

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2017

N° 011

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Axel LEBLANC

né le 21 juillet 1984 à Tours

Présentée et soutenue publiquement le 9 février 2017

Point de vue des médecins généralistes sur leurs patients à risque de réhospitalisation
potentiellement évitable en 2015 :

Etude dans le service de médecine du CHD Vendée, site de MONTAIGU

Président : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse : Docteur Patrick POINT

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	6
I. Eléments démographiques	8
1. La population générale	8
1. <i>Au niveau national</i>	8
2. <i>Au niveau local : Communauté de communes de Montaigu et Rocheservière</i>	9
2. La démographie médicale	10
1. <i>Au niveau national et régional</i>	10
2. <i>Cas particulier du médecin généraliste</i>	11
3. <i>Cas singulier : Démographie médicale sur le territoire de Montaigu / Rocheservière</i>	13
a. <i>Concernant la médecine générale</i>	13
b. <i>Concernant la médecine spécialisée</i>	13
II. L'offre hospitalière	14
1. Généralités nationales	14
2. Le territoire local	15
III. L'hospitalisation potentiellement évitable	16
1. Définition	16
2. Patient à risque de réhospitalisation	16
IV. Les enjeux de l'enquête	18
1. Le Constat	18
2. La Réaction	18
MATERIEL ET METHODE	19
I. Objectif de l'étude	20
II. Type de l'étude	20
III. Sélection des patients	21
1. Généralités	21
2. L'algorithme SQLape	22
3. L'HOSPITAL Score	24
4. Statistiques des patients à risque de réhospitalisation potentiellement évitable	25
IV. Population de l'étude	26
V. Recueil des données	27
1. Résumé de l'étude	27
2. Réalisation de l'étude	27
VI. Analyse des données de l'étude	28
RESULTATS	29
I. Caractéristiques des médecins généralistes interrogés	30
II. Caractéristiques des patients à risque de réhospitalisation selon les médecins interrogés	31
1. Facteurs de risque dépendants de l'état clinique du patient :	31
2. Facteurs de risque dépendants de l'environnement du patient :	32

III. Comment prévenir les réhospitalisations évitables : l'avis des médecins interrogés	33
1. Utilisation des scores de dépistage des sujets à risque	33
2. Les atouts et limites des services d'urgence	34
3. Les atouts et les limites de l'hospitalisation directe dans un service	36
4. Les facteurs hospitaliers influençant les réhospitalisations	38
1. <i>L'utilité des hôpitaux de proximité</i>	38
2. <i>La difficulté d'accès aux spécialistes</i>	38
5. Les facteurs limitants de la médecine de ville favorisant les réhospitalisations	39
1. <i>Le délai de prise en charge post hospitalisation</i>	39
2. <i>L'organisation du médecin généraliste</i>	40
3. <i>Le cas du médecin généraliste proactif</i>	41
4. <i>Le cas du médecin généraliste passif</i>	42
5. <i>Des dispositifs d'aides peu ou pas identifiés</i>	43
6. <i>L'aspect médico-légal</i>	43
6. L'importance de la qualité du lien relationnel entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers pendant et après l'hospitalisation	44
1. <i>Le besoin des compétences hospitalières</i>	44
2. <i>Le lien pendant l'hospitalisation</i>	44
3. <i>La communication autour de la sortie du patient</i>	46
4. <i>Le courrier de fin d'hospitalisation</i>	47
7. La place des acteurs de soins : Les EHPAD, les IDEs , etc	48
1. <i>Les intervenants</i>	48
2. <i>Les structures d'accueil</i>	50
8. Le travail auprès des familles et l'implication du patient lui même	51
DISCUSSION	52
I. A propos de la méthode	53
1. Choix d'une méthode qualitative	53
2. Choix de la sélection	53
3. Elaboration du guide d'entretien	54
4. Réalisation des entretiens	54
5. Traitement de l'information	55
II. A propos des résultats chiffrés	56
1. Les médecins interrogés	56
2. Le taux de réhospitalisation évitable et suivi post réhospitalisation	56
3. Le patient à risque de réhospitalisation	57
III. Les barrières contre la réhospitalisation évitable	58
1. Les scores de dépistage	58
2. La communication ville-hôpital	59
3. L'organisation	61
IV. Ouvertures et perspectives	62

CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXE	68

INTRODUCTION

Depuis mon passage en médecine générale au cours de mes études, je me suis intéressé aux relations entre l'hôpital et la médecine générale libérale. Nos études nous offrent une longue période d'apprentissage à l'hôpital et beaucoup moins en médecine générale, particulièrement en libéral.

Ma formation m'a amené à exercer en tant qu'interne au sein de l'hôpital de Montaigne puis j'ai débuté mon activité de remplaçant en médecine générale sur ce même territoire.

Le médecin généraliste représente le médecin de premier recours. Il a un rôle d'orientation vers d'autres médecins spécialistes ou professionnels de santé et surtout vers l'hôpital. Ce rôle est renforcé depuis 2004 et la réforme de l'Assurance Maladie du choix du médecin traitant ainsi que par la loi Hôpital Patient Santé Territoires de juillet 2009.

Il a donc une place primordiale dans la gestion des patients polypathologiques qui peuvent présenter des hospitalisations itératives lors de rupture dans leurs pathologies.

C'est donc naturellement que mes questionnements sur la réhospitalisation évitable se sont orientés vers cet hôpital.

Avec le vieillissement de la population et la diminution des moyens de prise en charge, l'hôpital peine à répondre à la demande. La charge de travail des médecins généralistes étant également importante, il devient crucial de cibler les actions. L'étude a donc pour objectif d'orienter vers des pistes d'amélioration.

Cette thèse a pour but de recueillir le point de vue des médecins généralistes sur la prise en charge de leur patient à risque élevé de réhospitalisation potentiellement évitable au sein de l'hôpital de Montaigne.

I. Eléments démographiques

1. La population générale

1. Au niveau national

En 2015, la population française a culminé à 66 627 602 d'habitants avec une évolution linéaire sur les 30 dernières années (1).

La part des 65 ans et plus est passée de 14 à 18,8 % entre 1991 et 2016, celle des 75 ans et plus de 6,6 % à 9,1 % et celle des 85 ans et plus de 1,6 % à 3 %.

La proportion homme / femme est en faveur des femmes dès que l'on dépasse la tranche des 24 ans. Elle s'accroît dans les tranches d'âge élevées. On obtient ainsi 55 % de femmes chez les 75 ans, 63,6 % chez les 85 ans et 76,7 % chez les 95 ans.

La pyramide des âges rend compte du vieillissement global de la population et de la féminisation des tranches d'âge les plus âgées.

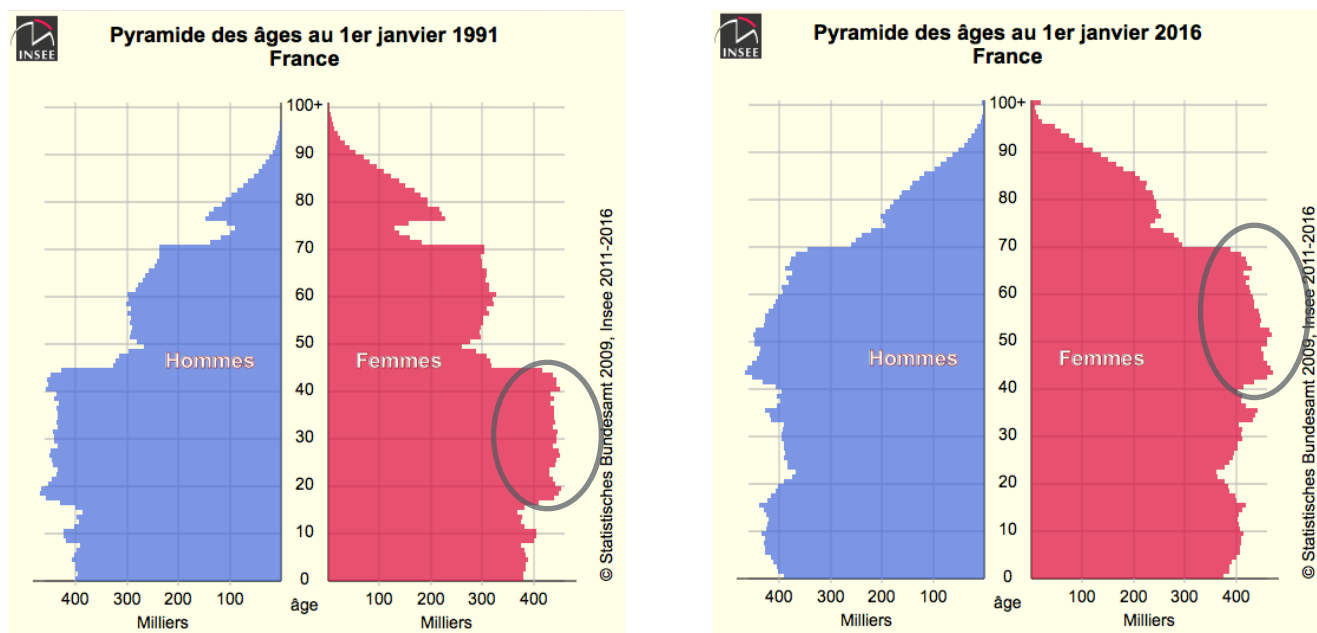


Figure 1. Pyramide des âges au 1er janvier 1991 et 2016 : Progression du baby boom

2. Au niveau local : Communauté de communes de Montaigu et Rocheservière

La population du bassin de population de Montaigu était de 45987 habitants en 2012 avec une forte croissance de 10,5 % entre 2007 et 2012 contre 2,6 % au niveau national (2).

Les perspectives d'évolution de cette population vont vers une augmentation plus forte qu'au niveau national, 1,4% par an face à 0,4 % d'ici 2040.

Cette population présente des particularités par rapport à la population générale. En effet, elle comporte plus de jeunes de 0 à 14 ans (22,8 % face à 18,4 %) et moins de personnes âgées de plus de 75 ans (7,1 % face à 9 %). Les projections pour 2040 sont en faveur d'une augmentation moins importante de la part des plus de 60 ans (+27% face à + 31%).

2. La démographie médicale

1. Au niveau national et régional

Les médecins en activité n'ont jamais été aussi nombreux. Ils étaient 118842 en 1979 et 285840 en 2016. Sous cette apparente profusion se cache des disparités importantes et des situations singulières (3).

Les médecins retraités en exercice sont en forte augmentation : +87,7 % en 2016 (4).

Les médecins remplaçants sont de plus en plus nombreux, particulièrement dans les bassins de population attractifs (4).

La région des Pays de la Loire est très attractive, à tel point qu'elle comptabilise la plus forte hausse de médecins en activité régulière : +7 %. Au niveau départemental, c'est la Loire Atlantique qui concentre cette augmentation avec +13 %. Mais la Vendée et le Maine et Loire connaissent également une augmentation des effectifs.

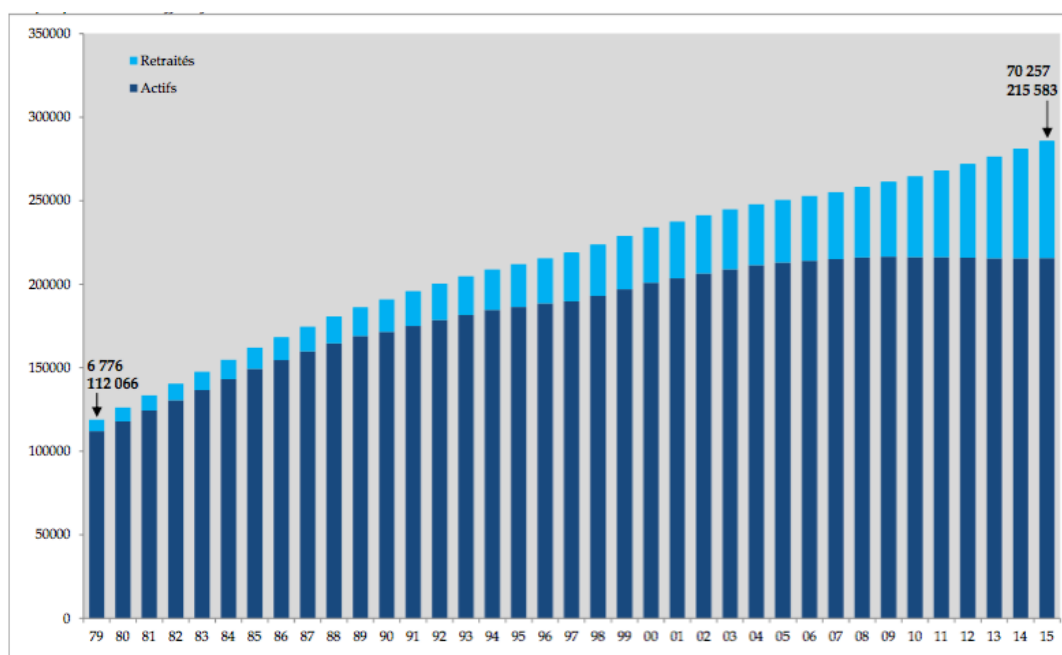


Figure 2. Les effectifs des médecins inscrits au tableau de l'ordre de 1979 à 2016

2. Cas particulier du médecin généraliste

La médecine générale connaît de son côté une baisse de son effectif. Nous sommes 88886 en 2016 avec une diminution de 8,4 % depuis 2007. Cette diminution devrait se poursuivre jusqu'à 2025 pour atteindre 81455 médecins généralistes soit encore -8,4% (4).

A l'échelle des départements, la Vendée devrait donc connaître une diminution de ses effectifs. La Loire Atlantique se différencie avec une augmentation attendue de l'effectif, tout comme 12 autres départements côtiers ou frontaliers.

La densité médicale va donc se modifier. L'activité des médecins généralistes, à l'image des spécialistes, devrait se concentrer sur les zones urbaines dotées d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

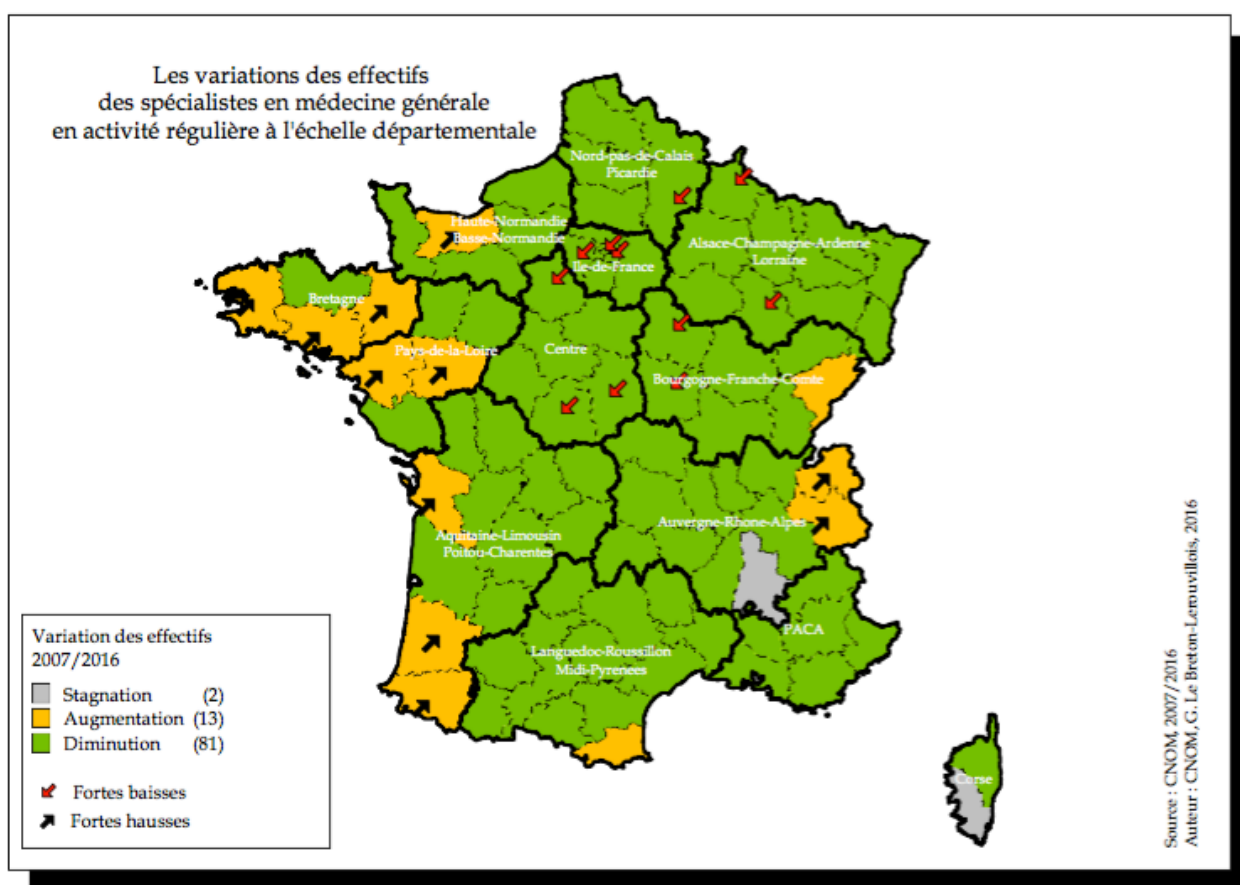


Figure 3. Les variations des effectifs des spécialistes en médecine générale en activité régulière à l'échelle départementale

La pyramide des âges des médecins généralistes est préoccupante. En effet, 27,3 % sont âgés de 60 ans et plus, 16 % âgés de moins de 40 ans. La médecine générale libérale connaît également une baisse de 13,5 %.

Le Numerus Clausus qui détermine le nombre de médecins formés chaque année a connu une augmentation importante pour atteindre 7646 postes en 2016 contre 3500 en 1993 (5). Il est stable depuis 2007. Il n'a pas atteint son niveau historique pour autant, 8671 en 1977.

Le bénéfice de l'augmentation du Numéris Clausus ne pourra se faire sentir qu'à l'issue des 9 ans nécessaires à la formation des médecins généralistes et spécialistes.

La modification des effectifs n'est pas la seule variable. Les médecins généralistes connaissent une féminisation et un rajeunissement de leur population (6). En 2006, 39 % des médecins en activité était des femmes, ce chiffre pourrait atteindre plus de 56 % en 2030.

Cette féminisation apporte d'autres équilibres mais d'autres questions également, notamment au regard d'un nombre de consultations moindre que les hommes, - 16 %. Et elles ont une probabilité inférieure de faire des visites à domicile (6).

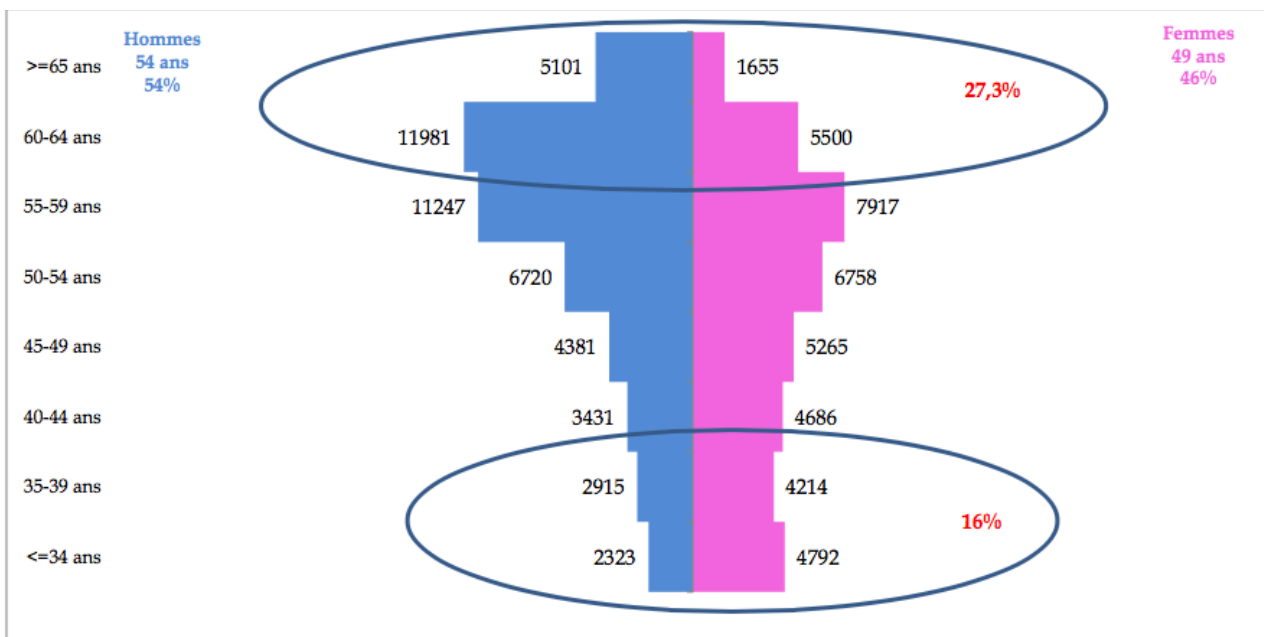


Figure 4. Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière - France entière

3. Cas singulier : Démographie médicale sur le territoire de Montaigu / Rocheservière

a. Concernant la médecine générale

La densité médicale du territoire des communautés de communes de Montaigu et Rocheservière est inférieure de 20% à la moyenne nationale (2). Même s'il existe 8 groupements médicaux, 4 médecins exercent seuls au sein de leur commune. Ces dernières situations sont précaires en vue de l'installation de nouveaux praticiens en cas de cessation d'activité.

Un tiers des médecins généralistes a actuellement plus de 55 ans. Leur cessation d'activité est attendue dans 10 ans ou plus.

b. Concernant la médecine spécialisée

Les spécialistes sont essentiellement installés en libéral à Montaigu mais la pérennité de leur exercice n'est pas assurée. Une offre de consultation avancée est disponible au niveau de l'hôpital de Montaigu mais elle constitue un palliatif peu connu des médecins généralistes ou de la population.

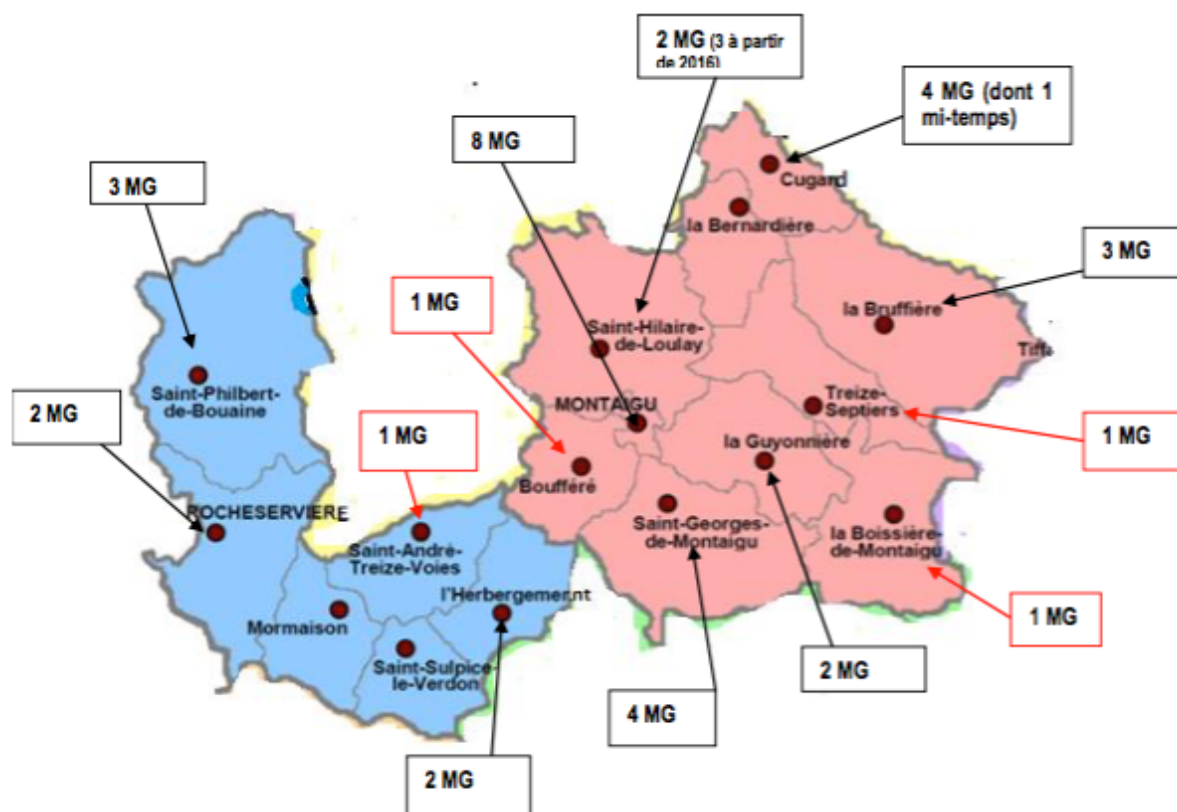


Figure 5. Répartition des médecins généralistes sur les communautés de communes de Montaigu et Rocheservière

II. L'offre hospitalière

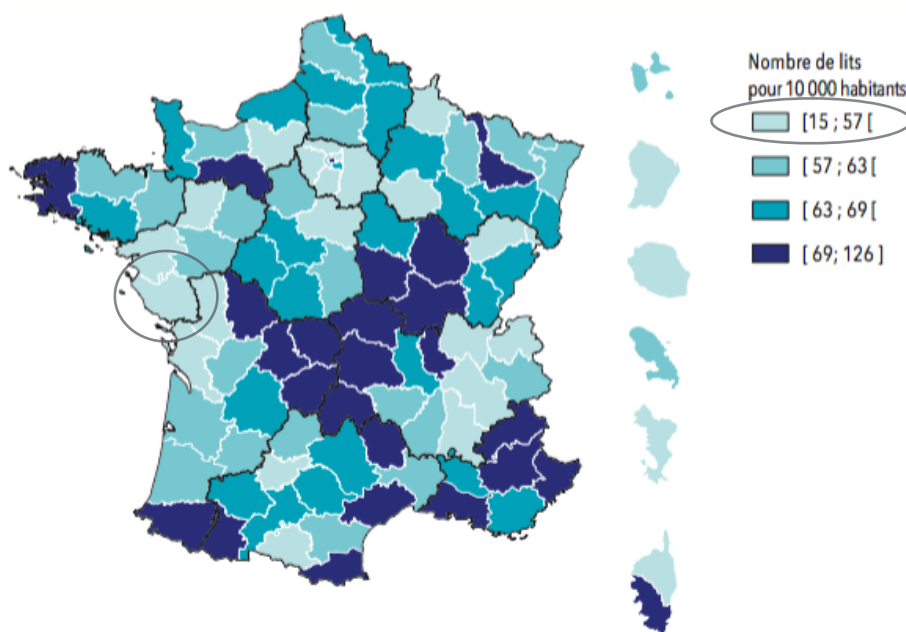
1. Généralités nationales

En France, on dénombre 3111 structures hospitalières offrant 411000 lits (7).

Entre 2003 et 2014, ce nombre de lits d'hospitalisation à temps complet, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 468 000 à 411 000. Cette diminution est associée à une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation à temps partiel.

Les établissements de santé ont ainsi accueillis 12,1 millions de séjours en hospitalisation à temps complet contre 15,3 millions à temps partiel.

Mais il existe d'importantes disparités départementales en nombre de lits disponibles pour une même population. La Vendée est dans les départements les moins pourvus.



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA. Disciplines de MCO, psychiatrie et SSR.

Sources > DREES, 2014, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1^{er} janvier 2014.

Figure 6. Densités de lits en 2014

Le virage ambulatoire institué dans les dernières lois de financement de la sécurité sociale a pour substrat de rationaliser les coûts de santé.

En effet, avec 88,6 milliards d'euros en 2014, le secteur hospitalier représente près de la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux et 5,8 % de la consommation finale effective des ménages (7). Il reste pour autant en déficit globalement.

Face aux modifications du paysage médical et de l'offre de soins, les services d'urgences sont devenus des structures incontournables dans le système de santé actuel. En 2014, les 723 structures des urgences françaises ont pris en charge 19,7 millions de passages, soit une progression de 4 % par rapport aux flux observés en 2013. Sur une plus longue période, le nombre annuel de passages continue de progresser. En 1996, il s'établissait à 10,1 millions pour la France métropolitaine et chaque année, il augmente en moyenne de 3 %.

2. Le territoire local

L'hôpital de Montaigu s'intègre dans un ensemble appelé le CHD Vendée, conjointement avec le Centre Hospitalier Départemental (CHD) de La Roche sur Yon et le Centre Hospitalier de Luçon. Au sein de cette structure multisite, l'hôpital de Montaigu représente 58 lits d'hospitalisation sur les 515 lits du CHD Vendée. Il offre également 2 places d'hospitalisation de jour. Ces lits sont gérés par 4,2 médecins équivalents temps plein et 4 internes de médecine générale.

Son recrutement est représenté principalement par des hospitalisations directes ou par les urgences à 85 %, le reste étant des mutations internes au CHD Vendée. C'est un hôpital de proximité qui gère surtout une population âgée, 76 ans en moyenne.

L'hôpital de Montaigu dispense également des consultations externes en lien avec les spécialistes du CHD de La Roche sur Yon dans un contexte de raréfaction de l'offre libérale en spécialiste.

Le CHD Vendée devient l'hôpital de référence territorial dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé et les groupements hospitaliers de territoire (GHT) avec l'accueil des autres structures de soins Vendéennes : CH Challans, Noirmoutier, Dumonté de l'Île d'Yeu, Côte de Lumière, Les collines vendéennes, Fontenay Le comte et le CHS Georges Mazurelle.

III. L'hospitalisation potentiellement évitable

1. Définition

Toute réhospitalisation est considérée comme évitable si elle intervient dans les 30 jours après une première hospitalisation pour le ou les mêmes motifs (8).

Sont exclues les réhospitalisations dans le cadre d'une transplantation, d'un accouchement, d'une chimiothérapie, d'une radiothérapie ou des opérations chirurgicales suivant un séjour d'investigation. Les réhospitalisations pour une nouvelle affection non présente lors du précédent séjour sont également exclues.

Selon la littérature, la proportion de réhospitalisations tout venant est évaluée à 14% (9) dont 23 % serait potentiellement évitable (10).

2. Patient à risque de réhospitalisation

La fragilité est un syndrome clinique (11). Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événement péjoratif, notamment d'incapacité, de chute, d'hospitalisation et d'entrée en institution.

L'âge est un déterminant majeur de fragilité (12) mais n'explique pas à lui seul ce syndrome.

La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrit dans un processus potentiellement réversible où le patient est à risque de dégradation de son état.

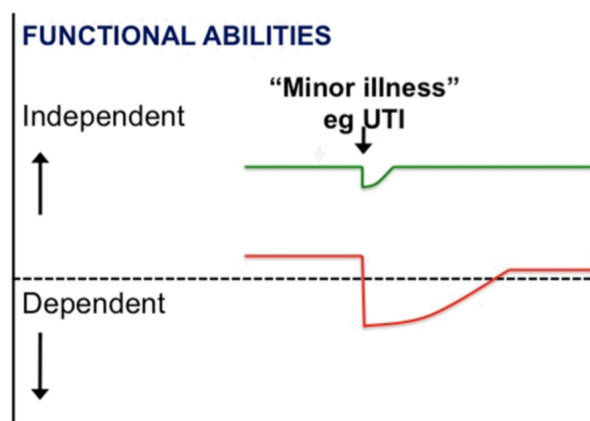


Figure 7. Vulnérabilité des patients fragiles pour la perte d'autonomie lors de la survenue d'une pathologie mineure (13)

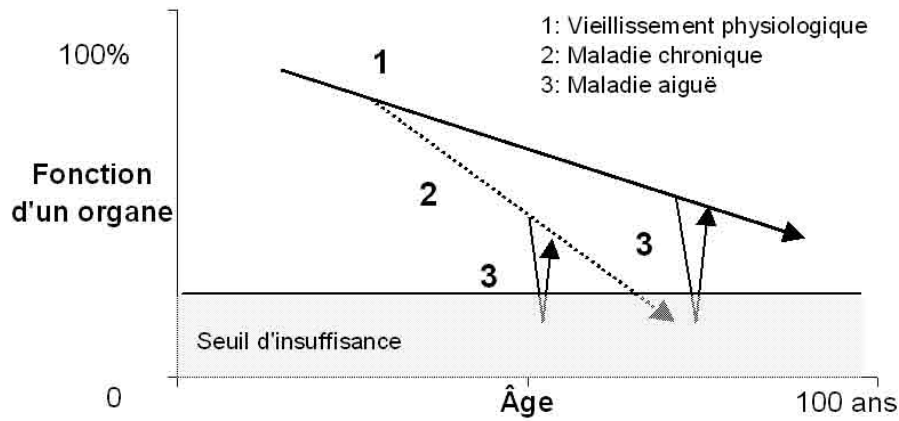


Figure 8. Loi de la réduction de la réserve fonctionnelle : « 1+2+3 » de J.P. Bouchon

La fragilité est un état clinique qui a une valeur pronostic. Il existe une corrélation entre l'augmentation de la fragilité et le risque de décès (14, 15). Cette fragilité s'exprime sous différentes formes nécessitant une adaptation des soignants pour limiter ses conséquences.

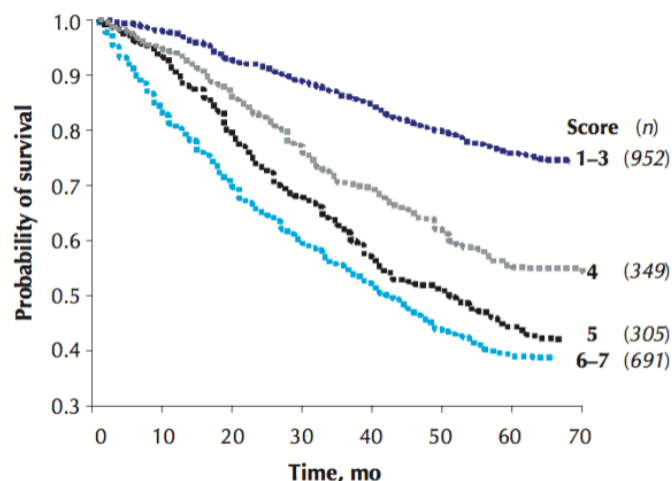


Figure 9. Probabilité de survie en fonction du temps pour les différents niveaux de fragilité (Score de fragilité clinique CFS de 1 à 7)

Sur la figure 9, l'âge du patient est porté en abscisse. En ordonnée, on représente la fonction, originellement celle d'un organe : au maximum 100%. Un seuil clinique d'insuffisance marque la décompensation fonctionnelle potentiellement irréversible. Les hospitalisations peuvent intervenir lors de maladie aiguë ou de décompensation d'un maladie chronique.

IV. Les enjeux de l'enquête

1. Le Constat

La population médicale va décroître au cours des prochaines années et la proportion de la population générale âgée continue d'augmenter. L'offre de soins se raréfie plus on s'éloigne des centres urbains pourvus d'un CHU (4).

Parallèlement au vieillissement de la population, l'augmentation des pathologies chroniques entraîne l'augmentation des besoins de soins. Actuellement et pour les années à venir, il va se creuser une inadéquation entre l'offre de soins et les besoins de la population.

Face à ce constat, l'offre de soins hospitalière, y compris les structures d'urgences, prend de l'ampleur.

Le financement des établissements est également un enjeu majeur du système de santé.

2. La Réaction

Cette situation nous pousse à nous interroger sur les moyens à mettre en oeuvre au cabinet de médecine générale et à l'hôpital pour relever le défi d'améliorer la prise en charge des patients avec un coût acceptable pour la société.

Devant une offre limitée et des situations de plus en plus complexes, il faut cibler des actions. Ces actions ne pourront être efficaces que si elles font intervenir tous les acteurs de la prise en charge du patient. La nécessité d'une offre de soins pertinente et coordonnée entre la ville et l'hôpital s'impose.

MATERIEL ET METHODE

I. Objectif de l'étude

Cette thèse a pour but de recueillir le point de vue des médecins généralistes sur la prise en charge de leur patient à risque élevé de réhospitalisation potentiellement évitable au sein de l'hôpital de Montaignu.

II. Type de l'étude

La méthode que nous avons choisie est celle d'une étude qualitative et descriptive, basée sur la réalisation puis l'analyse d'entretiens semi-dirigés, conduits auprès de médecins généralistes ayant eu recours à des hospitalisations à Montaignu, et dont la réhospitalisation d'un de leur patient était considérée comme potentiellement évitable. La recherche qualitative est une technique issue des sciences humaines. Elle permet de recueillir des données par l'entretien puis d'analyser ce matériel par thèmes. Elle a pour but d'étudier des mécanismes d'action, des schémas de pensées et des représentations. Elle permet de cerner la réalité d'une situation particulière. Le choix de cette méthode dans notre travail de thèse nous a paru évident, puisqu'il s'agissait non pas de quantifier un processus, mais plutôt de comprendre un comportement et un état d'esprit.

III. Sélection des patients

1. Généralités

Nous sommes partis des hospitalisations en médecine sur l'hôpital de Montaigu. 1590 patients ont été sélectionnés pour 2015 avec le logiciel Médical Object sur l'informatique de l'hôpital.

Nous avons sélectionné ensuite les cas de réhospitalisation dans les 30 jours suivant une première hospitalisation. Après lecture des 2 comptes rendus d'hospitalisation, nous avons retenu 294 patients.

Nous avons ensuite réduit l'échantillon en appliquant un premier algorithme pour identifier les réhospitalisations potentiellement évitables (SQLape). Puis nous avons utilisé un score (HOSPITAL Score) pour sélectionner les patients à risque modéré et élevé de réhospitalisation à l'issue de la première hospitalisation.

Cette démarche s'est étalée sur les mois d'avril et mai 2016.

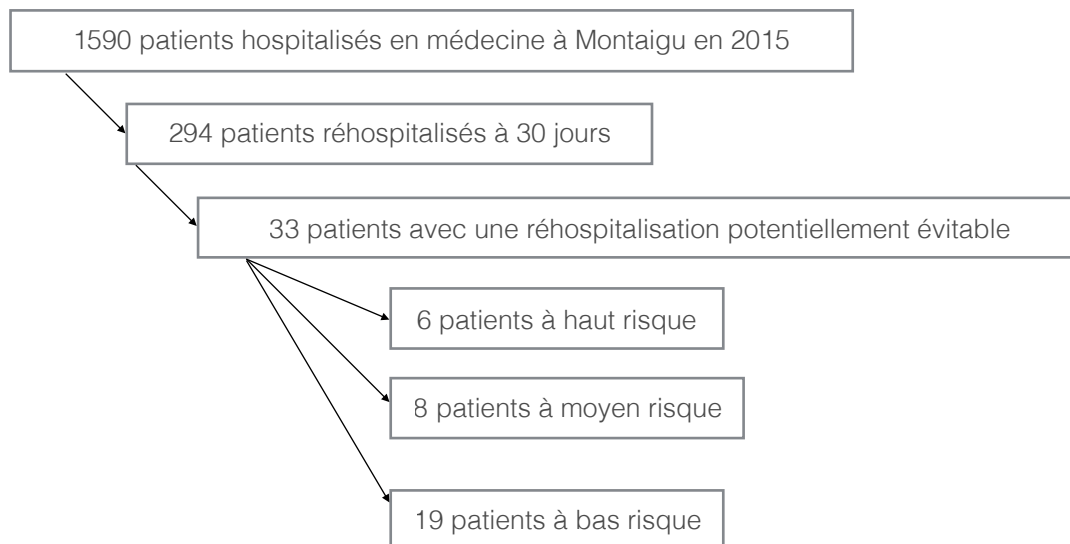


Figure 10. Diagramme de l'étude préliminaire

Au final, 14 patients ont été sélectionnés. Ces 14 patients dont la réhospitalisation était potentiellement évitable étaient à haut et moyen risque (HOSPITAL Score). Ils nous ont permis de constituer une file active de 13 médecins généralistes. En effet, un des médecins cumulait 2 patients mais il n'a été interrogé que sur un des deux patients de façon aléatoire.

2. L'algorithme SQLape

SQLape pour Striving for Quality Level and Analyzing of Patient Expenses (Recherche d'un niveau de qualité et analyse des dépenses des patients) est un algorithme informatique validé et développé par Yves Eggli, médecin à l'institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (8).

Cet algorithme a montré une bonne sensibilité (96 %) et spécificité (96 %).

Dans l'étude initiale, ce score avait permis d'identifier un taux de réhospitalisation potentiellement évitable de 23% au sein d'un taux de réadmission globale de 5 à 7,5 %.

La première partie de cet algorithme (figure 1) permet donc de détecter les réadmissions potentiellement évitables.

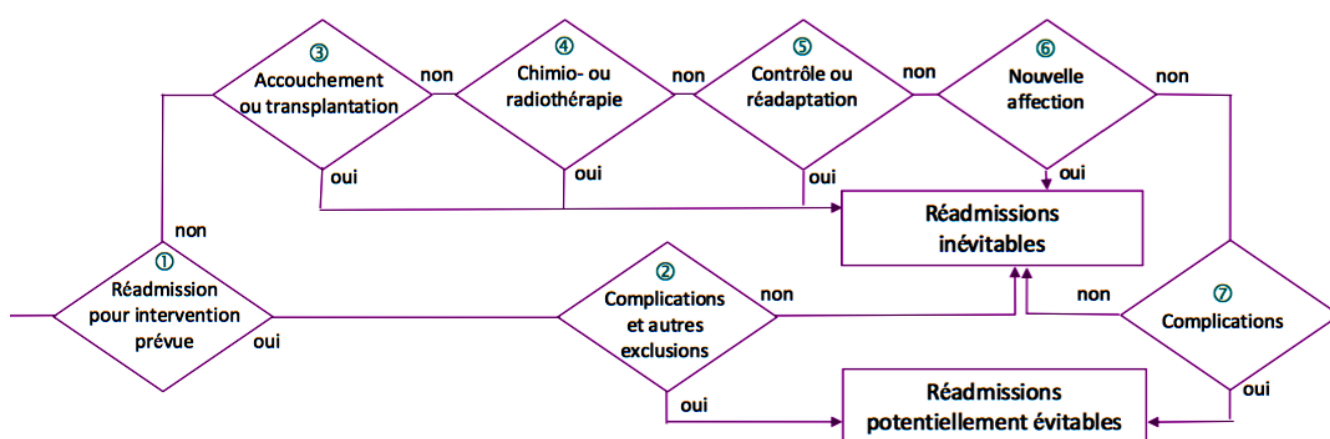


Figure 11. Algorithme de dépistage des réadmissions potentiellement évitables

1- On détermine d'abord s'il s'agit d'une intervention prévue, comme une opération suite à une hospitalisation d'investigation, une ablation de matériel implanté, une fermeture de stomie, etc.

2 - Les interventions prévues ne doivent pas présenter de complication ou d'exclusion (tableau 1) sinon elles sont considérées comme évitables.

3 à 6 - Ces hospitalisations sont considérées comme non évitables

7 - Dans le cadre des réhospitalisations non évitables mais avec la survenue d'une complication, l'hospitalisation est considérée comme évitable.

Pour chacun des 294 patients réhospitalisés en 2015 à l'hôpital de Montaignu, le score a été appliqué pour obtenir 33 patients dont la réhospitalisation est considérée comme potentiellement évitable.

Type	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Interventions planifiées (étape ①)		
- Ablation de matériel ou remplacement	Enlèvement de plaque crânienne (0207), Ablation de matériel d'ostéosynthèse (786), Remplacement de défibrillateur (3797), etc.	Réadmission en urgence ou complication chirurgicale.
- Fermeture de stomie temporaire	Fermeture d'orifice artificiel de l'intestin grêle (stomie) (4651) par exemple	Idem
- Soins post-opératoires	Surveillance de colostomie (Z433) Ajustement de prothèse auditive implantée (Z453)	Idem
- Suite opératoire	Interventions chirurgicales faisant suite à un séjour chirurgical ou obstétrical, liée à une affection connue lors du séjour précédent.	Idem ou réouverture d'un site chirurgical, par exemple : reprise de laminectomie (0302) ou de laparotomie récente (5412)
- Opération après investigation	Interventions chirurgicales faisant suite à un séjour médical, lié à une affection connue lors du séjour précédent.	Réadmission en urgence
- Intervention non chirurgicale	Intervention non chirurgicale faisant suite à un séjour médical, justifiant la réadmission, par exemple : cathétérisme cardiaque (3721), biopsie fermée du foie (5011), artériographie (884). Là également, la réadmission doit être liée à une affection connue lors du séjour précédent	Réadmission en urgence ou complication non chirurgicale

Tableau 1. Réadmissions justifiées par une intervention prévue

3. L'HOSPITAL Score

L'HOSPITAL Score est une échelle permettant de différencier les patients à haut risque et à bas risque de réhospitalisation potentiellement évitable. Il est validé au niveau international au sein d'une importante cohorte de patients, 121136 patients répartis dans 9 hôpitaux (7 centres universitaires) de 4 pays différents (16, 17).

Il consiste en 7 points cliniques et paracliniques facilement disponibles et il est calculable avant la sortie d'hospitalisation :

- Hémoglobine inférieure à 12 g/dL
- Sortie d'un service d'oncologie
- Sodium inférieur à 135 mmol/L
- Gestes techniques durant l'hospitalisation : ECG, imagerie, biologie...
- Hospitalisation en urgence
- Nombre d'hospitalisations dans l'année passée
- Durée du séjour supérieure ou égale à 5 jours

Attribute	Points if Positive
Low hemoglobin level at discharge (<12 g/dL ^b)	1
Discharge from an Oncology service	2
Low sodium level at discharge (<135 mEq/L ^c)	1
Procedure during hospital stay (any ICD-9 ⁷ coded procedure)	1
Index admission type: urgent or emergent (nonelective)	1
No. of hospital admissions during the previous year	
0-1	0
2-5	2
>5	5
Length of stay ≥5 d	2

Abbreviation: ICD, international classification of disease; NA, not applicable.

^a Maximum of 13 points per patient.

^b To convert to g/L, multiply by 10.

^c To convert to mmol/L, multiply by 1.

Tableau 2. HOSPITAL Score pour les réhospitalisations évitables à 30 jours

On obtient un score entre 0 et 13 points qui permet de différencier :

- Les patients à bas risque entre 0 et 4 points
- Les patients à moyen risque entre 5 et 6 points
- Les patients à haut risque au delà de 7 points

Les proportions retrouvées par l'étude initiale sont respectivement de 5%, 10% et 20 % des réhospitalisations potentiellement évitables.

4. Statistiques des patients à risque de réhospitalisation potentiellement évitable

Sur les 1590 patients hospitalisés en 2015 dans le service de médecine de l'hôpital de Montaigu, le taux de réhospitalisation est de 18,4 %, dont 11,2 % étaient identifiés comme évitables. Les 33 patients présentant une réhospitalisation évitable sont des patients en grande majorité âgés de plus de 85 ans sans proportion particulière de genre.

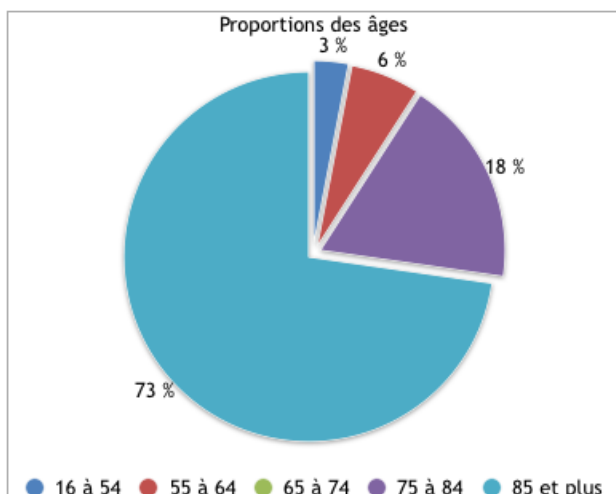


Figure 12. Proportions des âges

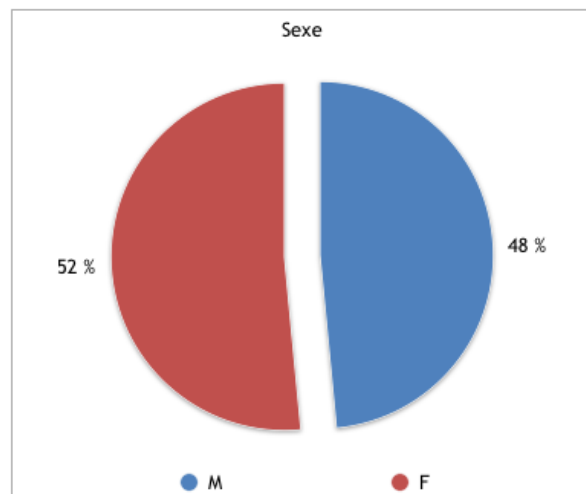


Figure 13. Proportions des genres

La moitié des patients ayant présenté une réhospitalisation évitable avait un taux d'hémoglobine inférieur à 12 g/dL. Ils étaient tous ou presque passés par les urgences et ils avaient bénéficié de gestes techniques.

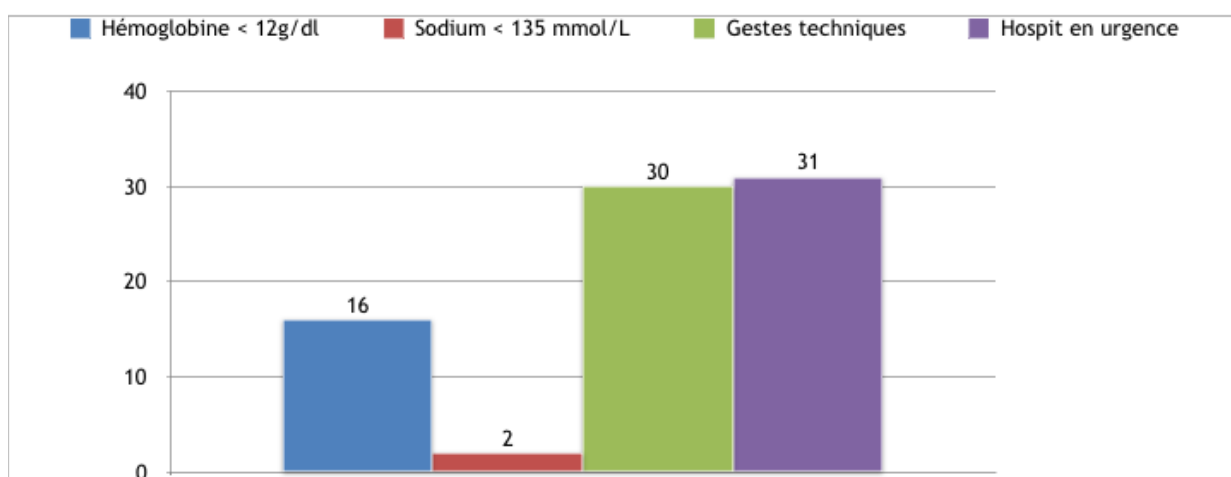


Figure 14. Critères de l'HOSPITAL Score dans la population de patients à risque de réhospitalisation potentiellement évitable

Dans la population de patients à risque de réhospitalisation potentiellement évitable, les proportions des risques évalués par l'HOSPITAL score montre une majorité de bas risque et des proportions proches de risque moyen et élevé.

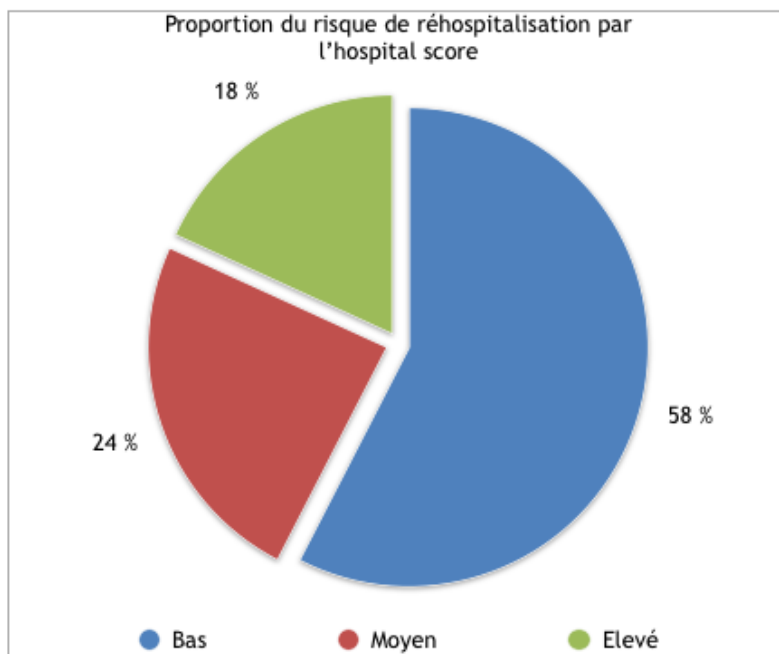


Figure 15. Proportion du risque de réhospitalisation par l'HOSPITAL Score

IV. Population de l'étude

Elle est constituée de 13 médecins généralistes sélectionnés à partir des patients choisis précédemment.

Ces médecins sont situés entre 1 et 52 km de l'Hôpital de Montaigu dans un triangle élargi entre La Roche sur Yon, Les Herbiers, Montaigu.

V. Recueil des données

1. Résumé de l'étude

Les médecins ont été contactés par téléphone pour présenter le projet : « Bonjour, je m'appelle Axel LEBLANC, je suis médecin généraliste remplaçant. Je travaille actuellement sur la réalisation d'une thèse. Je souhaiterais vous solliciter pour mon travail qui porte sur les patients à risque élevé de réhospitalisation évitable. Monsieur ou Madame X, un de vos patients, fait justement parti de ce type de patient. Pour cela, j'aimerais vous rencontrer pour un entretien d'environ 30 minutes, qui sera enregistré et utilisé de manière anonyme. »

2. Réalisation de l'étude

Les entretiens ont été guidés par un questionnaire semi directif comportant 3 parties : l'attitude du médecin généraliste, l'approche générale des patients et le cas particulier (Annexe).

Ces entretiens ont été enregistrés par un dictaphone numérique, avec accord du participant, puis retranscrits mot à mot, sans modification ni reformulation. Les pauses et les expressions non-verbales (rires, hésitations, interruptions) ont été notées entre parenthèses. Cela a constitué le verbatim. Afin de garantir l'anonymat, les participants ont été identifiés par des numéros (de M1 à M12). Un premier entretien exploratoire a été réalisé au préalable, afin de permettre à l'enquêteur de tester son aisance et de modifier le questionnaire lorsque les questions n'étaient pas assez claires ou assez ouvertes. C'est aussi à ce moment là que les questions de relance ont pu être élaborées.

Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone pour fixer un rendez vous de 30 minutes.

Les entretiens se sont tenus au sein de leur cabinet sur la période du 20 septembre au 30 novembre 2016.

VI. Analyse des données de l'étude

L'analyse s'est effectuée en deux temps, par la méthode de l'analyse thématique. Tout d'abord chaque entretien a été analysé individuellement : l'analyse longitudinale, qui permet de dégager les thèmes. Puis le matériel a été analysé dans son intégralité afin de rendre compte de la cohérence thématique inter-entretien : l'analyse transversale. Ces deux étapes permettent le codage: chaque mot clé ou groupe de mots ou idées a été répertorié, puis classé et regroupé en formant des thèmes et sous thèmes. Trois types de codages s'entremêlent : le codage ouvert qui laisse apparaître les thèmes, le codage sélectif qui fait émerger les sous-thèmes puis le codage thématique qui s'efforce de relier les thèmes entre eux.

À partir de ce codage, une interprétation a pu être réalisée : les idées et thèmes ont été réorganisés afin de dégager les concepts exposés et les avis exprimés permettant ainsi une lisibilité de l'ensemble. Des exemples issus des entretiens ont été sélectionnés pour leur pertinence afin d'illustrer chaque thème ou sous-thème. Une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois lors des entretiens.

RESULTATS

I. Caractéristiques des médecins généralistes interrogés

Les médecins généralistes interrogés sont en moyenne âgés de 58 ans, minimum 43 et maximum 70 ans. Les durées d'installation reflètent l'âge des médecins interrogés avec 28 années en moyenne mais un minimum à 7 ans et un maximum à 41 ans.

Ils sont situés dans un triangle géographique entre Montaigu, La Roche sur Yon et Les Herbiers. Les distances sont en moyenne de 18 km de l'hôpital de Montaigu avec des grandes différences, maximum 52 km et minimum 1 km.

Les médecins généralistes interrogés considèrent leur activité comme semi rurale à l'unanimité. Leur charge de travail est en moyenne de 28 patients par jour de façon homogène entre les médecins mais avec quelques extrêmes, maximum 40 et minimum 20.

cf Annexe .Tableau récapitulatif des médecins généralistes interrogés

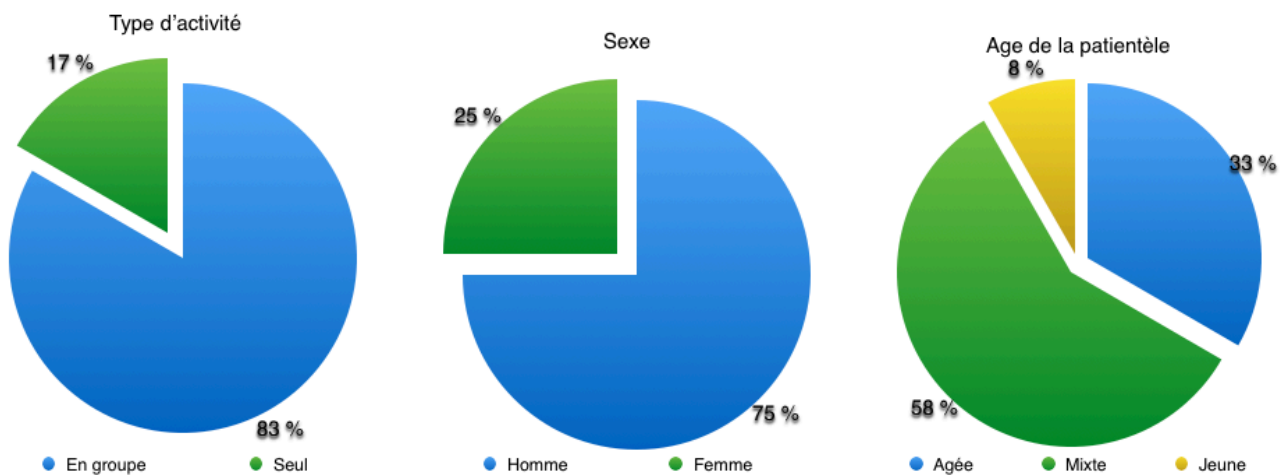


Figure 16. Proportion de médecins généralistes exerçant en groupe ou seul, de sexe masculin ou féminin, et âge de la patientèle du médecin généraliste

Le taux de réponse a été de 92% suite au refus d'un confrère qui était dans l'impossibilité d'être disponible pour l'entretien.

II. Caractéristiques des patients à risque de réhospitalisation selon les médecins interrogés

1. Facteurs de risque dépendants de l'état clinique du patient :

Les facteurs de risque de réhospitalisation identifiés par les médecins généralistes interrogés et rattachés à l'état clinique du patient sont principalement:

- Insuffisance cardiaque (cité 11 fois)
- Fin de vie / Impasse thérapeutique (cité 8 fois)
- Personnes âgées (cité 6 fois)
- Démence (cité 5 fois)
- Pathologie Chronique (cité 4 fois)

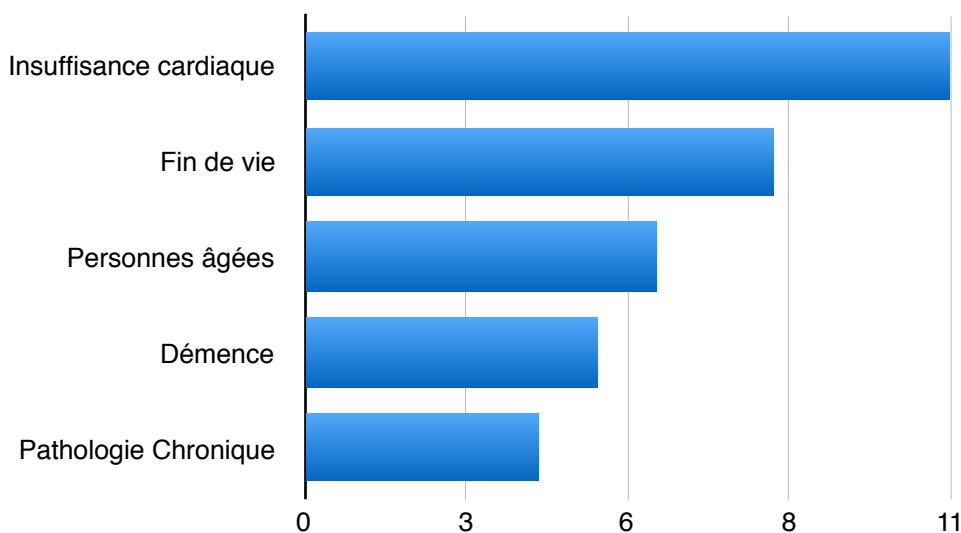


Figure 17. Facteurs de risque patient cités plus de 1 fois

Les autres facteurs de risque énoncés moins fréquemment sont :

- Cités 3 fois : chuteurs, insuffisance respiratoire, polypathologie, insuffisance rénale.
- Cités 2 fois : dépendant, dénutrition, trouble de déglutition, anxiété, cancer.
- Cités 1 fois : addiction, bronchites à répétition, hyperalgie, syndrome de glissement, mobilité réduite, refus de prise en charge, manque d'argent, manque de temps, non observance, fragile, non en réseau (diabète, insuffisance cardiaque)

2. Facteurs de risque dépendants de l'environnement du patient :

Les facteurs de risque de réhospitalisation identifiés par les médecins généralistes interrogés et rattachés au contexte du patient sont principalement:

- Seul à domicile / Structure d'accueil inadaptée (cité 8 fois)
- En institution ou nécessitant une place en institution (cité 6 fois)
- Conjoint ne pouvant être aidant (cité 4 fois)
- Famille anxieuse (cité 4 fois)

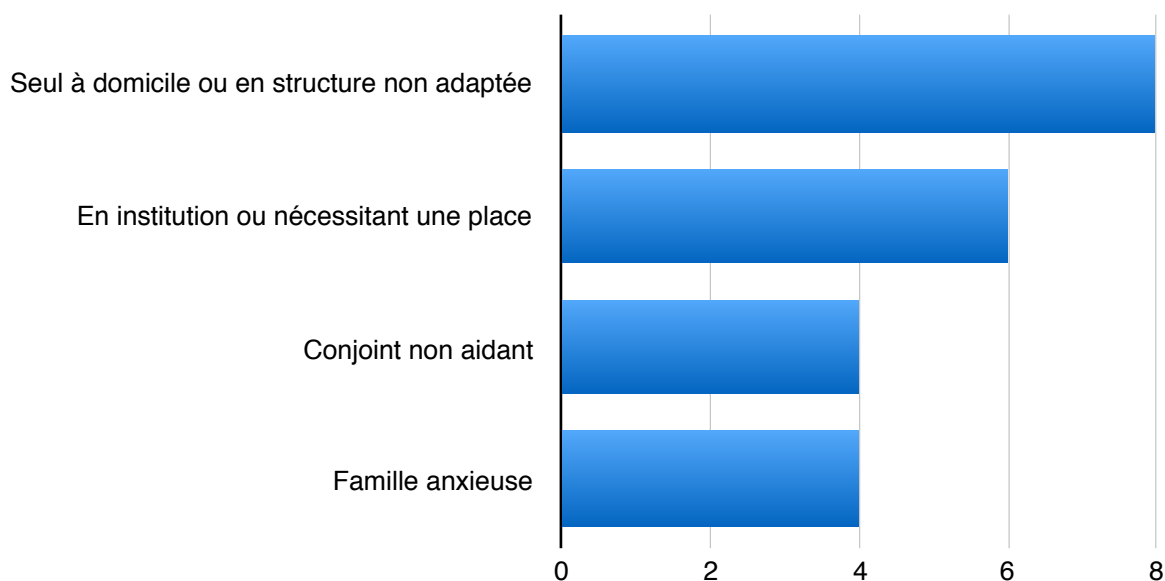


Figure 18. Facteurs de risque Contexte cités plus de 1 fois

L'Accès difficile aux spécialistes n'est cité qu'une seule fois.

III. Comment prévenir les réhospitalisations évitables : l'avis des médecins interrogés

1. Utilisation des scores de dépistage des sujets à risque

Globalement, les praticiens utilisent essentiellement leur expérience pour les guider dans l'identification des patients à risques de réhospitalisation.

« Non je n'utilise pas de score. Honnêtement non. C'est par expérience entre guillemet ! » (M5)

L'identification se fait la plupart du temps lorsqu'un évènement intervient.

« C'est sur le moment venu » (M4)

Mais ils ne font pas le lien entre le risque et la réhospitalisation.

« Je sais qu'ils sont à risque de chute mais je ne me projette pas dans l'hospitalisation. » (M1)

Dans les cas particuliers d'activité mixte à orientation gériatrique (EHPAD, SSR), l'habitude force à utiliser plus souvent les recommandations.

« Je fais pas mal d'évaluation gériatrique moi, plus cognitif, le risque de chute, des choses comme ça, la nutrition, moi je suis assez albumine et imc, on suit un peu les critères HAS » (M3)

L'état de démence, conscience ou la douleur peuvent être cotés, mais pas le risque.

« Ils sont un peu catalogués mais on ne met pas à risque. » (M5)

Il arrive parfois que certains médecins utilisent le test up and go ou simplement la pathologie.

« Non. Très très rarement surtout la pathologie. » (M1)

« Enfin si, pour les chutes. Donc test up and go. Je l'ai fait une fois ou deux, c'est intéressant. » (M6)

ou encore le score de FRIED

« Les fragiles je vais les classer un peu avec l'échelle de FRIED. » (M3)

D'autres encore n'ont pas bénéficié d'information spécifique pendant leur formation initiale ou continue.

« Moi je n'ai jamais rien appris là dessus. Je ne savais même pas qu'il existait des scores. » (M6)

Mais l'utilisation de scores divers se fait sans lien avec les situations à risque de réhospitalisation évitable.

Les scores sont parfois laissés aux spécialistes.

« Je travaille beaucoup avec la géronto, donc tous mes patients qui sont un petit peu dépendants ou qui ont des démences, ils ont tous une évaluation gérontologique. » M1

L'utilisation des scores pourrait être plus répandue mais le manque de temps est un facteur limitant majeur.

« Les scores, on n'a pas trop le temps. Il faudrait pouvoir entrer des scores à chaque fois dans les dossiers quand on revient de visites. » (M3)

Et l'absence d'outil systématique n'offre pas l'occasion de consigner ceux-ci.

« Ca peut être noté. Mais pas comme à l'EHPAD où on va dans le volet évaluation. » (M3)

Les médecins ont le désir d'améliorer cette approche.

« J'ai vu qu'il y avait des grilles très très cadrées sur l'examen clinique, sur la façon de transmettre l'information, sur la communication avec le patient. Il faudrait que j'approfondisse beaucoup plus peut être. » (M12)

2. Les atouts et limites des services d'urgence

Les urgences sont indispensables pour la prise en charge immédiate.

« Je fais par les urgences si c'est urgent. » (M5)

« Quand tu peux pas faire autrement... » (M7)

« Si c'est une urgence, je passe par les urgences. La question se pose pas. » (M12)

Il est important pour les médecins généralistes d'avoir une prise en charge hospitalière d'urgence ou spécialisée efficace à leur écoute.

« C'est d'avoir des spécialistes ou des médecins d'urgence réactifs quand on a besoin. » (M2)

« Je passe par les médecins urgentistes. Je leur expose mon cas clinique. Je leur pose toujours la question, si je peux quelque chose pour, effectivement, maintenir le patient à domicile ou pas. » (M12)

L'accès aux urgences se fait soit directement ou soit par l'intermédiaire du centre 15.

« Dans l'urgence immédiate, moi si vous voulez j'appelle le 15. Quand j'appelle le 15, la plupart du temps, c'est qu'il y a la nécessité d'une hospitalisation et surtout le mode de transfert. » (M10)

« Si j'estime que quelqu'un doit être hospitalisé, j'appelle l'ambulance et je l'envoie à l'hosto. Je passe un coup de fil : « il va arriver ». Mais je ne demande pas la permission. » (M11)

Cependant, dans l'urgence immédiate, ce n'est pas forcément envisageable pour les médecins d'hospitaliser directement au sein des services.

« Après, non, nous il nous est impossible de faire admettre des patients directement dans des services, donc on est obligé de passer par les urgences. » (M10)

Les médecins déplorent cette difficulté.

« J'ai renoncé depuis longtemps à joindre quiconque parce que la réponse est toujours la même, il faut passer par les urgences. » (M10)

« Réhospitaliser en urgence, il y a pratiquement pas de services qui vous reprennent un malade directement. Moi ce que j'ai vu arriver au fil du temps, c'est que l'hôpital, c'est une grosse machine qui a fait des progrès énormes. A la Roche, les compétences ont augmenté et ils ont de plus en plus d'activités, de plus en plus techniques, de plus en plus pointues mais le sas c'est les urgences. » (M11)

Le désir de communication et de prise en charge des médecins généralistes se heurte aux impératifs des urgentistes. Ces situations ne sont pas bien vécues par les médecins généralistes.

« On est facilement débouté au téléphone par les urgentistes, si ça ne leur semble pas... que ce soit les personnes âgées ou d'autres personnes, si ça ne leur semble pas... » (M2)

« Moi j'étais un qui appelait énormément les urgences, mais à force d'attendre et de me faire rembarrer, je n'appelle plus. » (M3)

« On me dit « bon d'accord, on verra ». Voilà. Mais je n'ai pas de lien privilégié. » (M10)

« Donc quand vous appelez avant, vous allez discuter pendant 10 min, enfin ça dépend, il y a des médecins qui comprennent mais vous allez discuter 10 min pour dire, vous avez essayé si, vous avez essayé ça, enfin... On perd du temps. Je le fais, un point c'est tout. Quand on n'est pas content, c'est comme ça. » (M11)

Les défauts inhérents aux structures d'urgences comme l'attente ou une prise en charge « urgente » constitue un frein pour la prise en charge des personnes âgées.

« Sur les urgences, on sait que la prise en charge va sûrement être moins pointue et moins aboutie et puis en plus ils vont attendre très longtemps dans les plus grosses urgences. » (M2)

« Je préfère qu'ils aillent à Montaigne plutôt que passer 12h aux mêmes urgences du CHU. » (M5)

« Je trouve que les urgences doivent avoir une charge de travail trop importante, et je crois que ça serait bien que ça soit au moins que le circuit soit presque programmé. » (M6)

Les médecins trouvent des explications aux difficultés que les urgences rencontrent.

« C'est que tout est saturé partout » (M2)

« Au CHU, il y a des gens qui se pointent effectivement à l'hôpital plutôt que d'aller dans une maison médicale de garde, c'est le bordel. » (M5)

« Les gens ils font comme ils peuvent, ils se disent à l'hôpital on ne payera pas, et de toute façon on va être vu. » (M5)

3. Les atouts et les limites de l'hospitalisation directe dans un service

Beaucoup de médecins généralistes désirent hospitaliser par des circuits directs et personnalisés.

« *Moi c'est téléphone. Les pathologies pour lesquelles je sais que ça va déboucher sur une hospitalisation mais je ne veux pas passer par le circuit normal. J'aime bien hospitaliser en programmé, en gériatrie.* » (M3)

« *J'essaie d'être plus harmonieux dans mon hospitalisation, de caler quelque chose qui soit justifié, sans passer par les urgences.* » (M5)

« *Si je fais la démarche de faire une entrée en médecine, c'est que ça peut être différé d'une demi semaine, de quelques jours.* » (M5)

« *J'essaye plutôt d'adresser vers le service, après tout dépend de l'heure, et du jour de la semaine. Mais dans la mesure du possible, quand c'est faisable, plutôt directement dans le service.* » (M8)

« *Quand il s'agit plutôt d'une dégradation, de ce que j'appelle les glissements, c'est à dire les gens qui veulent plus manger, qui veulent plus boire, qui dorment plus, là je prends le temps de passer par la médecine. Et là, j'expose bien le cas en disant : « il y a besoin d'aide ». Après, c'est pas à 48h. Voilà. Je prends beaucoup de temps à parler.* » (M12)

Mais l'entrée directe dans les services n'est pas envisageable avec tous les hôpitaux.

« *Il y a un service au CHU de Nantes dédié pour les personnes, pour la gériatrie. Mais derrière, la réactivité en terme d'hospitalisation est très limitée. A Montaigu, on n'a pas besoin d'avoir les gériatres en direct au téléphone. on sait que si une personne a besoin d'être hospitalisée, on la fait passer par les urgences, les urgentistes vont donner leur avis, les médecins de l'hôpital également, on va pouvoir avoir une réponse adaptée.* » (M2)

« *Le problème c'est que quand on appelle le confrère, on nous dit de passer par les urgences* » (M3)

« *Pour une décompensation cardiaque par exemple, si ça ne fonctionne pas ou si ça s'aggrave, là oui j'adresse à l'hôpital. j'envoie plus aux urgences. Ils n'aiment pas trop de toute façon s'ils n'ont pas été vu aux urgences avant.* » (M4)

Certains médecins n'ont pas d'accès à ce type d'hospitalisation.

« *On voudrait bien avoir plus de créneau pour l'hospitalisation programmée en semi urgence. ça, ça manque cruellement. alors ça c'est compliqué.* » (M11)

Le lien téléphonique en vue d'une hospitalisation est souhaité pour faire part de situations complexes.

« *Quand vous parlez à quelqu'un, vous pouvez lui expliquer que sa femme n'en peut plus, qu'il étouffe un peu, qu'il est un peu violet, que je ne sais plus quoi faire, que c'est la troisième fois que je passe cette semaine. Vous expliquez ça au collègue, « oui j'ai compris, vous pouvez l'envoyer ». Comment vous voulez noter ça sur une lettre ? Vous n'avez pas le temps, et puis ça ne s'écrit pas.* » (M11)

Mais la situation pourrait être simplifiée pour nombre des médecins généralistes

« Après on aimerait bien plus prévenir, dire voilà est-ce qu'il y a une place demain dans les services, ça serait intéressant d'appeler le cadre du service. » (M3)

« Après ça serait de savoir par quelle porte on peut réentrer facilement, avoir ré accès à une consultation pour quelqu'un qui est sorti admettons depuis 3 mois, hors consultation programmée. » (M3)

Ils comprennent l'impossibilité d'avoir un cadre général mais une filière pour les patients identifiés à risque est demandée

« Ceux à risque pourraient être un peu prioritaires. (M3)

4. Les facteurs hospitaliers influençant les réhospitalisations

1. L'utilité des hôpitaux de proximité

Les services gériatriques ont une disponibilité variable. Montaigu est très disponible face aux structures nantaises, d'autant que la relation des médecins généralistes avec l'hôpital universitaire de Nantes est mal perçue.

L'hôpital de Montaigu est montré en exemple pour sa facilité d'accès à l'hospitalisation en direct
« pour la qualité de la prise en charge des personnes âgées. » (M2)

« J'ai un très bon ressenti. Ici c'est notre hôpital de référence pour ma patientèle de gens âgés. » (M5)

« La grande ville ça leur fait un peu peur. » (M5)

« Pour l'hôpital de Montaigu, il m'arrive dans les semi urgences, c'est à dire les gens qui nécessitent effectivement un bilan hospitalier, dans les 8 jours, oui on peut téléphoner, et dès qu'il y a une place. Ca se fait, ça se pratique, mais dans les autres services, zéro. » (M10)

« Sur les gens, pour des réhospitalisations, j'essaye toujours de passer par les seniors du service de médecine à Montaigu. ça arrive qu'on passe par les urgences mais c'est surtout au cours des gardes. » (M9)

Le contact avec un médecin de Montaigu reste obligatoire, dans un souci de gestion des entrées.

« Montaigu c'est un service où on a toujours un lien avec le médecin avant l'hospitalisation. Il faut vraiment l'accord du médecin senior pour hospitaliser quelqu'un. Si eux espèrent qu'on attende un petit peu, on essaie de s'arranger. » (M9)

2. La difficulté d'accès aux spécialistes

La prise en charge des patients ne passe pas toujours par l'avis des spécialistes pour les médecins généralistes. Ils deviennent un recours ultime au même titre que l'hospitalisation.

« J'essaie en général de me débrouiller tout seul. » (M4)

Cet état de fait est dû à un accès difficile aux spécialistes, ce qui peut être une autre barrière.

« On a plus de soucis actuellement avec l'accès aux soins des spécialistes. » (M3)

« Il faut faire le courrier avant, faut faxer le courrier, voir le porter en main propre. Il faut quand même que ça change. » (M3)

Les compétences ou les moyens du médecin généraliste peuvent être dépassés. Un avis spécialisé serait donc demandé. Mais devant ce constat la réhospitalisation devient obligatoire.

« J'ai voulu faire une radio en ville, je n'ai pas pu parce qu'ils n'ont pas de lève malade. J'ai téléphoné aux radiologues de Montaigu qui font les scans et les échos, ils m'ont répondu « on va se renseigner », donc au final ça a été une hospitalisation aux urgences. » (M6)

« Une consultation spécialisée urgente nous est quasiment impossible, donc on se résout effectivement à hospitaliser ou réhospitaliser tout simplement pour une prise en charge spécialisée que nous ne sommes pas capable de faire. » (M10)

« Une consultation spécialisée en urgence, ce serait peut être utile pour éviter certaines hospitalisations. » (M10)

5. Les facteurs limitants de la médecine de ville favorisant les réhospitalisations

1. Le délai de prise en charge post hospitalisation

En post hospitalisation, la durée de traitement constatée par les médecins généralistes s'étale en général entre 8 et 30 jours après l'hospitalisation.

« En général je l'ai vu dans les 30 jours, car ils mettent un traitement pour 15 jours à la sortie de l'hôpital, donc tu es obligé de les revoir. » (M5)

« Quand les gens sortent d'hospitalisation, ils ont une ordonnance pour une dizaine de jours. Ce qui laisse souvent le temps d'avoir le courrier. Quant on ne l'a pas, c'est plus compliqué, mais donc, souvent on revoit les gens à 8 ou 10 jours. Un peu systématiquement. » (M9)

Les médecins généralistes expriment la difficulté d'être informé de la sortie de leur patient. Sans cette information, l'intervention du médecin généraliste est différée d'autant.

« Le patient rentre soit au foyer logement soit chez lui soit etc, ils rentrent, alors vous vous ne savez pas qu'il est rentré. (...) Autrefois on était plus rapidement informé de la sortie d'un patient. (...) La famille, oui, ils nous tiennent au courant, « il est rentré, on n'a pas compris ». » (M11)

L'information du médecin généraliste sur un patient à risque devient peu efficace.

« Même s'ils disent qu'il est à risque, je ne vois pas le courrier immédiatement après l'hospitalisation. Dans le mois qui suit mais pas immédiatement. » (M4)

2. L'organisation du médecin généraliste

La gestion de l'hospitalisation par les médecins généralistes est dépendante de questions organisationnelles : jours ouvrés, disponibilité...

« Je fais beaucoup de choses en libéral pour limiter les hospitalisations. Mais parfois on ne peut pas par manque de temps, parce que c'est le week end, parce qu'il y a un manque de personnel, de surveillance infirmière » (M2)

« Après il y a des gens qui se présentent directement, il y a des gens on ne sait pas ils nous appellent en pleine consultation, on a la salle d'attente pleine « il a eu mal au coeur », on ne sait pas ce que c'est alors on dit d'appeler le 15. » (M3)

« Il est 20h et elle a plus de médecin traitant, et puis le médecin traitant ne fera pas plus de toute façon, donc elles font le 15, et le 15 envoie une voiture et les envoie aux urgences » (M5)

« Parce qu'il fait des crises comitiales ou il tombe alors que je ne suis pas là. C'est toujours le SAMU ou l'infirmière » (M6)

« C'est pas toujours évident parce que dans les urgences on n'a pas obligatoirement un médecin d'urgence qui est là, parce qu'il peut être occupé. Ce n'est pas pour une question de pas vouloir nous prendre. C'est plus parce qu'il n'y a pas la possibilité de l'avoir donc on fait hospitaliser les gens. » (M9)

L'organisation en cabinet médical de groupe ne permet pas forcément de pallier l'absence du médecin traitant. Les patients « chroniques » sont souvent suivis par un unique médecin. Il devient donc difficile de prendre en charge de façon idéale ces patients.

« Peut être que si je l'avais vu, je ne l'aurais pas réhospitalisé. » (M1)

« Elle a bien été prise en charge par la structure hospitalière mais moins bien par moi car elle a été court-circuitée, je n'étais pas là au bon moment. » (M1)

La transmission des dossiers aux collègues est possible mais il est plus difficile de limiter l'hospitalisation dans ce cas. Les transmissions sont réalisées pour des patients identifiés (fin de vie, HAD)

« Mes collègues, elles vont plus facilement hospitaliser. Moi je vais connaître le patient, je vais connaître la famille, donc je vais pouvoir appeler la famille. C'est plus compliqué pour les gros dossiers. » (M1)

3. Le cas du médecin généraliste proactif

Le médecin généraliste modifie immédiatement sa prise en charge post hospitalisation si le patient est identifié comme à risque de réhospitalisation. Il sera revu plus tôt avec la réalisation d'examen complémentaires (biologie) plus rapprochés et l'intervention d'autres professionnels paramédicaux.

« On va faire plus de prises de sang, on va plus le surveiller. on va commencer par l'infirmière, les aides soignantes, etc, les aides à domicile, la famille. Et puis si ce n'est pas suffisant, on va se diriger vers un EHPAD. » (M6)

Les patients sont revus plus ou moins rapidement sans consensus, en fonction de la demande du patient, de la famille, du courrier du médecin. Le délai annoncé va de 1 semaine à 1 mois.

« Tout dépend du courrier de l'urgentiste ou du contact téléphonique, du courrier du médecin de l'hôpital ou du contact téléphonique que j'ai eu avec lui ou ce que va me dire la famille au téléphone. Parfois on sait qu'ils sont stabilisés pour un certain temps alors je les revois à un mois, parfois ils sont vraiment très limite alors on les revoit dans la semaine. » (M2)

« Ca dépend de l'évolution de la pathologie, les gens je les revois quand c'est nécessaire. On les voit tous les mois. Un mois c'est assez rare, deux mois c'est un peu plus, trois mois c'est le plus fréquent. » (M7)

Certains médecins généralistes insistent sur une attitude systématique de suivi post hospitalisation. *« Je vais faire systématiquement des visites, des synthèses, ou ils viennent et on refait le point sur leur retour. » (M3)*

« Ces gens là, on va les voir un peu plus fréquemment. C'est essentiellement ça. Par exemple, une insuffisance cardiaque, je vais le revoir tous les mois (...). Les soins plus palliatifs, je passerai bien plus régulièrement, 1 à 2 fois par semaine si besoin. » (M9)

« Ces patients là, je ne fais pas des ordonnances pour 6 mois, c'est 1 mois. » (M10)

« On le revoit d'office, oui. Pour Mr X, ça a été flagrant, je l'ai vu jusqu'à 3 fois par semaine. » (M10)

« Là, j'avais appelé tout de suite en ayant pris connaissance du retour. J'avais prévenu son épouse qu'il ne fallait surtout pas qu'elle hésite à m'appeler. » (M12)

« Et vous allez revoir ce genre de patient plus souvent que d'habitude? Oui. Une fois par semaine. » (M12)

Certains médecins sont désireux d'être plus pro actifs en ayant l'information d'un patient à risque pour affiner leur prise en charge.

« Oui bien sûr, pour que ce soit plus cartésien. » (M9)

4. Le cas du médecin généraliste passif

Le médecin généraliste peut avoir une attitude attentiste avec une prise en charge post hospitalisation non systématique. Elle est fonction des situations à risque en faisant participer le patient à sa prise en charge.

« Quand c'est pas programmé parce que parfois on prévient quand même des risques : si y a ça vous rappelez. » (M3)

« Franchement non. Je ne vais pas mentir. Non. Souvent quand ils sortent ils vont beaucoup mieux. Je ne demande pas forcément à les revoir. Souvent ils ont une ordonnance pour un mois. 15 jours à un mois. Je les revois au bout d'un mois. A part s'il y a quelque chose qui ne va pas, je les revois mais ce sont eux qui demandent, ce n'est pas moi qui demande. » (M4)

« Si tu veux je fonctionne que sur appel du patient. C'est exceptionnel mais vraiment exceptionnel que (...) j'impose une visite ou une consultation (...). Normalement je laisse toujours le patient appeler, ou sa famille. C'est un principe. » (M7)

« C'est le malade qui en fait la demande. Il n'y a personne qui me dit, vous allez passer tous les 8 jours voir monsieur untel. Les gens sortent. On leur fait des prescriptions. » (M11)

« On fait une visite ou une consultation à la demande du patient, on repasse pas systématiquement, sauf s'il y a un motif. » (M11)

Ou la prise en charge peut se faire en fonction de la durée de l'ordonnance de sortie prescrite par le médecin hospitalier.

« Le critère c'est les médecins quand ils font l'ordonnance de sortie, ils font soit une ordonnance de 15 jours, c'est au terme de ce délai, ou ils font une ordonnance de 1 mois, c'est à ce moment là qu'on les voit. » (M7)

Pour certains, l'adaptation de la prise charge n'existe pas. L'hospitalisation représentant une finalité et non une étape dans la santé du patient.

« Le rassurer, sans modifier ma vue des choses, sans modifier la prise en charge de l'hôpital non plus. » (M5)

« Non je ne pense pas avoir de conduite particulière pour les patients à risque de réhospitalisation. C'est une surveillance de la pathologie, des médicaments, et du ressenti des patients. » (M7)

« C'est l'hospitalisation qui va pour toi gérer toute la situation ? Je pense que oui. » (M5)

5. Des dispositifs d'aides peu ou pas identifiés

Un seul médecin parle du système PRADO mis en place pour le suivi post hospitalisation en lien avec la CPAM.

« Le système PRADO de l'hôpital, je ne sais pas si vous avez entendu parler de ça. » (M10)

Un seul médecin parle de la cotation post hospitalisation pour favoriser la prise en charge de ces situations particulière mais, pour lui, elle n'est pas utilisable .

« Les gens qui s'occupent des syndicats ont mis un acte spécifique pour la sortie d'hospitalisation des patients à risque que je n'ai au grand jamais coté parce que je ne sais pas comment il se coté. Il faudrait être là au bon moment, se rappeler comment ça se coté et puis se sentir le droit de le coter parce que ça non plus c'est pas très clair. » (M11)

Un seul médecin généraliste présente l'ALD comme un point important. Il l'insère dans une amélioration de la prise en charge médicale par un soutien financier. L'ALD facilite ainsi les déplacements par ambulance, la réalisation des examens, etc

« On essaie de trouver rapidement une ALD. L'ALD c'est important, ça aide pour la prise en charge. » (M6)

6. L'aspect médico-légal

La barrière médico légale s'impose au médecin généraliste. Le risque juridique l'oblige à composer avec un système de santé qui devient de plus en plus compliqué à utiliser.

« Il y a 30 ans, ça existait beaucoup moins, on avait une certaine confiance et on faisait, voilà. Mais les choses ont vraiment beaucoup changé depuis 20 ans. Donc...il faut comprendre qu'il y a ce côté médico légal. (...) on a quand même une espèce d'épée de damoclès permanente qui nous fait aussi parfois prendre des décisions d'hospitalisation en disant « on se couvre ». (M10)

6. L'importance de la qualité du lien relationnel entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers pendant et après l'hospitalisation

1. Le besoin des compétences hospitalières

Les médecins généralistes expriment le besoin d'être conforté ou aidé dans leur démarche de soins.

« Ca a corroboré la conduite qu'on avait eu en ville et ça nous a conforté dans ce qu'on faisait. » (M2)

« J'ai des longues ordonnances et je suis content quand ça a été élagué. Ca m'arrange bien. On reparle des traitements très souvent. » (M3)

« Quand il revenait, il était un petit peu mieux, il avait perdu du poids. C'était assez paradoxal. Alors qu'on avait pas l'impression qu'il y avait des changements énormes dans son traitement. » (M9)

« Moi je vous avoue franchement qu'il y a de fois je pense être capable de suivre le patient, mais pour des raisons d'ordre psychologique, d'ordre relationnel avec les familles, on se sent un peu en porte à faux. On demande un avis hospitalier. » (M10)

Les bénéfices de l'intervention de l'hôpital peuvent être inégaux.

« Elle a tenu deux mois derrière. » (M10)

« On demande un avis hospitalier. Ce qui se traduit d'ailleurs parfois par un retour illico presto mais la parole de l'hôpital est importante aussi. » (M10)

Les médecins conservent un sens critique face à l'hôpital et ses décisions.

« Il faut que je fasse quelque chose, je ne vais pas forcément suivre le traitement qu'on m'a donné de façon immuable. » (M10)

2. Le lien pendant l'hospitalisation

Lorsque les praticiens se connaissent, les relations sont simplifiées. Cette relation se fait dans le respect de chacun et dans les limites de son propre réseau de professionnels.

« On arrive à les avoir, j'apprends ça à mes internes, il faut savoir se faire connaître, savoir aller les voir, aller voir le patient. » (M1)

« C'est vrai que c'est plus avec les gens que je connais. » (M3)

« Après on essaie de ne pas les déranger aussi pour rien. Et je connais pas tous les spécialistes non plus. » (M3)

Pour beaucoup de médecins généralistes, les relations avec l'hôpital pendant l'hospitalisation sont inexistantes.

« Absolument aucun » (M7)

« Non » (M11)

Cet état de fait est dû pour certains au manque de temps ou simplement par choix.

« Oh non, plus le temps, je n'appelle pas. Quand on nous appelle, c'est vraiment que l'interne n'a pas le dossier des urgences ou n'a pas regardé le dossier des urgences, parce que c'est clic clic, les antécédents tout est dedans. » (M1)

« Je pars du principe qu'à partir du moment où le relais a été fait, je laisse la relation s'installer entre le praticien hospitalier et mon patient. » (M12)

Elles peuvent même être désagréables pour certains.

« Tous les seniors du CHU te prennent pour le vieux con de la campagne ou le jeune con de la campagne d'ailleurs. Tu n'existes pas, ils ne savent pas ce qu'est la médecine de ville ces gens là. C'est vrai. C'est affolant. » (M5)

La proximité de certains médecins leur permet de faire des visites à l'hôpital mais l'organisation n'est pas toujours compatible pour les généralistes comme pour les hospitaliers.

« On n'est pas très loin donc on va les voir. Ca ne tombe pas toujours très très bien. De temps en temps je vais voir les médecins mais pas obligatoirement parce qu'ils sont pas toujours là. » (M9)

Pour les autres qui visitaient régulièrement leurs patients hospitalisés, ils ont dû arrêter.

« Ca m'arrive de prendre des nouvelles, mais pas souvent. Jusqu'à il y a deux ou trois ans, j'allais tous les jeudis matins voir les patients à l'hôpital, mais j'ai arrêté. » (M1)

« Oui ça m'arrive, mais moins que pendant un temps. A cause du temps. Voilà, et puis j'ai pas toujours envie d'intervenir dans la gestion du dossier. » (M7)

« Maintenant, on ne peut plus du tout faire ça, pour plein de raisons. La première étant que vous avez du travail, on travaille sur rendez vous, vos trucs sont quand même programmés, donc on manque de temps. Puis deuxièmement, l'espace de temps pendant lequel vous pouvez visiter un patient à l'hôpital est tellement réduit, et vous avez tellement peu de nouvelles du patient que vous risquez de vous pointer à l'hôpital alors qu'il est déjà sorti. » (M11)

Le contact téléphonique peut exister mais la mise en relation est déjà une difficulté.

« Ce sont des détails pratiques mais vous savez il faut tomber sur la bonne personne, qui s'est bien occupée de, qui connaît, qui est disponible, voilà, bon, ce n'est pas toujours simple. » (M10)

Le courrier d'entrée en hospitalisation n'est pas une information pertinente pour les médecins généralistes.

« On reçoit un courrier comme quoi on a un patient qui est hospitalisé. Ca sert pas à grand chose. » (M5)

Mais les médecins généralistes sont désireux de connaître le suivi de leur patient.

« Vous les hospitalisez et puis le lendemain vous aimeriez, non pas qu'on vous écrive mon cher confrère j'ai bien reçu votre patient, parce que ça c'était autrefois, mais de temps en temps un coup de fil ce serait sympathique quand même. » (M11)

Les médecins restent tous disponibles pour les médecins hospitaliers si besoin.

« Pendant l'hospitalisation, si le praticien a besoin de moi, bien sûr. Mais c'est lui qui viendrait vers moi. » (M12)

3. La communication autour de la sortie du patient

D'une manière générale, les liens entre le médecin généraliste en ville et le médecin hospitalier sont inexistantes. La prescription d'examens complémentaires à réaliser après la sortie par le médecin hospitalier peut amener parfois à une communication.

« Leur travail est fait. » (M1)

« Il n'y a pas beaucoup de lien après. Au niveau téléphonique surtout. Au niveau courrier, il n'y a pas de souci. Quand il y a vraiment besoin d'un suivi pour une raison X, on a un appel avant la sortie soit par l'interne soit par le médecin senior. » (M9)

« J'ai eu des situations où on va me dire... Il faut vérifier la fonction rénale, les INR ou des choses comme ça. » (M9)

« Très rarement. Moi j'attends surtout le courrier. » (M10)

Actuellement, les infirmières sont plus en relation avec la fin d'hospitalisation que le médecin traitant.

« Les infirmières sont plus facilement mises au courant de la sortie et de l'utilité, oui ou non qu'on aille les voir. » (M9)

Les carences de communication sont pointées par certains de manière très insistante.

« Le plus souvent, alors pour changer la prise en charge il faut que quelqu'un nous ait dit « votre patient, on a mis ça mais on n'est pas sûr, il faudrait peut être surveiller » Mais ça ça n'existe pas. » (M11)

« Le regret, c'est quand même le manque de communication interne entre les médecins. Entre l'hôpital et la ville? Oui. (...) c'est la relation inter individuelle entre les médecins de l'hôpital et les médecins de ville, elle a disparu. » (M11)

« Quelqu'un qui me passe un coup de fil et qui me dit « votre patient, je l'ai reçu, il va sortir », et bien cette petite phrase, c'est sacrement important, ce n'est pas la moindre des choses. D'une part, vous avez un médecin qui vous parle de votre patient, d'autre part il vous dit qu'il va sortir donc vous le savez et troisièmement on va forcément échanger sur ce qui s'est passé. Et pourquoi il est sorti, contre toute attente ? Pourquoi ? Qu'est ce qu'on a programmé ? Et bien ça, c'est hyper manquant quand même. » (M11)

« Qu'on soit spécialiste ou pas spécialiste, on a en charge des patients et on doit communiquer sur ces patients puisque c'est à l'avantage des patients. » (M11)

« C'est souvent par les examens qui ont été prescrits à l'hôpital que l'on est alerté d'une situation. » (M11)

Une attitude plus systématique d'informations au moment de la sortie du patient est souhaitée.

« Moi je pense que ce serait pas mal. C'est assez simple d'envoyer un mail en disant un patient sort tel jour. Quand ils sont sortis, ça nous incombe. » (M9)

« Là, c'est pareil, en sortant, on aimerait bien que quelqu'un nous appelle en nous disant on a enlevé tel médicament ou on en a remis d'autres. Enfin ils n'ont pas le temps non plus sans doute! » (M11)

Certains médecins ne souhaitent pas déranger le médecin hospitalier même si la situation le demande.

« Après je peux être plus ou moins d'accord mais je ne veux pas déranger le médecin pour ça. » (M1)

« Mais moi j'ai pas envie de me mettre en opposition avec les médecins hospitaliers. » (M6)

Au contraire, d'autres n'hésitent pas.

« Je n'hésite pas, si j'ai un doute, je prends le téléphone. » (M1)

« C'est assez rare mais ça arrive, s'il y a eu des instauration de traitements et puis par exemple il y a eu des intolérances ou des effets secondaires autres sur prise de sang par exemple, j'appelle pour avoir un conseil ou pour savoir ce qu'il faut faire. » (M4)

4. Le courrier de fin d'hospitalisation

Le courrier est un support plébiscité et suffisant pour les médecins généralistes tant qu'il est disponible dans un délai raisonnable pour ne pas être responsable, par exemple, d'une iatrogénie sur des traitements anticoagulants et leur suivi biologique.

« Le courrier rapide, c'est un très bon support. » (M3)

« Je n'avais pas encore le compte rendu, je ne savais pas qu'il avait été mis sous anticoagulant et donc il vient un mois après je lui fais un INR en urgence, il avait un INR à 11, donc c'était un peu... » (M4)

« Je considère que les compte rendus sont bien faits. » (M6)

« Non en général je fais avec le courrier qui suit. » (M7)

« Le contenu que l'on a est en général extrêmement complet. Là vraiment on voit que c'est sérieux, il n'y a pas de problème. » (M10)

Au niveau du courrier, il existe des différences de délai entre les structures hospitalières qui sont bien identifiées par les médecins généralistes.

« Globalement, les gens ils rentrent avec leur courrier. Du CHU tu n'as pas de courrier. » (M5)

« Montaigu est assez rapide. Et La Roche sur Yon c'est toujours plus long. » (M6)

Un seul médecin précise les modalités légales récentes pour la disponibilité du courrier d'hospitalisation.

« Ca va être obligatoire à partir du 1er janvier que les patients sortent avec leur courrier. » (M5)

7. La place des acteurs de soins : Les EHPAD, les IDEs , etc

1. Les intervenants

Les médecins généralistes considèrent que les intervenants nécessaires pour éviter la réhospitalisation sont mis en place à l'hôpital.

« Ca s'est souvent mis en place avec l'hôpital, je trouve. » (M4)

La prise en charge sociale du patient débute à l'hôpital. Elle est indispensable à la bonne prise en charge de ces patients.

« Il y a le côté pas seulement médical, mais aussi social dans les hôpitaux, pour les personnes âgées notamment, pour gérer les retours à domicile, qui fait qu'il doit y avoir un travail d'assistance sociale qui démarre au moins à l'hôpital si ça n'avait pas commencé avant. » (M5)

Ils ne prennent généralement pas part à l'adaptation du domicile .

« Souvent je ne l'initialise pas ce truc là, ce n'est pas moi qui le fait. En général ce sont les familles. » (M5)

Le côté social est même occulté par certains.

« C'est leur boulot, je dois dire qu'au point de vue social, je ne suis sans doute pas très bon. Mais chacun son boulot. » (M5)

Les infirmiers sont des intervenants incontournables pour certains afin d'accompagner au mieux le patient bénéficiant.

« Il y a forcément une surveillance rapprochée à faire et les seules personnes susceptibles de faire des surveillances rapprochées en ville ce sont les infirmières. » (M2)

« On essaye d'en parler avec les infirmières des EHPAD ou les infirmières libérales. D'essayer de cibler quelques points qui justifieraient qu'on les revoie. » (M9)

« Je les revois au moins tous les mois, en sachant que l'infirmière a l'oeil sur eux. » (M10)

« Ça nous rassure, parce que le passage de l'infirmière c'est toujours quelque chose de rassurant. » (M11)

Les infirmiers permettent de pallier l'absence du médecin qui ne peut pas être présent tous les jours au pied du lit du patient .

« L'infirmière je pense que c'est le partenaire privilégié du médecin, en dehors de l'hôpital. (...) Ca permet de temporiser, ça permet d'alerter si ça ne va pas. (...) l'infirmière c'est ce qui fait en sorte qu'on ne soit pas obligé d'aller voir le patient. » (M11)

La gestion paramédicale des patients en institution peut poser problème avec des situations d'hospitalisation non indispensables nécessitant la pondération du médecin généraliste.

« L'infirmière me dit « oh là là, il faut l'hospitaliser » j'ai dit « attendez ». Je vais voir le patient, il était pas douloureux, j'appelle la géronto, court séjour, ils me l'ont pris le lendemain. » (M1)

« Tu es sollicitée par les infirmières qui balisent, qui ne veulent pas la garder parce que ça leur fait peur. On a toujours l'impression de ne pas faire ce qu'il faut, c'est dans un esprit de culpabilisation. » (M5)

« Et c'est vraiment à toi, au médecin, de dire « on ne la réhospitalisera pas en accord avec la famille ». Mais quelquefois ça t'échappe. » (M5)

Un seul médecin évoque les kinésithérapeutes comme un intervenant.

« Il peut y avoir des kinés. » (M10)

2. Les structures d'accueil

L'hospitalisation représente pour un des médecins un palliatif à un problème de place en institution.

« Après à son retour ce n'était plus le problème de la réhospitalisation, elle est restée évidemment fragile, donc c'était de dire « voilà, il faut qu'on se débrouille pour avoir une place en EHPAD » (M3)

Les EHPAD sont à même de gérer des situations de patient à risque, mais avec des bémols.

« Même s'ils sont faits en EHPAD pour accompagner les malades en fin de vie. Quand ça se prolonge, c'est difficile pour eux. » (M7)

« Ce n'est plus moi qui la suivait à (autre commune), donc je pense que ça joue aussi. » (M8)

« En EHPAD, bon il était suivi, il y avait les infirmières, et tout se passait très très bien, mais on sentait bien qu'il y avait des moments où c'était compliqué pour l'EHPAD aussi et parce que je pensais qu'il avait des critères, au moins pour l'oxygénation, les choses comme ça, qui justifiaient une hospitalisation. » (M9)

« Quand c'est une structure médicalisée, un EHPAD, là du coup, le problème est moins, enfin il y a un oeil médical infirmier rapproché, c'est évident. » (M10)

Les structures d'accueil disposant de lits non médicalisés sont un palliatif qui ne permet pas une gestion aussi efficace que les structures médicalisées (EHPAD).

« Elle était à la maison de retraite mais ce n'était pas une structure de maison de retraite c'était des chambres temporaires. (...) Ils n'ont pas les soins médicaux, c'est à dire qu'ils sont considérés autonomes. » (M7)

« C'était un facteur de risque de réhospitalisation ça. Le fait d'être en accueil temporaire, non médicalisé, sur une personne dont l'état général s'est dégradé. » (M8)

Des différences de prise en charge en fonction des structures sont évoquées.

« Dans certains EHPAD, on a l'impression que les infirmières essaient de garder les gens au maximum mais là ce n'était pas tout à fait le cas. » (M9)

8. Le travail auprès des familles et l'implication du patient lui même

Les médecins peuvent avoir des attitudes diamétralement opposées :

- Soit ils peuvent être en opposition avec leur patient et/ou l'entourage demandant une hospitalisation.

« Avant il était dans une ferme, avec sa soeur qui s'en occupait beaucoup et donc c'était souvent sa soeur qui voulait absolument qu'il soit hospitalisé donc on essayait de temporiser. » (M9)

- Soit ils peuvent être à l'écoute sans limite du patient et/ou de l'entourage acceptant une réhospitalisation même non nécessaire médicalement.

« J'ai redemandé s'il souhaitait être à la maison, si préférerait être à l'hôpital. J'essaie toujours de bien faire parler la personne pour savoir exactement ce qu'elle a envie. » (M12)

La prise en charge peut être centrée sur le patient et son ressenti.

« Je vois avec le patient, je lui demande. Est-ce que vous voulez que je revienne la semaine prochaine? Est-ce que vous préférez que je revienne dans 15 jours? 3 semaines? « Non, trois semaines, ça fait un peu long », « Bon, 15 jours, on recale un rendez vous ensemble ». (...) c'est pas la pathologie, c'est vraiment le ressenti du patient. (...) Plus axé sur l'accompagnement. » (M12)

La gestion de l'entourage et de son anxiété est une partie importante de la prise en charge globale post hospitalisation.

« On peut gérer aussi avec la famille. » (M1)

« On sait que Monsieur X est au domicile, que sa femme téléphone souvent, qu'elle vient elle même en consultation disant « vous vous rendez compte, ils nous l'ont renvoyé. Vous trouvez normal qu'ils nous l'aient renvoyé? Moi j'en peux plus ». ça, on l'entend. » (M11)

« Savoir si son épouse était aussi épuisée ou pas dans l'accompagnement puisque c'est un homme très lourd. » (M12)

L'information de la famille sur les situations est un point crucial afin d'améliorer la prise en charge de ces patients.

« Ils ne font pas du tout les examens que tu as demandés, parce que comme ils sont vieux, ils oublient ce que tu leur avais demandé. Ils ne font pas ce que tu leur avais demandé. Donc maintenant je les fais venir avec un enfant. » (M6)

Les familles, dans les situations de personnes en institution, font partie intégrante de la prise en charge post hospitalière.

« C'est pas moi qui fait la demande, c'est plus les familles des patients, dans les EHPAD. On ne sait pas obligatoirement qu'ils sont sortis. On le sait pas, pas toujours. » (M9)

DISCUSSION

I. A propos de la méthode

1. Choix d'une méthode qualitative

La méthode choisie a donc été celle de l'entretien semi-directif puisque nous cherchions à comprendre le point de vue des médecins généralistes sur la prise en charge de leur patient à risque de réhospitalisation évitable et également prendre connaissance de leurs expériences vécues avec un patient en particulier. Le choix d'une méthode quantitative ne nous aurait pas permis de mesurer les opinions ou les comportements.

Le choix que nous avons fait d'une méthode qualitative s'est avéré adapté puisqu'il s'agissait d'explorer l'expérience des individus et de recueillir la diversité des vécus.

La démarche permet d'obtenir une validité externe avant de préjuger de la validité interne (18).

Cependant, cette méthode qualitative ne permet pas de généraliser. En effet, on ne peut pas généraliser à l'ensemble des médecins généralistes libéraux des observations portant sur un nombre limité d'individus, les échantillons étant trop restreints et n'étant pas représentatifs.

Toutefois, nos résultats ont mis en valeur des pistes de réflexions sur le vécu et l'expérience des médecins généralistes qui participent pour une grande part à la prise en charge des situations complexes et peu codifiées (19).

2. Choix de la sélection

La méthodologie d'obtention des médecins généralistes par leur patient a permis de cibler l'échantillon désiré. Elle permet donc une meilleure qualité de l'échantillonnage. En effet, les médecins généralistes interrogés sont ainsi tous concernés particulièrement par des situations de réhospitalisation évitable de patient à risque modéré ou élevé.

Toutefois, elle n'a pas permis d'obtenir un nombre important d'interrogés. Elle peut représenter un biais de sélection. Ce nombre étant dicté par la méthode en elle-même, on ne peut pas le modifier sans modifier le fond de l'étude.

La sélection passe par ailleurs par l'algorithme SQLape qui est un outil permettant d'identifier les réhospitalisations évitables de façon rétrospective. Il a peu d'intérêt en pratique.

L'HOSPITAL Score quant à lui permet une pratique de dépistage à la fin de toute hospitalisation. Ce dépistage pourrait permettre des actions ciblées sur ces patients et leur médecin généraliste.

La méthode a permis d'obtenir des médecins généralistes qui se situent dans une zone large dépassant le territoire de l'hôpital. Ainsi, on obtient une vision de médecins généralistes qui ne reflète pas celle des médecins généralistes du territoire sur la question de la réhospitalisation évitable.

3. Elaboration du guide d'entretien

Cherchant à comprendre le point de vue des médecins généralistes sur leurs patients à risque de réhospitalisation évitable, nous avons choisi des questions ouvertes, ce qui nous a permis d'obtenir de la part des médecins des descriptions riches en détails. Toutefois, la réponse à certaines questions étaient peut-être trop difficile, notamment la question « Quels sont les points positifs de la prise en charge actuellement de ces patients? Les points négatifs? », puisque la majorité des participants ont nécessité une clarification de la question. C'est effectivement une question trop imprécise, et dont il est difficile de généraliser.

Le guide d'entretien nous a permis au cours de l'entretien de nous assurer que tous les thèmes préalablement choisis ont bien été abordés, ce qui nous a permis d'obtenir dans l'ensemble des entretiens complets. Par ailleurs, le guide d'entretien étant un outil simple et flexible, nous avons pu l'adapter pendant le déroulement de l'entretien afin de tenir compte du discours du répondant.

Le guide d'entretien avait été testé lors du premier entretien, pour vérifier sa compréhension et la pertinence des questions posées. Puisque celles-ci semblaient avoir été bien comprises, le guide n'a pas été modifié.

4. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été riches, et ont apporté beaucoup d'informations du fait des questions ouvertes d'une part, mais également par l'utilisation de la technique de reformulation, possible lors d'une discussion « en direct » comme celle-ci, ce qui a permis de préciser ou de clarifier les pensées des médecins interrogés.

Cependant, nous avons éprouvé quelques difficultés au cours de ces entretiens du fait de la non maîtrise des techniques d'entretien et des modes d'intervention (consignes et relance, reformulation)... ce qui a certainement occasionné une perte d'informations.

Par ailleurs, nous avons certainement inconsciemment influencé le répondant par notre attitude, notre personnalité, et peut être avons nous induit des blocages.

D'autre part, il est possible que nous ayons amené les médecins à donner certaines réponses du fait de nos opinions, nos présuppositions sur le sujet abordé. Nous avons amené le répondant à donner la réponse que nous attendions.

La terminologie de l'hospitalisation « évitable » peut être un biais de compréhension de l'objectif de l'étude par les médecins généralistes. En effet, ce terme a une définition précise (8).

Enfin, ce qui a pu être dit au cours de l'entretien dépend du moment où la question a été posée et de l'état d'esprit du répondant.

Concernant le lieu où se sont déroulés les entretiens, tous ont été réalisés dans le cabinet médical du médecin interrogé ce qui a pu mettre en confiance les participants et donc les « libérer » dans leurs réponses.

5. Traitement de l'information

Dans un premier temps, nous avons choisi de retranscrire littéralement chacun des entretiens, ce qui nous semblait la méthode la plus intéressante pour permettre une analyse la plus complète possible. L'inconvénient majeur de ce choix a été le temps passé.

Ensuite, nous avons réalisé une analyse thématique, qui consiste en une découpe d'un entretien à l'autre, des éléments qui se réfèrent au même thème. La limite dans la mise en œuvre de cette méthode réside dans notre inexpérience face à ce type de travail, et donc de la difficulté de mener à bien certaines étapes importantes: hiérarchisation des thèmes, évaluation de la pertinence des données, choix des éléments à analyser..., ce qui a sûrement limité l'exploitation du matériel collecté.

II. A propos des résultats chiffrés

1. Les médecins interrogés

Les médecins généralistes interrogés ont des caractéristiques différentes de la population nationale des médecins généralistes.

Ils sont globalement plus âgés, 50% de plus de 60 ans contre 27,3% au niveau national, aucun de moins de 40 ans contre 16 % au niveau national.

La proportion d'hommes y est plus élevée avec 75% de médecins hommes, contre 54% au niveau national.

Au niveau local, la différence est identique au niveau de l'âge. La population locale des médecins généralistes est plus jeune que l'échantillon, 33% ont plus de 55 ans contre 75 % au niveau de l'échantillon.

La proportion d'hommes y est plus élevée également avec 75% d'hommes, contre 62 % au niveau de l'échantillon.

Les médecins généralistes ayant une patientèle pouvant évoluée au cours de leur carrière par un vieillissement, il est logique d'obtenir une population de médecins généralistes plus âgée pour les cas étudiés (20).

2. Le taux de réhospitalisation évitable et suivi post réhospitalisation

Dans notre étude, le suivi des patients à risque de réhospitalisation est effectué, par les médecins généralistes, dans les 8 à 30 jours suivant la sortie d'hospitalisation. C'est cohérent avec la littérature qui retrouve que 3/4 des patients sont revus à 30 jours pour les patients ayant présenté une défaillance cardiaque (21).

Les taux de réhospitalisation à 30 jours relevés dans la littérature sont proches de ceux de notre étude, 10,8 à 17 % en France contre 18,49% à l'hôpital de Montaignu pour l'année 2015 (9). On peut remarquer une augmentation de ce taux à Montaignu sur les dernières années, 16,1 en 2013 et 17,4 en 2014, ces derniers taux étant plus proches des normes de la littérature (22).

3. Le patient à risque de réhospitalisation

Dans notre étude, le dépistage des patients à risque de réhospitalisation évitable se fait sur l'état du patient et son évolution. Les médecins généralistes ne prennent pas en compte le déroulement de l'hospitalisation comme la littérature l'a mis en évidence.

En effet, l'HOSPITAL Score (15) identifie le patient à risque devant la durée de l'hospitalisation, tout comme l'étude de K. Pérès réalisé à l'hôpital de Bordeaux (17).

Il a été également validé la prise en compte de résultats biologiques dans l'HOSPITAL Score dont les médecins généralistes ne se saisissent pas.

Les examens complémentaires étaient uniquement un élément de surveillance plutôt qu'un signal d'alerte de l'état du patient.

L'étude française de Laniece I. retrouve encore d'autres éléments non présents dans notre étude tel que les escarres, une perte récente de la capacité de se nourrir, une hospitalisation préalable dans les 3 mois et une déficience visuelle (10).

Par contre, l'autonomie est une notion bien intégrée par les médecins généralistes. Celle-ci est présente dans l'étude K. Pérès (23) mais pas dans l'HOSPITAL Score dont la puissance en terme d'étude est plus importante, grade A contre grade B.

III. Les barrières contre la réhospitalisation évitable

1. Les scores de dépistage

La Haute Autorité de Santé (HAS) est une autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité. Elle fournit des recommandations pour les médecins afin d'améliorer et d'unifier la prise en charge des patients.

A partir de 2012, les nord américains ont mis en place des mesures réglementaires et d'incitations financières afin de diminuer le coût humain et financier des réhospitalisations évitables. Aux Etats Unis, le coût estimé est de 12 milliards de dollars (24).

La France a fourni aux médecins des recommandations en 2013 (25) : Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ?

L'utilisation de scores y est presque absente. Elle fournit un score de triage (TRST) pour les urgentistes et des critères d'identification des patients à risque de réhospitalisation. Ces critères représentent une situation à risque s'ils sont deux ou plus, et nécessitent une prise en charge particulière. Les critères pourraient représenter un score, mais il n'est pas nommé en tant que tel. On voit donc bien que les mesures mises en place sont insuffisantes et peu précises. La place de la médecine de ville et hospitalière n'y est pas déterminée.

Le point de vue des médecins généralistes est le reflet de cette problématique : une situation mal identifiée dont découle une prise en charge peu rigoureuse. Le médecin hospitalier manque d'informations sur le contexte et l'histoire du patient et le médecin de ville n'a pas le temps ou la disponibilité pour identifier et intervenir efficacement. C'est un mauvais juge du risque de réhospitalisation précoce (26)

Il existe pourtant des évolutions récentes dans l'identification avec la validation internationale de l'HOSPITAL Score pour identifier en fin d'hospitalisation un patient à risque de réhospitalisation évitable. C'est un score qui est malheureusement utilisable uniquement à l'hôpital. Il reste donc un travail d'identification des patients en ville à réaliser de manière précise, reproductible et connue de tous. Ceci pourrait être l'objet d'un travail ultérieur.

2. La communication ville-hôpital

Le médecin généraliste est au sein d'un dispositif de suivi des patients, conforté dans sa position par la réforme du médecin traitant en 2004.

Cependant, sa position au niveau du suivi post hospitalisation n'est pas aussi centrale que les médecins généralistes eux-mêmes le souhaiteraient.

L'identification d'une situation à risque de réhospitalisation évitable est une étape clé. Mais il faut ensuite qu'une continuité se mette en place.

Les médecins généralistes sont globalement en accord pour dire que les patients à risque de réhospitalisation n'ont pas leur place au sein des structures d'urgences. Elles sont peu adaptées à la fragilité et la complexité du patient.

Les médecins généralistes se sentent globalement sous informés de la sortie de leur patient et de la nécessité de suivre des patients à risque de réhospitalisation.

Ceci se retrouve dans la littérature, d'après Walraven et al, plus le patient va être âgé et moins la communication est présente (27).

Pourtant, le suivi par un médecin, d'autant plus le médecin traitant habituel, est un facteur limitant les hospitalisations et la durée de séjour (28).

L'importance du suivi est primordiale. La place du médecin généraliste dans la réadmission des patients est centrale. On retrouve dans la littérature une corrélation positive entre la présence d'un suivi à 30 jours après une hospitalisation et la survie des patients insuffisants cardiaques (29) (figure).

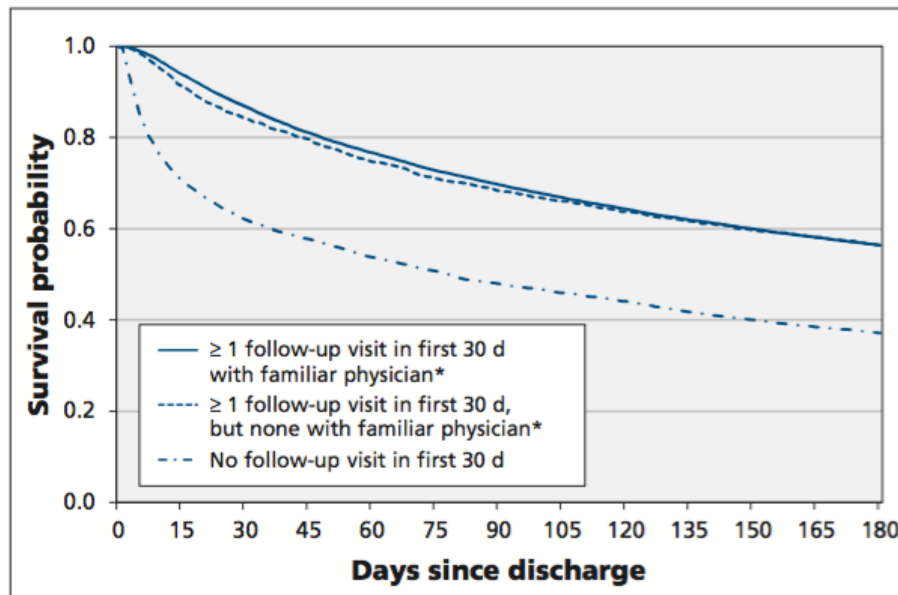


Figure 19. Courbes de Kaplan-Meier non ajustées pour la probabilité de survie après la sortie de l'index d'admission à l'hôpital. * Un médecin qui avait vu le patient au moins deux fois dans l'année précédant l'admission de l'index ou une fois au cours de l'admission de l'index.

A ma connaissance, on ne retrouve qu'une seule étude sur la relation entre le risque de réhospitalisation et la transmission de l'information d'hospitalisation (27). Elle retrouve une diminution du risque de réhospitalisation évitable lors d'une bonne transmission du compte rendu d'hospitalisation.

Il est donc important d'améliorer cette voie en rapprochant les interlocuteurs de la ville et de l'hôpital. Cette voie constitue un axe majeur pour les médecins généralistes interrogés. On retrouve cette voie dans la littérature comme un axe d'exploration prometteur (30).

Une transmission directe des informations serait souhaitable pour ces médecins généralistes par un biais qui pourrait être téléphonique et/ou informatique.

Les médecins généralistes interrogés ont principalement porté leurs espoirs dans les structures d'accueil de proximité comme peut l'être l'hôpital de Montaigu. La proximité, la facilité d'accès et surtout l'écoute qu'ils obtiennent au sein de cette structure la place comme un interlocuteur de choix dans la gestion des patients à risque de réhospitalisation évitable.

Il faut noter l'absence de citation des navigateurs ou infirmières spécialisées dans le discours des médecins généralistes. Ces professionnels sont, pour l'HAS, des interlocuteurs ayant une bonne efficacité dans la prévention des réhospitalisations évitables (25).

3. L'organisation

La médecine libérale connaît de profondes mutations avec une diminution de son attractivité et une baisse de ses effectifs, tout particulièrement dans les zones rurales et semi rurales où se situe notre échantillon.

Par ailleurs, la proportion de visites à domicile dans l'activité clinique a diminué de plus de la moitié entre 2000 et 2012 (-60%) : elle est passée de 23 % en 2000 à 10 % en 2012 (Score Santé, 2012). Cette diminution s'explique par la mise en place de l'Accord du Bon Usage des soins (AcBUS) en 2002 qui dans un objectif de limitation des dépenses de santé, visait à réduire le nombre de visites à domicile. Elle s'explique également par une féminisation de la profession (6).

Les études montrent que 35 % des actes effectués par le médecin généraliste auprès des patients de plus de 70 ans sont des visites à domicile (31).

Au sein de la communauté de commune de Montaigu Rocheservière, la densité médicale est satisfaisante. Cependant, 4 communes ne disposent que d'un ou deux médecins parfois proches de la retraite. Les successions sont alors difficiles à organiser.

Cette démographie médicale ne permet pas d'entrevoir une amélioration des conditions de travail en médecine de ville du secteur dans les années à venir.

Le nombre de professionnels diminuant et la charge de travail augmentant, la disponibilité pour réaliser les visites à domicile est par conséquent moindre. Les médecins généralistes sont et seront de moins en moins présents pour les patients à risque de réhospitalisation évitable.

Cependant une attitude systématique sur des cas identifiés peut devenir un atout pour répondre au défi de prise en charge qu'ils représentent.

Cette adaptation pourrait passer par une prise de rendez vous systématique de hôpital pour une visite à domicile dans les 8 jours pour les patients identifiés comme à risque de réhospitalisation évitable.

IV. Ouvertures et perspectives

La question de la réhospitalisation n'est pas nouvelle. Les grandes instances et les études s'intéressent de plus en plus à ce défi devant un coût humain mais également financier.

Dans une période de rationalisation des soins où l'hospitalisation ambulatoire est en train de prendre son essor et les financements des hôpitaux se limitent, la réhospitalisation ne peut être ignorée. Pourtant, la place de l'ambulatoire comme alternative à l'hospitalisation traditionnelle, à la fois comme facteur de gestion de coût mais aussi comme limitation des risques liés à l'hospitalisation et à la perte d'autonomie notamment pour la personne vulnérable, est-elle licite?

Au niveau local de la communauté de communes de Montaignu Rocheservière, un contrat local de santé (CLS) en lien avec l'Agence régionale de santé (ARS) s'est développé au cours de l'année 2016 avec une signature le 13 février 2017.

Ce travail s'est développé sur le constat que les dynamiques médicales locales sont fragiles et elles n'intègrent pas de projet collectif permettant de se saisir de notre problématique. Le troisième axe de ce projet s'est ainsi développé autour d'un désir de renforcement de la coordination des différents acteurs du champ sanitaire du territoire.

On y retrouve la poursuite des rencontres annuelles entre l'hôpital et les professionnels de santé libéraux. Cette rencontre rassemble d'ailleurs une population de professionnels libéraux dépassant les frontières de la communauté de communes de Montaignu Rocheservière.

On y retrouve également des objectifs de prévention de la perte d'autonomie, la limitation des hospitalisations et notamment de celles évitables (32).

Malheureusement, ce projet local n'englobe pas la totalité des professionnels bénéficiant de l'hôpital de Montaignu. C'est une réponse nécessaire mais partielle.

Un travail au niveau de la future maison de santé pluriprofessionnelle multisite de la communauté de communes de ROCHESEVIERE est en cours. Il a pour but d'établir une proposition de protocole entrée/sortie d'hôpital en lien avec le service de médecine du CHD. Ce projet est porté entre autres par le Docteur COLLEN.

La relation médecin patient est un élément non évalué et non pris en compte dans cette étude. Le modèle paternaliste disparaissant, il paraît important de faire participer le patient à sa prise en charge.

D'autres initiatives plus globales comme le programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation PRADO de la Caisse Primaire d'assurance Maladie (CPAM) se limitant à la sortie d'hospitalisation d'orthopédie et maternité intègre intelligemment des fiches explicatives pour le patient. Cette démarche permet d'intégrer également le patient de façon active dans sa prise en charge.

CONCLUSION

Dans le cadre de cette thèse, nous souhaitons comprendre comment les médecins généralistes percevaient la prise en charge des patients à risque de réhospitalisation évitable à travers leur patient ayant présenté une telle situation.

Grâce aux différents entretiens réalisés, nous avons pu comprendre la situation actuelle autour de la réhospitalisation évitable. Les déterminants nécessaires à une amélioration de la prise en charge des patients à risque de réhospitalisation ont été nettement pointés : identification du patient à risque, communication entre les médecins, organisation.

Les différents acteurs sont conscients de l'enjeu macro économique et humain que représente la réhospitalisation. Mais, nous nous sommes également aperçus que les médecins généralistes ne sont actuellement pas en mesure de répondre à ce défi, tout comme les médecins hospitaliers.

La prise en charge des patients à risque de réhospitalisation nécessite une coordination des efforts avec ces principaux protagonistes mais pas seulement. Les infirmières sont également des interlocuteurs de choix.

La coordination est d'autant plus nécessaire devant la diminution à venir des moyens à disposition. Des actions claires et ciblées sont à prévoir. Des travaux tout récents sont en train de se mettre en place pour répondre à cette difficulté. La prise de conscience des politiques pour un accompagnement de ces travaux est un signal fort envers l'importance de ce problème.

Le but de ce travail était de recueillir des solutions de la part des médecins généralistes pour améliorer la prise en charge des patients à risque de réhospitalisation évitable. Nous avons pu dégager quelques pistes d'amélioration qui peuvent être envisageables avec le concours des autres professionnels, hospitaliers ou non.

Les pistes évoquées que nous retenons sont :

- L'identification en amont des patients à risque de réhospitalisation évitable par l'HOSPITAL Score.
- Le renforcement de la communication autour de la sortie par l'information immédiate informatique ou téléphonique du médecin traitant.
- L'organisation d'un suivi dans les 8 jours pour les patients identifiés sous forme de visite à domicile avec prise de rendez vous par l'hôpital.

Au total, ce travail a été intéressant car il nous a permis de découvrir l'avis des médecins généralistes, et non pas l'avis des médecins hospitaliers ou encore des patients. Cependant, il serait intéressant d'avoir leurs avis sur les solutions proposées pour juger de leur utilité et faisabilité.

Ce travail va s'intégrer dans la prochaine réunion de rencontre entre les médecins hospitaliers et libéraux du secteur de Montaigu.

BIBLIOGRAPHIE

1. Insee. Bilan démographique 2015 2016 [updated 15/11/2016]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2418102>.
2. Robert D. Réalisation d'un diagnostic territorial partagé en vue de la signature d'un Contrat Local de Santé sur les Communautés de Communes de Montaignu / Rocheservière. 2016 11/03/2016. Report No.
3. Insee. Médecins suivant le statut et la spécialité 2015. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102.
4. Bouet P LB-LG. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS. 2016.
5. Attal-Toubert K. VM. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. *Etudes et Résultats*. 2008 février 2009;679.
6. Dumontet M. Feminisation, services provision and practice location : what issues in general medicine? : Micro-econometric analyses of outpatient care supply: Université Paris Dauphine - Paris IX; 2015.
7. Dress. Les établissements de santé - édition 2016. 2016.
8. Halfon P, Egli Y, van Melle G, Chevalier J, Wasserfallen J-B, Burnand B. Measuring potentially avoidable hospital readmissions. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2002;55(6):573-87.
9. Lanièce I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D, et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age and Ageing*. 2008;37(4):416-22.
10. Walraven Cv, Jennings A, Forster AJ. A meta,analysis of hospital 30 day avoidable readmission rates. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2012;18(6):1211-8.
11. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2001;56(3):M146-M57.
12. Robine Jean-Marie CSLK. Nouvelles observations sur la longévité humaine. *5/2008*;59:941-53.
13. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *The Lancet*. 381(9868):752-62.
14. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*. 2005;173(5):489-95. PubMed PMID: PMC1188185.
15. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in Relation to the Accumulation of Deficits. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2007;62(7):722-7.
16. Donzé J, Aujesky D, Williams D, Schnipper JL. Potentially avoidable 30-day hospital readmissions in medical patients: Derivation and validation of a prediction model. *JAMA Internal Medicine*. 2013;173(8):632-8.
17. Donzé JD, Williams MV, Robinson EJ, et al. International validity of the hospital score to predict 30-day potentially avoidable hospital readmissions. *JAMA Internal Medicine*. 2016.
18. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M. Introduction à la recherche qualitative.
19. Britten N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ : British Medical Journal*. 1995;311(6999):251-3. PubMed PMID: PMC2550292.
20. Charlotte F. Quels patients pour quels médecins ? Etude de l'association entre les caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes français et celles de leurs patients par analyse multivariée.: Lille; 2014.
21. McAlister FA, Youngson E, Bakal JA, Holroyd-Leduc J, Kassam N. Physician experience and outcomes among patients admitted to general internal medicine teaching wards. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*. 2015 08/17 06/30/accepted;187(14):1041-8. PubMed PMID: PMC4592295.

22. van Walraven C, Bennett C, Jennings A, Austin PC, Forster AJ. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*. 2011;183(7):E391-E402. PubMed PMID: PMC3080556.
23. Pérès K, Rainfray M, Perrié N, Emeriau J, Chêne G, Barberger-Gateau P. Incidence, facteurs de risque et adéquation des réhospitalisations à court terme de personnes âgées. 2008.
24. al BRe. Health Policy Brief: Care Transitions. *Health Affairs*. 2012 13 Septembre 2012;36.
25. Santé HHAAd. Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? 2013:4.
26. Allaudeen N, Schnipper JL, Orav EJ, Wachter RM, Vidyarthi AR. Inability of Providers to Predict Unplanned Readmissions. *Journal of General Internal Medicine*. 2011 03/12 08/27/received 01/27/revised 01/28/accepted;26(7):771-6. PubMed PMID: PMC3138589.
27. van Walraven C, Seth R, Austin PC, Laupacis A. Effect of Discharge Summary Availability During Post-discharge Visits on Hospital Readmission. *Journal of General Internal Medicine*. 2002;17(3):186-92. PubMed PMID: PMC1495026.
28. Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki R, et al. Continuity of outpatient medical care in elderly men: A randomized trial. *JAMA*. 1984;252(17):2413-7.
29. McAlister FA, Youngson E, Bakal JA, Kaul P, Ezekowitz J, van Walraven C. Impact of physician continuity on death or urgent readmission after discharge among patients with heart failure. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*. 2013;185(14):E681-E9. PubMed PMID: PMC3787192.
30. Auerbach AD, Kripalani S, Vasilevskis EE, et al. Preventability and causes of readmissions in a national cohort of general medicine patients. *JAMA Internal Medicine*. 2016.
31. Collin c EF, Mkol F Minodier C. Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes. *Etudes et Résultats*. 2012 Octobre 2012;816.
32. santé Ard. Contrat local de santé Terres de Montaigu 2017-2020. 2017.
33. Pellegrin KL, Krenk L, Oakes SJ, Ciarleglio A, Lynn J, McInnis T, et al. Reductions in Medication-Related Hospitalizations in Older Adults with Medication Management by Hospital and Community Pharmacists: A Quasi-Experimental Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2016:n/a-n/a.
34. Rae MJ, Butler RN, Campisi J, de Grey ADNJ, Finch CE, Gough M, et al. The Demographic and Biomedical Case for Late-Life Interventions in Aging. *Science translational medicine*. 2010;2(40):40cm21-40cm21. PubMed PMID: PMC3677970.
35. van Walraven C, Dhalla IA, Bell C, Etchells E, Stiell IG, Zarnke K, et al. Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community. *Canadian Medical Association Journal*. 2010;182(6):551-7.
36. van Walraven C, Wong J, Forster AJ. Derivation and validation of a diagnostic score based on case-mix groups to predict 30-day death or urgent readmission. *Open Medicine*. 2012 07/19 08/17/received 10/06/rev-request 11/15/revised 11/28/accepted;6(3):e90-e100. PubMed PMID: PMC3654506.
37. van Walraven C, Wong J, Hawken S, Forster AJ. Comparing methods to calculate hospital-specific rates of early death or urgent readmission. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*. 2012;184(15):E810-E7. PubMed PMID: PMC3478375.

ANNEXE

Questionnaire

Le médecin

Age, sexe, type d'exercice (groupe, seul), lieu d'exercice (rural, semi rural, urbain), tranche d'âge de la patientèle, durée d'installation, charge de travail journalière.

L'approche générale du médecin généraliste

- Quels sont les patients les plus à risques de réhospitalisation selon vous?

Pathologie? Contexte?

- Comment les identifiez vous?

Des scores ? Des échelles?

- Quelles relations avez vous avec l'hôpital?

Pour les urgences immédiates ou différées? Pendant l'hospitalisation? Après l'hospitalisation?

- Quelle prise en charge post hospitalisation faites-vous des patients considérés à risque de réhospitalisation?

Initialement (<30 jours)? Prolongé (30 à 90 jours)? Faites vous appel à d'autres professionnels dans ces situations?

- Quels sont les points positifs de la prise en charge actuellement de ces patients? Les points négatifs?

Le cas particulier

- Quels facteurs de risque de réhospitalisation identifiez vous?
- Quels sont les points positifs de la prise en charge de ce patient? Les points négatifs?

Annexe 2. Tableau récapitulatif des médecins généralistes interrogés

Age	Km	Sexe	Activité de groupe	Type d'exercice	Durée d'installation	Tranche d'âge	Charge de travail
61	52	F	Oui	semi rural	33	Agée	35
44	17	F	Oui	semi rural	7	Mixte	25
59	28	M	Oui	semi rural	39	Agée	30
43	13	M	Oui	semi rural	7	Mixte	25
70	13	M	Oui	semi rural	38	Agée	20
51	6	M	Oui	semi rural	17	Mixte	25
61	6	M	Oui	semi rural	31	Mixte	25
57	1	M	Oui	semi rural	29	Agée	25
61	5	M	Non	semi rural	33	Jeune	30
67	44	M	Oui	semi rural	41	Mixte	40
64	34	M	Oui	semi rural	37	Mixte	30
56	1	F	Non	semi rural	29	Mixte	27
58	18			semirural	28		28

Annexe 3. Tableau récapitulatif des médecins généralistes des communautés de communes de Rocheservière et Montaigu

Commune	Nom	Sexe
Saint Philbert de Bouaine	COLLEN	M
Saint Philbert de Bouaine	CALLIGHER	F
Saint Philbert de Bouaine	CHATELIER	F
Rocheservière	RABILLER	M
Rocheservière	RABILLER	M
Saint André Treize Voies	PLESSIS	M
L'herbergement	HIROT	M
Boufféré	MARTIN	M
Montaigu	BIHAN	M
Montaigu	DUJARDIN	F
Montaigu	DUBOIS	F
Montaigu	MITAULT	F
Montaigu	JAMET	M
Montaigu	FERAILLE	M
Montaigu	LEMONNIER	M
Montaigu	PHILIPPE	M
Saint Georges de Montaigu	ROY	M
Saint Georges de Montaigu	POTZ	F
Saint Georges de Montaigu	EZANNO	F
Saint Georges de Montaigu	OSHO	M
La guyonnière	BARSI	M
La guyonnière	VALAIS	F
La Boissière de Montaigu	BIAVA	M
Treize septiers	POTTERIE	M
La Bruffière	CHUPIN	M
La Bruffière	PENAUD	F
La Bruffière	DINOT MARIAU	F
Saint Hilaire de Boulay	BEAUSOLEIL	M
Saint Hilaire de Boulay	DAUPHIN	M
Saint Hilaire de Boulay	LEROUX BOLTEAU	F
Cugand	GUIMBRETIERE	M
Cugand	MALTETE	F
Cugand	DUBOS	M
Cugand	GUIMBRETIERE	F
Homme		62 % 21
Femme		38 % 13

Vu, le Président du Jury,
SENAND Remy, Professeur de médecine générale

Vu, le Directeur de Thèse,
POINT Patrick, Docteur en médecine

Vu, le Doyen de la Faculté,
JOLLIET Pascale, Doyen de la faculté de médecine

NOM : LEBLANC

PRENOM : AXEL

Titre de Thèse : Point de vue des médecins généralistes sur leurs patients à risque de réhospitalisation potentiellement évitable en 2015 : Etude dans le service de médecine du CHD Vendée, site de MONTAIGU

RESUME

Le contexte économique et l'évolution de l'offre de soins à l'hôpital nécessitent une rationalisation des efforts.

Dans le but de diminuer également le coût humain que représente la réhospitalisation évitable, des mesures se mettent en place avec plus ou moins d'efficacité.

Cette étude qualitative a été réalisée auprès des médecins généralistes ayant dans leur patientèle un cas de réhospitalisation évitable. Elle a permis de mettre en valeur les priorités des médecins généralistes en la matière.

Les domaines nécessitant toute notre attention sont principalement : la mise en place d'une identification en amont des patients à risque de réhospitalisation évitable, le renforcement de la communication autour de la sortie du patient et l'organisation d'un suivi à domicile rapproché et systématique de ces patients.

MOTS-CLES

Réhospitalisation évitable

Médecine générale

Démographie médicale

SQLape

HOSPITAL Score

Communication médicale

Entretien semi-directif