



HAL
open science

Coopération ville-hôpital: évaluation de la faisabilité et de l'intérêt de l'appel téléphonique par le médecin hospitalier du médecin traitant pour préparer le retour à domicile

Lukas Enzinger

► To cite this version:

Lukas Enzinger. Coopération ville-hôpital: évaluation de la faisabilité et de l'intérêt de l'appel téléphonique par le médecin hospitalier du médecin traitant pour préparer le retour à domicile. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01925265

HAL Id: dumas-01925265

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01925265>

Submitted on 16 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2018

**COOPÉRATION VILLE-HÔPITAL : ÉVALUATION DE LA FAISABILITÉ
ET DE L'INTÉRÊT DE L'APPEL TÉLÉPHONIQUE PAR LE MÉDECIN
HOSPITALIER DU MÉDECIN TRAITANT POUR PRÉPARER LE
RETOUR À DOMICILE**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
GÉNÉRALE

DIPLÔME D'ÉTAT

Lukas ENZINGER

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : **09/11/2018**

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Monsieur Patrick IMBERT, Professeur des Universités

Membres :

Madame Laurence BOUILLET, Professeure des Universités

Monsieur Gaëtan GAVAZZI, Professeur des Universités

Madame Perrine DUMANOIR, Praticien Hospitalier (Directrice de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

ENSEIGNANTS À L'UFR DE MÉDECINE – ANNÉE 2017/18

Doyen de la Faculté : Pr Patrice MORAND

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique

PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques

PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ	8
ABSTRACT	10
LISTE DES ABRÉVIATIONS	12
I INTRODUCTION	13
II MATÉRIEL ET MÉTHODES	16
1) Type et site d'étude	16
2) Protocole d'échantillonnage	16
3) Description de l'intervention	16
4) Mode de recueil des données	17
4.A Bordereau de recueil	17
4.B Caractéristiques des patients et de l'hospitalisation.....	18
4.C Caractéristiques des médecins traitants	19
4.D Respect des critères de l'intervention	20
4.E Base de données	20
5) Plan d'analyse des données	21
5.A Élaboration de scores pour évaluer l'intérêt de l'intervention	21
5.B Imputation de données manquantes	22
5.C Analyses statistiques.....	22
6) Autorisations	23
III RÉSULTATS	24
1) Échantillon d'étude	24
2) Faisabilité de l'intervention	26
2.A Succès de l'intervention	26
2.B Respect des critères de l'intervention	28
2.C Joignabilité des médecins traitants	29
2.D Réponses aux questions sur la faisabilité de l'appel.....	31
3) Intérêt de l'intervention	32
3.A Réponses aux questions sur l'intérêt de l'appel	32
3.B Présence ou défaut de bordereau de recueil : comparaison des patients	34
3.C Scores d'évaluation de l'intérêt de l'appel	36
3.D Réhospitalisations	39
3.E Réponses des médecins traitants aux questions posées en fin d'appel	40
IV DISCUSSION	41
1) Population d'étude	41
2) Faisabilité de l'intervention	42
3) Intérêt de l'intervention	45
4) Pour quels patients ?	48
5) Réhospitalisations	51
6) Force et limites de l'étude	54
7) Mise en perspectives des résultats	56
V CONCLUSION	61
VI RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	64
VII ANNEXES	68
1) Annexe Numéro 1 – Bordereau de recueil	68
2) Annexe numéro 2 - Serment Hippocrate	70
VIII REMERCIEMENTS	71

COOPÉRATION VILLE-HÔPITAL : ÉVALUATION DE LA FAISABILITÉ ET DE L'INTÉRÊT DE L'APPEL TÉLÉPHONIQUE PAR LE MÉDECIN HOSPITALIER DU MÉDECIN TRAITANT POUR PRÉPARER LE RETOUR À DOMICILE

RÉSUMÉ

Objectif

Le défaut de coopération entre médecins traitants et hospitaliers lors de la sortie d'hospitalisation est incontestable. L'objectif était d'évaluer la faisabilité et l'intérêt de l'appel téléphonique par le médecin hospitalier du médecin traitant, pour préparer le retour à domicile de son patient.

Méthodes

Cette étude était observationnelle transversale. Elle s'est tenue dans l'unité de post-urgences du CHU de Grenoble. Le médecin hospitalier devait joindre téléphoniquement le médecin traitant dans les 72h précédant la sortie, en effectuant 3 tentatives d'appel maximum.

Résultats

275 patients ont été inclus, 196 patients ont bénéficié de l'intervention. Elle a abouti dans 80% des cas. Le taux de réussite globale des appels était de 47%. La faisabilité de l'intervention était bonne. L'intérêt porté par les médecins hospitaliers et traitants à cette intervention était important.

Discussion

L'intervention étudiée est un succès. Sa faisabilité était satisfaisante malgré la difficulté à joindre les médecins traitants. La forte participation des médecins hospitaliers à l'étude témoigne de leur attrait. L'intérêt des médecins traitants était important, 83% d'entre eux souhaitaient que cette intervention devienne systématique. Les bénéfices de l'intervention étaient plus marqués pour les patients âgés et dépendants. Lorsque l'intervention a réussi, le taux de réadmission à 30 jours était plus faible chez les patients de plus de 75 ans.

Conclusion

La faisabilité et les bénéfices de l'intervention ont été démontrés. Elle semble être une piste pour l'amélioration de la coopération ville-hôpital, et doit s'inscrire dans des protocoles de planification de la sortie plus généraux.

MOTS CLÉS :

Sortie d'hospitalisation / Préparation de la sortie / Coopération interprofessionnelle / Communication ville-hôpital / Continuité des soins / Soins primaires / Téléphone / Réhospitalisation

FILIÈRE : Médecine Générale

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts. Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement.

INTERPROFESSIONAL COOPERATION: EVALUATING THE FEASIBILITY AND BENEFITS OF HOSPITALISTS PHONE CALLING PRIMARY CARE PHYSICIANS TO PLAN HOSPITAL DISCHARGE

ABSTRACT

Objective

The lack of cooperation between primary care physicians (PCPs) and hospitalists during hospital discharge is significant. The objective was to evaluate the practicability and the benefits of hospitalist phone calling PCPs to plan the home return.

Search methods

It was an observational transversal study. It took place in the post-emergency department of the Grenoble University Hospital. Hospitalists had to reach PCPs by phone 72 hours preceding discharge, with a maximum of 3 call attempts.

Main results

275 patients were included. Intervention was achieved for 196 patients, and succeeded for 80 % of them. The total phone calls success rate was 47 %. The practicability of the intervention was good. Hospitalists and PCPs showed substantial interest in the intervention.

Discussion

The intervention was a success. Its practicability was acceptable despite some hurdles in reaching the PCPs. The significant participation of the hospitalists demonstrates their interest. The interest of PCPs was also high as 83% of them would like to see intervention to become systematic. The benefits were more pronounced for old patients with low functional status. When the intervention succeeded, the 30 days readmission rate was lower for patient aged 75 and more.

Authors' conclusions

The feasibility and the benefits of this intervention have been demonstrated. It seems to be a promising lead for improve cooperation between hospitals and community care. It should be supported by larger discharge planning programs.

MESH TERMS:

Discharge planning / Interprofessional Relations / Interdisciplinary Communication / Care Continuity / Primary Health Care / Hospitalist / Telephone / After care / Patient Readmission

STUDY PROGRAMM: general practice physician

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADL : Activities of Daily Living

ADL J-15 : Activities of Daily Living 15 jours avant l'hospitalisation

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies dans sa 10e révision

CRH : Compte-Rendu d'Hospitalisation

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ET : Écart-Type

HAS : Haute Autorité de Santé

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

IADL J-15 : Instrumental Activities of Daily Living 15 jours avant l'hospitalisation

IMC : Index de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MSS : Messagerie Sécurisée Santé

UPUM : Unité de Post-Urgences Médicales

ZEPRRA : Zéro Échange Papier en Rhône-Alpes

I INTRODUCTION

Le vieillissement démographique et les progrès de la médecine s'accompagnent d'une augmentation de la prévalence des maladies chroniques, des polyopathologies et de la dépendance [1]. Cette transition épidémiologique est responsable d'une complexification des parcours de soins qui deviennent plus longs, plus fragmentés, plus complexes et mettent en relation d'avantage d'acteurs.

Tous les acteurs du parcours de soins doivent coopérer activement pour assurer des soins de qualité et la sécurité du patient. Les défauts de coopération entre professionnels de santé peuvent entraîner une rupture de la continuité des soins. Ces défauts peuvent être responsables d'évènements indésirables comme des erreurs médicales, de la iatrogénie médicamenteuse, des nouvelles consultations aux urgences, des réhospitalisations évitables et des décès [2–7].

L'interface entre les soins primaires et les soins hospitaliers semble être la plus défaillante [8–12]. En France de nombreuses études mettent en lien le mécontentement des médecins traitants et ce défaut de coopération. Les médecins hospitaliers sont difficilement joignables et mal identifiés. Les médecins traitants sont exclus des décisions et projets thérapeutiques hospitaliers. Ils ne sont pas impliqués dans la préparation de la sortie et l'organisation du retour à domicile de leurs patients. Les compte-rendus d'hospitalisation sont incomplets et arrivent trop tardivement. Les prescriptions de sortie ne sont pas commentées [13–16].

En France le système de santé évolue progressivement pour renforcer l'interaction ville-hôpital. En 2009 la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) introduit le terme

de « médecin généraliste de 1er recours » qui est chargé « d'assurer la coordination des soins » de ses patients [17]. Depuis 2009, l'organisation de la sortie du patient fait partie des critères de certification des établissements de santé. Ce critère est évalué grâce à l'indicateur de la Haute Autorité de Santé (HAS) "délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" qui doit être transmis au médecin traitant dans un délai de 8 jours [18]. Depuis 2015 la HAS recommande l'établissement d'une « check-list du patient hospitalisé », incluant un contact avec le médecin traitant avant la sortie [19]. La loi de modernisation du système de santé de 2016 instaure la « lettre de liaison », contenant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin hospitalier, à remettre au patient dès sa sortie d'hospitalisation [20]. Ces aspirations à faire évoluer les systèmes de santé pour renforcer la coopération interprofessionnelle sont aussi retrouvées à l'international [21–23].

De nombreuses interventions visant à améliorer la coordination interprofessionnelle entre ville et hôpital ont été étudiées [2, 24–29]. Ces interventions variées, parfois complexes et composites, intra et extrahospitalières, visent généralement à améliorer la transition de l'hôpital vers le domicile à la sortie d'hospitalisation d'un patient. Plusieurs méta-analyses mettent en évidence une efficacité de ces interventions. Elles permettent une réduction de la durée d'hospitalisation et des taux de réadmissions, une amélioration de la satisfaction des patients et des dispensateurs de soins ainsi que de l'état de santé des patients.

En 2010 les médecins généralistes du bassin grenoblois étaient peu satisfaits de la qualité des services rendus par le CHU de Grenoble (55,5 % de satisfaction). Leur mécontentement le plus important portait sur la préparation de la sortie (29,3 % de satisfaction) [30]. Un groupe de réflexion a été formé à l'issue de cette étude pour corriger

ces résultats. Parmi leurs recommandations, un contact avec le médecin traitant pendant l'hospitalisation était préconisé [31].

En sortie d'hospitalisation, le médecin traitant est le premier relais dès le retour à domicile de son patient. Il s'agit d'un moment où l'état de santé du patient est précaire. Il a été démontré que le défaut de compte-rendu d'hospitalisation lors de la première visite post-hospitalisation augmentait le risque de réadmission [32]. Un entretien téléphonique entre le médecin hospitalier et le médecin traitant pour préparer la sortie permettrait de transmettre ces informations de façon directe, rapide et sûre. Cet entretien pourrait créer une réelle coopération entre médecins, en incluant le médecin traitant dans le projet thérapeutique et l'organisation du retour à domicile. Ce type de pratique se rencontre chez de rares praticiens, où elle est réalisée selon le contexte clinique, de façon inconstante et insuffisante. Une méta-analyse a retrouvé qu'un contact direct est établi entre médecins hospitalier et traitant lors d'une hospitalisation dans 3 % à 20 % des cas [27]. Dans une étude réalisée en 2010 en Lorraine, seul 4 % des médecins généralistes interrogés déclaraient avoir reçu un appel téléphonique pour les prévenir de la sortie de leur patient [16].

Cette étude avait pour objectif d'étudier la faisabilité et l'intérêt de l'appel téléphonique par le médecin hospitalier du médecin traitant pour préparer le retour à domicile de son patient. Elle avait pour cibles secondaires d'évaluer la joignabilité téléphonique des médecins traitants, de déterminer pour quel profil de patient cette intervention est plus bénéfique, et de rechercher effet potentiel sur le taux de réadmission. À notre connaissance ce type d'étude n'a jamais été réalisée en France.

II MATÉRIEL ET MÉTHODES

1) Type et site d'étude

Cette étude était de type observationnel transversal mono-centrique. Elle s'est tenue au CHU de Grenoble dans l'Unité de Post-Urgences Médicales (UPUM), pendant la période du 20 novembre 2017 au 20 février 2018. La rédaction de cet article a suivi les recommandations de la grille STROBE [33].

2) Protocole d'échantillonnage

Tous les patients sortant d'hospitalisation de l'UPUM vers leur domicile (domicile personnel, résidence autonomie ou Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes - EHPAD), pendant la période de l'étude ont été inclus.

Les patients transférés vers d'autres services (y compris vers des Services de Soins de Suite et de Réadaptation) et les patients n'ayant pas déclaré de médecin traitant ont été exclus.

3) Description de l'intervention

Pour chaque patient inclus, le médecin hospitalier responsable de sa prise en charge, devait chercher à prendre contact téléphoniquement avec le médecin traitant du patient. Le contact téléphonique devait être réalisé dans les 72 heures précédant la sortie. Pour cela le médecin hospitalier bénéficiait de 3 appels téléphoniques qui devaient être réalisés à plus d'une heure d'intervalle, en heures et jours ouvrables (8h30-12h et 14h-19h, du lundi au vendredi) et répartis au minimum sur 48h.

Le contact téléphonique était considéré comme un succès si un échange téléphonique entre le médecin traitant (titulaire, remplaçant, ou interne) et le médecin hospitalier avait lieu. Si le médecin traitant appelait lui-même le médecin hospitalier (appel de son initiative ou rappel suite à un première tentative) ce contact était aussi considéré comme un succès de l'intervention. L'appel était considéré comme un échec après 3 tentatives d'appels infructueuses.

L'échange téléphonique devait contenir les éléments clé de l'hospitalisation : le motif et la durée d'hospitalisation, la prise en charge médicale, les modifications thérapeutiques, la prise en charge sociale éventuelle, la date de sortie, et tous les éléments nécessaires à assurer la continuité des soins dès le retour à domicile. Le contenu de l'appel téléphonique n'était pas enregistré ni contrôlé.

À la fin de l'échange téléphonique, le médecin hospitalier recueillait directement l'avis du médecin traitant sur l'intervention par 4 questions fermées courtes, à modalité de réponse binaire, posées oralement.

4) Mode de recueil des données

4.A Bordereau de recueil

Le médecin hospitalier devait remplir, pour chaque patient inclus, un bordereau de recueil papier standardisé et auto-administré (cf. Annexe n°1). Ce bordereau a été construit pour cette étude. Il a été préalablement testé pendant un mois, dans la même unité, par 4 médecins n'ayant pas participé à l'étude, pour en assurer sa validité et la compréhension des questions.

La première partie du bordereau comprenait le recueil des heures, des dates, des causes d'échecs des appels téléphoniques, ainsi que la qualité du médecin joint (médecin traitant, remplaçant, interne). La date de la prise de décision de sortie d'hospitalisation était également relevée.

La deuxième partie comprenait les réponses du médecin traitant aux questions orales posées en fin d'appel.

La troisième partie comprenait un questionnaire en 13 points. Ce questionnaire permettait de recueillir l'avis du médecin hospitalier sur la faisabilité, l'accueil et l'intérêt du contact téléphonique, via des échelles d'attitude de Likert à 4 modalités. Enfin les modifications de prise en charge du patient, médicale, thérapeutique ou sociale, engendrées par l'échange téléphonique étaient reportées.

4.B Caractéristiques des patients et de l'hospitalisation

Les caractéristiques des patients et de leur hospitalisation ont été recueillies rétrospectivement. Ces données ont été recueillies par l'auteur à partir du dossier médical informatique du patient et du compte-rendu d'hospitalisation du séjour.

Les variables recueillies étaient : le sexe, l'âge (en années), le lieu de vie (domicile, résidence autonomie ou EHPAD), la présence d'aides sociales à domicile (patients résidant en EHPAD considérés comme bénéficiant d'aides à domicile), l'Index de Masse Corporelle (IMC) en kg/m^2 , le nombre de traitements sur l'ordonnance habituelle du patient à son entrée, la durée d'hospitalisation (différence entre l'arrivée aux urgences et la sortie du service, en nombre de jours entiers), la réalisation d'une prise en charge sociale pendant l'hospitalisation (entretien avec un assistant social, révision d'allocation, réévaluation du plan d'aide médico-social, réévaluation du lieu de vie, ou autre), évaluation de l'autonomie 15 jours avant l'hospitalisation avec les échelles Activities of

Daily Living (ADL) de Katz et Instrumental Activities of Daily Living (ADL) de Lawton. Le délai entre la date de prise de décision de sortie d'hospitalisation et la date de sortie d'hospitalisation a été calculé (différence entre les deux dates en jour entier, délai égal à zéro si sortie le jour même de la décision de sortie).

Le diagnostic principal du séjour a été recueilli auprès du département d'information médicale du CHU. Ce diagnostic avait été codé à l'aide de la Classification Internationale des Maladies dans sa 10e révision (CIM-10) [34]. Seuls les chapitres de ce code ont été retenus, pour permettre de classer les diagnostics par catégories de pathologies les plus représentées : appareil respiratoire (Chapitre X), appareil circulatoire (Chapitre IX), appareil génito-urinaire (Chapitre XIV), appareil digestif (Chapitre XI), maladies infectieuses (Chapitre I), maladies du système nerveux (Chapitre VI), et autres chapitres.

La survenue d'une réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours et dans un délai de 1 à 30 jours de leur sortie a été relevée, selon les méthodes de calcul des indicateurs nationaux [35, 36].

4.C Caractéristiques des médecins traitants

Le sexe et lieu d'exercice des médecins traitants des patients inclus ont été recueillis. Le lieu d'exercice a été classé en fonction du statut de la commune (rural, ville-centre, banlieue, ville isolée) où se trouvait le cabinet du médecin traitant, selon la classification des unités urbaines de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) de 2010 [37].

4.D Respect des critères de l'intervention

Le respect des critères de l'intervention a été évalué rétrospectivement par l'auteur, à l'aide des réponses au bordereau de recueil et des données de l'hospitalisation. Les critères de l'intervention évalués étaient la réalisation des appels : dans les 72h précédant la sortie, à plus d'une heure d'intervalle, en heures et jours ouvrables, répartis sur au moins 48h. En cas d'échec de l'intervention, la réalisation de l'intervention dans sa totalité ou non a été évaluée : réalisation des 3 appels ou arrêt prématuré.

4.E Base de données

L'ensemble de ces données a été retranscrit dans une base de données unique, informatisée et anonymisée, à l'aide d'une grille de saisie automatique, pour limiter le risque d'erreurs de saisie. L'homogénéité et la qualité de la base de données ont été contrôlées.

5) Plan d'analyse des données

5.A Élaboration de scores pour évaluer l'intérêt de l'intervention

La 3^{ème} partie du questionnaire permettait d'évaluer l'intérêt de l'intervention en recueillant : l'avis du médecin appelant et les modifications de prise en charge engendrées par le contact téléphonique. Un score a été développé pour chacune de ces sections.

Le premier score développé reflète l'intérêt porté à l'intervention par le médecin hospitalier. Il a été nommé « Score avis du médecin hospitalier ». Les questions les plus discriminantes ont été sélectionnées. Un coefficient de pondération leur a été alloué selon leur degré d'importance. Ces choix expriment une position médicale prise après consultation de 3 médecins différents. Pour chaque question, de 0 à 3 points étaient accordés, selon les réponses sur l'échelle de Likert à 4 modalités. Ce score était additionnel. Voici le détail du score :

Questions	Coefficient	Points Alloués
Mon appel a été utile, il a permis d'améliorer la prise en charge du patient	3	0 à 9
Les informations transmises vont être prises en compte par le médecin généraliste dans sa prise en charge	1	0 à 3
Nouvelles informations recueillies lors de cet appel	2	0 à 6
Cet appel m'a donné le sentiment d'avoir mieux sécurisé la sortie du patient :		
Sur le plan médical	1	0 à 3
Sur le plan thérapeutique	1	0 à 3
Sur le plan social	1	0 à 3

Les questions sur la satisfaction et sur la redondance avec la lettre de liaison ont été exclues. Les résultats du score sont compris entre 0 et 27. Plus le score est élevé, plus le médecin appelant portait de l'intérêt à l'intervention.

Le deuxième score développé correspond aux modifications de prise en charge engendrées par le contact téléphonique. Il s'agit d'un score objectif. Il a été nommé « Score modification de prise en charge ». Un point était alloué si une modification de la prise en charge médicale, thérapeutique, ou sociale avait eu lieu. Il s'agissait d'un score additionnel. Les résultats du score sont compris entre 0 et 3. Plus le score est élevé, plus les modifications thérapeutiques ont été nombreuses.

5.B Imputation de données manquantes

Pour 17 des 196 bordereaux de recueil remplis (soit 9%), les 3 questions sur la faisabilité des appels n'ont pas été complétées par le médecin appelant. La totalité de ces 17 bordereaux était rattachée à des patients pour lesquels le contact téléphonique avait échoué. Pour ces patients, les médecins appelants ont bien rempli la première partie du bordereau. Mais suite à l'échec de l'intervention, ils n'ont pas poursuivi leur action, et ils n'ont pas répondu aux questions sur la faisabilité de l'intervention. Pour éviter une surévaluation de la faisabilité de l'appel, une imputation par la moyenne sur les données manquantes a été réalisée.

5.C Analyses statistiques

Les variables qualitatives ont été décrites à l'aide de l'effectif et du pourcentage ; les variables quantitatives à l'aide de la moyenne encadrée de l'Écart-Type (ET).

Les comparaisons univariées ont été conduites en utilisant les tests les plus adaptés en fonction du type de variable, après vérification des conditions de validité : test du Chi², test exact de Fisher, test de Student, test de corrélation de Pearson, et test d'analyse de la variance Anova. Ces tests ont été réalisés grâce au logiciel R4Web.

Les comparaisons multivariées ont été conduites grâce à un modèle de régression linéaire, avec l'aide du centre d'investigation clinique du CHU de Grenoble. Ces tests ont été réalisés grâce au logiciel RStudio (Version 1.0.143 – © 2009-2016 RStudio, Inc).

Le seuil de significativité retenu était de 5% (p-value <0.05).

6) Autorisations

Une déclaration à la CNIL a été effectuée sous le n° 2108852. Le recueil du consentement du patient et l'avis du comité de protection des personnes n'étaient pas nécessaires.

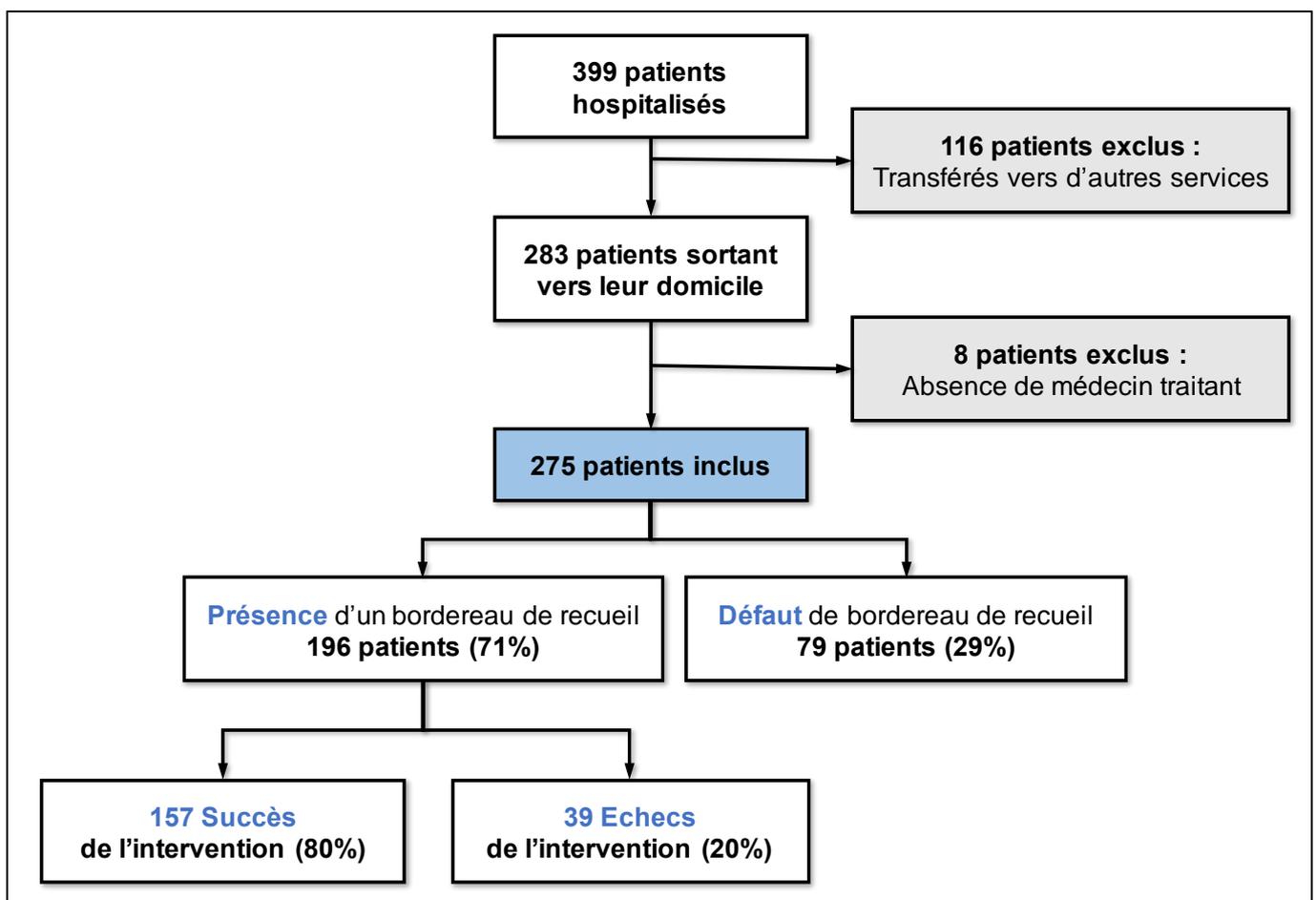
III RÉSULTATS

1) Échantillon d'étude

L'échantillonnage de l'étude est détaillé par la figure 1. Pendant la période de l'étude 399 patients ont été hospitalisés à l'UPUM. 116 patients ont été exclus car transférés vers d'autres services, et 8 patients car n'ayant pas déclaré de médecin traitant. Au total 275 patients ont été inclus.

Un bordereau de recueil a été rempli pour 196 patients soit 71 %. L'ensemble de ces bordereaux étaient exploitables. Ils ont été remplis par 8 médecins hospitaliers appelants différents, tous internes en médecine.

FIGURE 1 - DIAGRAMME DE FLUX



Les caractéristiques des médecins traitants inclus et des médecins contactés téléphoniquement en cas de réussite de l'intervention sont présentées dans le tableau II.

Tableau II - Caractéristiques des médecins traitants		
	Médecins Inclus (n = 209)	Médecins Contactés (n = 132)
Sexe : nombre de femmes (%)	88 (42%)	58 (44%)
Lieu d'exercice : nombre (%)		
Ville-centre	85 (41%)	54 (41%)
Banlieue	110 (52%)	67 (51%)
Ville-isolée	6 (3%)	5 (4%)
Rural	8 (4%)	6 (4%)
Qualité du médecin joint : nombre (%) ^a (n=157)		
Médecin traitant		133 (92%)
Remplaçant		10 (7%)
Interne		2 (1%)

^a données manquantes = 12

2) Faisabilité de l'intervention

2.A Succès de l'intervention

Le succès du contact téléphonique, ainsi que les taux de réussite détaillés par appel, sont présentés dans le tableau III.

Sur les 196 tentatives, les médecins traitants ont été joints avec succès 157 fois, soit dans 80 % des cas. La première tentative d'appel s'est soldée par une réussite dans 50 % des cas, la deuxième tentative dans 48 % des cas et la troisième dans 31 % des cas. En moyenne le médecin hospitalier aura dû réaliser 1,42 appels pour réussir à joindre le médecin traitant. Le taux de réussite globale des appels est de 47 %.

Deux médecins traitants ont appelé le service de leur initiative pour prendre des nouvelles de leur patient et organiser le retour à domicile.

Tableau III - Succès du Contact Téléphonique et des Appels	
Succès du contact téléphonique : nombre (%)	157 (80%)
dont succès par Rappel par le médecin traitant	7 (4%)
Succès par appel : nombre (%)	
Premier appel (n = 189)	95 (50%)
Deuxième appel (n=89) ^a	43 (48%)
Troisième appel (n=39) ^b	12 (31%)
Nombre moyen d'appel nécessaire pour la réussite de l'intervention	
Moyenne (± ET)	1,42 (± 0.63)
Taux de réussite globale des appels (n total d'appels = 317)	47%
<i>^a données manquantes = 5 (intervention stoppée prématurément après le 1er appel)</i>	
<i>^b données manquantes = 12 (intervention stoppée prématurément après le 1er ou 2eme appel)</i>	

2.B Respect des critères de l'intervention

L'Évaluation du respect des critères de l'intervention est présentée dans le tableau IV.

Tableau IV - Respect des critères de l'intervention (n= 196) nombre (%)	
Appels réalisés dans les 72h avant la sortie ^a	112 (58%)
Appels réalisés à plus d'une heure d'intervalle ^b	192 (98%)
Appels réalisés en heure et jour ouvrable ^b	181 (92%)
Appels repartis sur au moins 48h ^b	192 (98%)
En cas d'échec (n=39) : arrêt prématuré de l'intervention	12 (30%)
Respect de l'ensemble des critères ^a	105 (54%)
<i>^a données manquantes = 3 ^b données manquantes = 2</i>	

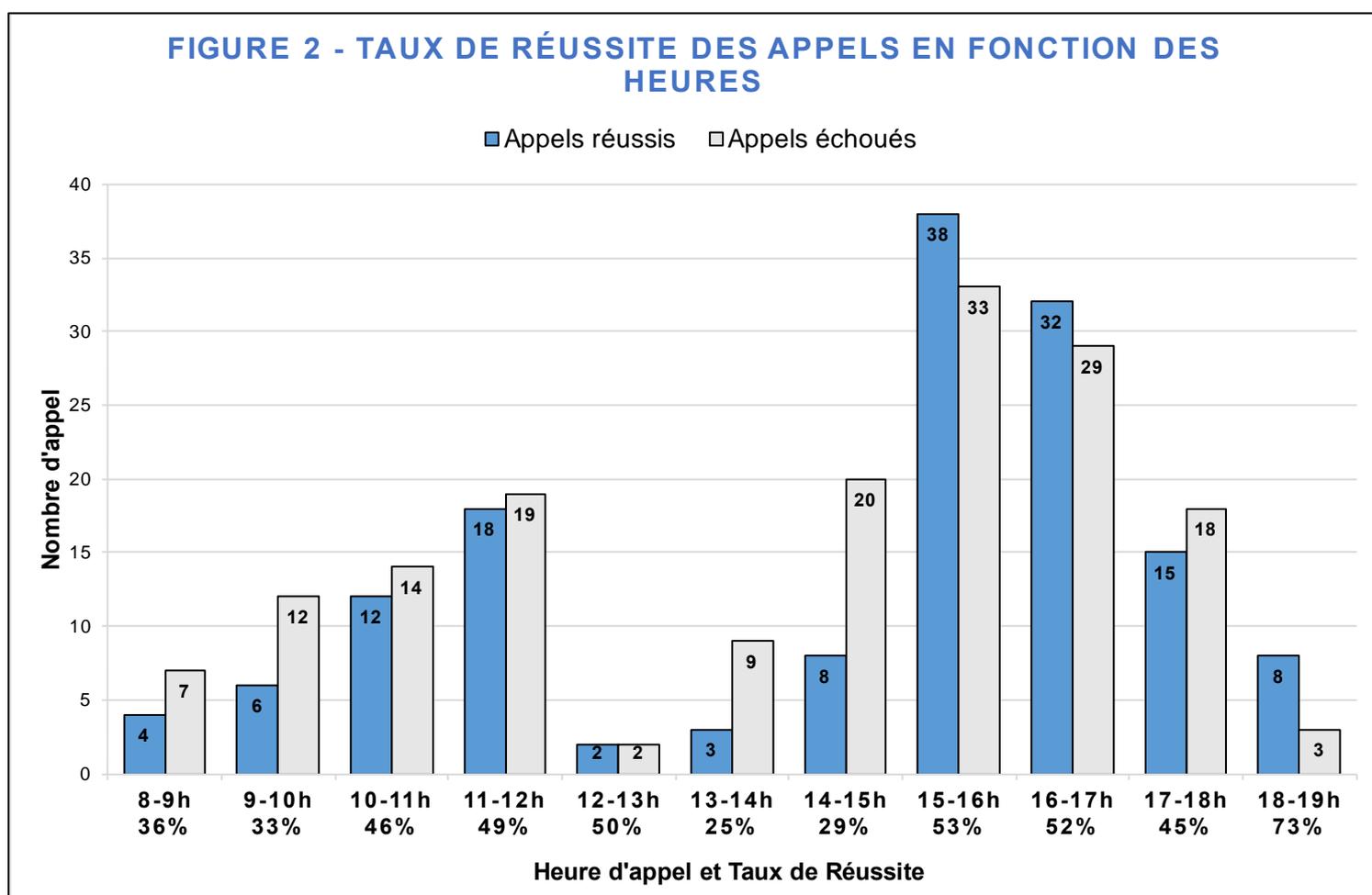
La totalité des critères a été respectée pour 54 % des interventions. Pour 42 % des interventions (n = 81) au moins une partie des appels été réalisée après la sortie du patient. Pour 43 parmi ces 81 interventions (soit 53 %), les appels ont été débutés avant la sortie. Mais les appels ont dû être poursuivis après la sortie en raison d'échecs lors des premières tentatives. Pour 38 des 196 interventions (soit 20 %) l'ensemble des appels a été passé après la sortie de patient.

Les appels étaient préférentiellement passés après la sortie si la décision de sortie était prise le jour même (p-value : 0,112), et si la durée d'hospitalisation était plus courte (p-value : 0,441). Les appels ont été passés après la sortie pour la totalité des patients sortis le dimanche.

En cas d'échec de l'intervention, l'ensemble des 3 appels n'a pas été réalisé dans 30 % des cas (n = 12). Ils ont été arrêtés prématurément. Dans 50 % de ces cas (n = 6) la cause de l'échec de l'appel était des congés du médecin traitant. Il n'était donc pas utile de poursuivre les appels.

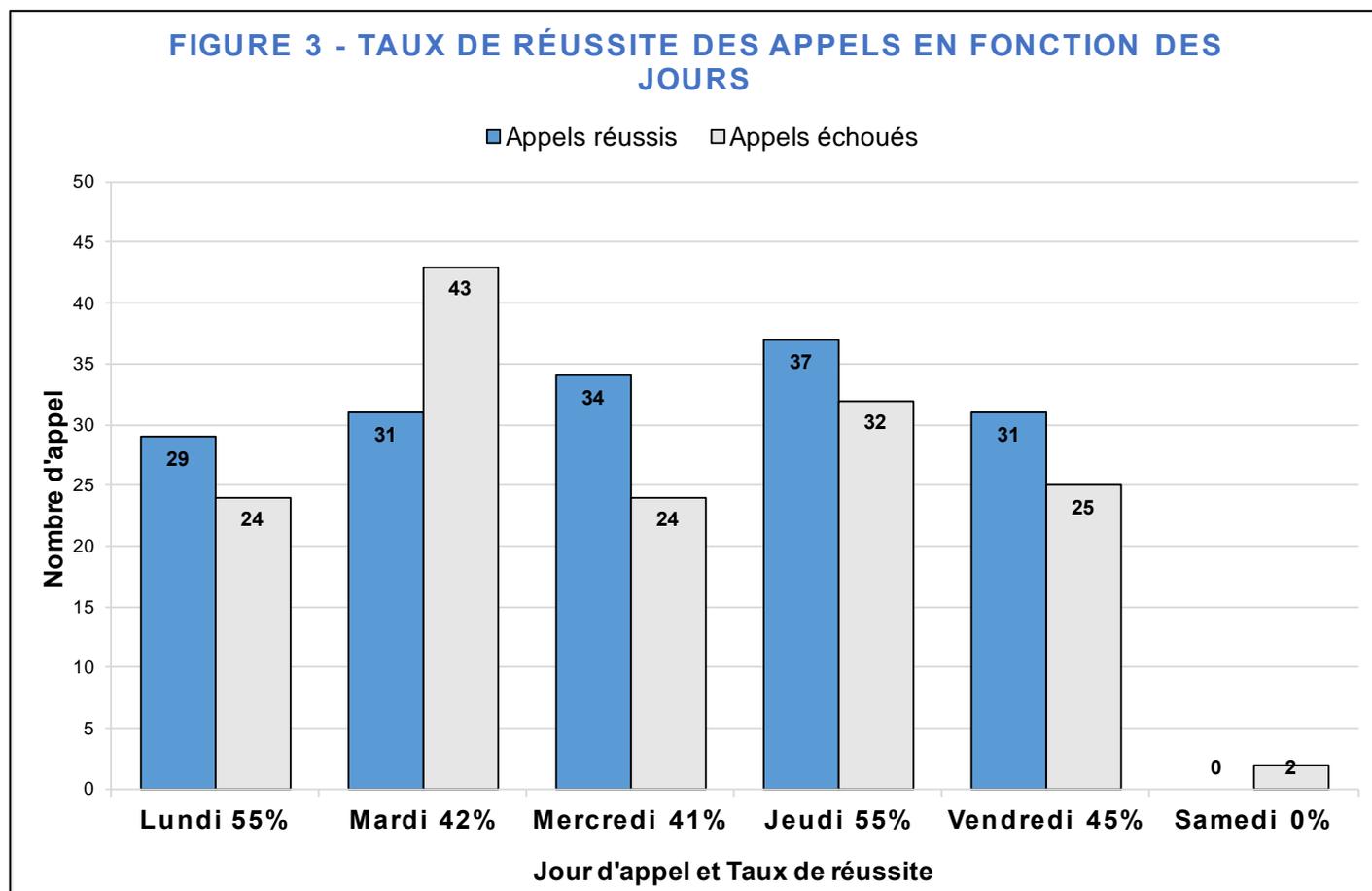
2.C Joignabilité des médecins traitants

Les taux de réussite en fonction des heures d'appel sont présentés dans la figure 2.



Les appels avaient un meilleur taux de réussite de 15h à 17h, et 18 à 19h. C'est aussi de 15h à 17h que le plus grand nombre d'appels avait été passé. Le taux de réussite était plus mauvais de 8h à 10h et de 13h à 15h.

Les taux de réussite en fonction des jours d'appel sont présentés dans la figure 3.



Les appels avaient un meilleur taux de réussite le lundi et le jeudi et un plus mauvais le mercredi. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative en fonction du jour d'appel (p-value : 0.344).

Le taux de réussite des appels pendant la période des congés scolaires de Noël (du 23/12/2017 au 07/01/2018) était de 46 % (18 succès pour 39 tentatives). Ce taux ne variait pas significativement avec le reste de la période d'inclusion.

Les causes des échecs des appels sont représentées dans le tableau V.

Tableau V - Causes des échecs des appels téléphonique - (n = 167) nombre (%)	
Absence de réponse	100 (62%)
Secrétariat	32 (20%)
dont Secrétariat délocalisé identifié	3 (2%)
Congés	26 (16%)
Refus de l'entretien	3 (2%)
<i>Données manquantes = 6</i>	

2.D Réponses aux questions sur la faisabilité de l'appel

Les réponses aux questions sur la faisabilité de l'appel, après imputation des données manquantes, sont présentées dans le tableau VII.

Tableau VII - Réponses des médecins hospitaliers aux questions sur la faisabilité de l'appel - % (nombre de réponses)			
La charge de travail nécessaire pour réussir à joindre ce médecin traitant est			
Très faible 35% (69)	Faible 50% (99)	Importante 9% (17)	Trop Importante 6% (11)
J'ai ressenti des difficultés à joindre le médecin généraliste			
Pas du tout d'accord 28% (54)	Pas d'accord 35% (69)	D'accord 30% (59)	Tout à fait d'accord 7% (14)
Estimation du temps de travail nécessaire pour établir le lien téléphonique avec le médecin traitant			
Moins de 10 min 63% (124)	De 10 à 20 min 26% (52)	De 20 à 30 min 7% (13)	Plus de 30 min 4% (7)

L'échec du contact téléphonique était significativement associé à une charge de travail plus importante (p-value < 0,001) et à une estimation du temps de travail plus longue (p-value < 0,001).

De même, si le nombre d'appels réalisés augmentait, la charge de travail était ressentie comme plus importante (p-value < 0,001) et l'estimation du temps de travail était plus longue (p-value < 0,001).

L'ambiance de l'échange téléphonique a été décrite comme cordiale pour 100 % des appels et le médecin traitant disponible pour répondre à l'appel dans 98 % des cas.

3) Intérêt de l'intervention

3.A Réponses aux questions sur l'intérêt de l'appel

Les réponses données par le médecin hospitalier aux questions concernant l'intérêt de l'appel et le sentiment de sécurisation de la sortie sont présentés dans le tableau VIII.

Tableau VIII - Réponses des médecins hospitaliers aux questions sur l'intérêt de l'appel - % (nombre de réponses)

Mon appel a été utile, il a permis d'améliorer la prise en charge du patient			
Tout à fait d'accord 31% (48)	D'accord 57% (90)	Pas d'accord 11% (18)	Pas du tout d'accord 1% (1)
Je suis satisfait de cet appel			
Très satisfait 35% (55)	Satisfait 62% (98)	Pas satisfait 3% (4)	Pas du tout satisfait 0
Je trouve que cet appel est redondant avec la lettre de liaison et le compte-rendu d'hospitalisation			
Pas du tout d'accord 3% (5)	Pas d'accord 44% (69)	D'accord 42% (65)	Tout à fait d'accord 11% (18)
Les informations transmises vont être prises en compte par le médecin généraliste dans sa prise en charge			
Tout à fait d'accord 36% (56)	D'accord 58% (91)	Pas d'accord 5% (8)	Pas du tout d'accord 1% (2)
Les nouvelles informations sur le patient recueillies lors de cet appel sont			
Essentielles et importantes 12% (19)	Utiles 45% (70)	Futiles 2% (3)	Pas d'information recueillie 41% (65)
Sécurisation de sortie - Cet appel m'a donné le sentiment d'avoir mieux sécurisé la sortie du patient			
<u>Sur le plan médical</u> (n=157)			
Tout à fait d'accord 20% (31)	D'accord 71% (111)	Pas d'accord 7% (12)	Pas du tout d'accord 2% (3)
<u>Sur le plan Thérapeutique</u> (n=146)			
Tout à fait d'accord 19% (28)	D'accord 54% (78)	Pas d'accord 24% (35)	Pas du tout d'accord 3% (5)
<u>Sur le plan Social</u> (n=71)			
Tout à fait d'accord 6% (4)	D'accord 44% (31)	Pas d'accord 42% (30)	Pas du tout d'accord 8% (6)

L'appel était d'avantage considéré comme redondant avec la lettre de liaison de si : les patients étaient plus âgés (p-value = 0,06), les ADL à J-15 étaient plus basses (p-value = 0,27) et la durée d'hospitalisation étaient plus longue (p-value = 0,01).

Les modifications de la prise en charge du patient engendrées par l'intervention sont présentées dans le tableau IX.

Tableau IX - Modification de la prise en charge - % (nombre)	
Cet appel a donné lieu à une modification de la prise en charge :	
Médicale (hors traitement)	Oui 16% (25)
Thérapeutique	Oui 13% (21)
Sociale	Oui 4% (7)
Date de sortie (report ou avancement)	Non 100% (157)

3.B Présence ou défaut de bordereau de recueil : comparaison des patients

La comparaison des caractéristiques des patients ayant bénéficié d'un bordereau de recueil rempli avec les patients n'ayant pas bénéficié d'un bordereau de recueil rempli sont présentés dans le tableau X.

Tableau X - Présence ou défaut de bordereau de recueil : comparaison des patients

	Présence (n= 196)	Défaut (n=79)	p-value
Sexe : nombre d'hommes (%)	103 (52%)	39 (49%)	0,730
Âge , années : moyenne (± ET)	73,8 (± 17)	69,7 (± 21)	0,104
Lieu de vie : nombre (%)			
Domicile	171 (87%)	65 (82%)	0,423
EHPAD	16 (8%)	10 (13%)	
Résidence autonomie	9 (5%)	4 (5%)	
Nbre de traitements sur l'ordonnance d'entrée : moyenne (± ET)	6,6 (± 4)	6,0 (±4)	0,281
IMC , kg/m ² : moyenne (± ET) ^a	25,7 (± 6)	24,2 (± 6)	0,117
Présence d'aides à domicile : nombre (%)	100 (51%)	44 (55%)	0,596
ADL J-15 : moyenne (± ET) ^b	4,9 (± 1)	5,1 (± 1)	0,396
IADL J-15 : moyenne (± ET) ^c	4,9 (± 3)	5,0 (± 3)	0,905
Diagnostic principal : nombre (%)			0,409
Appareil respiratoire	77 (39,3%)	33 (41,8%)	
Appareil circulatoire	23 (11,8%)	9 (11,5%)	
Appareil génito-urinaire	16 (8,2%)	13 (16,4%)	
Appareil digestif	19 (9,7%)	6 (7,6%)	
Maladies infectieuses	10 (5,1%)	2 (2,5%)	
Maladies du système nerveux	9 (4,6%)	1 (1,2%)	
Autres chapitres	42 (21,3%)	15 (19,0%)	
Prise en charge sociale : nombre (%)	41 (21%)	13 (16%)	0,499
Durée d'hospitalisation , jours : moyenne (± ET)	7,5 (± 4,0)	6,1 (± 3,9)	0,008*
Jour de sortie : nombres (%)			<0,001*
Jour de semaine	183 (93%)	57 (72%)	
Samedi	9 (5%)	18 (23%)	
Dimanche	4 (2%)	4 (5%)	
Lieu d'exercice du médecin traitant			0,818
^a données manquantes = 38 ^b données manquantes = 8 ^c données manquantes = 26			

Cette comparaison permet de déterminer pour quel type de patient le médecin hospitalier a préférentiellement réalisé l'intervention. Les résultats montrent que le médecin appelant a de préférence tenté de joindre le médecin traitant si le patient : était plus âgé (p-value : 0,104), vivait à domicile (p-value : 0,423), son nombre de traitements à l'entrée était grand (p-value : 0,281), son IMC était élevé (p-value : 0,117), son

autonomie était faible (pour les ADL J-15, p-value : 0,396), a bénéficié d'une prise en charge sociale pendant l'hospitalisation (p-value : 0,499), et si la durée d'hospitalisation était longue (p-value : 0,008). Il n'y avait pas de variation statistiquement significative en fonction du lieu d'exercice du médecin traitant (p-value : 0,818).

Les bordereaux de recueil faisaient plus défaut si la sortie avait lieu le week-end (p-value < 0,001). 67% des patients sortis le samedi (n = 18 sur 27) et 50 % des patients sortis le dimanche (n = 4 sur 8) n'avaient pas de bordereau de recueil remplis.

Le nombre de bordereaux de recueil remplis ne variait pas significativement entre les semaines. Il est resté constant tout au long de l'étude, avec une moyenne de 15 bordereaux remplis par semaine.

3.C Scores d'évaluation de l'intérêt de l'appel

Le tableau XI présente :

- La comparaison du score « avis du médecin hospitalier » avec les caractéristiques des patients.
- La comparaison du score « modification de prise en charge » avec les caractéristiques des patients.

Tableau XI - Scores d'évaluation de l'intérêt de l'intervention				
	Avis du médecin hospitalier		Modification de la prise en charge	
		p-value		p-value
Score : moyenne (± ET)	15,9 (± 4,6)		0,33 (± 0,69)	
Âge, coefficient corrélation	+ 0,21	0,008*	- 0,14	0,06
Nbre de traitements sur l'ordonnance d'entrée : coefficient corrélation	+ 0,14	0,071	0	0,99
Durée d'hospitalisation, jours : coefficient corrélation	+ 0,16	0,046*	- 0,03	0,7
Plan d'aide à domicile : score moyen (± ET)				
Présence (n=79)	16,1 (± 4,4)	0,375	0,39 (± 0,8)	
Absence	15,5 (± 4,6)		0,2 (± 0,6)	0,16
ADL J-15 : coefficient corrélation ^a	- 0,197	0,015 *	- 0,034	0,68
IADL J-15 : coefficient corrélation ^b	- 0,152	0,070	+0,076	0,36
Prise en charge sociale : score moyen (± ET)		0,021*		0,41
Oui (n = 33)	17,5 (± 4,3)		0,24 (± 0,5)	
Non	15,4 (± 4,5)		0,35 (± 0,7)	
Diagnostic principal		0,099		0,79
Qualité du médecin joint (n=157) : nombre (%) ^c		0,262		0,43
Médecin traitant (n=133)	15,8 (± 4,4)		0,35 (± 0,7)	
Remplaçant (n=10)	17,1 (± 6,3)		0,3 (± 0,6)	
Interne (n =2)	20,5 (± 3,5)		1	
Appels réalisés après la sortie				
Oui (n=49)	14,8 (± 4,1)	0,086	0,20 (± 0,5)	0,12
Non (n = 105)	16,2 (± 4,7)		0,39 (± 0,8)	
Comparaison des deux scores entre eux	+ 0,344	<0,001*		

^a données manquantes = 6 ^b données manquantes = 14 ^c données manquantes = 12

La comparaison du score « avis du médecin hospitalier » avec les caractéristiques des patients permet de déterminer pour lesquels l'intervention a été plus utile selon le point de vue du médecin hospitalier. L'avis du médecin hospitalier était meilleur si : l'âge

était grand (p-value : 0,008), le nombre de ligne sur l'ordonnance d'entrée était grand (p-value : 0,071), la durée d'hospitalisation était longue (p-value : 0,046), les ADL à J-15 étaient bas (p-value : 0,015), les IADL à J-15 étaient bas (p-value : 0,070), et une prise en charge sociale avait lieu pendant l'hospitalisation (p-value : 0,021). Les pathologies de l'appareil circulatoire étaient celles pour lesquelles l'intervention avait le plus d'intérêt selon le médecin hospitalier (score moyen $17,8 \pm 4,2$). Il n'y avait pas de variation statistiquement significative en fonction de la qualité du médecin joint.

La comparaison du score « modification de la prise en charge » avec les caractéristiques des patients permet de déterminer les patients pour lesquels ont été réalisées le plus de modification de prise en charge. Il n'y avait aucune différence statistiquement significative entre la modification de prise en charge et les caractéristiques des patients.

Les deux scores variaient dans le même sens : plus le nombre de modifications de prise en charge était élevé, plus l'avis du médecin hospitalier était bon (p-value <0,001).

Deux analyses multivariées ont été réalisées. Elles ont chacune comparé un des deux scores avec les variables suivantes : âge, nombre de lignes sur l'ordonnance, durée d'hospitalisation, présence d'aide à domicile, ADL à J-15, et prise en charge sociale pendant l'hospitalisation. Les résultats, pour chacune des variables testées, étaient non significatifs. Aucune variable n'est indépendamment associée à la variation des scores.

3.D Réhospitalisations

Le Tableau XII décrit les réhospitalisations.

Tableau XII – Réhospitalisations			
Tout patients	Contact téléphonique (n = 157)	Absence de contact téléphonique (n = 118)	p-value
À 7 Jours	10 (6,4%)	8 (6,8%)	0.935
À 30 Jours	27 (17,2%)	25 (21,2%)	0.496
Âge > 75 ans	(n = 96)	(n = 72)	
À 7 Jours	8 (8,3%)	5 (6,9%)	0.967
À 30 Jours	18 (18,8%)	18 (23,6%)	0.565
Tout patients	Succès de l'intervention (n = 157)	Échec de l'intervention (n = 39)	
À 7 Jours	10 (6,4%)	2 (5,1%)	1
À 30 Jours	27 (17,2%)	9 (23,1%)	0.536
Âge > 75 ans	(n = 96)	(n = 28)	
À 7 Jours	8 (6,4%)	2 (7,2%)	1
À 30 Jours	18 (18,8%)	8 (28,6%)	0.390

La première partie compare la survenue de réhospitalisations chez les patients ayant bénéficié d'un contact téléphonique avec ceux n'ayant pas bénéficié d'un contact téléphonique (patients pour qui l'intervention a été un échec plus les patients qui n'ont pas bénéficié de l'intervention).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes pour la réhospitalisation dans un délai de 7 jours (p-value : 0,935) ni dans un délai de 30 jours (p-value : 0,496). Il n'y avait pas non plus de différence statistiquement significative en incluant uniquement les patients âgés de plus de 75 ans.

La deuxième partie compare la survenue des réhospitalisations chez les patients pour lesquels l'intervention a été un succès avec ceux pour lesquels l'intervention a échoué. Cette analyse n'inclue que les patients choisis par le médecin hospitalier pour bénéficier de l'intervention. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes pour la réhospitalisation dans un délai de 7 jours (p-value : 1) ni dans un délai de 30 jours (p-value : 0,536). Il n'y avait pas non plus de différence statistiquement significative en incluant uniquement les patients âgés de plus de 75 ans (dans un délai de 7 jours, p-value : 1 et dans un délai de 30 jours, p-value : 0,536).

3.E Réponses des médecins traitants aux questions posées en fin d'appel

Les réponses données par le médecin traitant aux 4 questions concernant son avis sur l'intervention, posées oralement en fin de communication téléphonique, sont présentées dans le tableau XIII.

Tableau XIII - Réponses des médecins traitants aux questions posées en fin d'appel	
Accord pour répondre aux questions ?	Oui 130 (82%)
Êtes- vous satisfait de cet appel ?	Oui 130 (100%)
Grâce à cet appel, pensez-vous revoir votre patient dans les 15 jours ? ^a	Oui 101 (78%)
Souhaiteriez-vous que cet appel devienne systématique pour préparer la sortie de votre patient ?	Oui 109 (83%)
Préfèreriez-vous que l'on vous communique ces informations par un autre moyen ?	Oui 64 (49%)
Si oui lequel ? ^b	
Mail	31 (51%)
Zepra	24 (39%)
Courrier Postal	4 (7%)
Lettre de Liaison	2 (3%)
<i>^a données manquantes = 4 ^b données manquantes = 3</i>	

IV DISCUSSION

1) Population d'étude

L'unité de post-urgences médicales du CHU de Grenoble a été choisie pour mener cette étude car c'est un service polyvalent et pluridisciplinaire, particulièrement à l'interface avec la médecine générale. Les durées de séjour y sont courtes, rendant la planification de la sortie d'autant plus complexe et importante.

L'hiver a été choisi du fait de l'augmentation de l'activité et des besoins en soins pendant cette période.

Les patients hospitalisés à l'UPUM sont admis depuis les urgences après contact avec les médecins de l'unité selon un profil permettant des durées de séjour plus courtes.

Bien que la plupart des patients inclus étaient âgés (âge moyen 72,6 ans), leur niveau d'autonomie avant l'hospitalisation (ADL J-15 et IADL J-15 moyen 4,9) était préservé. 40 % des patients étaient entièrement autonomes avant l'hospitalisation (ADL 6/6 et IADL 8/8 à J-15).

Le nombre moyen de traitements sur leur ordonnance habituelle à l'entrée était de 6,4. Cet indicateur n'est pas fréquemment utilisé dans la littérature mais il permet d'avoir un reflet indirect des comorbidités du patient. Les patients inclus étaient donc principalement polyopathologiques.

Les diagnostics principaux étaient variés, avec une prédominance de maladies respiratoires. Ce résultat peut être expliqué par l'épidémie grippale hivernale pendant la période de l'étude.

Le nombre de prise en charge sociale pendant l'hospitalisation était faible (20 %), et les durées de séjours courtes (7 jours en moyenne).

Le taux de réhospitalisations à 30 jours (19 %) était supérieur aux taux nationaux et locaux en 2017 (séjour index en hospitalisation complète pour la France entière 15.8 %, pour Auvergne Rhône-Alpes 15.5 % et pour l'Isère 15.6 %) [38]. Ces résultats sont possiblement explicables par la période hivernale et le taux important de réadmission post-grippal.

Le nombre de médecins traitants différents contactés était satisfaisant (n = 132).

2) Faisabilité de l'intervention

Notre étude démontre que l'intervention était réalisable en pratique courante. En effet, elle a été effectuée pour 71 % des patients inclus. Et un contact téléphonique a pu être établi entre le médecin hospitalier et le médecin traitant pour 80 % des interventions.

D'après les réponses des médecins hospitaliers au questionnaire, la charge de travail additionnelle était considérée comme faible pour 85 % des interventions. Pour 63% des interventions le temps de travail nécessaire était estimé à moins de 10 minutes. Les médecins hospitaliers ne déclarent pas avoir ressenti de difficultés pour joindre les médecins traitants dans 63 % des interventions. Les échecs des appels étaient associés à des réponses au questionnaire plus négatives (p-value < 0,001). Malgré des échecs d'appels fréquents la faisabilité était ressentie comme satisfaisante par les médecins hospitaliers. Ils ont donc éprouvé peu de difficultés pour réaliser l'intervention. Selon leur point de vue elle est donc réalisable en pratique courante.

Tous les critères de l'intervention ont été correctement respectés, en dehors de la réalisation des appels avant la sortie. Deux explications peuvent justifier ce défaut.

Pour 42 % des interventions (n = 81) tout ou une partie des appels ont été réalisés après la sortie. Ceci atteste des difficultés à joindre le médecin traitant car pour 53 % de ces interventions (n = 43) les appels ont été débutés avant la sortie, mais ont dû être poursuivis après la sortie du fait d'échecs lors des premières tentatives.

Ceci est également témoin de la charge de travail supplémentaire engagée. Pour 20 % des interventions (n = 38 sur 196), l'ensemble des appels a été passé après la sortie du patient. Les appels étaient plus fréquemment passés après la sortie si la décision de sortie était prise le jour même, et si la durée d'hospitalisation était plus courte. Ces éléments attestent des difficultés du médecin hospitalier à pouvoir être réactif et à dégager du temps pour réaliser les appels.

Néanmoins, le taux de succès important de l'intervention est permis par l'insistance des médecins appelants pour joindre le médecin traitant. En effet plus d'un appel sur deux s'est soldé par un échec. Il fallait en moyenne que le médecin hospitalier appelle 1,42 fois pour réussir à joindre le médecin traitant. Ceci implique un investissement et une charge de travail supplémentaire pour le médecin hospitalier.

D'autre part les bordereaux de recueil faisaient plus défaut pour les patients rentrant à domicile le samedi et le dimanche, l'intervention étant difficilement réalisable pour les patients sortant le week-end.

Joignabilité des médecins traitants

La joignabilité est définie par le dictionnaire Petit Robert depuis 2007 comme la qualité d'une personne « que l'on peut joindre, avec qui l'on peut entrer en contact ». Les médecins traitants sont modérément joignables par téléphone puisque 53 % des appels se sont soldés par un échec. Le taux de réussite des appels diminuait à mesure de la poursuite des appels, pour atteindre son niveau le plus bas lors du troisième appel. Le troisième appel a échoué dans 70 % des cas. On peut donc conclure qu'il est peu efficace en pratique courante de poursuivre les appels au-delà de deux échecs.

Pour majorer les chances de joindre un médecin traitant, il est préférable d'appeler entre 15h et 17h. C'est aussi lors de ces mêmes horaires que le plus grand nombre d'appels ont été réalisés par les médecins hospitaliers. C'est pendant ces mêmes horaires qu'ils étaient le plus disponibles pour les réaliser. Ceci a contribué à améliorer le taux de réussite des appels.

Les variations du taux de réussite des appels entre les différents jours de la semaine sont faibles et non significatives. Il n'y a donc pas de jour à favoriser pour réussir à joindre plus facilement les médecins traitants. Leur joignabilité est équivalente tous les jours ouvrables de semaine.

De même la joignabilité des médecins traitants pendant les congés scolaires et le reste de la période de l'étude était équivalente (46 et 47 %). Ces résultats sont en faveur d'une permanence des soins préservée par les médecins traitants pendant cette période. Il n'est cependant pas possible de généraliser ces résultats aux autres périodes de congés annuels.

3) Intérêt de l'intervention

Cette étude a démontré que cette intervention était bénéfique selon plusieurs aspects.

Selon les médecins hospitaliers

Les médecins hospitaliers ont trouvé l'intervention utile et bénéfique. Dans leurs réponses au questionnaire, les médecins appelants mettent bien en avant leur intérêt pour cette intervention. Ils étaient satisfaits dans 97 % des cas. Ils ont jugé que l'intervention était utile et permettait d'améliorer la prise en charge du patient dans 88 % des cas. Cette intervention leur a donné un sentiment de sécurisation de la sortie sur les plans médical (91 % de réponses favorables), thérapeutique (73 % de réponses favorables) et social (50 % de réponses favorables).

Leur participation et leur adhésion à l'étude étaient importants. Ils ont réalisé l'intervention pour un grand nombre de patients, peu de bordereaux de recueil faisaient défauts (29 %). Malgré un nombre d'appels échoués notable (53 %), les médecins hospitaliers ont persisté dans leur ambition à joindre les médecins. Ils ont arrêté l'intervention prématurément, et de façon non justifiée, seulement pour 6 patients (soit 3 %). En dépit d'une charge de travail et du temps nécessaire augmentant avec les échecs et le nombre d'appels (p -value < 0,001), les résultats aux questions évaluant la faisabilité de l'intervention étaient favorables. Leur participation n'a pas faibli au long de l'étude et est restée constante. Le nombre de bordereaux de recueil remplis est resté régulier au fil des semaines. Les critères de l'intervention ont été correctement respectés, en dehors

de la réalisation de l'appel avant la sortie dont le manquement a été justifié plus haut. L'ensemble de ces éléments objectifs reflète, indirectement, l'intérêt considérable porté par le médecin hospitalier à cette intervention.

Selon les médecins traitants

La totalité des 130 médecins traitants interrogés étaient satisfaite de l'appel. 78 % d'entre eux pensaient revoir leur patient dans les 15 jours suivant la sortie, grâce à cet appel. Et surtout, 83 % d'entre eux souhaitaient que cette intervention devienne systématique. Les médecins appelants ont eu le sentiment que les informations transmises étaient prises en compte par le médecin traitant dans 94 % des cas. Enfin seuls 2 médecins ont refusé l'entretien. L'ensemble de ces éléments reflète l'intérêt considérable porté par les médecins traitants à cette intervention.

Recueil de nouvelles informations

Les appels ont permis de recueillir dans 57 % des cas de nouvelles informations sur les patients non détenues par le médecin hospitalier jusqu'alors.

Modification de prise en charge

Les appels ont donné lieu à des modifications de la prise en charge des patients : médicale pour 16 %, thérapeutique pour 13 %, et sociale pour 4 % des interventions. Plus le nombre de modifications de prise en charge était important, plus l'intérêt du médecin hospitalier pour l'intervention était grand (p-value < 0,001).

Bien que peu fréquentes, on doit souligner leur existence. Elles ont permis aux médecins traitants de participer aux projets thérapeutiques et décisions hospitalières.

Celles-ci témoignent qu'une collaboration entre médecins traitants et médecins hospitaliers est possible et même désirée. Malheureusement le type de modifications occasionnées a rarement été détaillé par les répondants (demande de bilan gériatrique, suivis biologique et clinique rapprochés, réévaluation des allocations autonomes, consultation chez des spécialistes).

En revanche les appels n'ont jamais entraîné ni un avancement, ni un report de la date de sortie. Ceci est probablement le témoin d'une bonne connaissance du contexte médical et social des patients par les médecins hospitaliers, associé à un travail d'amont efficace pour organiser la sortie.

Cette intervention perdait de son intérêt si les appels étaient réalisés après la sortie. Les patients pour qui les appels ont été réalisés après la sortie étaient associés à des modifications de prise en charge plus rares ($p = 0,12$). Et leurs scores reflétant l'intérêt du médecin hospitalier étaient plus bas ($p = 0,086$). Ces résultats font également ressortir la volonté des médecins hospitaliers à faire participer les médecins traitants aux décisions hospitalières et leur enclin à collaborer.

Amélioration des pratiques

Cette étude a permis d'améliorer les pratiques des médecins hospitaliers participants. Ces éléments n'ont pas été évalués par le protocole de l'étude, mais ont été retranscrits oralement par les médecins appelants. Les appelants étaient plutôt réticents à cette étude au début de l'inclusion. À la fin, l'ensemble des participants a reconnu avoir eu trop rarement recours à ce type d'appel par le passé. Cette étude leur a permis de réaliser les bénéfices que ces appels peuvent apporter, ainsi que de leur simple faisabilité. Les participants ont également rapporté, avoir perçu au travers des échanges téléphoniques, les importantes attentes des médecins généralistes vis à vis des médecins hospitaliers. L'accueil des appels par les médecins traitants était toujours bon, et donnait souvent lieu à de vifs remerciements. À la fin de l'étude, tous les participants ont affirmé avoir tiré un bénéfice de cette étude pour leur pratique future et continueront volontiers à réaliser ces appels pour leurs patients.

4) Pour quels patients ?

La comparaison entre les patients ayant bénéficié d'un bordereau de recueil et ceux n'ayant pas bénéficié de l'intervention, permet de mettre en évidence une sélection des patients pour l'intervention par les médecins appelants. Les médecins hospitaliers ont tendance à réaliser préférentiellement l'intervention pour les patients âgés, ayant une ordonnance habituelle plus longue, des ADL à J-15 plus bas et ayant bénéficié d'une prise en charge sociale. Ceci reflète un choix propre aux médecins appelants, de par leur position médicale et leur expérience, d'un profil de patients pour lesquels ils jugeaient l'intervention plus bénéfique. Le profil de patient choisi correspond à des patients âgés,

atteints de pathologies chroniques et avec un statut fonctionnel détérioré. La littérature a démontré que c'est ce même profil de patient qui est le plus à risque de réadmission précoce [39]. La sélection des patients par les médecins appelants est donc justifiable. Ils ont ciblé des patients pour lesquels la continuité des soins est une priorité [4].

Les médecins appelants avaient tendance à réaliser l'intervention si les patients vivaient à domicile, ce qui n'est pas un facteur de risque de réadmission précoce. Ceci peut probablement être expliqué par la plus grande complexité d'organisation d'une sortie vers le domicile personnel, que vers une institution. De plus la présence d'aides humaines dans les institutions procure un sentiment de sécurité plus grand au médecin organisant la sortie.

De même les médecins appelants ont préférentiellement réalisé l'intervention si la durée d'hospitalisation était longue (p-value : 0,008). Ceci peut être expliqué par la complexité et la gravité des problématiques présentées par les patients pour lesquels les durées de séjour sont plus longues. Mais un plus grand délai laissé aux médecins hospitaliers pour réaliser l'intervention peut aussi influencer ces résultats.

Ces résultats peuvent être recoupés avec les réponses des médecins sur la redondance de l'intervention avec la lettre de liaison. Pour eux l'intervention était d'avantage superflue si les patients étaient jeunes (p = 0,06), autonomes (p = 0,27), et la durée d'hospitalisation courte (p = 0,01).

Selon le point de vue du médecin hospitalier, l'intervention a été plus utile si : l'âge était grand (p-value : 0,008), le nombre de lignes sur l'ordonnance d'entrée était grand (p-value : 0,071), la durée d'hospitalisation était longue (p-value : 0,046), les ADL à J-15

étaient bas (p-value : 0,015), les IADL à J-15 étaient bas (p-value : 0,07), et une prise en charge sociale avait lieu pendant l'hospitalisation (p-value : 0,021). La significativité pour l'ensemble de ces analyses était bonne. Ces résultats permettent de tirer les conclusions faites plus haut. Le contact avec le médecin traitant pour préparer la sortie est plus bénéfique pour les patients âgés, polypathologiques et dépendants selon le médecin hospitalier, ce qui correspond au profil de patients à risque de réadmission.

Le médecin hospitalier portait un plus grand intérêt à l'intervention pour les patients hospitalisés pour une pathologie d'origine circulatoire. Le score « avis du médecin hospitalier » était le plus élevé pour ce type de diagnostic principal (score 17,8 vs score moyen 15,9). Ce type de pathologie est aussi reconnu dans littérature pour être un facteur de risque indépendant de réadmission [40]. L'insuffisance cardiaque en particulier, est une pathologie grave où les décompensations sont fréquentes et le risque de réadmission élevé. Dès le retour à domicile le médecin traitant doit pratiquer une surveillance rapprochée, en adaptant les posologies de thérapeutiques introduites. La littérature sur les interventions mise en place pour réduire le taux de réadmission des patients souffrants d'insuffisance cardiaque est riche [41]. En France l'HAS recommande depuis 2015 pour ces patients d'organiser la transition entre l'hôpital et le domicile en prévenant systématiquement le médecin traitant de la date de sortie [42].

Cependant la fréquence des modifications de prise en charge attribuables à l'intervention variait peu avec les caractéristiques des patients. Il est vraisemblable que celles-ci ne dépendent pas du profil de patient, mais plutôt de chaque situation clinique. De plus elles dépendent de la relation qui s'est développée entre médecins pendant l'échange téléphonique. Les modifications de prise en charge sont donc plutôt d'ordre circonstancielles. Les situations cliniques rencontrées étant extrêmement variables, elles

ne peuvent être résumées par les variables testées. Un meilleur détail par les médecins appelants de leurs typologies aurait permis de pouvoir les étudier.

Les résultats des deux analyses multivariées permettent de conclure qu'aucune des variables testées n'est indépendamment associée à la variation de l'intérêt porté par le médecin hospitalier à l'intervention, ni à la survenue de modifications de prise en charge. Les variables testées en analyse multivariée étaient l'âge, le nombre de lignes sur l'ordonnance, la durée d'hospitalisation, la présence d'aide à domicile, les ADL à J-15, et la prise en charge sociale pendant l'hospitalisation. Elles ont été choisies car ce sont celles qui représentent le mieux l'état global de santé et de dépendance du patient. De plus ce sont des variables dont la significativité était bonne en analyse univariée. Aucune de ces variables n'explique indépendamment la variation des scores. L'intérêt porté par le médecin hospitalier à l'intervention ne dépend donc pas d'une seule variable. Il dépend d'un ensemble de variables caractérisant le profil et l'état de santé du patient. Ces résultats sont en accord avec les conclusions tirées auparavant sur les profils de patients.

5) Réhospitalisations

L'intervention ne permettait pas de diminuer significativement la survenue de réhospitalisation à 7 jours et à 30 jours chez les patients inclus.

Réhospitalisations dans un délai de 7 jours

Le contact téléphonique avec le médecin traitant n'a pas eu d'influence sur les taux les réhospitalisation dans un délai de 7 jours. Ces résultats sont constatés aussi

bien en ciblant uniquement les patients choisis par les médecins hospitaliers pour l'intervention que les patients de plus de 75 ans, plus à risque de réadmission (p-value moyenne : 1). Ces résultats sont cohérents avec les objectifs de l'indicateur « réhospitalisation dans un délai de 7 jours », établis en France depuis 2016 [35]. Celui-ci est un indicateur de la qualité d'un établissement de santé et des soins prodigués au cours du séjour d'hospitalisation. C'est un outil de vigilance qui permet d'alerter les établissements, pour qu'ils s'interrogent et puissent adapter leur pratique organisationnelle dans un délai où ils seraient encore en capacité d'agir. Au-delà de 7 jours, il est reconnu que les réadmissions sont expliquées par des facteurs communautaires, et ne dépendent plus du contrôle de l'hôpital [43, 44]. L'objectif de l'intervention étant de favoriser la coopération interprofessionnelle, il était donc attendu qu'elle n'influe pas sur les taux de réadmission à 7 jours.

Réhospitalisations dans un délai de 30 jours

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre la survenue de réadmission à 30 jours et la prise de contact téléphonique avec le médecin traitant (p-value : 0,496). Ces résultats sont en accord avec les données de la littérature. Cet indicateur est le reflet de l'organisation du système de soins (coordination des acteurs, accès aux soins, coopération entre les secteurs ambulatoires et hospitaliers) à l'échelle de son territoire [45]. Une méta-analyse de 2011 a démontré que la mise en place d'interventions isolées n'était pas efficace sur les taux de réadmission ; des interventions multimodales et composites sont nécessaires [46]. Pour de meilleurs résultats, il a aussi été démontré par plusieurs méta-analyses qu'il est préférable de combiner les interventions intra-hospitalières à des interventions à domicile à poursuivre après la sortie [29, 47]. De plus la proportion de réhospitalisations évitables représente moins d'un quart

du total des réadmissions [48]. Il était donc peu probable qu'une intervention isolée uniquement intra-hospitalière puisse faire diminuer significativement le taux de réadmission.

Cependant on peut analyser les taux de réhospitalisation à 30 jours par sous-groupe. L'intervention avait de meilleurs résultats en ciblant les patients à risque de réadmission.

Premièrement si on s'intéresse uniquement au patient ayant bénéficié de l'intervention, c'est à dire aux patients sélectionnés par les médecins hospitaliers, on observe que le taux de réadmissions est plus élevé en cas d'échec de l'intervention (23,1% vs 21,2 %). On a observé plus haut que le profil de patient sélectionné par les médecins hospitaliers présentait plus de facteurs de risque de réadmission.

Deuxièmement, on peut s'intéresser uniquement aux patients âgés de plus de 75 ans (seuil choisi arbitrairement, mais fréquemment utilisé dans la littérature comme correspondant au profil gériatrique). L'âge étant reconnu comme un facteur de risque de réadmission [39, 40]. On observe que les taux de réadmission grimpent en cas d'absence de contact téléphonique (23,6 % vs 21,2 %) ou en cas d'échec de l'intervention (28,6 % et p-value : 0,390 vs 23,1 %).

Ces résultats font supposer une tendance de l'intervention à faire diminuer le risque de réadmission à 30 jours. Surtout si l'on cible les patients à risque de réhospitalisation. Cette étude a probablement souffert d'un manque de puissance, pour mettre en évidence un effet plus important de l'intervention.

6) Force et limites de l'étude

D'après nos recherches bibliographiques, il s'agit du premier travail en France qui étudie l'appel téléphonique au médecin traitant pour préparer le retour à domicile. Le nombre de patients inclus (n = 275), ainsi que le nombre de patients ayant bénéficiés de l'intervention (n = 196) et le nombre de médecins traitants interrogés (n = 132) est important. La participation des médecins hospitaliers au travail a été bonne. Ceci concourt aux forces de cette étude.

Le profil de patients hospitalisés à l'UPUM et les pathologies présentées étant variées, on peut avancer que ces résultats sont généralisables à l'ensemble des services de médecine polyvalente. Ces résultats sont d'autant plus bénéfiques que les patients sont âgés, polyopathologiques et dépendants. Ces résultats sont donc transposables dans les services de gériatrie. Ils sont également transposables aux patients atteints de maladie de l'appareil circulatoire. Cependant il n'est pas possible de généraliser ces résultats aux autres services de spécialité médicale et de chirurgie, pour lesquels les problématiques de coopération interprofessionnelle ne sont pas similaires.

La principale limite de cette étude était le faible nombre de médecins appelants (n = 8). Il s'agit d'un petit échantillon de médecins hospitaliers. Il aurait été intéressant et plus représentatif d'obtenir l'avis d'un plus grand nombre de médecins, d'expériences et de profils différents. De plus ce faible nombre de participants pose le problème de la justesse des réponses aux questionnaires, puisque les appelants ont dû chacun remplir un grand nombre de questionnaire. La répétition de ces questionnaires a probablement biaisé leurs réponses en diminuant leurs diversités.

Les réponses des médecins généralistes en fin d'appel sont à interpréter avec précaution. Il s'agissait de réponses à choix binaires, courtes et parfois imprécises. Elles étaient posées à la fin de l'entretien. Ceci est une technique fréquemment utilisée en communication qui permet d'obtenir des meilleurs taux de satisfaction, en recueillant le ressenti juste après l'intervention. Il est probable que l'avis du médecin traitant soit surévalué. En témoigne leur taux de satisfaction de 100%. Lors de l'élaboration du protocole, d'autres moyens ont été envisagés pour recueillir l'avis du médecin traitant (courrier postal, mail, 2^{ème} contact téléphonique à postériori). Ils ont été abandonnés car trop complexes à mettre en œuvre, du fait de temps et de moyens limités. D'autres études avec des questionnaires plus précis seront nécessaires pour obtenir l'avis plus juste et détaillé du médecin traitant sur ce type d'intervention.

La charge de travail dans le service est probablement un facteur important influençant la faisabilité de l'intervention. Il n'a pas été possible de trouver des critères suffisamment solides pour l'évaluer (période de tension, nombre d'entrées et sorties journalier, nombre de médecins présents quotidiennement dans l'unité).

Par ailleurs les modifications de prise en charge n'ont pas été suffisamment détaillées. Il n'est pas possible de les analyser plus précisément. Les antécédents d'hospitalisation dans les 6 mois précédents n'ont pas été relevés or ils représentent un facteur de risque indépendant de réadmission. Les taux de réhospitalisation sont probablement sous-évalués, car seule la réadmission au sein du CHU de Grenoble était recherchée. Il est possible que les patients inclus aient consultés dans d'autres établissements de santé. Ceci doit en règle générale être pris en compte pour le calcul du taux de réadmission selon les critères des indicateurs nationaux. La classification CIM 10 est une classification statistique des maladies et n'est pas utilisée en pratique clinique

courante. Il faut donc être vigilant à son codage lors de l'interprétation des résultats. Par exemple le diagnostic le plus fréquent était celui de grippe et celui-ci fait partie du chapitre « appareil respiratoire », plutôt que « maladies infectieuses » dans la CIM 10.

Les causes des échecs des appels sont difficilement étudiables. La différence entre les modalités de réponse « absence de réponse », « secrétariat » et « répondeur » par exemple n'est pas suffisamment claire.

L'ensemble de l'étude a probablement manqué de puissance. Le nombre de sujet nécessaire n'a pas été calculé avant l'étude. La période d'inclusion de l'étude a été limitée par un manque de temps et de moyens.

7) Mise en perspectives des résultats

Cette étude a permis de montrer que l'appel du médecin traitant par le médecin hospitalier pour préparer le retour à domicile est une intervention clé dans l'organisation du retour à domicile. La plupart des médecins traitants interrogés souhaiteraient qu'elle devienne systématique. Cependant à elle seule elle n'est pas suffisante pour améliorer la transition de l'hôpital vers le secteur communautaire. Elle doit s'implanter dans une stratégie plus large de planification de la sortie. Elle doit être associée à d'autres interventions intra-hospitalières qui ont déjà prouvé leur efficacité comme la conciliation médicamenteuse avec l'intervention d'un pharmacien, l'élaboration informatisée de compte-rendu de sortie courts et structurés, l'accès des généralistes au compte-rendus de sortie par Internet [27]. La mise en place d'une « check-list de sortie » dans chaque

service de médecine, comme celle proposée par l'HAS, semble une bonne solution pour en assurer la réalisation et la qualité [19].

Des interventions extrahospitalières ont aussi été étudiées comme par exemple les appels téléphoniques de suivis post-hospitalisation (« post-discharge phone call follow up »), les consultations post-hospitalisation, ou le suivi rapproché à domicile par des infirmières praticiennes spécialisées (« Nurse practitioner transitional care ») [2, 26]. À Lyon, une étude est en cours pour évaluer l'impact d'un programme de soins de transition hôpital – domicile sur la fréquence des réhospitalisations en gériatrie [49]. Ces interventions extrahospitalières semblent être de bonnes pistes de recherche pour l'avenir.

L'appel téléphonique ne doit pas se substituer à la lettre de liaison, mais la compléter. Le contact téléphonique a été décrit comme superflu et redondant avec la lettre de liaison uniquement chez les patients jeunes et autonomes. De plus seul 2% des médecins traitants interrogés préférèrent que les informations de l'hospitalisation leur soient communiquées par la lettre de liaison. Cette intervention a donc d'autres avantages qui s'ajoutent à ceux de la lettre de liaison.

De plus cette étude a montré qu'il est préférable de cibler les patients pour lesquels l'intervention est la plus bénéfique. Du fait de la charge de travail supplémentaire engagée et de la baisse d'intérêt pour les patients jeunes et autonomes, il n'est pas envisageable, ni souhaitable qu'elle soit généralisée à tous les patients. La transition de la ville vers l'hôpital est plus délicate et risquée pour les patients âgés, poly-pathologiques et dépendants [3, 50]. Pour les patients au profil gériatrique, la continuité des soins est une nécessité, et cette intervention devrait être réalisée systématiquement.

Le téléphone présente de nombreux avantages. C'est un outil fiable, efficace, peu coûteux. Les numéros de téléphone des médecins traitants et des médecins hospitaliers

sont facilement accessibles. L'échange téléphonique est le lieu d'un dialogue direct et interpersonnel, humain. Il permet une interaction spontanée et immédiate entre les interlocuteurs et la transmission d'informations ressenties comme incommunicables par mail ou par un compte-rendu d'hospitalisation. Il permet ainsi un meilleur niveau de collaboration. De plus, l'échange téléphonique permet l'identification personnalisée de chacun des interlocuteurs.

Pour autant, le téléphone présente également des défauts. Il pose le problème de la confidentialité, car l'identité réelle de l'interlocuteur ne peut être assurée. Il n'existe pas de traçabilité des appels téléphoniques. Le téléphone a été décrit comme un élément perturbateur de la relation médecin-malade en médecine générale [51]. Il dérange les médecins de façon imprévue et perturbe leur activité, particulièrement lorsqu'ils sont en consultation. Selon une thèse publiée en 2010, les médecins traitants reçoivent en moyenne 15,5 appels par jour et 66% de leurs consultations sont interrompues par des appels. Il est donc nécessaire de ne pas multiplier les appels inutilement.

51% des médecins traitants interrogés préféraient l'utilisation du courriel pour la préparation de la sortie.

En Rhône-Alpes le projet ZEPRA (Zéro Échange Papier en Rhône-Alpes) lancé en 2010, dont l'objectif est de dématérialiser les échanges médicaux de façon sécurisée, est largement déployé [52]. Mais cet outil ne semble pas satisfaire les médecins traitants, car les échanges sont unidirectionnels de l'hôpital vers la ville. Les médecins traitants souhaiteraient pouvoir communiquer directement via cette application avec les médecins hospitaliers [53].

Actuellement peu de médecins traitants utilisent des messageries permettant l'échange d'informations médicales sécurisées. La messagerie du CHU de Grenoble

n'est également pas sécurisée pour ses échanges extérieurs. De plus il n'existe pas d'annuaire regroupant les adresses courrielles des médecins hospitaliers et traitants. L'utilisation du courriel pour la préparation de la sortie n'est pas pour l'instant une solution sécurisée ni viable.

En France depuis 2014 la messagerie sécurisée santé (MSS) est en cours de déploiement par l'agence française de la sécurité numérique. C'est un futur outil de communication prometteur pour les médecins et tous les professionnels de santé [54]. Cette messagerie devrait intégrer un annuaire commun et certifié de l'ensemble des professionnels de santé du territoire de rattachement, et permettre des échanges directs et sécurisés entre tous les dispensateurs de soins. Elle pourrait favoriser la coopération interprofessionnelle et le décloisonnement entre ville et hôpital de façon efficace. Dans la région Rhône-Alpes la MSS est développée sous le nom de « MonSisra ». En 2015 seuls 21 % des médecins généralistes utilisateurs de ZEPRA avaient installé MonSisra [53]. Si ce moyen de communication se développe correctement dans l'avenir il devrait favoriser les échanges entre hôpital et ville. Par exemple la lettre de liaison pourrait être envoyée à tous les acteurs du parcours de soin du patient par courriel dès sa sortie. Cependant de par les avantages de l'échange téléphonique présentés plus haut, le courriel ne pourra entièrement le substituer. Il s'agit d'outils de communication complémentaires.

Cette étude a permis d'ouvrir un champ plus large que la préparation de la sortie, celui de la coopération interprofessionnelle. Au travers de l'intérêt porté par les médecins hospitaliers et traitants à cette intervention, et des modifications de prise en charge réalisées, elle a montré que les médecins souhaitent et peuvent collaborer. Ce contact téléphonique pourrait être utilisé comme un outil du décloisonnement entre ville et hôpital.

Si l'intervention est poursuivie en pratique courante, une reproduction de l'étude du Professeur François sur la qualité des services rendus par le CHU de Grenoble du point de vue de médecins généralistes, pourrait en mesurer l'efficacité sur le long terme [30].

Mais actuellement, les obstacles de la coopération interprofessionnelle sont d'ordres socio-culturel. Pour une meilleure prise en charge du patient « il est nécessaire que les professionnels passent d'une représentation de la qualité des soins centrée sur la performance individuelle à une représentation fondée sur la performance collective » [31, 55].

V CONCLUSION

Les résultats de cette étude sont favorables. Il a été démontré que cette intervention était facilement réalisable en pratique courante. Elle nécessite en moyenne moins de 10 minutes. Il fallait en moyenne que le médecin hospitalier appelle 1,42 fois pour réussir à joindre le médecin traitant. Malgré cela l'intervention a abouti dans 80 % des cas. L'importante participation et adhésion des médecins hospitaliers à l'étude cette étude témoigne de leur intérêt. Elle leur a procuré un sentiment de sécurisation de la sortie sur le plan médical dans 91 % des cas et a permis d'améliorer leur pratique. Les médecins traitants étaient aussi favorables à cette intervention puisque 83 % d'entre eux souhaitaient qu'elle devienne systématique. Les appels ont donné lieu à des modifications de la prise en charge médicale pour 16 % des patients, ce qui est le reflet d'une collaboration entre médecins. Cette intervention était plus bénéfique pour les patients à risque de réadmission c'est à dire les patients âgés, polypathologiques, dépendants et atteints de pathologie circulatoires. Elle perdait de son intérêt si elle était réalisée après la sortie du patient. L'intervention ne permettait pas de diminuer significativement la survenue de réhospitalisation à 30 jours. Cependant lorsque l'intervention était un succès les taux de réadmission à 30 jours étaient plus faibles, surtout chez les patients de plus de 75 ans. Cette intervention est un élément clé dans l'organisation du retour à domicile. Elle doit être associée à d'autres interventions pour une meilleure efficacité, et ne doit pas remplacer la lettre de liaison. Elle pourra aussi être utilisée comme un outil du décroisement entre ville et hôpital et améliorer la coopération interprofessionnelle.

THÈSE SOUTENUE PAR : Lukas ENZINGER

TITRE :

**COOPÉRATION VILLE-HÔPITAL : ÉVALUATION DE LA FAISABILITÉ ET DE
L'INTÉRÊT DE L'APPEL TÉLÉPHONIQUE PAR LE MÉDECIN HOSPITALIER DU
MÉDECIN TRAITANT POUR PRÉPARER LE RETOUR À DOMICILE**

CONCLUSION :

Malgré une évolution progressive du système de santé français pour renforcer l'interaction ville-hôpital, celle-ci est insuffisamment développée. De nombreuses études mettent en évidence un manque de coopération entre médecins traitants et médecins hospitaliers, en particulier lors de la sortie d'hospitalisation. Lors du retour à domicile, le médecin traitant est le premier relais. Il s'agit d'un moment où l'état de santé du patient est précaire. Un entretien téléphonique entre le médecin hospitalier et le médecin traitant pour préparer la sortie, permettrait de transmettre de façon directe, rapide et sûre les informations essentielles à une bonne continuité des soins. Cet entretien pourrait créer une réelle coopération entre médecins, en incluant le médecin traitant dans l'organisation du retour à domicile. Cette étude avait pour objectif d'évaluer la faisabilité et l'intérêt de l'appel téléphonique par le médecin hospitalier du médecin traitant, pour préparer le retour à domicile de son patient, à la sortie d'un service de médecine polyvalente.

Cette étude était de type observationnel transversal. Elle s'est tenue pendant l'hiver 2017-2018 dans l'unité de post-urgence médicale du CHU de Grenoble. L'intervention concernait chaque patient rentrant à domicile. Le médecin hospitalier devait alors joindre téléphoniquement le médecin traitant dans les 72 h précédant la sortie, en effectuant 3 tentatives d'appel maximum. Les circonstances des appels, l'avis des médecins hospitaliers et des médecins traitants ont été retranscrits dans un bordereau de recueil. Les caractéristiques des patients ont été recueillies rétrospectivement. Des scores ont été élaborés pour évaluer l'intérêt de l'appel.

275 patients ont été inclus. 196 patients (71 %) ont bénéficié de l'intervention, par 8 médecins hospitaliers appelants différents. L'intervention a abouti dans 80% des cas. Le taux de réussite globale des appels était de 47 %. La faisabilité de l'intervention était bonne. L'intérêt porté par les médecins hospitaliers et traitants à cette intervention était important.

L'intervention étudiée est un succès. Sa faisabilité était satisfaisante malgré la difficulté à joindre par téléphone les médecins traitants. La forte participation des médecins hospitaliers à l'étude témoigne de leur attrait pour cette intervention. L'intérêt des médecins traitants était également important puisque 83 % d'entre eux souhaiteraient que cette intervention devienne systématique. Les bénéfices de l'intervention étaient plus marqués pour les patients âgés, poly pathologiques et dépendants. Lorsque l'intervention a réussi, les taux de réadmission à 30 jours étaient plus faibles, principalement chez les patients âgés, et donc à risque de réhospitalisation.

Cette étude a permis de démontrer la bonne faisabilité et l'intérêt du contact téléphonique du médecin traitant par le médecin hospitalier pour préparer le retour à domicile. Cependant cette intervention seule n'est pas suffisante. Elle doit s'inscrire dans des protocoles de planification de la sortie plus généraux. Il paraît pertinent de cibler cette intervention sur les patients les plus à risque de réadmission.

Vu et permis d'imprimer, La Tronche, le : 08/10/2018

Le Doyen,

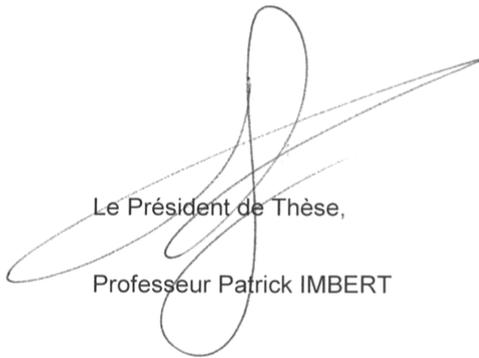
Professeur Patrice MORAND



Pour le Président
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

Le Président de Thèse,

Professeur Patrick IMBERT



VI RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Breton D, Barbieri M, d'Albis H, et al. L'évolution démographique récente de la France : de forts contrastes départementaux. *Population* 2017; 72: 583–651.
- [2] Couturier B, Carrat F, Hejblum G. A systematic review on the effect of the organisation of hospital discharge on patient health outcomes. *BMJ Open* 2016; 6: e012287.
- [3] Mesteig M, Helbostad JL, Sletvold O, et al. Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 1.
- [4] Arora VM, Prochaska ML, Farnan JM, et al. Problems After Discharge and Understanding of Communication with their PCPs Among Hospitalized Seniors: A Mixed Methods Study. *J Hosp Med Off Publ Soc Hosp Med* 2010; 5: 385–391.
- [5] Forster AJ, Clark HD, Menard A, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ* 2004; 170: 345–349.
- [6] Moore C, Wisnivesky J, Williams S, et al. Medical Errors Related to Discontinuity of Care from an Inpatient to an Outpatient Setting. *J Gen Intern Med* 2003; 18: 646–651.
- [7] van Walraven C, Mamdani M, Fang J, et al. Continuity of care and patient outcomes after hospital discharge. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 624–631.
- [8] Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007; 297: 831–841.
- [9] Clanet R, Bansard M, Humbert X, et al. Systematic review of hospital discharge summaries and general practitioners' wishes. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr* 2015; 27: 701–711.
- [10] Witherington EMA, Pirzada OM, Avery AJ. Communication gaps and readmissions to hospital for patients aged 75 years and older: observational study. *BMJ Qual Saf* 2008; 17: 71–75.
- [11] Garåsen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 133.
- [12] Makeham MAB, Mira M, Kidd MR. Lessons from the TAPS study - communication failures between hospitals and general practices. *Aust Fam Physician* 2008; 37: 735–736.
- [13] Hubert G, Galinski M, Ruscev M, et al. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? *Presse Médicale* 2009; 38: 1404–1409.
- [14] Beden C, Francois P, Beaudoin Bertrand D, et al. Attentes et satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis d'un hôpital universitaire. *J Econ Medicale* 2001; 19: 263–278.
- [15] Pernossi V. Lien ville-hôpital: le point de vue des médecins généralistes du bassin chambérien-aixoïis. Thèse d'exercice, Université Grenoble Alpes, 2018.
- [16] Feintrenie C. La sortie de l'hôpital : le point de vue des médecins généralistes. Une enquête auprès des médecins généralistes libéraux exerçant sur le territoire meusien. Thèse d'exercice, Université Henri Poincaré - Nancy, 2010.
- [17] Art. L. 4130-1. - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009.

- [18] Manuel de certification des établissements de santé V2010 - Juin 2009 - Critère 24.a - Page 62 - Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf
- [19] Check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures - Guide d'utilisation Février 2015 - HAS - Items 8 et 9 - page 6, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/guide_utilisation_check-list_sortie-dhospitalisation_web.pdf.
- [20] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016. Titre II - Chapitre IV - Article 95
- [21] Gilbert JHV, Yan J, Hoffman SJ. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *J Allied Health* 2010; 39 Suppl 1: 196–197.
- [22] Global Forum on Innovation in Health Professional Education, Board on Global Health, Institute of Medicine. *Interprofessional Education for Collaboration: Learning How to Improve Health from Interprofessional Models Across the Continuum of Education to Practice: Workshop Summary*. Washington (DC): National Academies Press (US), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207106/>
- [23] Berwick DM. Launching Accountable Care Organizations — The Proposed Rule for the Medicare Shared Savings Program. *N Engl J Med* 2011; 364: e32.
- [24] Reeves S, Pelone F, Harrison R, et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 6: CD000072.
- [25] Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, et al. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; CD000313.
- [26] Mora K, Dorrejo XM, Carreon KM, et al. Nurse practitioner-led transitional care interventions: An integrative review. *J Am Assoc Nurse Pract* 2017; 29: 773–790.
- [27] Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, et al. Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012; 157: 417–428.
- [28] Foy R, Hempel S, Rubenstein L, et al. Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. *Ann Intern Med* 2010; 152: 247–258.
- [29] Mistiaen P, Francke AL, Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 47.
- [30] François P, Boussat B, Fourny M, et al. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes, Quality of service provided by a University Hospital: general practitioners' opinion. *Santé Publique* 2014; 26: 189–197.
- [31] François P, Seigneurin A, Guyomard A. Gérer la coopération interprofessionnelle ville-hôpital : méthodologie et mise en oeuvre dans un centre hospitalier universitaire. *Risques Qualité* 2015; 12: 70–74.
- [32] van Walraven C, Seth R, Austin PC, et al. Effect of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital readmission. *J Gen Intern Med* 2002; 17: 186–192.
- [33] von Elm E, Altman DG, Egger M, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *Int J Surg Lond Engl* 2014; 12: 1495–1499.
- [34] CIM-10 FR à usage PMSI 10e révision, France - Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes - Table analytique Édition 2018, https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3295/cim-10fr_2018_v1_provisoire.pdf

- [35] Guide indicateur MCO réhospitalisations 1-7 jours DGOS-ATIH 2017, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_indicateur_mco_rehospitalisations_1-7_jours_dgos-atih_2017_05_12.d.pdf
- [36] Guide indicateur MCO réhospitalisations 30 jours DGOS-ATIH 2018, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_indicateur_rh30_dgos_atih_200318.pdf
- [37] Classification Base des unités urbaines 2010 - INSEE, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2115018/UU2010%20au%2001-01-2018.zip>.
- [38] Indicateurs de coordination 2017 - Agence technique de l'information sur l'hospitalisation ATIH, https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-coordination/submit?snatnav=&mbout=dummy&annee=2017&niv_geo=DEP_REG&code_reg=84&indic=rh30
- [39] Pedersen MK, Meyer G, Uhrenfeldt L. Risk factors for acute care hospital readmission in older persons in Western countries: a systematic review. *JBI Database Syst Rev Implement Rep* 2017; 15: 454.
- [40] Franchi C, Nobili A, Mari D, et al. Risk factors for hospital readmission of elderly patients. *Eur J Intern Med* 2013; 24: 45–51.
- [41] Takeda A, Taylor SJC, Taylor RS, et al. Clinical service organisation for heart failure. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; CD002752.
- [42] HAS - Fiche points clés, organisation des parcours - Avril 2015 - Comment organiser la sortie des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ?, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/fpc_i_ns_cardiaque_web.pdf
- [43] Chin DL, Bang H, Manickam RN, et al. Rethinking Thirty-Day Hospital Readmissions: Shorter Intervals Might Be Better Indicators Of Quality Of Care. *Health Aff Proj Hope* 2016; 35: 1867–1875.
- [44] Joynt KE, Jha AK. Thirty-Day Readmissions — Truth and Consequences. *N Engl J Med* 2012; 366: 1366–1369.
- [45] Kangovi S, Grande D. Hospital readmissions--not just a measure of quality. *JAMA* 2011; 306: 1796–1797.
- [46] Hansen LO, Young RS, Hinami K, et al. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. *Ann Intern Med* 2011; 155: 520–528.
- [47] Parker SG, Peet SM, McPherson A, et al. A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technol Assess Winch Engl* 2002; 6: 1–183.
- [48] van Walraven C, Jennings A, Forster AJ. A meta-analysis of hospital 30-day avoidable readmission rates. *J Eval Clin Pract* 2012; 18: 1211–1218.
- [49] Occelli P, Touzet S, Rabilloud M, et al. Impact of a transition nurse program on the prevention of thirty-day hospital readmissions of elderly patients discharged from short-stay units: study protocol of the PROUST stepped-wedge cluster randomised trial. *BMC Geriatr* 2016; 16: 57.
- [50] Allen J, Ottmann G, Roberts G. Multi-professional communication for older people in transitional care: a review of the literature. *Int J Older People Nurs* 2013; 8: 253–269.
- [51] Truchon C. *Le téléphone en médecine générale: outil de communication et élément perturbateur de la relation médecin-patient*. Thèse d'exercice, Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil, 2010.
- [52] Spacagna H, Vandenberg P, Garrigou-Granchamp M, et al. Rhône-Alpes – La dématérialisation des échanges (ZEPRA) au service de la coordination ville-hôpital, première étape d'une meilleure coordination des parcours de santé. *Eur Res Telemed Rech Eur En Télémedecine* 2014; 3: 39–40.

- [53] Delenclos L, Boissy C, Perrotin S. *Satisfaction des médecins exerçants en ambulatoire à l'utilisation de la messagerie sécurisée de santé zepira*. Lyon, France, 2016.
- [54] Les messageries sécurisées de santé - Dossier de presse - Octobre 2016 - ASIP santé,
http://esante.gouv.fr/sites/default/files/asset/document/dossier_de_presse_mssante_octobre_2016.pdf
- [55] Shortell SM, Singer SJ. Improving patient safety by taking systems seriously. *JAMA* 2008; 299: 445–447.

VII ANNEXES

1) Annexe Numéro 1 – Bordereau de recueil

FICHE D'ÉVALUATION DE L'APPEL DU MEDECIN TRAITANT

Nom du PATIENT : Prénom : DDN :	MEDECIN TRAITANT :	APPELLANT :
DATE de DECISION de SORTIE D'HOSPIT :		DATE SORTIE HOSPIT :

1^{er} APPEL	<input type="checkbox"/> Réussite du 1 ^{er} appel	<input type="checkbox"/> Échec → Cause de l'Échec :
Date :	<input type="checkbox"/> Absence de réponse <input type="checkbox"/> Boite vocale <input type="checkbox"/> Refus de l'entretien <input type="checkbox"/> Vacances <input type="checkbox"/> Mauvais num.	
Heure :	<input type="checkbox"/> Patient inconnus <input type="checkbox"/> Secrétariat sur place <input type="checkbox"/> Secr. délocalisé <input type="checkbox"/> Autre :	
2^{eme} APPEL	<input type="checkbox"/> Réussite du 2 ^{eme} appel	<input type="checkbox"/> Échec → Cause de l'Échec :
Date :	<input type="checkbox"/> Absence de réponse <input type="checkbox"/> Boite vocale <input type="checkbox"/> Refus de l'entretien <input type="checkbox"/> Vacances <input type="checkbox"/> Mauvais num.	
Heure :	<input type="checkbox"/> Patient inconnus <input type="checkbox"/> Secrétariat sur place <input type="checkbox"/> Secr. délocalisé <input type="checkbox"/> Autre :	
3^{eme} APPEL	<input type="checkbox"/> Réussite du 3 ^{eme} appel	<input type="checkbox"/> Échec → Cause de l'Échec :
Date :	<input type="checkbox"/> Absence de réponse <input type="checkbox"/> Boite vocale <input type="checkbox"/> Refus de l'entretien <input type="checkbox"/> Vacances <input type="checkbox"/> Mauvais num.	
Heure :	<input type="checkbox"/> Patient inconnus <input type="checkbox"/> Secrétariat sur place <input type="checkbox"/> Secr. délocalisé <input type="checkbox"/> Autre :	

Le médecin m'a rappelé (équivalent à une Réussite de l'appel)

NATURE DU MÉDECIN JOINT : Médecin traitant Remplaçant Interne Ne sais pas Autre :

ECHEC DE L'APPEL : Trois tentatives / à plus d'une heure d'intervalle / en heure et jour ouvrable / répartis sur au moins 48h

RECEUIL DIRECT DE L'AVIS DU MEDECIN TRAITANT EN FIN D'APPEL

« Cet appel rentre dans le cadre d'une étude sur la communication ville-hôpital. Pour finir seriez-vous d'accord de répondre à 4 questions courtes ? » Oui Non

Êtes-vous satisfait de cet appel, Oui ou Non ? Oui Non

Grâce à cet appel, pensez-vous revoir votre patient dans les 15 jours, Oui ou Non ? Oui Non

Souhaiteriez-vous que cet appel devienne systématique pour préparer la sortie de votre patient ? Oui Non

Préfèreriez-vous que l'on vous communique ces informations par un autre moyen ? Oui Non

Si oui lequel ? Mail Serveur Zepa Fax Courrier postal Lettre de Liaison Autre :

FAISABILITE DE L'APPEL

La charge de travail nécessaire pour réussir à joindre ce médecin traitant est :

Très faible Faible Importante Trop importante

J'ai ressenti des difficultés à joindre le MG :

Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

Évaluation de l'appel du Médecin traitant en fin d'hospitalisation
UPU 3^e B CHU GRENOBLE – 2017/18 - ENZINGER Lukas 06 83 25 14 32

Estimation du temps de travail nécessaire pour établir le lien téléphonique avec le médecin traitant :

Moins de 10 min Entre 10 et 20 min Entre 20 et 30 min Plus de 30 min

ACCUEIL DE L'APPEL

Quelle a été l'ambiance de l'échange téléphonique ?

Très cordial et agréable Cordial Désagréable Très désagréable NC (échec de l'appel)

J'ai le sentiment que le médecin est disponible pour répondre à mon appel ?

Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord NC (échec de l'appel)

INTERET DE L'APPEL de VOTRE POINT DE VUE

Mon appel a été utile, il a permis d'améliorer la prise en charge du patient ?

Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord NC (échec de l'appel)

Si NON pourquoi ? :

Je suis satisfait de cet appel :

Très satisfait Satisfait Pas satisfait Pas satisfait du tout NC

Je trouve que cet appel est redondant avec la lettre de liaison de J0 et le compte-rendu d'hospitalisation :

Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord NC

Les informations transmises vont être prises en compte par le médecin généraliste dans sa prise en charge :

Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord NC

Les nouvelles informations sur le patient recueillies lors de cet appel sont :

Essentielles et importantes Utiles Futilles et négligeables Aucune information recueillie

Cet appel m'a donné le sentiment d'avoir mieux sécurisé la sortie du patient :

Sur le plan médical (hors traitement) :

Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord NC

Sur le plan thérapeutique :

Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord NC

Sur le plan social :

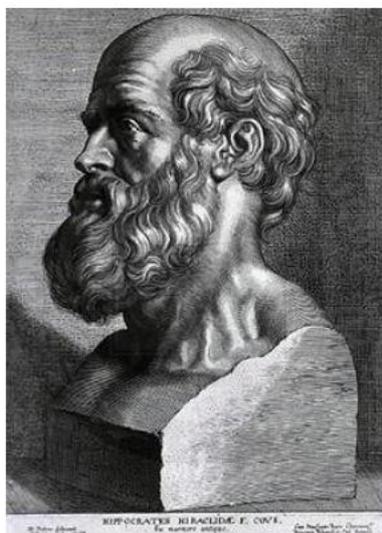
Tout à fait d'accord D'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord NC

Cet appel a donné lieu à une modification de la prise en charge :

- **Médicale du patient (hors traitement) :** Oui non - Si oui laquelle :
- **Thérapeutique du patient :** Oui non - Si oui laquelle :
- **Sociale du patient :** Oui non - Si oui laquelle :
- **De la date de sortie du patient :** Avancement Report non

Évaluation de l'appel du Médecin traitant en fin d'hospitalisation
UPU 3^e B CHU GRENOBLE – 2017/18 - ENZINGER Lukas 06 83 25 14 32

2) Annexe numéro 2 - Serment Hippocrate



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

VIII REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Patrick IMBERT. Merci d'avoir accepté la présidence de ce jury. Votre implication dans la formation des jeunes généralistes grenoblois est remarquable. Votre statut de médecin généraliste est un atout dans l'expertise de ce travail.

À Madame la Professeure Laurence BOUILLET. Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Votre point de vue et vos réflexions sur ce sujet sont essentiels. Merci de m'avoir ouvert les portes de vos services au court de l'externat puis de l'internat, la formation des futurs praticiens y est de grande qualité.

À Monsieur le Professeur Gaétan GAVAZZI. Merci de l'intérêt porté à ce travail et de nous faire l'honneur de participer à ce jury de thèse. Merci pour la formation théorique et pratique que vous m'avez donné au court de ces années. Votre vision de la gériatrie est marquante et je tenterais de l'appliquer quotidiennement dans ma future pratique.

À Perrine DUMANOIR. Merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci d'avoir cru en cette longue aventure. Ton expérience, ta rigueur et ta gentillesse sont tant de qualités qui auront permis d'enrichir ce travail. Tes encouragements et ta présence tout au long de ces semestres ont été un réel soutien. Merci aussi d'avoir su me restreindre, en limitant mes désirs de complexité, sinon ce travail ne serait probablement pas encore terminé à l'heure qu'il est... Un grand merci, et bonne continuation dans ta vie personnelle et professionnelle. J'espère que nous pourrons continuer à travailler ensemble.

Aux internes ayant participé à ce travail. Laetitia, Marion, Marine, Chloé, Esther, Antoine, Julie, Oriane. Merci pour votre engouement et votre investissement pour cette étude. Sans vous elle n'aurait pas été possible.

À Alexandre et Mme Issartel, merci pour vos réponses à nos questions d'ordre méthodologiques et pour votre aide à la réalisation des statistiques.

À tous les médecins traitants ayant pris le temps de répondre aux questions de cette étude.

À Julie, merci pour tout tes tableaux hebdomadaires qui m'auront beaucoup aidé pour le recueil de mes données.

À Monsieur Olive merci de nous avoir fournis les codages PMSI des patients de cette étude.

À mes pairs,

À l'équipe de l'UPU et du 3^{eme} A, à Perrine, à Claire, à Maxime, à Alexis, à Charly, merci pour ce superbe premier semestre, et d'avoir accompagné mes premiers pas dans l'internat.

À Stéphanie, à Jean Emmanuel, à Caroline, merci de m'avoir ouvert les portes de votre cabinet et fait découvrir le monde de la médecine libérale et celui de la Savoie.

À mes co-internes de Voiron, Cécile O, Kevin, Cécile G, Laetitia, Marion et Ellen, merci pour ce superbe semestre.

À tous les paramédicaux avec qui j'aurais travaillé pendant ces années, merci de votre temps, de vos regards, de votre dévouement envers les patients, et vos soutiens lors de certaines gardes plus corsées !

À mes pairs gériatres qui m'auront énormément appris pendant cette année,

À l'équipe du 9eme, à Professeur Couturier, à Virginie, à Elena, à Anne, à Blandine, à Sandrine, à Anne Marie, à Catherine, à Sophie, à Brigitte,

À l'équipe de Chatin, à Gaétan, à Clara, à Nathalie, à Anne, à Sylvie

A Robin, à Juliette, à Murielle, à Thibault, à Damien, à Dorine, à Marie, à Marjorie, à Anouk, à Camille, merci pour les bons moments partagés avec vous, ainsi que les galères et les rouspetades. Je vous souhaite à tous une bonne continuation et beaucoup de courage pour la suite de votre exercice.

À ma famille,

À Camille. Merci d'être là, merci d'être toi. J'ai une chance incommensurable de t'avoir depuis tout petit. Je te souhaite énormément de bonheur et de réussite dans tes futurs projets. Tu as toute ma confiance. Je suis très fière de toi. And Florian thanks for the happiness that you bring to my sister. I wish you both the fulfilment of all your dreams. Good Luck.

À Maman, merci pour ta tendresse, ton énergie, ta disponibilité et ton attention. Merci pour ton soutien tout au long mes études et pendant cette dernière ligne droite. Tu m'as transmis ta sensibilité, ton sens de l'écoute et ton empathie, des valeurs que je tacherai d'entretenir. Je te souhaite plein de réussite dans tes nouveaux projets de vie.

À Papa, merci pour ton écoute et tes encouragements. Merci pour tous les moments qu'on a partagé ensemble et merci de m'avoir donné goût à la montagne et au ski.

Merci à vous deux pour votre soutien tout au long de ces études, sans vous elles n'auraient pas été possibles.

Vielen herzlichen Dank an meiner österreichische Familie, Omi, Thomas und Finn.

À ma famille Grenobloise. Oncles, tantes, cousins et cousines, merci d'être là.

À ma belle-famille, à Justine et Mathieu, à Tim et Estelle, à Pascale et Bernard. Merci de votre amour et de m'avoir ouvert vos bras. Merci pour tous les moments partagés avec vous et tous ceux à venir !

À mes amis,

Aux Jah Nigaz et Jah Nigzouzes, à GT et Joséphine, à François et Math, à Coni et Célio, à El Hot Chucky Grozz, à Léo, à Pipi, Su et Sashaa, à Anna. Presque besoin d'utiliser du carbone 14 pour dater nos amitiés... Ça fait presque 20 ans qu'on a commencé à aller en classe ensemble. Ça fait 10 ans que vous m'avez abandonné seul à mes études. 10 ans que vous ne comprenez toujours par la différence entre un interne et un externe, entre la P1 et la D4, entre du doliprane et du paracétamol. Il est temps que je mette fin à ces ambiguïtés en terminant mes études ! Vive le Tirol Libre ! Ne changez rien !

À mes comparses Sabreurs et sabreuses, à Francky, à Seb, à Thom, à Poï-poï et Ben, à Tom-loup, à Camille, à Tiphaine, à Laure, à Xavier, à Arthur, à July, à Chloé. Merci pour ces folles années à sillonner les villes les plus invraisemblables de France en Minibus. Merci pour m'avoir transmis la passion du sport, l'esprit d'équipe, et la combativité. Agashi Agatöklö !

À mes chers amis Kinineurs, Bolo et Colin, à Seux et Lucie, à Armelle, à Sofia. Les moments partagés avec vous entre Magritte, Picasso et Van Gogh auront été parmi mes plus fondateurs. Et n'oubliez pas, comme disait Galien, « le hasard ne favorise que les esprits préparés » !

À Topsent, tu me manques. J'aurais tant aimé pouvoir partager ce moment avec toi ce soir. Merci pour tous ces beaux moments avec nous.

À mes chers confrères conférenciers du Cidres (par ordre alphabétique) : à VerA, à DonA, à EvA, à BéA et Ben, à LénA la bosse, à PoulettA, à ElisA, à Chichou et Emy, à Adriboule, à Babe, à HK, à Poupette, à Doudou, à Rouline, à Cheymimol, à la Marge, à Sylv et Cam, à Julio de la Casa, à Ben baillouine, à Arthuro, à Etienne. Je crois que peu de gens peuvent se targuer d'avoir une bande comme la nôtre, c'est du solide ! On devrait résister au réchauffement climatique tellement on est chauds. Merci à tous pour ce que vous êtes et ce que vous m'apportez. Je vous aime !

À mes amis d'avant et d'après, d'externat et d'internat, de Grenoble et d'ailleurs, à Duport, à Gaspard, à Gaudinette, à Marv, à Davy, à Gio, à Greg, à Momo, à Dysmas, à Adri, à Camille, à Clément, à Michel, à Hubert

A Cha, mon Am. Merci pour tout. Merci pour ta tendresse, ta gaieté et ton attention. Merci pour tous les efforts que tu auras fait pendant ces derniers mois. Merci pour tout le soutien et l'amour que tu m'auras apporté, et qui m'auront permis de boucler ce soir enfin un long cycle. À nos les paysages Andins maintenant !

Merci à Beach House, pour ses couleurs et sa chaleur, qui m'ont permis de tenir bon les derniers jours.

Merci à Swiss Airlines et Lufthansa, sans vous notre envol vers de nouveaux horizons ne serait pas possible.

Un énorme Merci à **France Télécom** sans qui tout ce travail aurait été impossible !