



HAL
open science

Sorties d'hospitalisation vers le domicile : vécu des médecins généralistes et infirmiers libéraux dans le pays de Saint-Brieuc

Marie Bidaux

► **To cite this version:**

Marie Bidaux. Sorties d'hospitalisation vers le domicile : vécu des médecins généralistes et infirmiers libéraux dans le pays de Saint-Brieuc. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-04299392

HAL Id: dumas-04299392

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04299392v1>

Submitted on 22 Nov 2023

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.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée par

Marie BIDAUX

Née le 19/03/1992 à Rouen

**Sorties
d'hospitalisation vers
le domicile : vécu des
médecins
généralistes et
infirmiers libéraux
dans le pays de
Saint-Brieuc.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 3 mai 2022**

devant le jury composé de :

Olivier DECAUX

PU-PH au CHU de Rennes / *Président du jury*

Vincent MOREL

PA au CHU de Rennes / *Examineur*

Anthony CHAPRON

MCU et Directeur du département de médecine
générale de Rennes / *Examineur*

Etienne BAUDRY

Docteur en médecine générale à l'HAD de Saint-
Brieuc / *Directeur de thèse*



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

Thèse en vue du
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée par

Marie BIDAUX

Née le 19/03/1992 à Rouen

**Sorties
d'hospitalisation vers
le domicile : vécu des
médecins
généralistes et
infirmiers libéraux
dans le pays de
Saint-Brieuc.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 3 mai 2022**

devant le jury composé de :

Olivier DECAUX

PU-PH au CHU de Rennes / *Président du jury*

Vincent MOREL

PA au CHU de Rennes / *Examineur*

Anthony CHAPRON

MCU et Directeur du département de médecine
générale de Rennes / *Examineur*

Etienne BAUDRY

Docteur en médecine générale à l'HAD de Saint-
Brieuc / *Directeur de thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES au 01/09/2021

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
AMÉ	Patricia	PU-PH	Immunologie
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BERTHEUIL	Nicolas	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BEUCHÉE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH (retraite le 01/10/21)	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT	Pierre	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRÉ	François	Professeur Emérite	Physiologie
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHALES	Gérard	Professeur Emérite	Rhumatologie
COGNÉ	Michel	PU-PH	Immunologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DAUBERT	Claude	Professeur Emérite	Cardiologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DE TAYRAC	Marie	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEUGNIER	Yves	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Professeur Emérite	Neurologie
FERRÉ	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC	Ronan	PU-PH	Epidémiologie, �conomie de la santé et prévention
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie

GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUYADER	Dominique	PU-PH(retraite le 01/10/21)	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HEAUTOT	Jean-François	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
JÉGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KALADJI	Adrien	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUÉ	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LE JEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LÉVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHÉ	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLÉDANT	Yannick	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MÉNER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie

MYHIÉ	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PESCHANSKY	Nicolas	Professeur Associé	Médecine d'urgence
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROUSSEL	Mikaël	PU-PH	Hématologie ; transfusion
SAINT-JALMES	Hervé	Professeur Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SCHNELL	Frédéric	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIÉ	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	Professeur Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie

VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VÉRIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES au 01/09/2021

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELM	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ARNAUD	Alexis	MCU-PH	Chirurgie infantile
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BASTIAN	Benjamin	MCF associé	Médecine générale
BERGEAT	Damien	MCU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHEMOUNY	Jonathan	MCF associé	Néphrologie
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
COMMON	Harold	MCF associé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie vieillesse ; addictologie
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénérologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELINE	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale

GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
KERBRAT	Anne	MCU-PH	Neurologie
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE LOUS	Maela	MCU-PH	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LESCOAT	Alain	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MÉNARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NYANGO TIMOH	Krystel	MCU-PH	Anatomie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Remerciements

A Monsieur le Professeur Olivier Decaux, Professeur de médecine interne au CHU de Rennes,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous prie de recevoir l'expression de ma très haute considération.

A Monsieur le Professeur Vincent Morel, Professeur associé en soins palliatifs au CHU de Rennes,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury, et de l'intérêt que vous portez à mon travail. Recevez le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Anthony Chapron, Directeur du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Rennes,

Je vous remercie de vous être rendu disponible pour juger mon travail et de votre engagement dans la formation en médecine générale. Soyez assuré de ma profonde admiration.

A Monsieur le Docteur Etienne Baudry, Médecin coordonnateur à l'HAD de Saint Brieuc,

Etienne, je te remercie de m'avoir proposé de me plonger dans ce sujet avec toi. Travailler à tes côtés puis sous ta direction a été un réel plaisir. Ta disponibilité et tes conseils m'ont été précieux. Ce travail a permis de faire évoluer ma pratique et a contribué à mon épanouissement en tant que médecin de demain.

A tous les professionnels de santé de l'HAD de Saint-Brieuc et membre de la fondation AUB Santé, je vous remercie de m'avoir fait découvrir votre univers et comprendre qu'il est possible de soigner autrement. En particulier, Madame Brigitte Gardien, Docteur Anne Clarissou, Docteur Jacques Clédes, Madame Laura Lucas et Monsieur Philippe Rolland pour leur implication dans la création de mon projet de Thèse.

A tous les autres professionnels que j'ai rencontrés au cours de la préparation de cette étude, je vous remercie de m'avoir invité à vos réunions et pour nos débats qui ont permis de faire émerger ce sujet.

A tous les professionnels ayant participé aux entretiens, je vous remercie pour votre disponibilité et nos échanges riches sans quoi ce travail n'aurait pas eu la même valeur.

A ma famille, merci de votre soutien en toute occasion et d'avoir contribué à faire de moi la personne que je suis aujourd'hui. Je vous aime.

A mes amis, merci d'être à mes côtés depuis si longtemps, votre amitié est précieuse.

A Hugo, merci de me comprendre, de m'écouter, de me soutenir, et d'être là tout simplement. Tu es à mes côtés depuis peu de temps, mais déjà, je ne vois plus ma vie sans toi.

Table des matières

Remerciements	9
Table des matières	10
Liste des illustrations	11
1. Introduction	12
2. Matériels et Méthodes	13
2.1. Type d'étude.....	13
2.2. Population	13
2.3. Recueil des données	13
2.4. Analyse des données.....	14
2.5. Aspects éthiques et réglementaires	14
3. Résultats.....	15
3.1. Description de la population.....	15
3.2. Préparation des sorties	15
3.2.1. Les différents intervenants autour des sorties	15
3.2.1.1. Les acteurs hospitaliers.....	15
3.2.1.2. Les acteurs du domicile	16
3.2.2. Organisation de la sortie	16
3.2.2.1. Anticiper la sortie	16
3.2.2.2. Transmettre l'information médicale : les documents de sortie	17
3.3. Communication autour des sorties	19
3.3.1. Les moyens de communication.....	19
3.3.2. Prévenir de la sortie	20
3.3.3. Difficultés de communication qui influencent la relation ville-hôpital	21
3.4. Assurer la continuité des soins	21
3.4.1. Gérer le manque d'information au retour à domicile.....	21
3.4.2. Modes de sorties spécifiques qui influencent la continuité des soins.....	22
3.5. Améliorations et solutions proposées	24
3.5.1. Communication et transmissions médicales.....	24
3.5.2. Renforcer la continuité des soins	25
3.5.3. Améliorer la préparation des sorties	25
3.5.3.1. Une personne dédiée à la sortie.....	25
3.5.3.2. Des documents optimisés	25

3.5.3.3. La POP : Plateforme d'orientation des patients	26
4. Discussion	27
4.1. Analyse des principaux résultats	27
4.1.1. Un modèle explicatif exposant les conséquences d'une sortie mal préparée	27
4.1.2. Des améliorations souhaitables	28
4.1.2.1. Volonté de communication directe avant la sortie	28
4.1.2.2. Transmission des informations : cadre réglementaire.....	28
4.1.2.3. Outils numériques pour le partage de l'information et la communication	29
4.1.2.4. Comment mettre en œuvre une sortie sécurisée ?	30
○ Un protocole standardisé : la check-list de sortie.....	30
○ Des filières spécialisées existantes pour une aide à la sortie d'hospitalisation	30
○ Créer de nouveaux acteurs dédiés à la préparation de la sortie ?	31
4.1.3. Qu'en est-il de la place du patient ?.....	32
4.2. Forces et faiblesses de l'étude	33
5. Conclusion	34
Bibliographie.....	36
Glossaire.....	40
Annexes.....	41
Annexe 1 : Territoire du pays de Saint Brieuc.....	41
Annexe 2 : Guide d'entretien.....	42
Annexe 3 : Caractéristiques sociodémographiques des participants	43
Annexe 4 : Livre de codes	44
Annexe 5 : Fiche de liaison paramédicale.....	45
Annexe 6 : Modèle explicatif des résultats détaillés.....	46
Annexe 7 : Grille de repérage POP.....	47

Liste des illustrations

Figure 1 - Modèle simplifié explicatif des résultats inspiré par les principes de la théorisation ancrée.	27
Carte 1 - Zonage de la composition communale du pays de Saint Brieuc en 2017 (5).....	41
Tableau 1 - Caractéristiques démographiques de l'échantillon.....	43
Carte 2 - Répartition géographique des entretiens de l'étude.....	43
Figure 2 - Diagramme hiérarchique issu du logiciel NVivo® modélisant le livre de codes en fonction de la fréquence de codage.	44
Image 1 - Exemple de la trame d'une fiche de liaison paramédicale du CH de Saint-Brieuc.....	45
Figure 3 - Modèle explicatif détaillé des résultats	46
Image 2 - Brochure de présentation de la POP dans les services.....	47

1. Introduction

L'hospitalisation marque une interruption dans le suivi médical de ville des patients. La sortie d'hospitalisation est une phase clé du parcours de soins du patient. En 2020, il y a eu 16,5 millions de séjours en hospitalisation dans un établissement de santé MCO, dont 9,3 millions en hospitalisation complète. 89,5% des séjours en hospitalisation sont suivis d'une sortie vers le domicile (1).

Selon l'OCDE, une sortie d'hospitalisation se définit par un patient qui quitte l'hôpital après y avoir passé au moins une nuit. Cela inclut les décès de patients hospitalisés survenus à l'hôpital. Les sorties le jour même de l'admission sont généralement exclues (2). Cette phase de la prise en charge hospitalière constitue un acte de soins à part entière (3). Il est crucial qu'elle soit anticipée et que le lien avec les professionnels de santé en soins primaires soit établi en amont de la sortie pour permettre d'assurer au mieux la continuité de prise en charge à domicile.

Le Centre Hospitalier de Saint-Brieuc est le troisième établissement public de santé breton après les CHU de Brest et de Rennes (4). Il est situé au sein du Pays de Saint-Brieuc (*Annexe 1*), qui est un territoire d'actions collectives ayant des projets communs en faveur du développement local (5). On retrouve au sein de ce territoire quatre cliniques médico-chirurgicales, et deux hôpitaux locaux à Quintin et Lamballe.

Au Centre Hospitalier de Saint-Brieuc, 58 279 sorties à domicile ont été réalisées sur les 65 316 hospitalisations complètes de 2020 (6). Le taux de réhospitalisation à 30 jours, indicateur de coordination entre la ville et l'hôpital en sortie d'hospitalisation, est de 11,9% dans les Côtes d'Armor, ce qui est comparable à la moyenne nationale (7). 64,5 % des patients étaient satisfaits de l'organisation des sorties d'hospitalisation du CH de Saint-Brieuc d'après l'enquête nationale E-Satis de 2021 (64,3% en France) (8,9).

Dans un objectif d'amélioration des sorties, une plateforme d'évaluation et de coordination des sorties compliquées est en cours d'expérimentation au sein de l'Hôpital Privé des Cotes d'Armor (HPCA) et du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc. Il s'agit de la Plateforme d'Orientation du Patient (POP), qui a pour vocation d'améliorer la fluidité du parcours de soins, de sécuriser la sortie en évitant les ruptures de suivi et de renforcer le lien ville-hôpital.

Selon une étude réalisée auprès de médecins généralistes, 77% se disent moyennement satisfaits de l'organisation du parcours de soins du patient à sa sortie de l'hôpital (10). Une enquête a été menée au sein du pays de Saint-Brieuc en 2020 sur la satisfaction des professionnels de santé de ville basée sur un modèle réalisé par la CPTS du bassin de Saint-Malo : sur 330 répondants, 33% jugeaient que la communication avec l'hôpital était insuffisante dans la phase de retour à domicile (11).

Comment expliquer cette relative insatisfaction des patients et professionnels de santé du domicile au sujet de l'organisation des sorties, et plus particulièrement au sein du Pays du Saint-Brieuc ? Peu d'études se sont intéressées au vécu des sorties d'hospitalisation par les professionnels de santé du

domicile. Recueillir le ressenti des médecins généralistes, mais aussi des infirmiers, permettrait d'avoir une vue d'ensemble des difficultés rencontrées lors des sorties hospitalières, et non pas uniquement au travers d'un prisme médical exclusif.

Notre étude aura pour objectif d'analyser le ressenti des professionnels de santé ambulatoire sur l'organisation des sorties d'hospitalisation et leurs besoins pour améliorer le suivi à domicile post-hospitalisation des patients.

2. Matériels et Méthodes

2.1. Type d'étude

Afin d'explorer le vécu des professionnels de santé ambulatoires, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

2.2. Population

Nous avons souhaité interroger des médecins généralistes et des infirmiers libéraux exerçant dans le territoire de démocratie sanitaire n°7 de Bretagne, plus précisément au sein des cantons du Pays de Saint-Brieuc (4). Les médecins généralistes et les infirmiers libéraux représentent deux piliers de la prise en charge ambulatoire en sortie d'hospitalisation.

Le recrutement s'est fait par l'envoi de courriels via la liste de diffusion de l'Ordre Départemental des Médecins des Côtes d'Armor et celle des infirmiers libéraux. Dans un second temps, nous avons réalisé un démarchage téléphonique ciblé. L'échantillonnage a été réalisé sur la base du volontariat puis théorique.

Une brève présentation du sujet et des modalités de réalisation des entretiens a été effectuée au moment du contact téléphonique pour fixer le rendez-vous d'entretien.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être médecin généraliste, installé depuis au moins 1 an ;
- Être infirmier de ville, installé depuis au moins 1 an ;
- Prendre en charge une patientèle résidant dans le Pays de Saint-Brieuc, afin de correspondre au bassin de population pris en charge par le CH de Saint-Brieuc et l'HPCA ;
- Être volontaire et accepter les conditions de réalisation des entretiens semi-dirigés.

2.3. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés afin de laisser le temps nécessaire à l'expression des participants et permettre une exploration en profondeur de leur représentation des sorties hospitalières. Il s'est déroulé de mars à octobre 2021.

La création du guide d'entretien (*Annexe 2*) a été effectuée à l'aide de données de la littérature, de notes recueillies au cours de réunions d'échanges pluridisciplinaires sur le thème des sorties d'hospitalisation et des résultats du questionnaire préliminaire effectué en 2020 (11).

En début d'entretien, des questions sur les caractéristiques sociodémographiques des participants ont été recueillies, suivies d'une question dite "brise-glace" afin d'orienter la discussion sur le sujet de l'étude (*Annexe 2*). Le guide d'entretien a été testé au préalable par des entretiens exploratoires, pour s'assurer de la bonne compréhension des questions posées.

Une analyse en continu des entretiens a permis de faire évoluer le guide tout au long de l'étude. Afin de favoriser l'expression des participants, des interventions telles que des relances, des reformulations ou des synthèses ont pu être utilisées. Le recrutement a été arrêté après obtention d'une saturation des données.

Les entretiens se sont déroulés selon les souhaits des participants et leurs disponibilités, en majorité sur leur lieu d'exercice ou à leur domicile. Un seul entretien a été réalisé en visioconférence du fait des contraintes sanitaires en vigueur en lien avec la pandémie de la COVID-19. Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone iPhone SE® et d'un dictaphone Olympus VN-3100 PC®.

Une retranscription en verbatim a été effectuée pour chaque enregistrement grâce à un logiciel de sous-titrage automatique : Microsoft Stream®. Une seconde écoute des enregistrements a permis de relire et corriger manuellement les données textuelles de chaque entretien à l'aide du logiciel Word®. Un code a été donné à chaque participant afin d'assurer leur anonymisation : " I " pour les infirmiers et " M " pour les médecins généralistes, associé à un chiffre correspondant à l'ordre dans lequel les entretiens se sont déroulés (*Annexe 3*). La chercheuse est désignée par le code Q. C'est une femme médecin généraliste, réalisant un premier travail de recherche pour la validation de son doctorat.

2.4. Analyse des données

L'analyse a été menée selon une approche inspirée de la théorisation ancrée (12). Une analyse ouverte des données a permis une codification de chaque unité de sens en donnant une signification à chaque segment de verbatims. Le regroupement des différents codes a permis de faire émerger des catégories et sous-catégories et de les articuler entre elles par une analyse axiale. Enfin, une analyse intégrative des différents axes a permis de faire émerger un modèle explicatif (*Figure 1 et 2*) (13).

2.5. Aspects éthiques et réglementaires

Au début de chaque entretien, le professionnel interrogé était informé des modalités de réalisation de l'étude, de l'enregistrement, de l'anonymisation des données ainsi que de leur utilisation unique dans le cadre d'un travail de thèse en médecine. Chaque participant a fourni son accord et a été informé qu'il pouvait à tout moment le retirer. Les données recueillies ne sont pas considérées comme sensibles, la population est considérée comme non vulnérable. Notre étude est donc située hors loi Jardé. Le comité d'éthique n'a donc pas été sollicité.

3. Résultats

3.1. Description de la population

Nous avons réalisé 14 entretiens semi-dirigés avec 8 médecins généralistes et 6 infirmiers. La moyenne d'âge était de 43 ans, et le groupe était composé de 5 femmes et 9 hommes.

La durée totale d'enregistrement était de 8 heures 58 minutes 11 secondes, soit une durée moyenne de 40 minutes par entretien. Ils exerçaient tous en cabinet de groupe. Les profils des différents professionnels étaient divers, tant par leur lieu, que par leur mode d'exercice, ou encore leurs différentes formations ou implications dans la formation des étudiants (*Annexe 3*). Au terme de ces entretiens la saturation des données semblait atteinte, constatant qu'à partir du douzième entretien aucune nouvelle idée n'apparaissait. Ceci a été vérifié par la réalisation des deux derniers entretiens.

3.2. Préparation des sorties

3.2.1. Les différents intervenants autour des sorties

3.2.1.1. Les acteurs hospitaliers

Au cours des différents entretiens, le rôle de chaque acteur dans la préparation des sorties d'hospitalisation n'était pas forcément clair. Selon les participants, les infirmiers des services et les cadres infirmiers semblaient manquer de temps à cause de la diminution des effectifs et du temps de soins, alors que les tâches administratives n'auraient cessé d'augmenter.

« Elles ne prennent plus suffisamment soin du patient car elles font plus de tâches administratives, [...] que de tâches de soins » (I4).

« Ils sont en sous-effectif, ils ont les services à gérer, faire en anticipation [...] c'est compliqué, je l'entends » (M8). *« Je ne suis pas sûr qu'il [le cadre infirmier] a le temps de contacter tous les interlocuteurs [...] d'organiser une sortie dans des bonnes conditions »* (I4),

« Le cadre, il est plus administratif il faut gérer le personnel » (M6).

Les assistantes sociales étaient considérées comme des interlocutrices de choix pour l'organisation de la sortie et la mise en place des aides sociales.

« Un contact avec les assistantes sociales, c'est l'intérêt de l'hôpital. Elle aura mis des choses en place, en plus de ce que l'on fait déjà. [...] elles sont plus accessibles que les services sociaux de ville » (M1).

Les médecins hospitaliers, identifiés comme ceux validant la décision de sortie, pouvaient parfois être responsables de sorties réalisées dans la précipitation.

« Le médecin vient de passer, et il dit que le patient sort parce qu'il y a 2 ou 3 patients en attente de lit derrière. Bah moi je trouve c'est comme ça que les choses sont mal faites » (I2).

3.2.1.2. Les acteurs du domicile

Les participants faisaient remarquer le rôle primordial de l'équipe de soins du domicile au moment du retour à domicile d'un patient. Le socle de cette équipe était formé par un « *triptyque qui serait le pharmacien, le médecin généraliste et l'infirmier* » (I4) permettant d'assurer une continuité de soins après l'hospitalisation. Celle-ci était renforcée par l'obligation de permanence de soins des infirmiers.

« *Quand ces trois-là arrivent à se parler, les patients sont pris en charge correctement* » (I4).

Le rôle du pharmacien était mis en avant car pouvant être « *le trait d'union entre l'hôpital et la ville* » (M5) et une personne ressource pour les autres professionnels.

« *Le pharmacien connaît l'équipe en général, il connaît le médecin, il sait quelle est l'infirmière qui travaille autour de cette personne-là* » (M5).

Les auxiliaires de vies ont été mentionnées comme un maillon important dans l'accompagnement du patient à domicile, mais ils rappelaient également qu'elles étaient souvent oubliées au moment de préparer les sorties.

« *Aujourd'hui, il y a des auxiliaires de vie en associations qui fonctionnent très bien* » (I2),
« *Ils auraient dû appeler les auxiliaires de vie la veille, pour qu'elles [...] aillent enlever tout ce qui était moisi du frigo, renettoyer le frigo et enfin aller acheter de l'alimentation* » (I2).

La coopération au sein de l'équipe de proximité était fortement plébiscitée, même si elle restait encore perfectible.

« *Je pense qu'on a encore beaucoup, beaucoup de progrès à faire là-dessus [...] c'est le sens qu'on va essayer de donner dans les prochains mois* » (M3).

La famille et les aidants pouvaient se révéler d'une aide précieuse ou au contraire être une charge supplémentaire pour l'équipe du domicile.

« *Heureusement que sa femme était là [...]. C'est elle qui a géré les premiers jours et puis progressivement, il s'est senti en meilleure forme* » (M7).

« *Lorsque la famille est déficiente [...] et bien nous l'équipe du domicile on se retrouve un petit peu en première ligne* » (M3).

3.2.2. Organisation de la sortie

3.2.2.1. Anticiper la sortie

Pour les participants, une préparation anticipée était le point de départ d'une sortie d'hospitalisation dans de bonnes conditions. Selon certains « *il faudrait que la sortie soit préparée quasiment dès l'entrée du patient* » (I2).

Des étapes semblaient importantes, comme l'évaluation des conditions de vie à domicile, permettant d'adapter et préparer les aides au moment du retour.

« *On nous a demandé comment était le domicile, si le domicile était adapté à sa sortie* » (I5).

Les assistantes sociales étaient aussi chargées de cette évaluation pour mettre « *en place les services d'aide à domicile pour avoir une auxiliaire de vie, des services de repas, des prises en charge financières* » (I4). En revanche, les participants regrettaient parfois une discordance entre l'autonomie réelle des patients et les évaluations effectuées par le service « *pas toujours en adéquation avec la situation des patients* » (M8) ainsi que l'absence de formation paramédicale de ces dernières.

« *Elles ne connaissent rien médicalement, moi, ça me gêne. Je préfère que ce soit une collègue infirmière qui me parle [...], l'assistante sociale n'est pas capable de répondre, elle gère juste un retour à domicile pour que quelqu'un prenne en charge les choses, ça me gêne* » (I4)

« *Ce n'est même pas un professionnel de santé qui nous appelle* » (M6).

3.2.2.2. Transmettre l'information médicale : les documents de sortie

- **Compte-rendu d'hospitalisation (CRH)**

Le CRH était décrit comme étant de bonne qualité. Pour les participants, la principale difficulté rencontrée avec le CRH était le délai de réception tardif, occasionnant une période d'incertitude par l'absence d'information sur les principaux événements survenus durant l'hospitalisation.

« *Ils sont de bonne qualité, je n'ai jamais eu besoin de rappeler pour savoir quelque chose* » (M8).

« *On n'a pas le compte-rendu. Ça c'est un vrai problème. Parce que bah pour nous, c'est essentiel pour avoir le suivi* » (M5).

« *C'est vraiment une chose qui coince, ce moment après l'hospitalisation immédiate* » (M8).

« *La plupart du temps ça se passe bien, mais ce serait dommage que sur 48 h il y ait un truc qui se passe mal parce qu'il y a eu un manque d'information* » (I4).

Les infirmiers interrogés regrettaient de ne pas recevoir le CRH, sauf quand les patients ou le médecin traitant leur transmettaient.

« *Si l'infirmier pouvait être dans la liste des destinataires avec le médecin traitant ce serait parfait. Ça leur pose un souci à priori parce qu'il ne faudrait pas qu'on ait accès à toutes les informations etc...* » (I2).

- **Fiche de transmission infirmière**

Selon les participants, la fiche de liaison infirmière (Annexe 5), seul document transmis directement aux IDE du domicile, était trop protocolaire. Sur celle-ci, il était indiqué les derniers soins, l'autonomie, l'alimentation mais « *pas d'information médicale* » (I4). Transmise le jour de la sortie, elle permettrait pourtant d'avoir quelques informations supplémentaires.

« *Ce sont des grandes fiches jaunes avec plein de croix, plein de croix, il y en a partout* » (I2).

« *On ne sait pas la nature d'hospitalisation, il manque un motif quand même, et une histoire de l'hospitalisation [...] un petit résumé* » (I4) « *ça ne nous éclaire pas trop sur le bilan, le diagnostic final, et dans quoi on se lance* » (I6).

« *A l'EHPAD, je la vois, je trouve que c'est intéressant, parfois en attendant le compte-rendu, souvent ce sont les seules informations qu'on a* » (M8).

- **Lettre de liaison - courrier provisoire**

Les participants regrettaient l'absence d'une lettre de liaison, disponible dès le jour de la sortie du patient, faisant la synthèse de l'hospitalisation. Elle serait suffisante pour les IDE qui ne pensaient pas avoir « *besoin de tout ce que reçoit le médecin généraliste* » (I4).

« *Quand ils font juste un passage aux urgences, on a cette lettre [...]. Mais sinon non, il n'y a pas, quand ils sortent des services conventionnels* » (I1).

- **Ordonnances médicamenteuses et prescription des autres soins**

Les participants reprochaient parfois un manque de lisibilité de l'ordonnance des traitements de sortie, par rapport à l'ordonnance d'entrée. Les modifications non explicitées étaient sources d'interrogation pour eux. La nomenclature des soins infirmiers incorrecte ou la durée de prescription parfois trop courte obligeait le médecin traitant à refaire les ordonnances.

« *Il y a des médicaments qui ne sont pas reprécrits en sortie, du coup on se demande : est-ce qu'il a été volontairement arrêté ou est-ce qu'il a été oublié ? On se retrouve à rappeler* » (I2).

« *Les ordonnances ont un délai de prescription court* » (I5). « *Sauf que le médecin traitant, il en a marre de faire des papiers pour rien aussi* » (I5).

Les médecins faisaient remarquer que parfois les patients ne rapportaient pas les ordonnances de sortie au moment de la consultation post-hospitalisation et qu'elles n'étaient pas toujours transmises avec le CRH. Ceci rendait le renouvellement fastidieux, en particulier si le CRH était toujours en attente.

« *Les patients normalement doivent les apporter, mais combien de fois ils ne les apportent pas* » (M2).

Les patients sans aidant, arrivaient à domicile sans traitement, imposant à leur infirmier des allers-retours à la pharmacie pour récupérer les traitements.

« *Il faut qu'on aille d'abord chez le patient puis à la pharmacie puis qu'on retourne chez le patient. C'est une perte de temps infini* » (I2).

- **Autres documents**

Les médecins regrettaient de ne pas avoir accès aux résultats d'examens complémentaires réalisés en hospitalisation (imageries ou biologies).

« *Tu n'as pas accès aux comptes rendus des examens [...] dans le courrier, sur une iconographie, ils vont te dire : scanner normal. [...] tu pourrais être amené à vérifier, [...] tu te dis que tu ne referais pas le scanner car il en a déjà eu un* » (M3).

« *Si on revoit le patient et qu'il a toujours mal, ça serait intéressant pour ne pas redemander les mêmes choses une deuxième fois* » (M3).

3.3. Communication autour des sorties

3.3.1. Les moyens de communication

Pour les participants, le moyen de communication le plus efficace était le téléphone car il permettait des échanges interactifs et la transmission des informations sur l'hospitalisation.

« Expliquer de vive voix c'est toujours plus simple pour se comprendre. Je trouve que ça crée plus de lien » (I4).

« Après je pense que les difficultés des hospitaliers pour nous joindre bah c'est qu'il faut qu'il passe par le secrétariat [...] Mais donc j'imagine pour eux ça doit pas être si simple de contacter les généralistes » (M4).

La messagerie sécurisée était utilisée majoritairement pour la réception des documents de sortie. Pour certains, elle était peu exploitée pour communiquer, à cause des incompatibilités entre les différentes messageries, que ce soit entre professionnels de soins primaires ou avec les médecins hospitaliers. Pourtant les mails permettaient de demander des avis pour le suivi sans déranger les médecins hospitaliers.

« Les médecins sont sur Apicrypt® et nous on est sur MS-Santé®, ce n'est pas très compatible : eux peuvent nous écrire je crois mais nous on ne peut pas écrire vers Apicrypt® » (I1), « l'hôpital n'a pas Apicrypt® » (M5).

« Le mail ça permet de ne pas les déranger, comme ça ils répondent à leur convenance » (M2), « moi je sais que j'essaie de communiquer au niveau des plaies pas mal avec les médecins, même hospitaliers via les messageries sécurisées » (I1).

Le Dossier Médical Partagé (DMP) pouvait être un moyen de transmettre des informations vers l'hôpital mais était peu utilisé car non compatible avec certains logiciels métiers, et obligeait à une double saisie des informations. La place de l'infirmier y était réduite car peu d'informations leur étaient accessibles.

« On ne veut pas travailler avec cet outil, parce qu'on a d'autres logiciels métiers et que l'on ne peut pas faire des doubles saisies, ça prend trop de temps » (M4).

De nouveaux outils étaient utilisés par certains participants comme Globule® pour discuter au sein de l'équipe de soins du domicile autour d'un patient ou Omnidoc® pour demander des avis spécialisés.

« Globule®, c'est une sorte de WhatsApp® dirigé sur un dossier de patient avec toute l'équipe ambulatoire » (M8).

« En endocrino je fais appel à Omnidoc® c'est intéressant parce que du coup on a un avis via l'application au lieu de leur envoyer un fax » (M5).

3.3.2. Prévenir de la sortie

L'équipe du domicile était prévenue des sorties de différentes manières, mais cela restait majoritairement une exception.

« Pour la chirurgie programmée ce sont les patients qui nous appellent tout le temps » (I4).

« C'est très très rare qu'on ait au bout du fil la clinique ou l'hôpital, pour nous dire qu'il va falloir prendre en charge cette personne » (I3).

Exceptionnellement, les médecins traitants étaient directement prévenus de la sortie de leur patient. Le plus souvent ils étaient mis au courant par l'équipe paramédicale du domicile ou au moment de la réception du courrier d'hospitalisation. Ils n'étaient appelés par des médecins hospitaliers que lorsque le patient sortant nécessitait une prise en charge particulière.

« On n'est jamais prévenu par un appel de la sortie d'un patient » (M1).

« C'est souvent par l'infirmière libérale ou le pharmacien, parce que [...] les ordonnances sont mal faites, qu'on apprend que la personne est rentrée » (M6).

« Quelques fois les médecins nous appellent en disant : je fais sortir le patient, ça n'a pas été simple, voilà ce qu'on envisage » (M6).

Que ce soit le médecin traitant ou les infirmiers, ils exprimaient majoritairement la volonté d'être appelés au moment de la sortie et même quelques jours en amont. Prendre en charge un patient au dernier moment pouvait parfois impacter sur la qualité de vie au travail.

« C'est vrai que s'ils peuvent passer un coup de fil et puis nous faire une petite synthèse, c'est génial quoi » (M4),

« J'aimerais qu'on m'appelle et je pense que dans les services hospitaliers ça doit quand même pas être si compliqué » (I4).

« On va nous appeler au dernier moment » (I5), « ça ne respecte pas notre rythme à nous. C'est plutôt : "elle sort !" Bah débrouillez-vous quoi ! » (I6).

« C'est compliqué mais c'est des choses qui, après, empiètent sur sa vie personnelle, sur les autres patients aussi » (I3).

Pour les participants, ne pas prévenir tous les intervenants autour d'un patient en perte d'autonomie était une véritable perte de chance pour eux.

« C'est une perte de chance pour un retour rapide à une vie qui va leur permettre de retrouver de l'autonomie. A 80 ans quand le patient rentre à la maison avec une ordonnance de kiné, et bah il ne trouve pas de kiné tout seul ! » (I2).

Certains participants, pour contourner cette difficulté, prenaient les devants en appelant eux même le service pour avoir des nouvelles et s'informer sur le déroulement de l'hospitalisation avant la sortie.

« Je prends quand même des nouvelles assez régulièrement. Donc finalement j'ai quand même assez régulièrement les médecins au téléphone ou les paramédicaux, mais c'est moi qui fais cette démarche, ce n'est pas dans l'autre sens » (M3).

3.3.3. Difficultés de communication qui influencent la relation ville-hôpital

En termes de communication avec l'hôpital, sans revenir sur le manque de transmission avant la sortie, les participants trouvaient qu'il était difficile de joindre le bon interlocuteur. Ils devaient multiplier les appels, rendant la démarche chronophage. Ils regrettaient qu'il n'y ait pas de numéro direct pour les professionnels de santé du domicile.

« Pour l'instant tout est mélangé. Il n'y a pas de numéro direct en fait. On est obligé de passer par les standards et le serveur vocal. C'est ridicule » (M5).

« C'est difficile d'avoir la bonne personne, le bon interlocuteur quand on a besoin » (I5).

Cependant une fois l'interlocuteur trouvé, les échanges étaient pour la plupart du temps enrichissants, constructifs et courtois pour assurer le suivi.

« Je n'ai jamais été mal reçue [...] c'est très riche l'échange, c'est très intéressant. Du coup, on comprend mieux aussi la prise en charge, les difficultés qu'ils ont eux aussi » (I1).

Les participants pensaient que la communication était une solution pour améliorer les relations avec l'hôpital. Ils ressentaient que les services hospitaliers avaient une volonté de créer du lien avec les équipes de soins de ville, afin de mieux comprendre les contraintes et besoins de chacun.

« Quand on a ce genre de difficultés avec l'hôpital, si à un moment donné on ne communique pas avec eux, ça ne s'améliorera pas » (I2).

« C'est deux mondes qui ne se connaissent pas assez en fait mais qui font des efforts pour aller l'un vers l'autre » (I2).

En effet, certains participants prenaient part à des groupes de travail ou des réunions avec l'hôpital pour apporter le point de vue des soignants de villes afin de coconstruire des solutions ensemble. Sans cette coopération, les projets d'amélioration avaient échoué par le passé.

« L'hôpital s'étonne toujours que ça ne marche pas avec nous. Mais on n'a jamais été convié en amont [...], ils nous imposent un système. [...] Et la plupart du temps, qu'est ce qui se passe ? Ils nous convient à des réunions disant, "maintenant ça va être comme ça !" Alors, les libéraux comme d'habitude, ils ne sont pas contents » (M5).

3.4. Assurer la continuité des soins

3.4.1. Gérer le manque d'information au retour à domicile

Au moment du retour, le premier contact des patients avec l'équipe de soins était celui avec l'infirmière intervenant au domicile. La première difficulté rencontrée était le manque d'information par manque de contact avec le service ou par l'absence d'information médicale dans le dossier de sortie.

« L'équipe paramédicale, très souvent, c'est eux qui nous tiennent au courant si on n'a pas été prévenu d'une sortie » (M8).

« On ne sait pas ce qui s'est passé, pourquoi elle était hospitalisée, rien du tout » (I6).

Les participants pensaient avoir une grande capacité d'adaptation mais le manque d'information occasionnait un risque d'erreur médicale les obligeant à prendre des initiatives et à agir parfois en dehors de leurs champs de compétence.

« *On essaie de se dépatouiller avec ce qu'on a* » (I6).

« *S'il y a eu des choses qu'on doit surveiller, est-ce qu'il y a eu une sonde urinaire ? Est ce qu'on doit surveiller à posteriori s'il y a un risque infectieux ? Vous voyez, il faut qu'on ait un minimum d'informations* » (I3), « *On prend des initiatives de nous-mêmes* » (I5).

Pour récupérer les informations, afin d'assurer la prise en charge des patients, les participants appelaient facilement dans le service d'origine, mais certains trouvaient que les services se déchargeaient trop sur les équipes en soins primaires.

« *Souvent tu es bien renseigné quand même. Ils reprennent le dossier, ils expliquent [...] ils m'ont récupéré mes infos, ils ont rappelé le médecin, ils m'ont rappelé derrière* » (I2).

« *Ils se reportent beaucoup sur des "voyez avec le médecin traitant"* » (I5), mais « *le médecin traitant il n'en sait pas plus que nous, il n'a pas le courrier* » (I6).

3.4.2. Modes de sorties spécifiques qui influencent la continuité des soins

Les participants faisaient quand même la différence entre des sorties « *simples* » (I4) et plus « *complexes* » (I4). Dès que le patient sortant était porteur de fragilités, la sortie était plus à risque d'être compliquée si elle était mal préparée en amont.

« *Les sorties de tous les jours, il y a pas de souci. Je veux dire des patients qui sortent après une chirurgie d'une prothèse de hanche ou n'importe, des choses classiques, même des hospitalisations un peu plus longues, si le patient est autonome, ils se gèrent les gens [...]. On n'a aucun problème avec les sorties de tous les jours* » (I2).

« *Le souci c'est les patients polypathologiques [...]. On a des problèmes avec les cas complexes et d'ailleurs ce n'est pas toujours des cas compliqués au niveau médical : c'est souvent d'ailleurs plus des cas complexes au niveau environnemental ou social* » (I2).

Dans ce contexte, certaines sorties étaient réalisées par le programme PRADO incluant un appel de tous les intervenants et avec un protocole de surveillance sur un carnet. Pour cela, ce programme était très apprécié par les équipes du domicile.

« *Il y a toujours un contact téléphonique. C'est le délégué qui nous appelle donc souvent ils ont quand même quelques bonnes informations au sujet du patient* » (I1).

« *Le carnet de suivi, contenant l'espace infirmier et médecin, de quoi noter les constantes, les rendez-vous espacés de suivi avec le cardiologue. Quelque chose d'assez carré* » (M1).

Les sorties à domicile réalisées en HAD étaient prisées par les équipes de soins primaires, tout en étant conscient qu'il s'agissait d'hospitalisation à domicile et non d'une sortie à domicile classique.

« *C'est presque caricatural tellement c'est bien : parce que c'est l'HAD qui te met le matériel, [...] une infirmière relais de l'HAD qui t'appelle pour t'expliquer la prise en charge, [...] Donc là franchement c'est l'idéal, mais c'est parce que c'est via l'HAD* » (I4).

« *Ils ont un pied un peu dans les 2 systèmes de soins* » (I2).

Avec l'HAD, ils aimaient avoir « *systématiquement le compte rendu médical [...] de ce qui s'est passé à l'hôpital* » (I2) et « *un numéro dédié pour les joindre* » (M8). En revanche, ils pensaient qu'il pouvait y avoir une réticence à l'utilisation de l'HAD en sortie d'hospitalisation par certains services hospitaliers, ce qui était difficile à comprendre pour les participants.

« Je pense qu'en sortie d'hospitalisation, on aurait dû faire appel à l'HAD et ça n'a pas été fait. C'est nous qui l'avons fait une fois qu'il était sorti : à domicile, mais il y a eu 15 jours où c'était très complexe. [...]. Dans certaines situations, il y aurait un besoin de demander une évaluation de l'HAD qui n'est pas faite » (M8).

3.4.3. Programmer un rendez-vous de réévaluation

Les participants trouvaient que les rendez-vous avec les chirurgiens ou d'autres spécialistes étaient globalement bien prévus à la sortie du patient.

« Ça c'est géré, je n'ai pas besoin de m'en occuper. Il n'y a pas trop de problème » (M1).

Cependant la logistique, autour de ces rendez-vous, restait parfois survolée : motifs flous, transports rarement prévus en avance, la date et l'horaire non rappelés au patient.

« Ils sortent avec une feuille avec tous les rendez-vous programmés la plupart du temps. Mon patient était un peu paumé dans toute la liste des rendez-vous. Mais il avait tout, il avait son rendez-vous chez l'urologue, [...] scintigraphie myocardique. Mais il faisait trop chaud donc il a annulé... c'est terrible ! Voilà tout était prévu ! Mais il n'avait pas compris l'importance » (M6),
« Il y a des patients qui ne sont pas en capacité d'organiser eux-mêmes leur transport en taxi ou en VSL, qui c'est qui gère tout ça ? Nous ! » (I2).

Les rendez-vous étaient parfois en attente en sortie d'hospitalisation. Tardant, il était parfois nécessaire de rappeler pour fixer une nouvelle fois le rendez-vous.

« Là parfois ça tarde et on est obligé de rappeler. Mais ça reste rare » (I6).

En l'absence de programmation des rendez-vous de réévaluation spécialisée par les équipes hospitalières, la tâche revenait au médecin traitant. Cette contrainte était pesante, car elle venait s'ajouter à un emploi du temps chargé et à un contexte de baisse de la densité médicale.

« C'est vraiment pénible pour nous, c'est l'angoisse. On se dit qu'il va falloir trouver quelqu'un et puis moi ce n'est pas mon boulot non plus, je suis là pour donner ce qui est disponible, etc... mais si eux ils ne sont pas là, ce n'est pas mon rôle d'organiser leur planning aux spécialistes » (M7).

La réévaluation par le médecin généraliste n'était pas prévue par les services, ce que regrettaient les participants. En effet la prise de rendez-vous avec le médecin traitant était souvent suggérée aux patients ou indiquée de façon informelle en fin de courrier d'hospitalisation, mais jamais réalisée avant la sortie, comme pour les autres spécialistes. Pourtant avec le PRADO, ce rendez-vous avec le médecin traitant était prévu en sortie d'hospitalisation.

« Les patients viennent trop tard. [...] Je trouve que l'information, ce n'est pas clair pour eux [...]. Des fois ils ont arrêté leur traitement parce qu'il avait marqué 14 jours et puis je viens les voir une semaine après alors ils n'ont plus de traitement depuis une semaine » (M7).

« On va trouver dans ces cas-là en fin de courrier "réévaluation par le médecin traitant", mais on n'aura pas été mis au courant en fait de cette chose-là ou le patient est porteur d'un message en disant "on nous a dit qu'il fallait revenir vous voir pour les traitements", ça arrive » (M3), « Non clairement c'est nous qui recontactons le médecin traitant. Après ça ce serait super, ils prévoient bien le rendez-vous avec le cardiologue » (I2).

« Dans des systèmes type PRADO c'est obligatoire. Là, ça fait partie des cases à cocher, la consultation chez le généraliste dans les 15 jours » (M2).

Cette réévaluation semblait pourtant nécessaire pour une réadaptation des traitements et de leur posologie, ou encore pour prévoir les contrôles biologiques.

« Ils sortent d'hospitalisation avec des traitements antidouleur sauf que ça ne suffit pas, ils souffrent » (I5),

« Le traitement diurétique a tellement fonctionné qu'il faisait des hypotensions orthostatiques graves, il se levait de son lit, faisait 3 mètres et tombait dans son couloir » (M6).

3.5. Améliorations et solutions proposées

3.5.1. Communication et transmissions médicales

Pour gagner en rapidité dans les échanges, les professionnels du domicile souhaiteraient avoir accès à un annuaire des numéros directs des médecins hospitaliers et secrétariats ainsi que leurs adresses mails.

« Il serait intéressant d'avoir leur adresse mail pour avoir des réponses à nos questions » (M2)

« On ne pourra pas arriver à monter quelque chose si on n'arrive pas à communiquer directement » (M5).

Ils souhaiteraient des outils numériques plus performants « qui permettraient de se parler plus facilement » (I4) et recevoir les documents de sortie plus rapidement. Une centralisation de toutes ces innovations numériques leur semblait nécessaire.

« 3 semaines après [...] je trouve le compte-rendu. Il y a un problème de temporalité. A l'heure du numérique c'est quelque chose qui devrait arriver beaucoup plus vite » (I3).

« Le problème c'est qu'il y a plein d'outils intéressants mais alors ça rajoute des couches de tâches administratives, des inscriptions, des référencements de patients. Ce n'est pas très uniforme tout ça » (M4)

« Ce qu'il faut, c'est trouver un langage commun. La complexité, c'est que tout le monde a ses logiciels » (M5).

Enfin, en ce qui concerne les sorties compliquées, les médecins généralistes souhaiteraient être appelés pour échanger avec le médecin hospitalier.

« C'est vrai que si pour les dossiers compliqués, on pouvait avoir le médecin au téléphone ce serait bien » (M7).

3.5.2. Renforcer la continuité des soins

Pour améliorer la continuité des soins, les participants auraient aimé que les patients soient réévalués, par un rendez-vous avec le médecin traitant ou une téléconsultation en présence de l'IDE. Pour que cette réévaluation soit bénéfique, le médecin traitant devrait avoir reçu le CRH.

« La personne sort, 4-5 jours après on prend une télé consultation avec le médecin traitant chez le patient en présence de son infirmier. Et on aborderait comment ça se passe la sortie depuis qu'il est au domicile. Et puis nous ça nous permettrait d'avoir un minimum de renseignements » (I3).

Les participants reconnaissaient que l'organisation et la coordination du système de soins primaires n'étaient qu'au stade d'ébauche, ce qui était un frein pour la continuité des soins. La création des CPTS représentait un espoir d'amélioration.

« Le problème actuellement c'est comment arriver à connecter les 2 établissements pour permettre une continuité des soins [...] je pense que les CPTS qui sont en train de se monter vont probablement pousser les libéraux à s'organiser, à se parler entre eux, sur des grands bassins de santé tout simplement » (M8).

3.5.3. Améliorer la préparation des sorties

3.5.3.1. Une personne dédiée à la sortie

De façon unanime, les participants semblaient juger nécessaire la désignation d'une personne ou d'une équipe dans les services qui soit dédiée à la sortie. Le rôle aurait été de coordonner la préparation des documents de sortie, la prise de rendez-vous de suivi, et surtout de joindre tous les intervenants de ville pour assurer une meilleure transition ville-hôpital. Elle devrait avoir une expérience des soins en ville pour faciliter les échanges et surtout une formation paramédicale à la différence des conseillers de l'assurance maladie du PRADO ou des assistantes sociales des services.

« Il faudrait une cellule dédiée à l'hôpital qui ferait l'interface [...] entre la ville et l'hôpital. Quelqu'un qui connaisse le milieu de la ville, donc ça ne pourrait être que quelqu'un qui est passé par du domicile » (I4).

« Une infirmière de coordination, quelqu'un susceptible de recueillir, de hiérarchiser, par exemple, les prises de rendez-vous, les prises de contact en SSR, bref une banque de savoir, de données du service [...]. Ça ne serait pas administratif, ça serait médical, plutôt une infirmière ou quelqu'un qui a une formation médicale » (M5).

3.5.3.2. Des documents optimisés

Pour pallier le manque d'information et le délai de réception du CRH, les participants auraient aimé avoir accès à un courrier provisoire remis au patient à la sortie. Il serait également envoyé par messagerie sécurisée, comme c'est le cas pour les sorties des urgences.

« Il manque un courrier immédiat [...] quand il y a un passage aux urgences, ils ressortent avec une lettre résumée du passage » (M1).

Dans cette fiche, les participants souhaiteraient retrouver juste « *l'essentiel, motif d'hospitalisation, résultats des examens complémentaires d'imageries et biologiques, le diagnostic, et le mode de sortie. [...], ça permet de savoir un peu ce qu'il s'est passé* » (M8).

Les infirmiers souhaiteraient que les ordonnances de sorties soient faxées à la pharmacie en amont, pour qu'ils puissent récupérer les traitements avant d'aller chez le patient et éviter les allers-retours inutiles à la pharmacie. Afin d'améliorer la clarté de celles-ci, ils aimeraient avoir une synthèse des traitements arrêtés et débutés au cours de l'hospitalisation.

« Faxer l'ordonnance la veille [...] pour que la pharmacie puisse commander pour l'après-midi, et qu'on passe chercher » (I3).

« On se demande si ça a été arrêté ou c'est un oubli. Et donc ce qu'on aimerait bien nous, c'est qu'ils nous mettent "arrêt de tel traitement à ce jour arrêt ". Comme ça on n'a pas de doute » (I5).

3.5.3.3. La POP : Plateforme d'orientation des patients

Après la présentation du projet de la POP aux participants (*Annexe 2*), certains étaient enthousiastes. La POP répondant à leur souhait d'avoir une personne dédiée à la sortie, ils pensaient que la POP pourrait être une solution pour améliorer la préparation des sorties compliquées.

« C'est une très belle initiative qui correspond aux besoins de la population locale de ce secteur » (M8).

Déclenchée dès l'entrée, par l'équipe du service, les participants pensaient que l'infirmière de la POP pourrait faire une évaluation du patient dans sa globalité, anticiper la sortie en prévenant tous les intervenants du domicile et articuler la logistique et les aides sociales.

« C'est une prise en charge globale et c'est ce à quoi on aspire pour un patient, c'est de ne pas fractionner un problème de cœur, un problème de plaie au pied » (I1).

« L'infirmière de la POP avait anticipé les choses, en me prévenant que la patiente n'était pas bien » (I3).

« Une infirmière qui coordonnerait un peu le retour ça c'est certain que ça serait quelque chose d'intéressant » (M3), *« Ça a son utilité [...], pour éviter toutes ces problématiques plus logistiques finalement que médicales »* (M5).

La POP était facilement comparée à l'HAD et au PRADO, qui pouvaient avoir des rôles proches.

« La POP c'est un peu ce que faisait l'HAD en fait. L'HAD intervient d'abord à l'hôpital et après l'HAD nous transmet les informations. Et c'est l'intermédiaire, qui nous manque en fait, dans le rouage de la sortie, et souvent c'est l'HAD qui faisait ce lien » (I3).

Certains participants n'avaient pas expérimenté de prise en charge avec la POP. Ils manquaient de recul, ce qui ne leur permettait pas de donner leur avis.

« Du coup j'en ai pas entendu parler, c'est un peu dommage, je ne peux pas trop développer le sujet » (M7), *« il faut attendre de voir ce que ça donne »* (I1).

D'autres étaient sceptiques et méfiants vis-à-vis de ce nouveau dispositif. La décision de sortie était souvent prise rapidement par le médecin du service, ce qui ne laisserait pas le temps à l'infirmière de la POP d'agir. Pour eux, il existait déjà des outils proches qui n'étaient pas utilisés comme le PRADO ou l'HAD, ils n'étaient alors pas convaincus que la POP le soit elle aussi. Enfin, ils remettaient en doute la pérennité du dispositif face au manque de moyens budgétaires des hôpitaux.

« Il y a la visite du médecin à 11h, et il dit bon bah c'est bon elle sort aujourd'hui. Donc je pense qu'elle n'a pas le temps d'intervenir l'infirmière coordinatrice » (I6).

« Ça semble une très bonne initiative cette POP [...], mais il faut déjà utiliser ce qui est existant et qui fonctionne, comme l'HAD, qui n'est pas utilisée alors qu'elle devrait l'être » (M8).

« Les infirmières à l'hôpital, elles sont déjà pas en surnombre quoi. Donc c'est bien joli quoi de rajouter des outils, c'est séduisant mais qu'est-ce que qu'ils vont faire ? Ils vont embaucher du monde du coup ? Est-ce qu'il va y avoir les moyens, quoi ? C'est de la poudre aux yeux je pense ! Il n'y aura jamais les moyens vraiment adéquats » (M4).

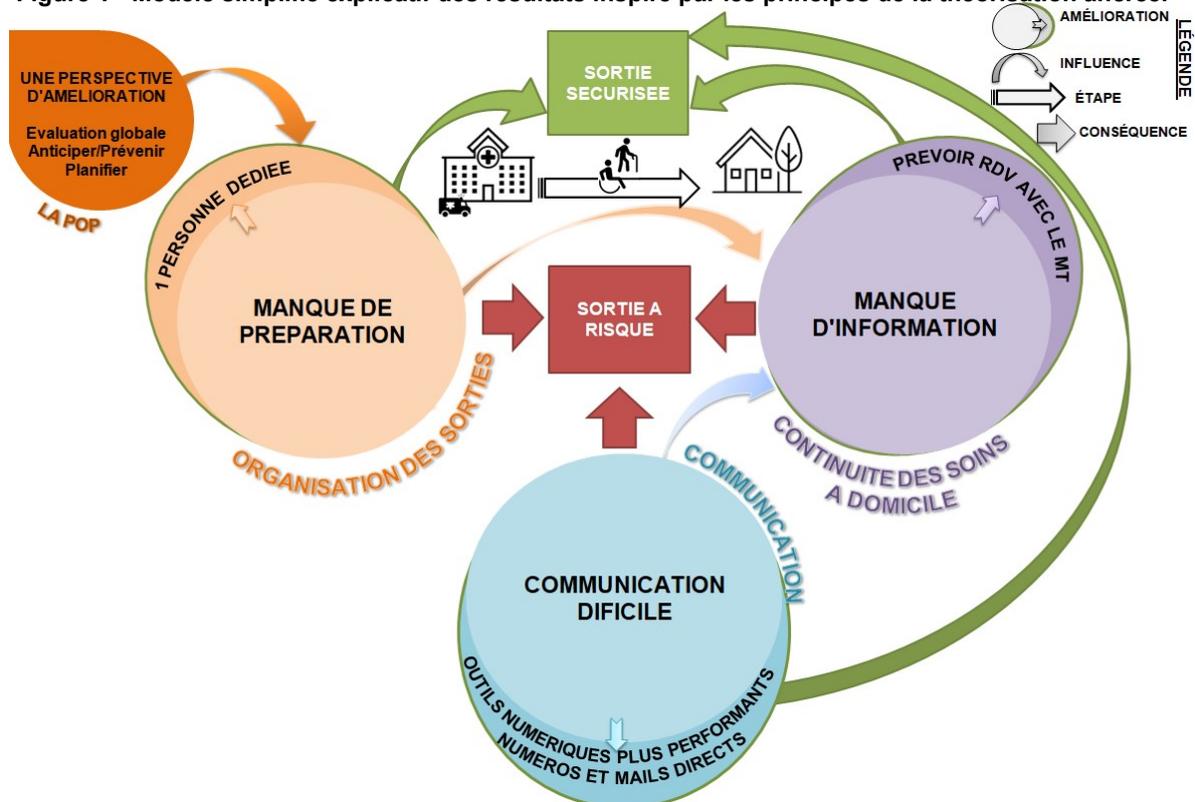
4. Discussion

4.1. Analyse des principaux résultats

4.1.1. Un modèle explicatif exposant les conséquences d'une sortie mal préparée

Au cours de l'analyse des résultats, différentes catégories sont apparues et ont été schématisées par la *Figure 1* dont une représentation détaillée peut être retrouvée en *Annexe 6*. Les participants constataient un manque de préparation des sorties ayant pour conséquence une carence dans la transmission de l'information médicale pour le suivi à domicile, préjudiciable pour le patient et les professionnels de santé du domicile. Ceci influençait la continuité des soins, qui était également altérée par une communication difficile entre la ville et l'hôpital. Des propositions d'améliorations ont été exprimées dans le but de tendre vers une sortie sécurisée pour le patient.

Figure 1 - Modèle simplifié explicatif des résultats inspiré par les principes de la théorisation ancrée.



4.1.2.Des améliorations souhaitables

4.1.2.1. Volonté de communication directe avant la sortie

Dans notre étude, la plupart des médecins et infirmiers souhaiteraient être prévenus en amont de la sortie d'un patient. Ces résultats sont également retrouvés dans d'autres études qualitatives relatives aux sorties d'hospitalisation et aux besoins des professionnels en soins primaires (14–16).

Pour cela, l'appel téléphonique semblait être le moyen le plus adapté pour les participants, mais ils reconnaissaient qu'il pouvait parfois être compliqué à mettre en place. Des études montrent que cette communication directe est souhaitable (17,18) et que la voie numérique pourrait être une solution plus adaptée à la généralisation d'un contact avant la sortie (16). Il faudrait pour cela que les échanges soient bidirectionnels, mais sans système dédié il se pourrait qu'elle reste rare. Cependant, d'autres études n'ont pas mis en évidence qu'une communication directe avant la sortie soit associée à une diminution du taux de réadmission à 30 jours (19).

4.1.2.2. Transmission des informations : cadre réglementaire

Depuis 2016, "le document de sortie" ou "lettre de liaison", comportant 5 rubriques obligatoires (motif d'hospitalisation - synthèse médicale du séjour - actes techniques, examens complémentaires et biologiques - traitements médicamenteux - suite à donner), doit être remis le jour de sa sortie au patient et envoyé par messagerie sécurisée à son médecin traitant (20). Il a valeur de "compte-rendu d'hospitalisation" s'il est remis dans sa version complète. S'il s'agit d'une version intermédiaire, il doit être complété dans un deuxième temps et être envoyé dans un délai de 8 jours avec les résultats manquants. L'objectif de ce document est de répondre aux besoins des professionnels qui assurent la prise en charge du patient en sortie d'hospitalisation (21).

Dans notre étude, les participants ne trouvaient pas cette lettre de liaison, en dehors de celle des urgences. L'absence de communication des informations médicales a pour conséquence une carence d'information au moment du retour, notamment au moment du rendez-vous de réévaluation par le médecin traitant, pouvant altérer la continuité des soins et la sécurité du patient (17,22). Plusieurs études montrent que des complications après sortie peuvent être directement liées au fait de ne pas disposer d'informations suffisantes (23,24).

Au sein des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS), il existe un indicateur de qualité de la lettre de liaison à la sortie en MCO. En 2019, en France, les lettres de liaison étaient datées du jour de la sortie seulement dans 71% des cas, alors qu'elle est obligatoire depuis 2016. Seulement 45% étaient remises au patient et les traitements médicaux y figuraient seulement sur 40% (25).

Depuis mars 2018, la HAS recommande également l'ajout d'un volet médicamenteux à la lettre de liaison qui doit être structuré sous la forme d'un tableau comparant le traitement avant l'admission avec le traitement de sortie, en expliquant les modifications effectuées. Dans une démarche de conciliation médicamenteuse, les explications des changements de traitement doivent être limpides car la majorité des effets indésirables en sortie d'hospitalisation sont d'origine médicamenteuse (26). Ils peuvent représenter entre 2/3 et 3/4 des effets indésirables en sortie d'hospitalisation selon une revue de la littérature nord-américaine (27).

4.1.2.3. Outils numériques pour le partage de l'information et la communication

Les participants ont fréquemment abordé un retard dans le développement et l'utilisation des outils numériques du système de santé français : incompatibilités, lourdeurs d'utilisation, absence de centralisation des outils... Ceci majore les obstacles à une communication fluide et au partage de l'information médicale, entre les professionnels de villes et hospitaliers. L'accélération du virage numérique en santé est un des projets de la loi Ma Santé 2022 (28).

Le DMP est actuellement peu utilisé par les participants. C'est un outil répandu en Europe, notamment au Danemark précurseur en la matière, jusqu'aux Etats-Unis. La Commission européenne en a fait un objectif en 2019, afin de rendre ces dossiers consultables dans toute l'Union Européenne. Le DMP français va progressivement être remplacé par Mon Espace Santé proposé depuis le début d'année 2022 aux patients (29). Ce nouvel outil permettrait par son accessibilité facilitée pour le patient de le rendre acteur de sa santé et un support pour les professionnels de santé. Il sera intégré prochainement à la pratique des professionnels de santé grâce à des mises à jour des logiciels métiers et à un accès internet sécurisé par e-CPS (30). Comme son prédécesseur, la lettre de liaison de sortie de l'hôpital pourra y être intégrée.

La modernisation numérique des établissements de santé est accompagnée par les programmes HOP'EN et SUN-ES dont l'un des objectifs est la généralisation du partage fluide et sécurisé des données de santé, via le DMP et la messagerie sécurisée (31). L'accélération de l'utilisation de ces outils, notamment en sortie d'hospitalisation, est également l'une des missions de ces deux programmes.

La messagerie sécurisée, principalement utilisée pour la réception de documents (CRH, et courrier médicaux), est rarement utilisée pour la communication entre les professionnels de santé, car peu ergonomique. Les hospitaliers n'en ont pas tous. Aux États-Unis une messagerie sécurisée entre professionnels est intégrée au DMP du patient, pouvant faciliter une communication directe en lien avec le dossier médical du patient concerné (16). C'est d'ailleurs la philosophie de l'application française Globule® dont le recours a augmenté depuis la crise COVID-19. Elle permet la création de dossier patient pour une équipe de soins et de coordonner le parcours du patient. Elle intègre un outil de messagerie sécurisée instantanée qui permet d'échanger rapidement et efficacement.

4.1.2.4. Comment mettre en œuvre une sortie sécurisée ?

- **Un protocole standardisé : la check-list de sortie**

Depuis 2015, une check-list de sortie est proposée par l'HAS aux équipes de soins hospitalières pour planifier les sorties d'hospitalisation (32). On y retrouve aussi la notion de repérage des fragilités dans le but d'anticiper la préparation de la sortie, dès l'entrée, afin d'éviter les réhospitalisations. Des rubriques contribuant à la continuité des soins, comme la transmission des ordonnances à la pharmacie avant la sortie ou le contact des services d'aides à la personne, ont été de nombreuses fois citées par nos participants.

Des études semblent montrer que l'utilisation d'un protocole de préparation des sorties optimisé et individualisé permet d'améliorer la satisfaction des patients, la qualité et la rapidité d'envoi des documents de sorties, les durées de séjour à l'hôpital et le taux de réadmission à 30 jours (33,34).

- **Des filières spécialisées existantes pour une aide à la sortie d'hospitalisation**

On retrouve des protocoles de sorties semblables à la check-list de l'HAS dans des dispositifs d'aide à la préparation des sorties existants et appréciés par nos participants.

- **Le PRADO**

Le PRADO est le programme d'accompagnement du retour à domicile qui a pour objectif de renforcer la qualité de la prise en charge de ville tout en anticipant la sortie. Il permet de diminuer les durées de séjours à l'hôpital. Il concerne les sorties de la maternité, de chirurgie, après décompensation cardiaque chronique ou une décompensation de bronchopathie chronique obstructive (BPCO) et depuis 2019 après un accident vasculaire cérébral (AVC) ou pour les patients de plus de 75 ans (PRADO Gériatrie en cours de développement sur le CH de Saint-Brieuc). Nous avons observé que ce dispositif pouvait représenter un appui pour les professionnels de ville dans le suivi après une hospitalisation. Néanmoins, les conseillers de l'Assurance Maladie, qui assurent cette coordination, n'ont pas de formation de soignant. Ce sont des agents administratifs de l'Assurance Maladie, ce qui constitue une faiblesse notée par les participants de notre étude. Pour certains professionnels ambulatoires, il ne fait pas l'unanimité et peine à apporter des réponses aux vraies problématiques structurelles qui entourent les sorties (35).

- **L'Hospitalisation à Domicile (HAD)**

En sortie d'hospitalisation conventionnelle, l'HAD peut permettre d'écourter un séjour hospitalier tout en assurant continuité et sécurité des soins. Elle est mise en place après une évaluation globale du patient, en lien avec les professionnels du domicile. C'est une infirmière de l'HAD qui se rend dans le service et qui tiendra compte de la dimension médico-sociale et des conditions de vie à domicile dans son évaluation. L'HAD est un soutien à la coordination du parcours entre la ville et hôpital car à la frontière entre les secteurs ambulatoires et hospitaliers (36). Pour autant, cette solution en sortie d'hospitalisation n'est possible que pour certaines prises en charge bien encadrées par des réglementations et ne concerne pas toutes les sorties à risque de rupture de parcours. Elle reste encore peu connue et sous-sollicitée alors qu'elle peut éviter des séjours inutilement longs (37).

- **L'hébergement temporaire en EHPAD et le passage en service de SSR.**

Un retour à domicile d'emblée, lorsque les conditions ne sont pas adaptées, n'est pas toujours la solution la plus appropriée pour le patient. Un passage par un service de réadaptation ou un hébergement temporaire en EHPAD ou établissement médico-social, peut permettre de stabiliser l'état de santé du patient et d'adapter le domicile si besoin. Malheureusement l'offre de lits dans ces structures est limitée, comme le souligne le rapport de la commission d'enquête du Sénat (37). Il faut parfois prolonger l'hospitalisation dans les services de soins aigus avant d'avoir une place dans ces structures. L'association d'une sortie en HAD avec hébergement temporaire en EHPAD pourrait être une alternative à l'hospitalisation conventionnelle prolongée.

- **Créer de nouveaux acteurs dédiés à la préparation de la sortie ?**

- **Un coordonnateur de sortie dans chaque service ?**

Dans de nombreux pays, comme aux Etats-Unis ou en Allemagne, il existe des postes d'infirmiers gestionnaires de cas (Case Manager) dont le rôle est d'organiser les sorties hospitalières. Ils travaillent avec les patients et leurs familles pour coordonner le retour à domicile et la continuité des soins à domicile (38). En France, la préparation des sorties n'est pas déléguée à une personne spécialisée, à l'instar des infirmières d'accueil et d'orientation (IAO) pour les admissions aux urgences.

- **L'émergence de cellule de coordination ville-hôpital intra hospitalière**

- **Plateforme d'Orientation des Patients (POP) dédiée à la sortie**

Des dispositifs d'évaluation et de coordination des sorties hospitalières complexes ont vu le jour depuis quelques années dans plusieurs régions françaises (39,40) mais également en Bretagne à Brest, Lorient et Saint-Malo (41). Ces dispositifs sont pour la plupart issus d'initiatives de structure en lien avec les professionnels de santé ambulatoire comme les CPTS, l'HAD, ou encore de pôles ou de maisons de santé pluriprofessionnels.

A Saint-Brieuc, la Plateforme d'Orientation du Patient (POP) est un système de gestion des sorties compliquées. Son expérimentation a débuté en 2020, au CH de Saint-Brieuc et à l'HPCA. Ce dispositif a pour objectif d'évaluer les patients potentiellement à risque de sortie compliquée, afin qu'ils ne soient pas maintenus hospitalisés uniquement dans l'attente d'une solution appropriée, alors qu'il n'y a plus de motif médical au maintien de cette hospitalisation. Ensuite, son rôle est d'accompagner les services dans la coordination de la sortie de ces patients.

Un dépistage des fragilités médico-sociales est réalisé au plus tôt après l'admission du patient, par les différents services hospitaliers à l'aide d'une grille de repérage (*Annexe 7*). Cette grille permet d'identifier les patients à risque de sortie d'hospitalisation compliquée. Lorsque deux critères ou plus sont repérés, une infirmière dédiée à cette plateforme peut être sollicitée grâce à un numéro direct par l'un des professionnels de l'équipe de soins hospitalière (médecin, cadre, infirmier ou assistante sociale). Elle a pour mission de réaliser une évaluation globale au lit du patient puis de se mettre en

lien avec les services sociaux de l'établissement, les intervenants au domicile, et la famille et les aidants du patient. Une fois les solutions trouvées et anticipées, la planification de la sortie peut se faire de façon sécurisée pour pouvoir assurer la continuité des soins. Après la sortie, l'infirmière de la POP reste joignable par les professionnels de ville, permettant d'avoir un interlocuteur direct en cas de problème survenant après le retour à domicile.

Les participants de notre étude, qui connaissaient ou non la POP, ont été la plupart enthousiastes vis-à-vis de ce nouveau dispositif. En effet, ils avaient mis en avant que les difficultés rencontrées au moment des sorties à domicile étaient majorées lorsque le patient présentait plusieurs problématiques imbriquées, rendant sa sortie « complexe ». Contrairement aux systèmes PRADO, auxquels la POP a été fréquemment comparée par les participants, cette POP a l'avantage d'intervenir dans l'ensemble des services de l'hôpital et pour tous types de pathologie et d'âge.

Pour être efficace, l'infirmière coordinatrice de la POP doit avoir des compétences pluridisciplinaires (sociales, paramédicales) et une expertise des soins de ville. La POP est pour le moment portée par l'HAD de Saint-Brieuc qui a l'avantage d'avoir une expérience chevronnée des soins à domicile. A l'image de la POP de Brest, un renfort d'effectif sera à envisager pour répondre à une sollicitation croissante depuis sa mise en place, puisqu'elle semble répondre à un véritable besoin.

- **Une cellule intra-hospitalière dédiée à la coordination ville-hôpital en lien avec les dispositifs de coordination du secteur de soins primaires existants**

Le récent rapport de la commission d'enquête du Sénat propose de mettre en place dans les établissements une cellule de coordination ville-hôpital au sens large, sans se restreindre aux sorties d'hospitalisation compliquées (37) à l'image du DAC, mais à l'intérieur de l'hôpital. Cette proposition d'amélioration a également été évoquée par certains participants de notre étude. L'objectif étant de créer un contact privilégié au sein des établissements pour les médecins de ville. Des référents ville-hôpital existent déjà dans certains établissements.

De la même manière au niveau du secteur de soins primaires, dans les CPTS ou MSP, un référent pour la coordination ville-hôpital est déjà désigné dans certaines structures (39,42). Identifier facilement un interlocuteur qui sera chargé de faire le lien avec l'équipe de soins à domicile du patient pourrait simplifier la communication en sortie d'hospitalisation (37).

4.1.3. Qu'en est-il de la place du patient ?

La place du patient au sein de ces dispositifs d'améliorations devrait être au centre des discussions. Les représentants des patients usagers du système de santé français ont une place importante dans la nouvelle certification des établissements de santé V2020 pour la qualité des soins (43). Cette certification intègre des critères en rapport avec la préparation de la sortie du patient : la prise en compte des conditions de vie du patient à domicile, ainsi que l'information du patient en prévision de sa sortie. On y retrouve aussi la transmission de la lettre de liaison au patient (et son médecin traitant) et la prise en compte du risque de discontinuité médicamenteuse à la sortie.

Grâce à la méthode du patient-traceur (43), le patient devient un véritable acteur de ses soins et intègre son expérience dans l'évaluation des établissements. Ainsi, un expert-visiteur médecin va échanger avec un patient et son équipe soignante sur toutes les étapes de sa prise en charge dans l'établissement. Cette démarche intégrative pourrait permettre d'améliorer certains dysfonctionnements soulignés dans notre étude.

Des études se sont intéressées au ressenti des patients sur leurs propres sorties de l'hôpital et les principaux résultats retrouvent des catégories semblables à celles mises en évidence dans notre étude, transfert d'information et communication (44), mais aussi d'autres thèmes moins abordés dans notre étude, comme leur environnement, les aides pour le maintien à domicile (45). Les intégrer dans le projet de construction des améliorations de la qualité des sorties semble pertinent pour apporter leurs points de vue, car ils sont au centre de toutes ces démarches d'amélioration de la qualité des soins.

4.2. Forces et faiblesses de l'étude

Notre étude apporte un éclaircissement sur les problématiques et les besoins des professionnels de santé à domicile. Elle explore un nouveau point de vue, en plus de celui des médecins généralistes : celui des infirmiers du domicile français. Il ne semble pas qu'ils aient été interrogés dans d'autres études qualitatives auparavant (14,15), mais seulement dans des études quantitatives n'explorant pas spécifiquement leur expérience des sorties d'hospitalisation à domicile. Notre étude répond également à un besoin sur le territoire de santé de Saint-Brieuc, comme retrouvé dans l'enquête préliminaire (11).

Pour la réalisation de cette étude, nous avons suivi la méthodologie définie par la liste de contrôle COREQ. Avant d'être ciblé, le recrutement des participants a été effectué sur la base du volontariat. Deux participants étaient issus des connaissances de la chercheuse, ce qui a pu influencer leur discours. De la même manière, la chercheuse étant médecin généraliste, la représentation que les participants infirmiers peuvent avoir de la profession et des liens hiérarchiques qui en découlent ont pu freiner la libération de leur parole.

L'entretien exploratoire et les données recueillies au cours des premiers entretiens concordent. S'agissant d'un premier travail de recherche, la technique de conduite des entretiens s'est améliorée avec la répétition des entretiens. La saturation des données a semblé atteinte car les entretiens n'apportaient plus aucun nouvel élément à chaque catégorie. Cela reste relatif, car en effet seuls 2 types de professionnels de santé du domicile ont été étudiés. Interroger des pharmaciens, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes ou d'autres professionnels de santé aurait pu faire émerger de nouvelles catégories, tout comme la réalisation d'entretiens en focus groupe qui aurait pu introduire une dynamique de groupe et des éléments de débats. Un retour aux participants de la retranscription des entretiens aurait dû être proposé afin de leur permettre de commenter leurs propos.

Il a été décidé de ne pas réaliser de double codage des données devant la difficulté de recruter un deuxième chercheur et la remise en question par certains auteurs, qui y voient un risque de circularité allant à l'encontre du concept de la théorisation ancrée (46). Par ailleurs, des échanges réguliers ont été réalisés avec le Directeur de thèse tout le long de la phase de codage et d'analyse.

5. Conclusion

La sortie d'hospitalisation est une étape clé du parcours de soins d'un patient. Mal préparée et non anticipée, elle peut lui être préjudiciable mais également impacter le système de santé par le coût financier que représente les réhospitalisations précoces et potentiellement évitables.

Les déclarations des professionnels de santé en soins primaires attirent l'attention sur les difficultés pour la continuité des soins induites par un manque de préparation des sorties et une communication des informations médicales trop souvent négligée, témoignant d'un cloisonnement persistant entre l'hôpital et la ville. La création d'un poste dans les services dédié à l'organisation des sorties permettrait d'éviter ce type de problématique, d'anticiper et de sécuriser la sortie tout en désignant un interlocuteur de choix en cas de problème après le retour à domicile.

Il serait pertinent de comparer les résultats de notre étude au vécu, par les professionnels de santé hospitaliers, des sorties d'hospitalisation, afin de vérifier s'ils concordent aux besoins des professionnels de soins primaires. Cela éclaircirait leurs propres besoins et les freins rencontrés dans la démarche de préparation des sorties des patients hospitalisés dans leurs services.

De nombreuses pistes d'améliorations restent à explorer, et le développement récent de plateformes de coordination intra-hospitalières type POP semble prometteur pour y répondre. La place du patient devra être au centre des futurs projets d'amélioration. Dans une démarche de coconstruction, ces nouveaux projets devront associer les professionnels de santé hospitaliers et du domicile ainsi que les représentants des patients. Au titre de dispositif innovant, un financement dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pourrait être envisagé afin d'assurer une pérennité de ces plateformes. Il importe toutefois que ces dispositifs bénéficient d'une réelle lisibilité pour éviter qu'ils s'ajoutent au mille-feuille existant de l'offre territoriale de soins. Dans un système de santé en pleine mutation, les autorités de santé commencent à se saisir de l'enjeu que représente la coordination ville-hôpital.

Bibliographie

1. ATIH. Analyse de l'activité hospitalière 2020 [Internet]. 2021 [cité 3 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.scansante.fr/applications/analyse-activite-nationale>
2. OCDE. Recours aux soins en santé - Taux de sortie d'hôpital (indicateur) [Internet]. 2021 [cité 3 mars 2022]. Disponible sur: <http://data.oecd.org/fr/healthcare/taux-de-sortie-d-hopital.htm>
3. ANAES S des. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Préparation de la sortie du patient hospitalisé [Internet]. ANAES; 2001 [cité 15 mars 2022] p. 72. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/preparation_de_la_sortie_du_patient_hospitalise_guide_2001_2009-08-31_16-13-36_630.pdf
4. Léon C, Clappier P. La santé dans le pays de Saint-Brieuc [Internet]. Observatoire Régional de Santé de Bretagne; 2010 p. 20. Disponible sur: https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/PaysStBrieuc_leger.pdf
5. INSEE. Les pays de la région Bretagne [Internet]. 2017 [cité 3 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2386251#consulter>
6. Centre Hospitalier de Saint-Brieuc. Chiffres clés [Internet]. 2020 [cité 14 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ch-stbrieuc.fr/Chiffres-cles>
7. ATIH. Indicateurs de coordination - Taux de réhospitalisation à 30 jours. [Internet]. 2020 [cité 1 mars 2022]. Disponible sur: https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-coordination/submit?snatnav=&mbout=dummy&annee=2020&niv_geo=REG_FRA&indic=rh30
8. HAS. Résultats qualité et sécurité des soins - Certification pour la qualité des soins du centre hospitalier de Saint-Brieuc [Internet]. 2021 [cité 14 mars 2022]. Disponible sur: https://www.ch-stbrieuc.fr/IMG/pdf/2022_02_24_affiche_diffusion_indicateurs_iqss.pdf
9. HAS. Rapport des résultats nationaux de la campagne 2021 - Indicateurs de qualité et de sécurité des soins [Internet]. 2021 p. 49. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-12/iqss_2021_rapport_complet_resultats_campagnes_2021_national.pdf
10. Delahaye M. Enquête auprès des médecins généralistes sur l'apport des nouvelles technologies dans la relation médecine de ville-hôpital. [Thèse d'exercice]. Paris VI Pierre et Marie Curie; 2015.
11. AUB santé. Enquête de l'HAD du pays Briochin auprès des professionnels de santé libéraux [Internet]. 2021 [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.aub-sante.fr/actualites/enquete-de-lhad-du-pays-briochin-aupres-des-professionnels-de-sante-liberaux/>
12. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 1994;(23):147-81.
13. Lebeau J-P, Aubin-Auger I, Cadwallader J-S, Giles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al.

14. Hubert G. La circulation de l'information médicale : évaluation du lien complexe ville-hôpital [Thèse d'exercice]. [Bobigny]: Université Paris XIII Léonard de Vinci; 2006.
15. Burg Cridlig C. Sorties d'hôpital: difficultés rencontrées par les médecins généralistes. Une étude qualitative à partir de 11 entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. Strasbourg: Université de Strasbourg; 2016.
16. Munchhof A, Gruber R, Lane KA, Bo N, Rattray NA. Beyond Discharge Summaries: Communication Preferences in Care Transitions Between Hospitalists and Primary Care Providers Using Electronic Medical Records. *J Gen Intern Med.* 2020;35(6):1789-96.
17. Pantilat SZ, Lindenauer PK, Katz PP, Wachter RM. Primary care physician attitudes regarding communication with hospitalists. *Am J Med.* 2001;111(9):15-20.
18. Arora VM, Prochaska ML, Farnan JM, D'Arcy M, Schwanz KJ, Vinci LM, 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(7):385-91.
19. Oduyebo I, Lehmann CU, Pollack CE, Durkin N, Miller JD, Mandell S, et al. Association of self-reported hospital discharge handoffs with 30-day readmissions. *JAMA Intern Med.* 2013;173(8):624-9.
20. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison [Internet]. Code de la santé publique, Article 95 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 juill 20, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032922482>
21. HAS. Document de sortie d'hospitalisation > 24h - Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation [Internet]. 2014 [cité 3 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_fiche_utilisation_23102014.pdf
22. Demagny-Warmoes A, Devictor J, Colson S. Études quantitatives descriptives parallèles : état des lieux de la coordination des sorties d'hospitalisation et identification des besoins des infirmières libérales. *Rev Francoph Int Rech Infirm.* 2018;4(4):205-13.
23. Jones CD, Jones J, Bowles KH, Flynn L, Masoudi FA, Coleman EA, et al. Quality of Hospital Communication and Patient Preparation for Home Health Care: Results From A Statewide Survey of Home Health Care Nurses and Staff. *J Am Med Dir Assoc.* 2019;20(4):487-91.
24. Tandjung R, Rosemann T, Badertscher N. Gaps in continuity of care at the interface between primary care and specialized care: general practitioners' experiences and expectations. *Int J Gen Med.* 2011;4:773-8.

25. HAS. Qualité de la lettre de liaison à la sortie en secteur Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) - Résultats annexés au rapport 2019 [Internet]. HAS; 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/iqss_rapport_mco_qls_2019.pdf
26. Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge : A review of key issues for hospitalists. *J Hosp Med.* 2007;2(5):314-23.
27. Tsilimingras D, Bates DW. Addressing Postdischarge Adverse Events : A Neglected Area. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2008;34(2):85-97.
28. Agence du Numérique en Santé. Feuille de route « Accélérer le virage numérique en santé » [Internet]. 2019 [cité 23 mars 2022]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/virage-numerique/feuille-de-route>
29. Agence du Numérique en Santé. Communiqué de presse - Lancement de Mon espace santé : un nouveau service public pour gérer ses données de santé utiles au parcours de soin [Internet]. 2022 [cité 23 mars 2022]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/espace-presse/lancement-de-mon-espace-sante-un-nouveau-service-public-pour-gerer-ses-donnees-de-sante-utiles-au-parcours-de-soin>
30. Pon D, Létourneau L. Dossier de presse : Décollage imminent pour découvrir un nouvel espace [Internet]. 2022 [cité 23 mars 2022]. Disponible sur: https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/dp-mes_-03-02-2022.pdf
31. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ségur Usage Numérique en Établissements de Santé [Internet]. 2022 [cité 23 mars 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/sun-es>
32. HAS. Check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2015 [cité 16 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2035081/fr/check-list-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h
33. Buckler LT, Teasdale C, Turner M, Schadler A, Schwieterman TM, Campbell CL. The Patient-Centered Discharge-An Electronic Discharge Process Is Associated With Improvements in Quality and Patient Satisfaction. *J Healthc Qual Off Publ Natl Assoc Healthc Qual.* 2014;39(3):136-43.
34. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson L, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;2:138.
35. Druais P-L, Certain M-H. Communiqué de Presse - Des PRADO utiles pour l'organisation des soins primaires [Internet]. 2016 [cité 6 avr 2022]. Disponible sur: http://lecmg.fr/wp-content/uploads/2018/10/communiqu_e_cmg_prado1.pdf
36. Ministère des solidarités et de la santé. Hospitalisation à domicile - Une feuille de route pour 2021-2026 [Internet]. 2021 [cité 5 avr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/had-synthese.pdf>

37. Deroche C, Jomier B. Hôpital : sortir des urgences - Rapport [Internet]. Commission d'enquête du Sénat; 2022 mars [cité 5 avr 2022] p. 313. Report No.: 587. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-11.pdf>
38. Thoma JE, Waite MA. Experiences of nurse case managers within a central discharge planning role of collaboration between physicians, patients and other healthcare professionals : A sociocultural qualitative study. *J Clin Nurs*. 2018;27(5-6):1198-208.
39. Prescrire rédaction. Coordination des sorties d'hospitalisation complexes à Mayenne. *Rev Prescrire*. 2020;40(439):379-82.
40. Fuz D, Paniego A. Plateforme opérationnelle de sortie. *Tech Hosp*. 2015;(749):55-6.
41. Assurance Maladie. CPTS Côte d'Émeraude : la coordination des acteurs de santé locaux pour une meilleure prise en charge de la population [Internet]. 2021 [cité 6 avr 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2021-01-11-cp-cpts-cote-emeraude>
42. Bellec S, Dépinoy D, Dugué F, Guira A, Mathellon O-A. La coordination des parcours des personnes âgées au sein du pôle de santé de Saint-Méen-Le-Grand, enseignements de l'expérimentation « article 70 ». 2018.
43. HAS. Référentiel - Certification des établissements de santé pour la qualité des soins [Internet]. 2021 [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/referentiel_certification_es_qualite_soins.pdf
44. Doos L, Bradley E, Rushton CA, Satchithananda D, Davies SJ, Kadam UT. Heart failure and chronic obstructive pulmonary disease multimorbidity at hospital discharge transition: a study of patient and carer experience. *Health Expect*. 2015;18(6):2401-12.
45. McKeown F. The experiences of older people on discharge from hospital following assessment by the public health nurse. *J Clin Nurs*. 2007;16(3):469-76.
46. Ayache M, Dumez H. Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective ? *Libellio AEGIS*. 2011;7(2):33-46.

Glossaire

AS : Assistant(e) Social(e)

CH : Centre Hospitalier

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CRH : Compte-Rendu d'Hospitalisation

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination, qui rassemble les fonctions des anciennes PTA (plateforme Territoriale d'Appui), MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie), et CTA (Coordination Territoriale d'Appuis) du PAERPA (parcours de santé des Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie)

DMG : Département de Médecine Générale

DMP : Dossier Médical Partagé

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HOP'EN : HÔPital numérique ouvert sur son ENVironnement

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique (terme utilisé pour désigner les activités aigues de courte durée réalisées dans les établissements de santé, en hospitalisations ou en consultations externes)

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MT : Médecin Traitant

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

PRADO : Programme de Retour A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SUN-ES : Ségur Usage Numérique en Établissements de Santé

Annexes

Annexe 1 : Territoire du pays de Saint Brieuc

Carte 1 - Zonage de la composition communale du pays de Saint Brieuc en 2017 (5)



Annexe 2 : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

« Bonjour, je me présente, je suis Marie Bidaux, et je viens de terminer mon internat de médecine générale. Je réalise ma thèse sur le thème des sorties d'hospitalisation dans le territoire de santé du pays briochin et le ressenti des intervenants ambulatoires. Cette étude a pour objectif de faire un diagnostic du point de vue des intervenants de ville pour améliorer la coordination ville-hôpital. Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Cet entretien va être enregistré pour me permettre de l'analyser par la suite. Votre anonymat sera préservé. Vous pouvez demander l'interruption de l'enregistrement à tout moment, et choisir même plus tard que vos données ne soient pas utilisées. Êtes-vous en accord avec ces modalités ? Avez-vous des questions avant que nous commencions ?

- Pouvez-vous me raconter la dernière sortie d'hospitalisation d'un de vos patients ? Comment l'avez-vous vécue ?
 - *Pouvez-vous me raconter une sortie où le retour à domicile a été compliqué ?*
- Pouvez-vous me parler de l'organisation et de la planification des sorties d'hospitalisation ?
 - *Avez-vous des remarques concernant des problèmes organisationnels liés aux sorties d'hospitalisation de vos patients ?*
 - *Qu'attendez-vous de l'hôpital lors de la sortie du patient ?*
- Que pensez-vous de la communication de l'hôpital sur les sorties ?
 - *Comment communiquez-vous avec l'hôpital ? Quels moyens vous semblent les plus adaptés ?*
 - *Etes-vous satisfaits de la qualité des informations transmises à la sortie des patients ?*
 - *Comment êtes-vous mis au courant de la sortie d'un de vos patients ?*
 - *Courier d'hospitalisation ? Lettre de liaison ? Transmission ciblée infirmière ?*
- Que pensez-vous de la continuité des soins après l'hospitalisation ?
 - *Lien avec les médecins généralistes/équipe paramédicale de votre secteur ?*
- Quelles améliorations pourraient-être faites pour mieux préparer les sorties d'hospitalisations ?

Depuis l'été 2020 un projet de plateforme de gestion des sorties complexes des patients hospitalisés est en train d'être mis en place. Elle est appelée POP pour Plateforme d'Orientation Patient. Ce type de plateforme existe déjà dans d'autres départements bretons et d'autres régions du pays. Le but étant de dépister les prises en charge pouvant se révéler complexes en sortie d'hospitalisation, dès le début de l'hospitalisation par une grille de repérage des fragilités remplie dans le service. Une infirmière coordinatrice de la POP est alors prévenue, puis chargée d'évaluer la situation et de coordonner les sorties pour la planifier au mieux.

- Que pensez-vous de cette initiative ?
 - *Est-ce que l'un de vos patients a pu bénéficier de cette prise en charge ?*
 - *Est-ce que vous avez été en face d'une situation où il a manqué une expertise un peu approfondie avant une sortie ?*
 - *Quels seraient pour vous les points forts et points faibles de ce nouvel outil ?*

En italique : questions de relance ou questions apparues au fur et à mesure des entretiens

Annexe 3 : Caractéristiques sociodémographiques des participants

Tableau 1 - Caractéristiques démographiques de l'échantillon

Entretiens	Code	Profession	Sexe	Age	Ancienneté d'installation (année)	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Formations	Durée
1	M1	MG	F	33	4	Semi-rural	Groupe	Polygraphie de dépistage SAOS / MSU	24m 34s
2	M2	MG	F	54	21	Urbain	Groupe	DU Hématologie	50 m
3	I1	IDE	F	34	10	Semi-rural	Groupe		47m 4s
4	I2	IDE	H	39	14	Urbain	Groupe	Comité de pilotage : filiale gériatrie aux urgences	1h 1m 53s
5	M3	MG	H	47	18	Rural	Groupe	Secteur St Briec-Dinan/ MSU	35m 46s
6	I3	IDE	H	46	11	Semi-rural /balnéaire	Groupe	Formation de cadre	40m 18s
7	M4	MG	H	43	6	Urbaine	Groupe		33m 58s
8	M5	MG	H	57	22	Semi-rural /balnéaire	Groupe/ MSP	PDSA	34m 6s
9	M6	MG	H	51	23	Semi-rural /balnéaire	Groupe		46m 13 s
10	I4	IDE	H	52	28	Semi-rural	Groupe		1h 2m 50s
11	M7	MG	F	37	6	Urbain	Groupe	Médecin du sport + ostéopathe	29m 27s
12	I5	IDE	H	53	20	Rural	Groupe	Pompier/Soins d'hygiène/ étudiant IDE/secteur St Briec-Pontivy	43m 27 s
13	I6	IDE	F	33	5	Rural	Groupe	Soins d'hygiène	26m 43s
14	M8	MG	H	32	1	Urbain	Groupe/ centre de santé	MSU/ Chef de clinique au DMG - Salarié	26m 26s

DU : Diplôme Universitaire ; IDE : Infirmière Diplômé d'Etat ; MG : Médecin généraliste ; MSU : Maître de Stage Universitaire ; PDSA : Permanence des Soins Ambulatoires ; SAOS : Syndrome d'Apnée du Sommeil ;

Carte 2 - Répartition géographique des entretiens de l'étude



Annexe 4 : Livre de codes

Figure 2 - Diagramme hiérarchique issu du logiciel NVivo® modélisant le livre de codes en fonction de la fréquence de codage.



Annexe 5 : Fiche de liaison paramédicale

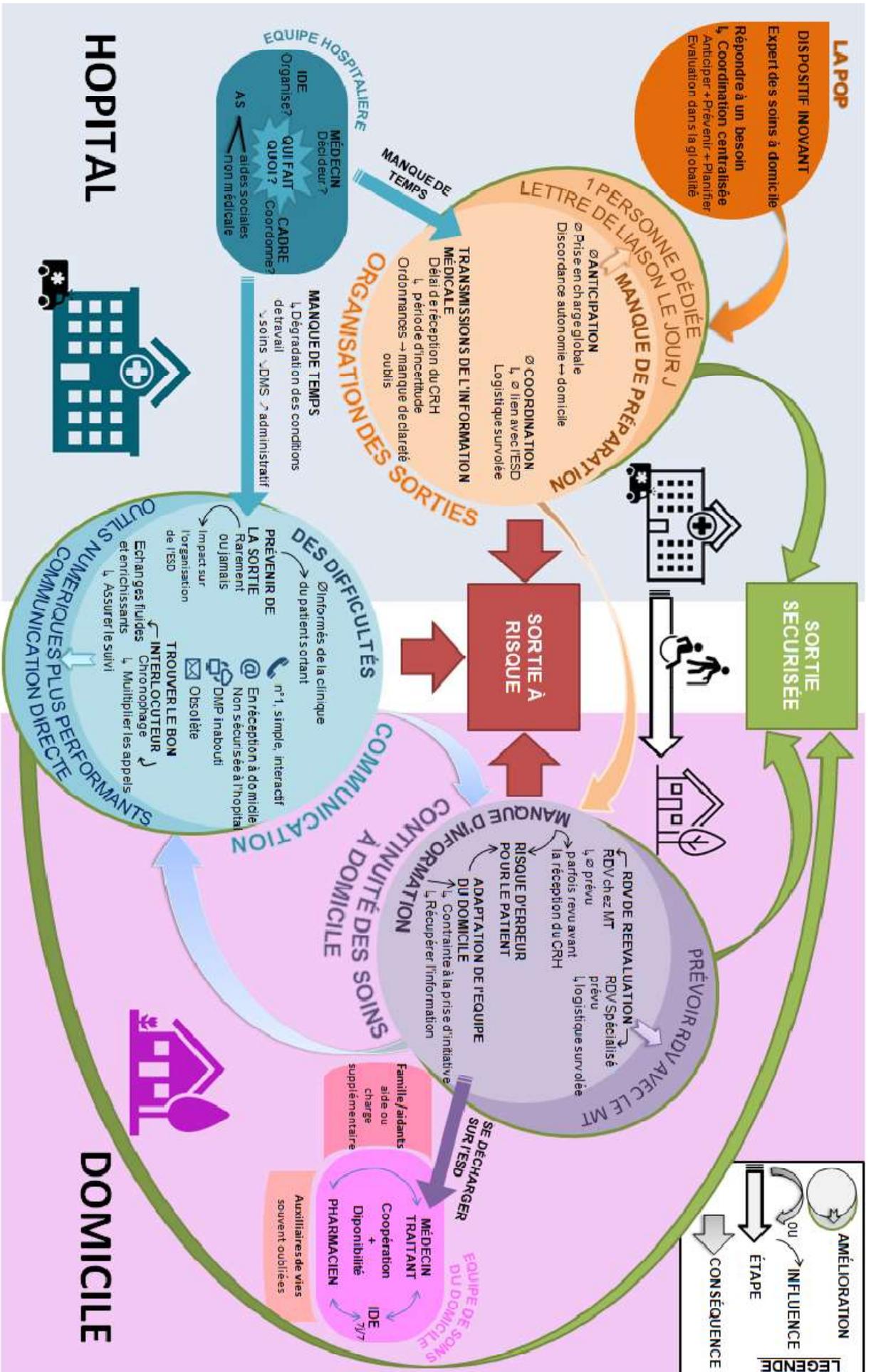
Image 1 - Exemple de la trame d'une fiche de liaison paramédicale du CH de Saint-Brieuc

	CH ST BRIEUC Secrétariat  @ch-stbrieuc.fr																																		
LETRE DE LIAISON PARAMEDICALE																																			
Prénom : Lien de parenté : Personne de confiance : Lien de parenté : Unité d'hébergement : Date d'entrée : Provenance : Date de sortie : Destination :	PERSONNE A L'ENTREE : AUTONOMIE A L'ENTREE : SCORE GIR :	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Date</th> <th>Par air être</th> <th>Valeur(s)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>le</td> <td>Satées</td> <td></td> </tr> <tr> <td>le</td> <td>PA mmHg</td> <td></td> </tr> <tr> <td>le</td> <td>Température °C</td> <td></td> </tr> <tr> <td>le</td> <td>Poids /mn</td> <td></td> </tr> <tr> <td>le</td> <td>SAO2 %</td> <td></td> </tr> <tr> <td>le</td> <td>Eval Douleur : BN</td> <td></td> </tr> <tr> <td>le</td> <td>Taille cm</td> <td></td> </tr> <tr> <td>le</td> <td>Mode d'oxygène</td> <td></td> </tr> <tr> <td>le</td> <td>Débit oxygène (L/min)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>le</td> <td>EVA</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Date	Par air être	Valeur(s)	le	Satées		le	PA mmHg		le	Température °C		le	Poids /mn		le	SAO2 %		le	Eval Douleur : BN		le	Taille cm		le	Mode d'oxygène		le	Débit oxygène (L/min)		le	EVA	
Date	Par air être	Valeur(s)																																	
le	Satées																																		
le	PA mmHg																																		
le	Température °C																																		
le	Poids /mn																																		
le	SAO2 %																																		
le	Eval Douleur : BN																																		
le	Taille cm																																		
le	Mode d'oxygène																																		
le	Débit oxygène (L/min)																																		
le	EVA																																		
Score GIR :																																			
EVENEMENTS SIGNIFICATIFS DU SEJOUR :																																			
Clé : perturbations des résultats biologiques																																			
Données : Actions : Résultats :																																			
Type de Précautions :																																			
TRANSMISSIONS POUR LA CONTINUITÉ DES SOINS :																																			
▶ Autonomie à la sortie : Impression du relevé d'autonomie																																			
▶ Alimentation : Régime : Texture :																																			
▶ Paramètres vitaux :																																			
Notes des transversaux :																																			
Synthèse prise en charge en addictologie :																																			
Synthèse prise en charge soins palliatifs :																																			
Synthèse prise en charge Stomatéranale /IDEEExport plaie																																			
▶ Rendez-vous programmés :																																			
▶ Suivi à la sortie : <input type="radio"/> PMI <input type="radio"/> CAMPS																																			
▶ Plan de soins à domicile : les professionnels sont prévus																																			
L'équipe paramédicale																																			

CH ST BRIEUC
 10 Rue Mendelroesi, 22027 SAINT BRIEUC

Annexe 6 : Modèle explicatif des résultats détaillés

Figure 3 - Modèle explicatif détaillé des résultats



AS : Assistante Sociale, DMP : Dossier Médical Partagé, DMS : Durée Moyenne de Séjour, CRH : Compte-rendu d'Hospitalisation, ESD : Equipe de Soins à Domicile, IDE : Infirmier Diplômé d'Etat, MT : Médecin Traitant, RDV : Rendez-vous.

Annexe 7 : Grille de repérage POP

Image 2 - Brochure de présentation de la POP dans les services

POP

**Plateforme
Orientation
Patient**

PENSER LA SORTIE DÈS L'ENTRÉE

MISSIONS :

- Identifier les situations complexes (cf. grille de repérage au verso)
- Coordonner les sorties d'hospitalisation complexes en lien avec les acteurs du territoire
- Garantir la continuité des soins

EN PRATIQUE :
2 critères de fragilité repérés
= contact infirmière POP

 02.57.24.02.00
 06.17.52.13.16

pop.sbrrieuc@bretagne.mssante.fr
pop.sbrrieuc.telesantebretagne@apicrypt.fr

GRILLE DE REPÉRAGE

MÉDICAUX/ PARAMÉDICAUX	Soins palliatifs	
	Perte d'autonomie récente	
	Charge en soins : fréquence > 2 / nécessité de binôme / temps de soin > 30 min	
	Intervenants multiples ≥ 2	
	Absence d'aïdant	
	Problématique de logement	
	Difficulté de maintien à domicile/hospitalisations récurrentes	
	Troubles cognitifs et/ou du comportement	
	Incapacité à gérer son quotidien	
	Difficulté de communication	
PSYCHIQUE		

→ **JOURS DE PRÉSENCE DE L'INFIRMIÈRE POP**

SAINT BRIEUC
MARDI matin
JEUDI matin

Tel. fixe : 02 57 24 02 00 Poste - 62 40
Tel. portable : 06 17 52 13 16

pop.sbrrieuc@bretagne.mssante.fr
pop.sbrrieuc.telesantebretagne@apicrypt.fr

BIDAUX Marie - Sorties d'hospitalisations vers le domicile : vécu des médecins généralistes et infirmiers libéraux dans le pays de Saint-Brieuc.

47 feuilles, 6 illustrations, 1 tableau, 30 cm - Thèse : Médecine ; Université de Rennes 1; (2022) ; N°

Résumé

Introduction : La sortie d'hospitalisation est un moment crucial à haut risque de rupture du parcours de soins du patient. Seulement 63,7% des patients sont satisfaits de l'organisation de leur sortie. Peu d'études en revanche se sont intéressées au vécu des professionnels de santé du domicile. L'objectif de l'étude est de recueillir le ressenti des médecins généralistes et infirmiers de ville sur l'organisation des sorties d'hospitalisations de leurs patients et les attentes exprimées pour une meilleure continuité des soins.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés à été réalisée auprès de 14 médecins généralistes et infirmiers exerçant dans le pays de Saint Brieuc. L'analyse des verbatims a été menée selon une approche inspirée de la théorisation ancrée.

Résultats : Les participants constataient une carence de préparation des sorties, et notamment dans la transmission des informations, ne permettant pas aux professionnels de santé en soins primaires d'assurer une continuité de soins optimale. La sortie d'un patient, acte de soin à part entière, devrait être anticipée puis planifiée en lien avec les intervenants du domicile. La transmission des informations médicales devrait s'effectuer à l'aide d'une lettre de liaison disponible dès le jour de la sortie du patient mais encore trop souvent absente. Enfin, la communication avec l'hôpital devrait être facilitée par l'accès aux coordonnées directes des acteurs hospitaliers et des outils numériques performants.

Conclusion : Les constats des participants rejoignent ceux retrouvés dans la littérature française et internationale au sujet de la préparation des sorties, à savoir la nécessité d'une sortie coordonnée optimale. De nombreuses pistes d'amélioration restent à explorer : l'expérimentation en cours de plateformes de coordination intra-hospitalières semble prometteuse pour répondre à cet objectif.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés français : Sortie du Patient, Continuité des Soins du patient, Communication Interdisciplinaire, Soins de Santé Primaire

Mots-clés anglais : Patient Discharge, Continuity of patient Care, Interdisciplinary Communication, Primary Health Care

Président :	Monsieur le Professeur Olivier Decaux
JURY : Assesseurs	Monsieur le Docteur Etienne Baudry, directeur de thèse Monsieur le Professeur Vincent Morel Monsieur le Docteur Anthony Chapron