

# 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 <sup>(1)</sup>
  - ❑ **HPE** = hospitalisation potentiellement évitables grâce aux soins primaires <sup>(2)</sup>
  - ❑ Indicateurs de la **coordination** médecine de ville-Hôpital
- **Indicateurs** de la qualité du système de soins reconnus - HAS et OMS <sup>(3)</sup>



## Enjeu sur le plan médical et économique

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



## 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. <sup>(7)</sup>

Introduction


Méthode

Résultats

Discussion

Conclusion

## 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 ) <sup>(10)</sup>

### 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 %. <sup>(11)</sup>
- France (Etude multicentrique à Marseille) : la consultation précoce avec un médecin généraliste est un facteur protecteur majeur de réadmission <sup>(12)</sup>

Introduction

Méthode

Résultats

Discussion

Conclusion

## Objectif de l'étude

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

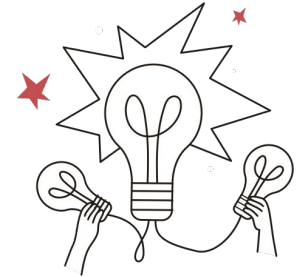


# Méthode





## Etude qualitative



### Approche inspirée de la **théorisation ancrée**

Echantillonnage **raisonné et théorique**

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

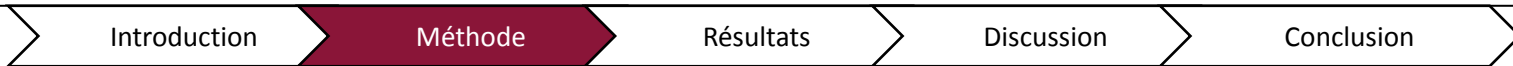
Analyse ouverte □ **axiale** □ **intégrative**

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

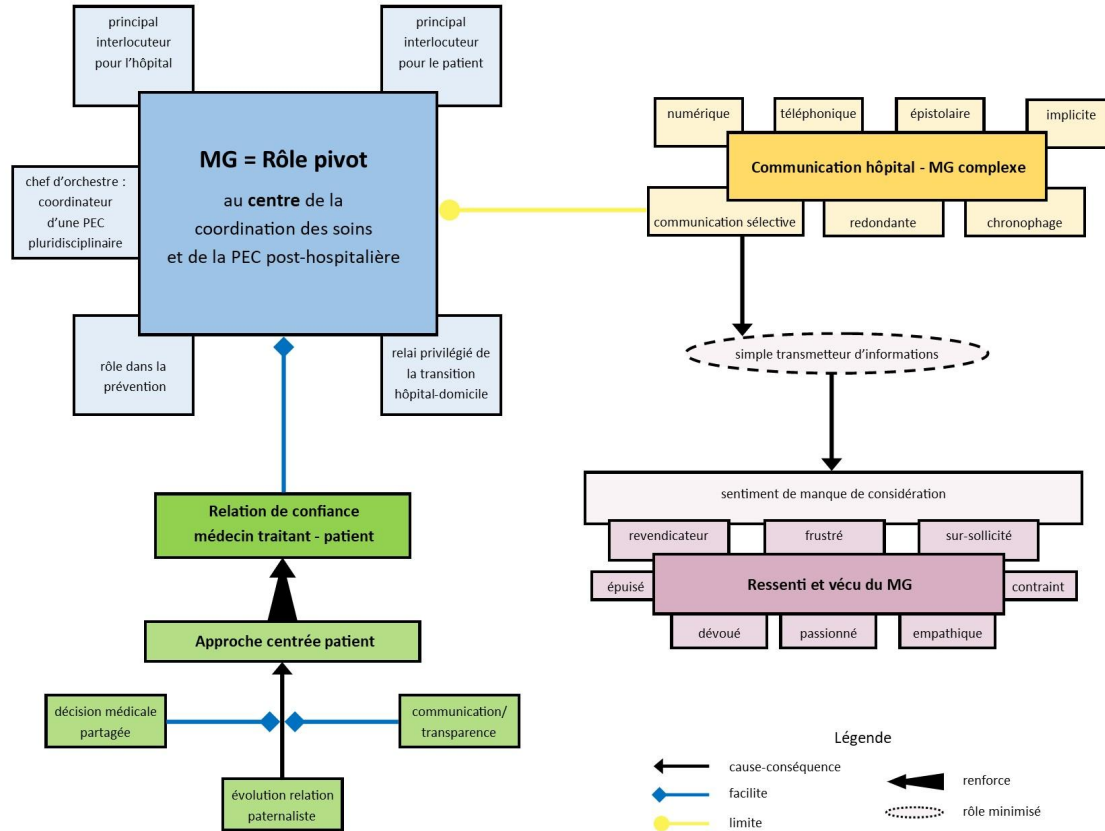
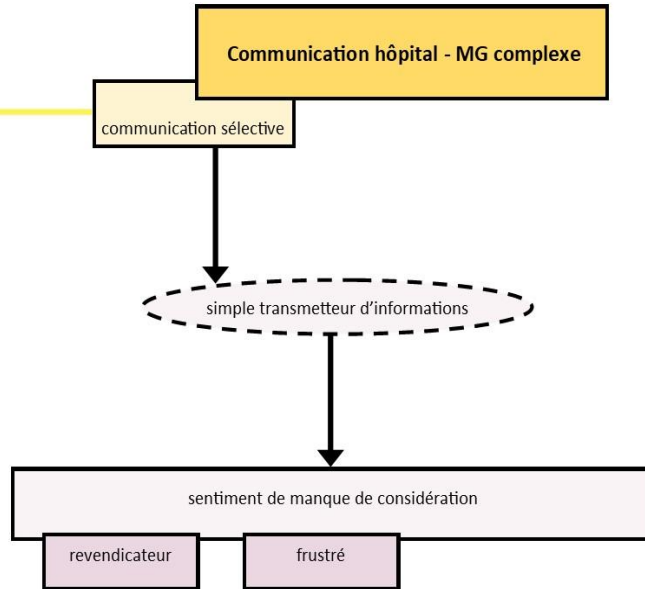


Schéma explicatif : perception des médecins généralistes de l'organisation actuelle des sorties d'hospitalisation



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

## Consultation post-hospitalisation

### Freins

- consultation peu connue

- résistance au changement

- retard CRH  
- manque de clarté CRH  
- manque d'anticipation

- manque de MG

- inégalités territoriales

- manque d'intérêt  
- impératifs personnels  
- manque de compréhension

*"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*

### Légende

Lié au manque de coordination hôpital-ville

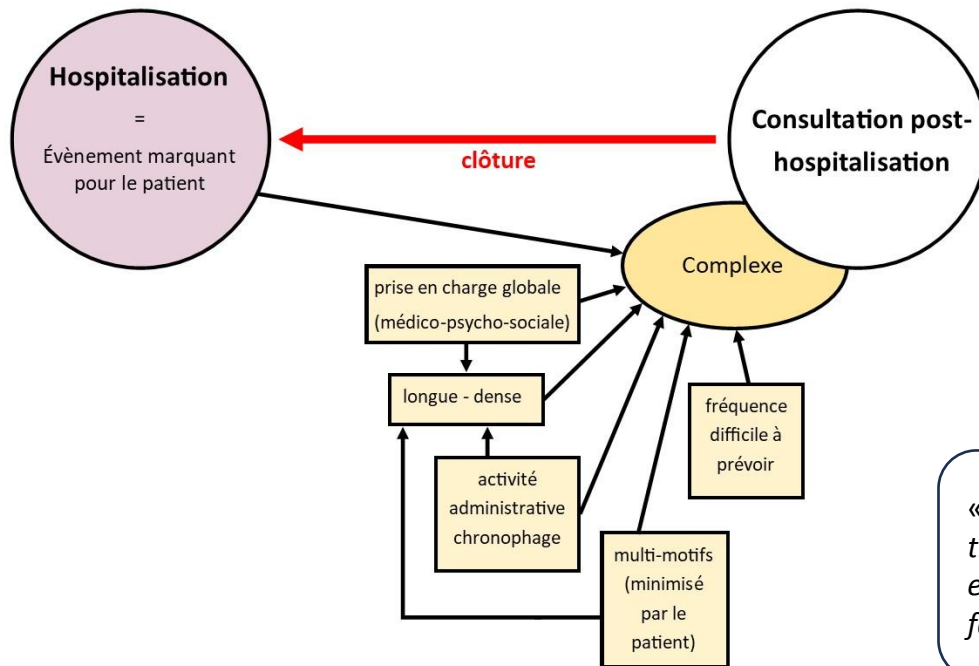
Lié à la démographie médicale actuelle

Freins liés au patient

Freins liés au MG



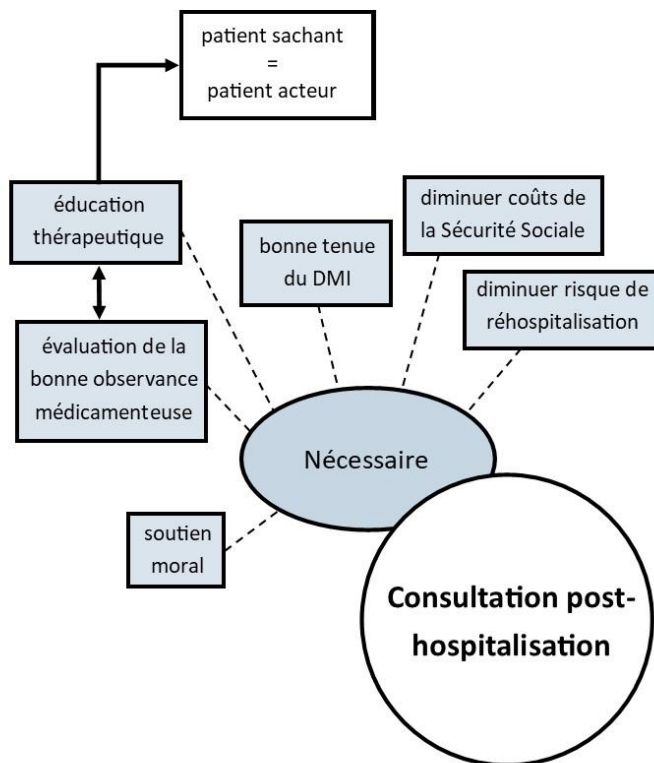
2



« 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

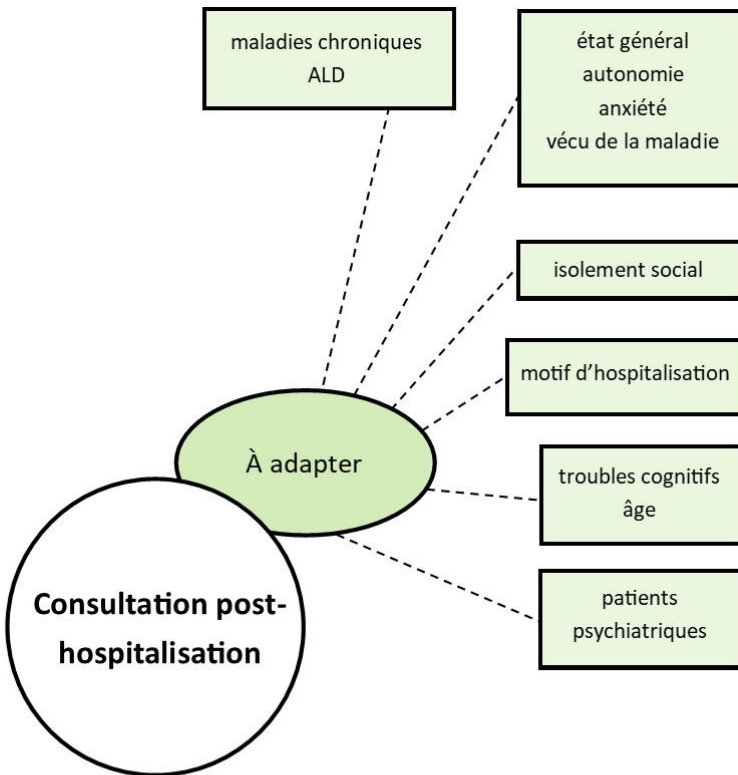
2



*“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*

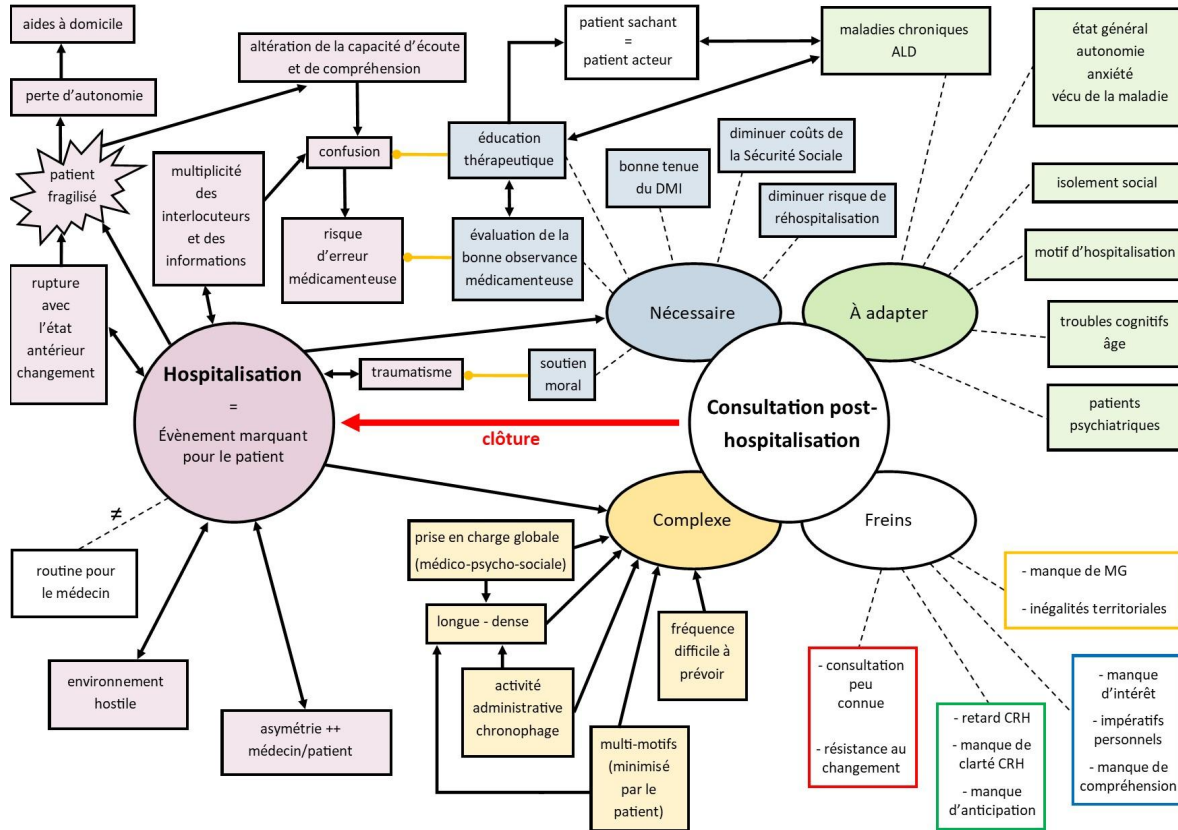
*“mais on sent que c'est nécessaire au plan moral, pour lui, ça a été toute une série d'émotions, d'aventures, de choses qui ont besoin d'être extériorisées, je pense.” MG 12*

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*



**Légende**

- Limite
- ← Cause-conséquence
- ↔ Covariance
- Lié au manque de coordination hôpital-ville
- Lié à la démographie médicale actuelle
- Freins liés au patient
- Freins liés au MG

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

Introduction

Méthode

Résultats

Discussion

Conclusion

3

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

Introduction

Méthode

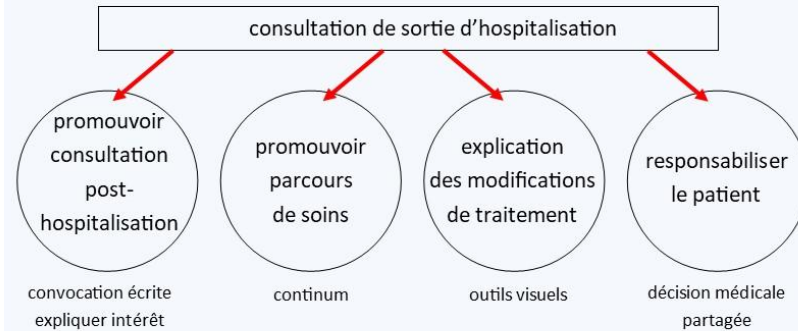
Résultats

Discussion

Conclusion

3

### RÔLE DE L'HÔPITAL VIS-À-VIS DU PATIENT



**ANTICIPATION**  
**de la consultation post-hospitalisation**

*"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*

Introduction

Méthode

Résultats

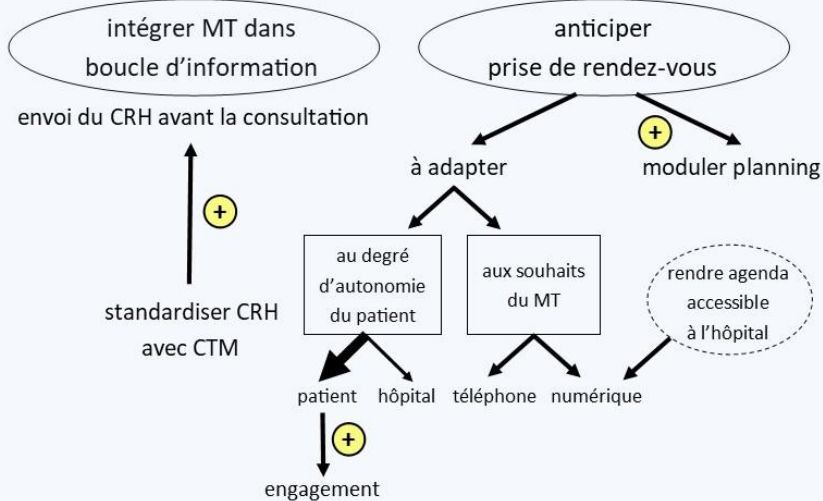
Discussion

Conclusion

3

## ANTICIPATION

### de la consultation post-hospitalisation



### RÔLE DE L'HÔPITAL VIS-À-VIS DU MT

*"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*

## COMMUNICATION

### hôpital - médecin généraliste

améliorer l'interopérabilité entre les systèmes ville - hôpital



plateforme numérique  
dédiée à l'envoi des CRH et à  
l'échange d'informations  
sécurisées



- optimiser outils numériques  
existants (MSSanté, Apicrypt, DMP ...)  
- intégration des CRH dans logiciel

utilisation MSSanté

ne pas multiplier les outils numériques

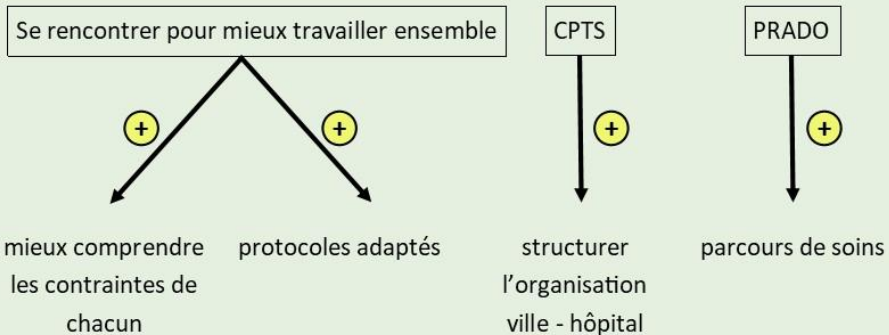
## NUMÉRIQUE

*"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*



### COORDINATION VILLE - HÔPITAL



### COMMUNICATION hôpital - médecin généraliste

*“ 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*

3

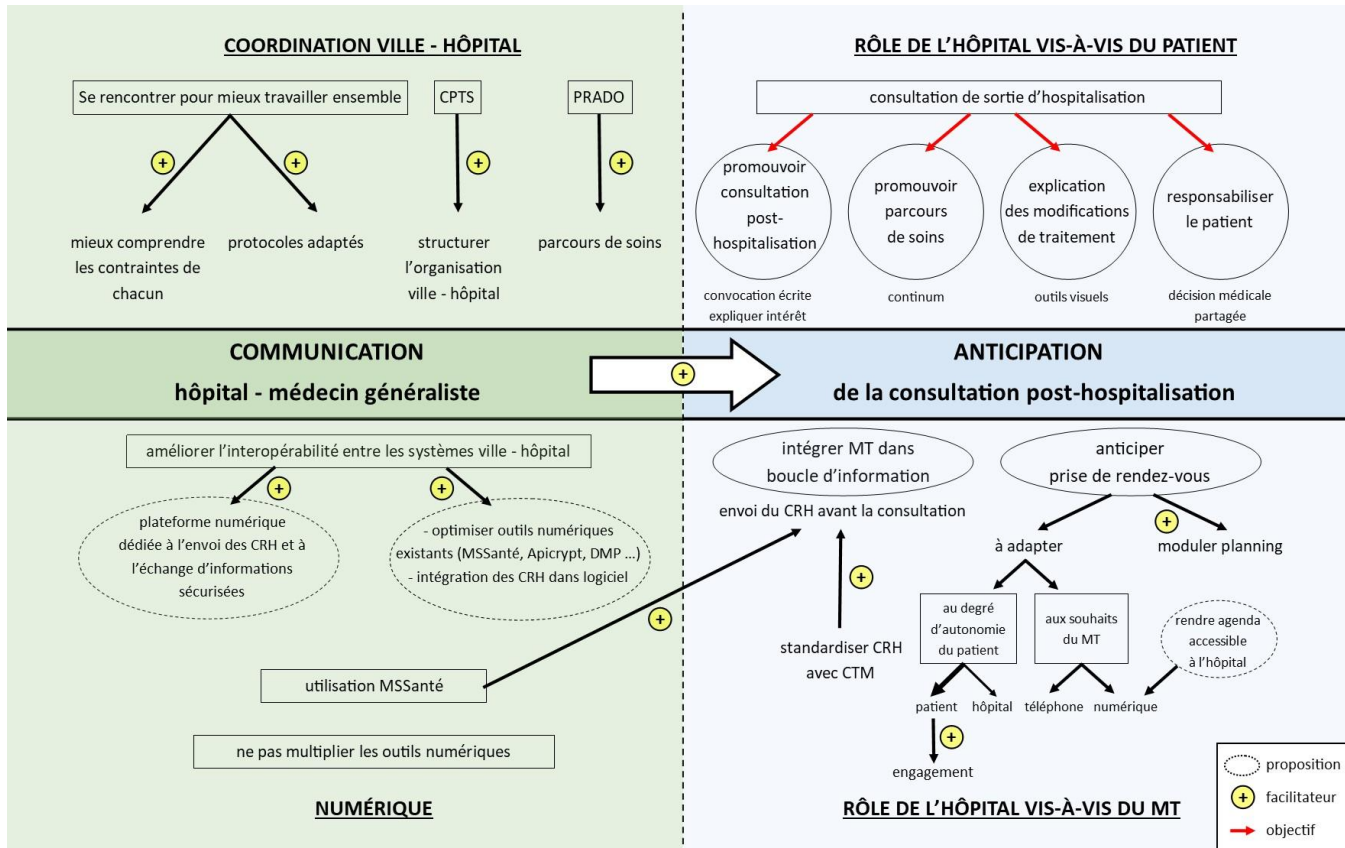


Schéma explicatif : Attentes des MG concernant la consultation post-hospitalisation

# Discussion



Introduction

Méthode

Résultats

Discussion

Conclusion

## 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)

Introduction

Méthode

Résultats

Discussion

Conclusion



## 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 âgés**

- ❑ Le score SST (Simple Scoring Tool) semble le plus intéressant (la plus grande spécificité (0,92) + calculable en début d'hospitalisation)

Introduction

Méthode

Résultats

Discussion

Conclusion

## 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 $\mu$ mol/L	1	0



Introduction

Méthode

Résultats

Discussion

Conclusion

## 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

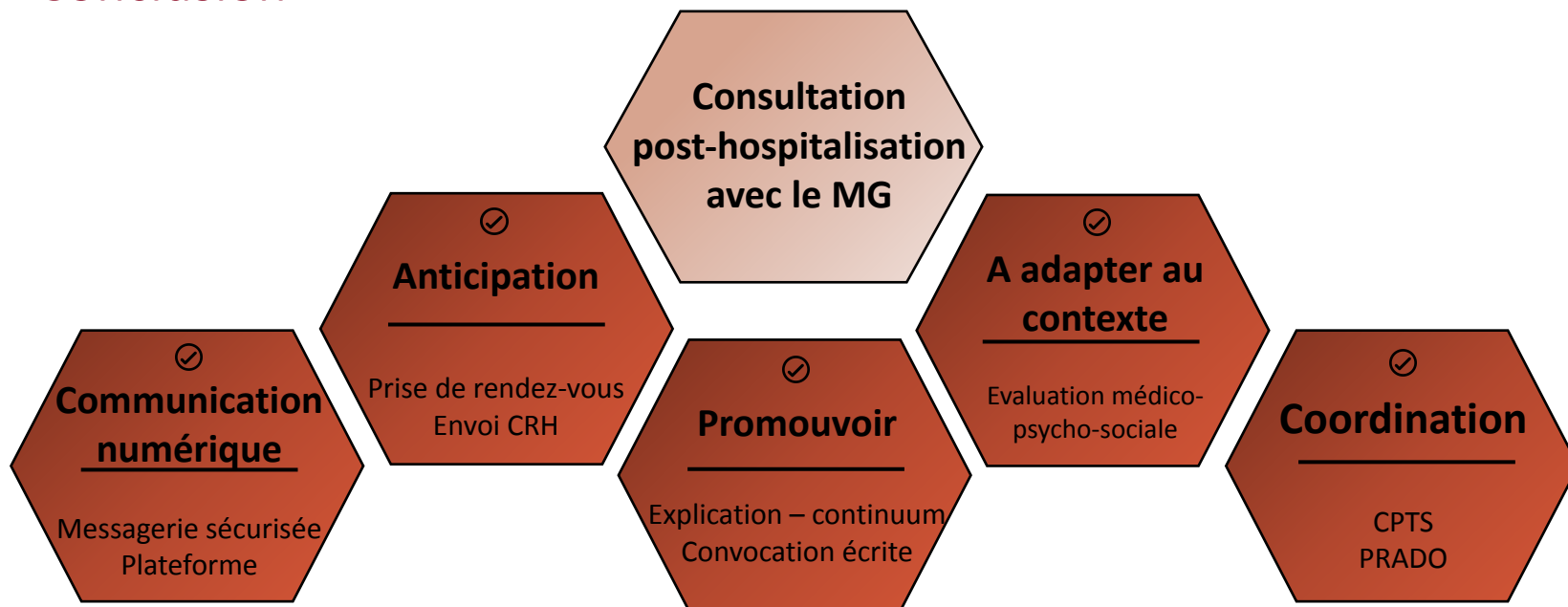
Méthode

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/vf\\_-\\_rh30\\_-\\_2018\\_03\\_20.pdf](https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/396/vf_-_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](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](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](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](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](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees)
- (10) Aiglave 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](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-superieure-a-24h](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2035081/fr/check-list-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-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