique)	37 min
MG 11	41 ans	2013	F	11 ans	Urbain	Oui (physique)	36 min
MG 12	45 ans	2020	H	19 ans	Urbain	Oui (téléphonique)	49 min

Introduction

Méthode

Résultats

Discussion

Conclusion

1

1. La perception des médecins généralistes de l'organisation actuelle des sorties d'hospitalisation

1

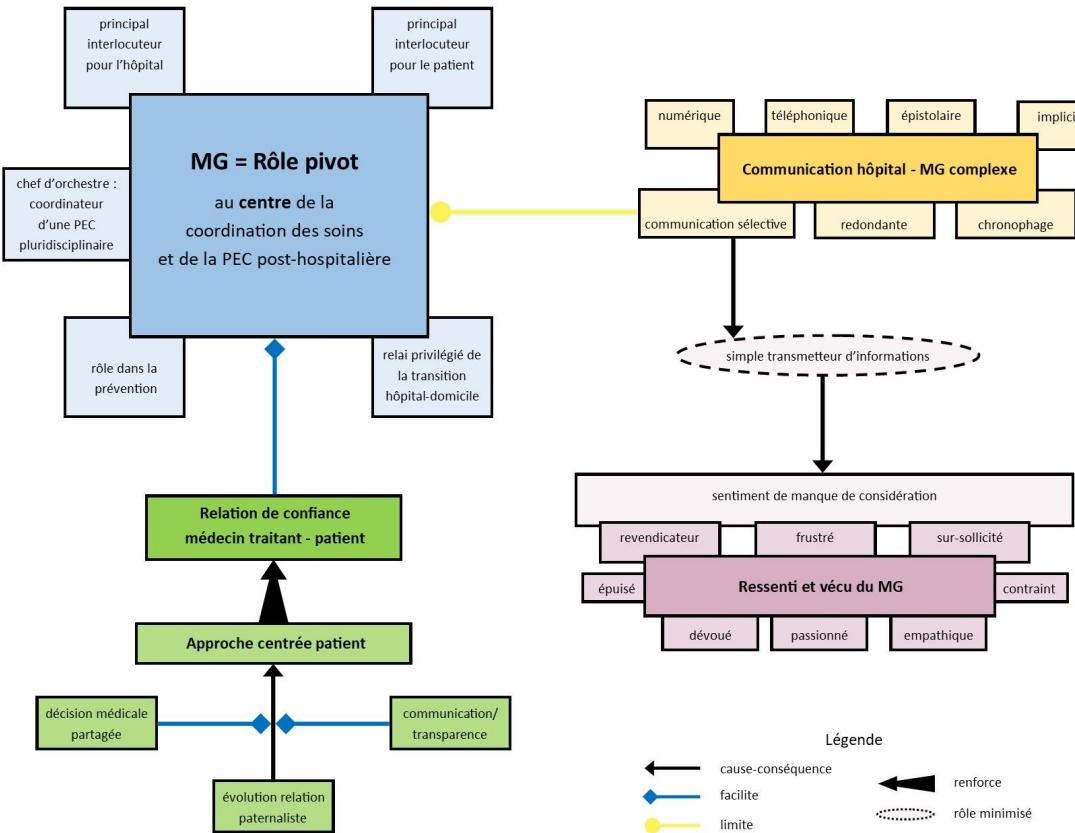


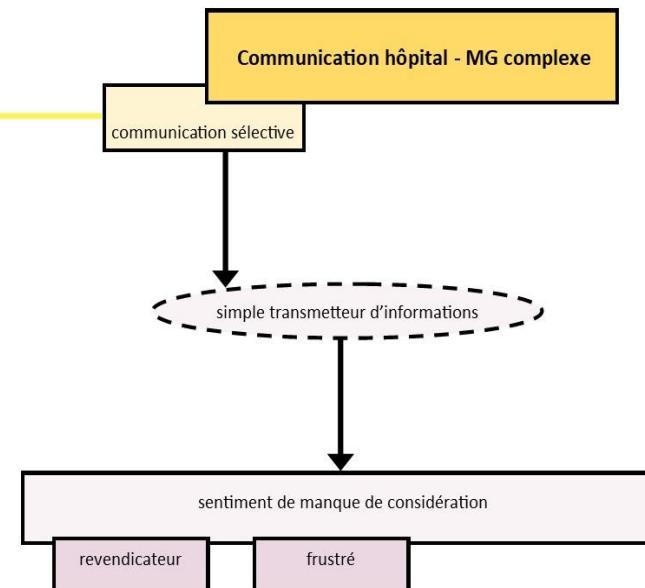
Schéma explicatif : perception des médecins généralistes de l'organisation actuelle des sorties d'hospitalisation

1

MG = Rôle pivot
au **centre** de la coordination des soins et de la PEC post-hospitalière

Légende

- ← cause-conséquence
● limite



"En tant que médecin généraliste, qui nous voulons au centre du soin, de la coordination, de la prévention, c'est le moment où on doit agir, vraiment à la sortie de l'hôpital." MG 5

"Quand on a besoin d'une info, on est capable de joindre le médecin traitant... Quand il faut prévenir que le patient il sort, non." MG 4

Introduction

Méthode

Résultats

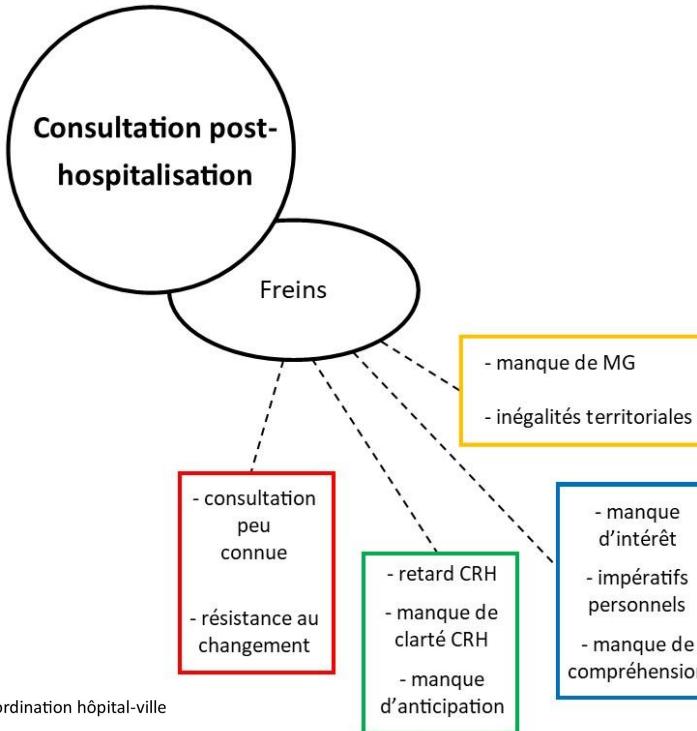
Discussion

Conclusion

2

2. La consultation post-hospitalisation

2



Légende

Lié au manque de coordination hôpital-ville

Lié à la démographie médicale actuelle

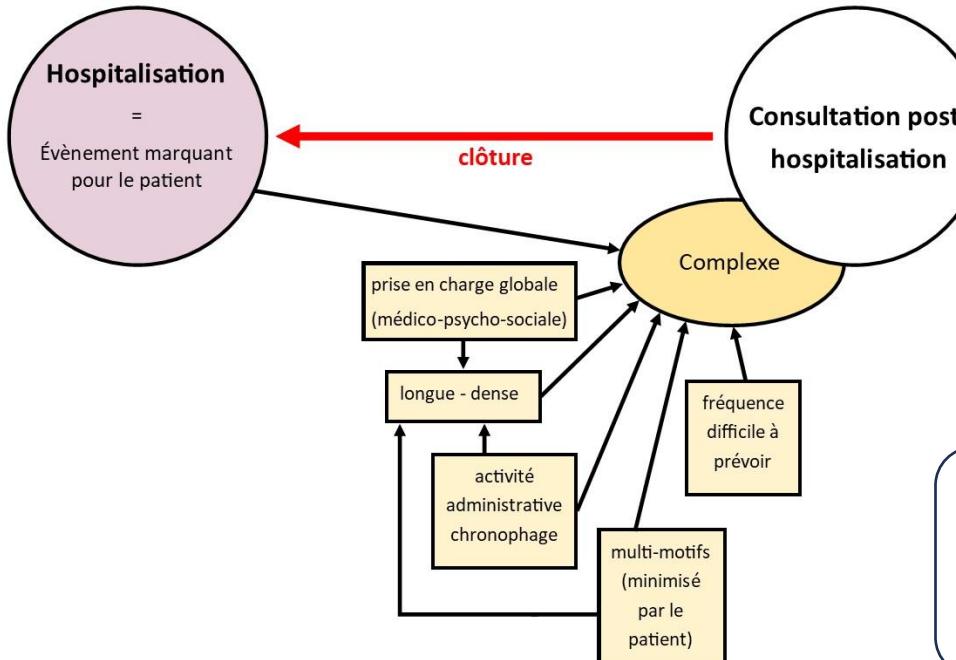
Freins liés au patient

Freins liés au MG

"Déjà parce que peut-être il n'a pas de médecin traitant. Aujourd'hui c'est compliqué." MG 1

"Le tout, c'est d'obtenir le compte rendu d'hospitalisation, parce que si on voit le patient, mais qu'on sait pas ni pourquoi, ni comment il a été hospitalisé, ça va limiter énormément l'intérêt quand même de la consultation." MG 8

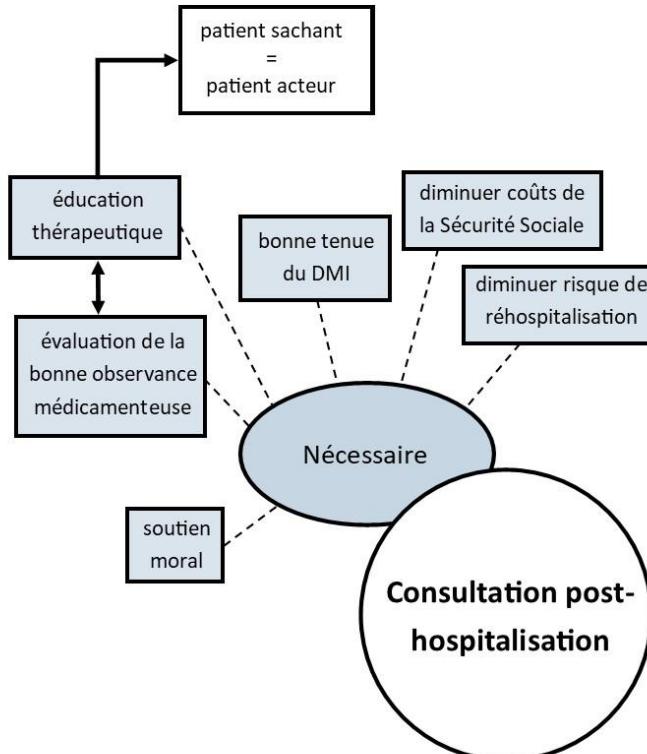
2



« ils attendent un renouvellement ou un motif autre pour en parler à leur médecin. » MG 5

« il faut vérifier qu'il prend bien ses traitements, son mode de vie. Mettre en place des aides si ça n'a pas été fait par l'hôpital. » MG 10

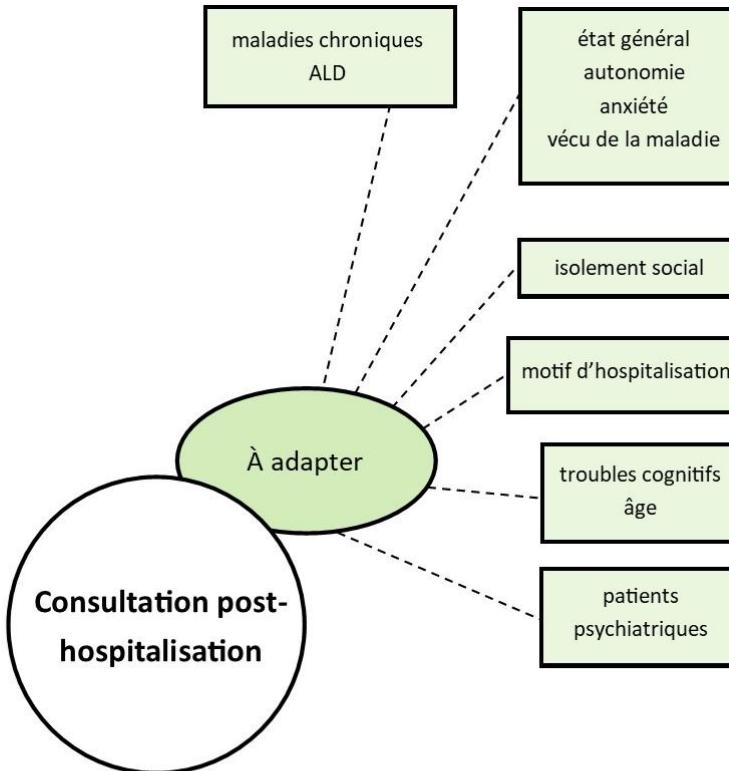
2



"On a mis en place un projet d'éducation thérapeutique. Et donc c'est quelque chose qu'on peut proposer aussi aux patients derrière, en sortie d'hospitalisation." MG 5

"mais on sent que c'est nécessaire au plan moral, pour lui, ça a été toute une série d'émotions, d'aventures, de choses qui ont besoin d'être extériorisées, je pense." MG 12

2



"je dirais que ce serait pertinent plutôt pour les patients en ALD, enfin une hospitalisation en rapport avec l'ALD. Décompensation de maladie chronique, le cardiaque qui a décompensé." MG 9

"ça a un intérêt pour les patients isolés socialement" MG 7

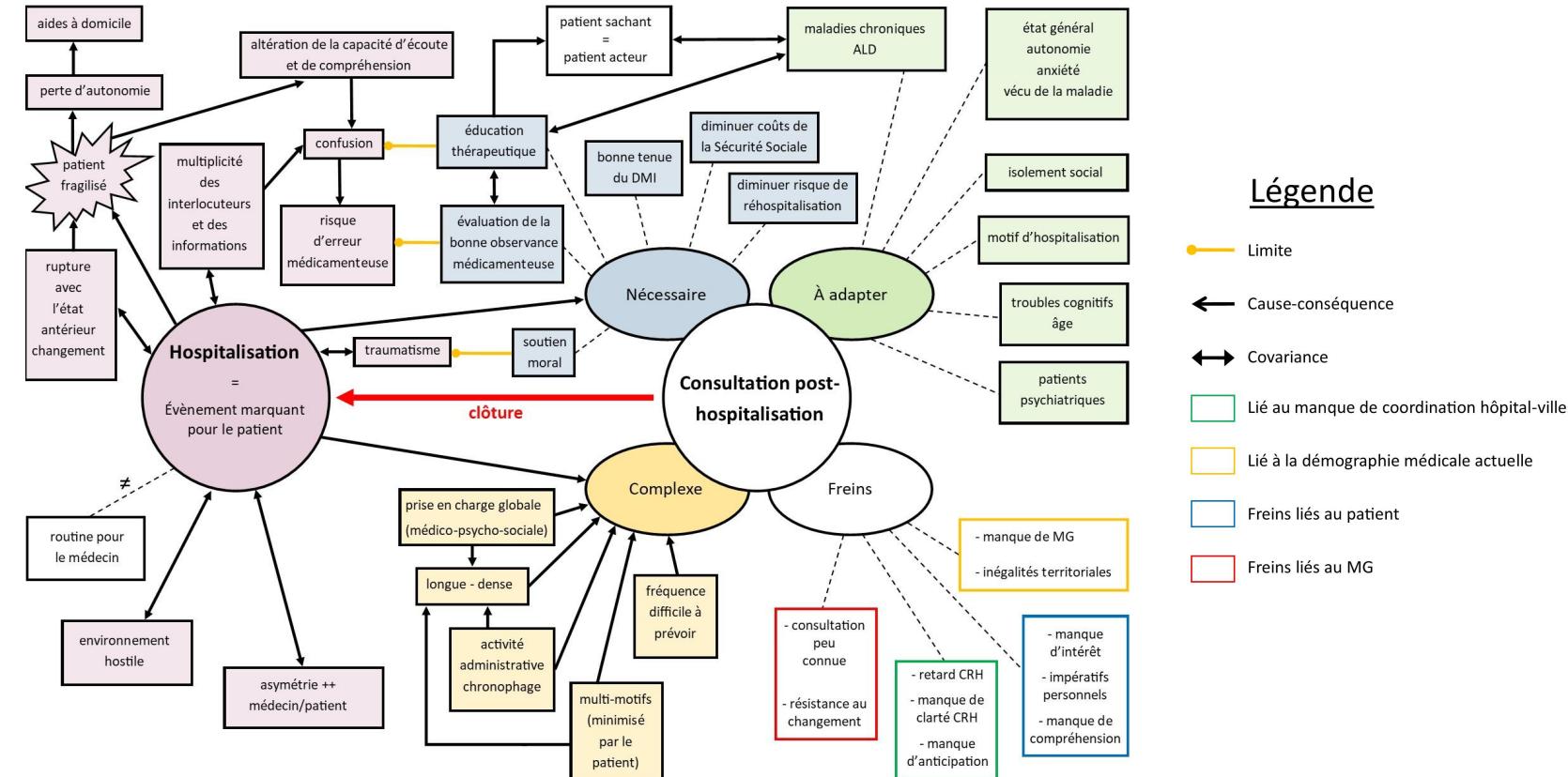
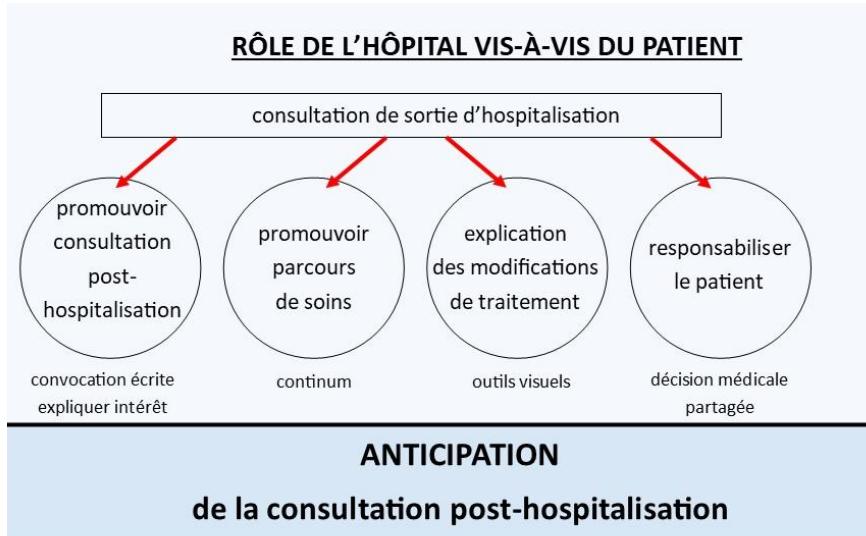


Schéma explicatif : Représentations de la consultation post-hospitalisation par les MG

3

3. Attentes des médecins généralistes concernant la consultation post-hospitalisation

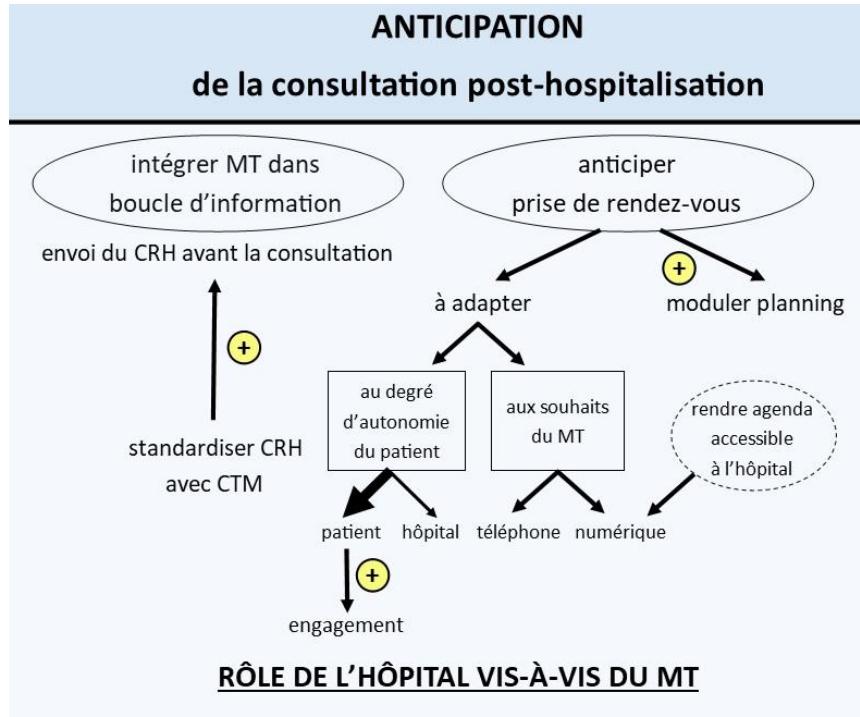
3



"je pense qu'un papier sur lequel ce serait écrit qu'il faut revoir son MT à la sortie, tout en le disant à l'oral bien sûr et en expliquant l'intérêt ce serait bien." MG 1

"Et je pense que c'est intéressant, en effet, de dire aux patients que votre médecin est informé quand vous sortez de l'hospitalisation. Savoir qu'il n'y a pas justement une barrière ville-hôpital." MG 5

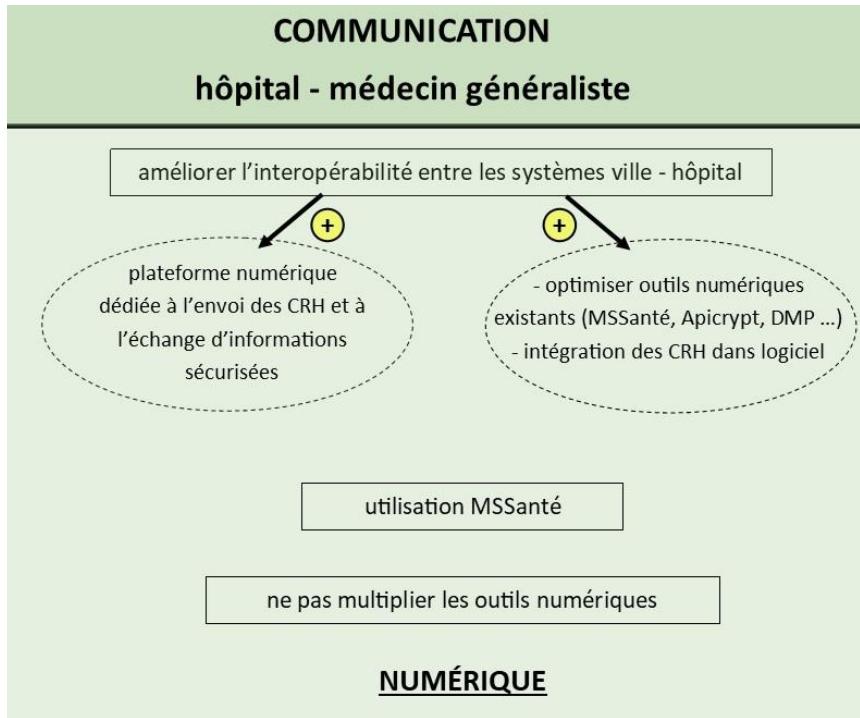
3



“Quand un patient est hospitalisé ... qu'il ait un temps d'échange qui soit prévu pour voir comment on organise la sortie, ça me paraîtrait très, très utile.” MG 4

“Quand ils ont une date de sortie de dire voilà Monsieur machin, il va sortir telle date, est-ce qu'il y a moyen de passer le voir à domicile ou lui donner un rendez-vous pour qu'il vienne vous voir. Enfin, donc ça c'est toujours pas anticipé clairement.” MG 3

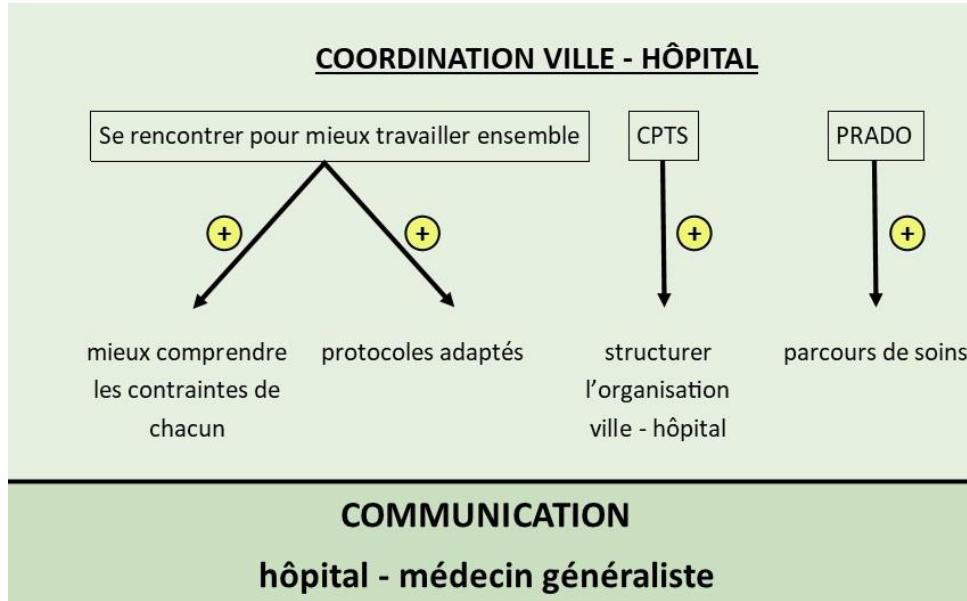
3



"Les hôpitaux vont être obligés d'utiliser MSSanté. Parce que ce sera dans "Mon Espace Santé". On pourra communiquer beaucoup avec MSSanté." MG 10

"Le DMP, j'avoue que, pour l'instant, j'en suis peu familier, j'y perds du temps, je m'y retrouve pas. Mais ça pourrait être une solution à moyen terme, en effet." MG 5

3



“ Donc peut-être que les CPTS vont permettre d'organiser ça. » MG 4

“ je crois beaucoup aussi aux relations humaines directes (...) ce que j'aimerais, pour améliorer les choses, c'est en effet plus d'échanges concrets.” MG 5

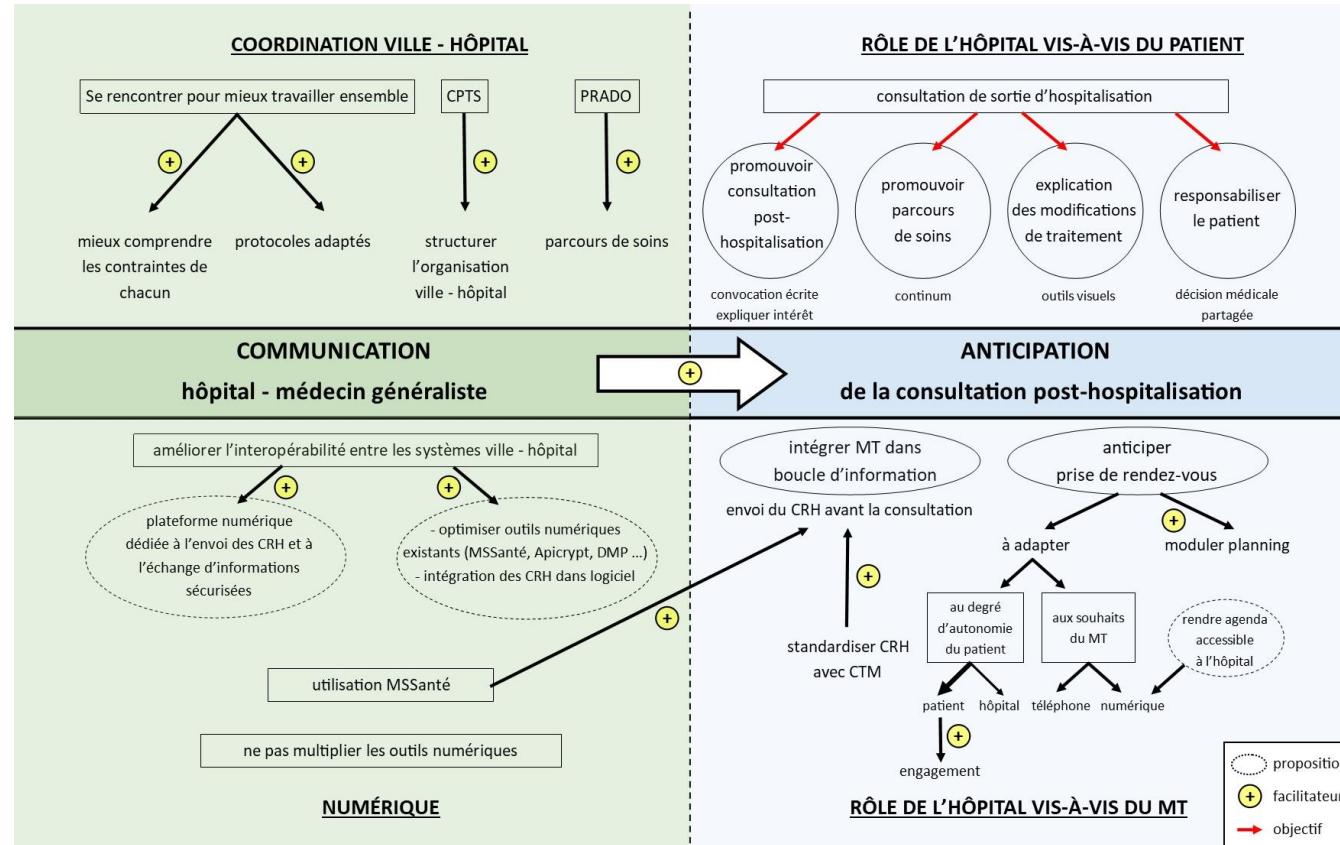


Schéma explicatif : Attentes des MG concernant la consultation post-hospitalisation

Discussion



Forces et limites

Forces

- Sujet d'actualité
- Recueil basé sur un mode itératif
- Tenue d'un journal de bord
- Triangulation

Limites

- Premier travail de recherche
- Biais de recrutement
- Biais de mémorisation
- Biais de désirabilité sociale



Comparaison avec la littérature

La consultation post-hospitalisation :



- Quels support, délai et mode de transmission de l'information médicale ?**
 - La lettre de liaison standardisé : Tableau de CTM. (13–16)
 - Transmise à J0 : Médico-légal ≠ Pratique (17,18)
 - Via une messagerie sécurisée (19)
- Quand doit-elle avoir lieu ? Entre J7 et J14**
- Quand la programmer ?** Durant l'hospitalisation (à la fin mais pas après la sortie)
- Comment la programmer ?**
 - Via un outil numérique interopérable ou par appel téléphonique
 - S'adapter aux souhaits des médecins, transition progressive / frein au changement (20)

Comparaison avec la littérature



- Traçabilité** : inscription dans la lettre de liaison, convocation écrite
- Intégrée dans une prise en charge globale de la sortie** (médicaments, soins à domicile, kinésithérapie et cs post hospitalisation). Exemple du dispositif PRADO
- Pour quels patients ?**
 - Non systématique
 - Décision médicale partagée / implication du patient (éducation)
 - Profils ?
 - Nombreuses comorbidités / pathologies chroniques, précarité, isolement, inobservance, besoin d'éducation thérapeutique, perte d'autonomie, nombreuses modifications de traitements, annonce d'une maladie grave, personnes âgées
 - se fier au ressenti du médecin hospitalier et traitant
 - HAS, Score

Comparaison avec la littérature



Facteurs de risques identifié par la HAS : ⁽⁷⁾

- Hospitalisation en rapport avec une IC, pneumonie, exacerbation de BPCO, syndrome coronarien aigu.
 - Un "syndrome gériatrique" (dénutrition, dépression, chute, confusion mentale, escarre).
 - Dépendance préexistante à l'hospitalisation selon l'anomalie d'au moins une activité de la vie quotidienne (AVQ)
 - Antécédent d'hospitalisation non programmée depuis 6 mois.
 - Une situation sociale défavorable.
-
- Etude réalisée en 2020 par Camille Schwab a comparé la validation externe de **8 scores de risque de réhospitalisation du sujet agés**
 - Le score SST (Simple Scoring Tool) semble le plus intéressant (la plus grande spécificité (0,92) + calculable en début d'hospitalisation)

Comparaison avec la littérature

- Schwab Camille. Réhospitalisations évitables du sujet âgé : identifier les personnes les plus à risque. Octobre 2021

Item	Oui	Non
Age \geq 80 ans	1	0
Troubles cognitifs	1	0
Réside en EHPAD*	1	0
Présence d'une insuffisance cardiaque congestive	1	0
Créatininémie $> 130 \mu\text{mol/L}$	1	0

Perspective



- Test sur un territoire selon les enseignements de ce travail.
- Evaluer la satisfaction des différents acteurs et l'impact sur le taux de réhospitalisation.
- Trouver équilibre entre le patient acteur de santé / spectateur de sa santé.

Conclusion

Introduction

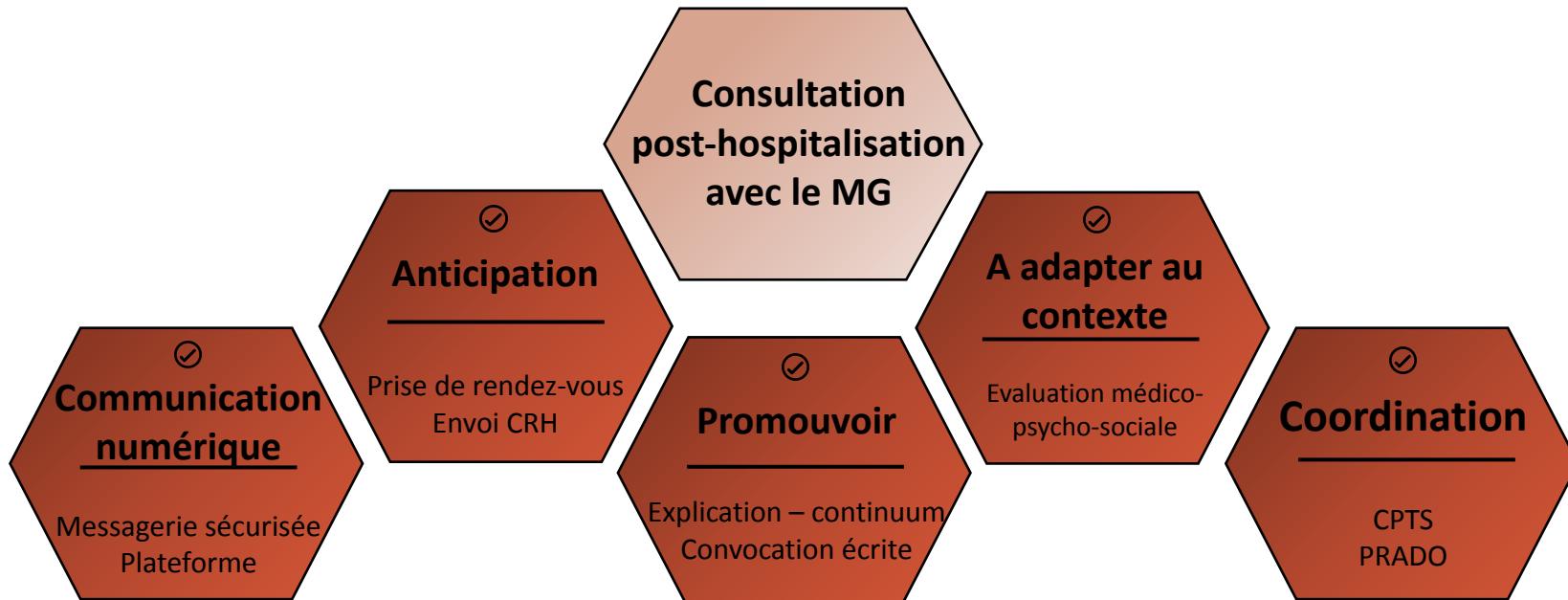
Méthode

Résultats

Discussion

Conclusion

Conclusion



Bibliographie

- (1) Direction Générale de l'Offre de Soins. Les réhospitalisations à 30 jours (RH30). Mars 2018. Disponible sur:
https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/396/f_-_rh30_-_2018_03_20.pdf
- (2) Direction Générale de l'Offre de Soins. Les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) [Internet]. Disponible sur:
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_indicateur_hpe_dgos_atih_200318.pdf
- (3) Direction Générale de l'Offre de Soins. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2024. Les indicateurs de réhospitalisation et de coordination.
Disponible sur:
<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/les-indicateurs/article/les-indicateurs-de-rehospitalisation-et-de-coordination>
- (4) Lum HD, Studenski SA, Degenholtz HB, Hardy SE. Early hospital readmission is a predictor of one-year mortality in community-dwelling older Medicare beneficiaries. *J Gen Intern Med.* nov 2012;27(11):1467-74.
- (5) Direction Générale de l'Offre de Soins. Les réhospitalisations à 30 jours (RH30). Mars 2018. Disponible sur:
https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/396/vf_-_rh30_-_2018_03_20.pdf
- (6) van Walraven C, Jennings A, Forster AJ. A meta-analysis of hospital 30-day avoidable readmission rates. *J Eval Clin Pract.* déc 2012;18(6):1211-8
- (7) Haute Autorité de Santé [Internet]. Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ? Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees
- (8) Haute Autorité de Santé. Check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h. Février 2015. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2035081/fr/check-list-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h
- (9) Haute Autorité de Santé [Internet]. Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ? Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees
- (10) Alglave S. Prévention de la réhospitalisation des patients âgés par la planification d'une consultation précoce avec le médecin traitant: étude de faisabilité [Thèse d'exercice]. [1967-...., France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2016

Bibliographie

- (11) Shen E, Koyama SY, Huynh DN, Watson HL, Mittman B, Kanter MH, et al. Association of a Dedicated Post–Hospital Discharge Follow-up Visit and 30-Day Readmission Risk in a Medicare Advantage Population. *JAMA Intern Med.* 1 janv 2017;177(1):132-5.
- (12) Lantheaume C, Merle J. Impact du suivi ambulatoire par le médecin généraliste sur le risque de ré-hospitalisation précoce. 19 mars 2020;43.
- (13) Dalbeigue R. Optimisation du parcours de soins du patient âgé : perception par les médecins généralistes de la conciliation médicamenteuse de sortie du service de gériatrie dans les Pyrénées-Orientales. 8 déc 2022;126.
- (14) OMÉDIT. Répondre aux attendus sur la CONCILIATION des traitements médicamenteux [Internet]. Disponible sur:
https://www.omedit-centre.fr/conciliation/co/2_2-_Definition.html
- (15) Phatak A, Prusi R, Ward B, Hansen LO, Williams MV, Vetter E, et al. Impact of pharmacist involvement in the transitional care of high-risk patients through medication reconciliation, medication education, and postdischarge call-backs (IPITCH Study). *J Hosp Med.* janv 2016;11(1):39-44.
- (16) Dufay É, Doerper S, Michel B, Marson CR, Grain A, Liebbe AM, et al. High 5s initiative: implementation of medication reconciliation in France a 5 years experimentation. *Saf Health.* 23 mai 2017;3(1):6.
- (17) Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison [Internet]. 2016-995 juill 20, 2016. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032922482>
- (18) AMELI. Lettre de liaison de sortie [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/paris/etablissement/exercice-professionnel/lettre-liaison-sortie-soins-apres-hopitalisation>
- (19) Haute Autorité de Santé. Check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h. Février 2015. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2035081/fr/check-list-de-sortie-d-hospitalisation-supérieure-a-24h
- (20) Mezni H, M-P G, Duplantie J. Étude des déterminants individuels de l'adoption du dossier de santé électronique du Québec. *Prat Organ Soins.* 2009;40(2):125-31.

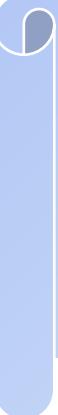
Introduction

Méthode

Résultats

Discussion

Conclusion



Merci de votre attention