



**HAL**  
open science

# Hospitalisations programmées au Centre Hospitalier Sud Gironde : état des lieux ; enquête de pratique auprès des médecins généralistes et hospitaliers

Marion Pומרoulie

## ► To cite this version:

Marion Pומרoulie. Hospitalisations programmées au Centre Hospitalier Sud Gironde : état des lieux ; enquête de pratique auprès des médecins généralistes et hospitaliers. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02459366

**HAL Id: dumas-02459366**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02459366>**

Submitted on 29 Jan 2020

**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.

Université de Bordeaux  
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

Thèse n°12

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

En médecine générale

Présentée et soutenue publiquement

Le 06/02/2019

Par

**Marion POUMEROULIE**

Née le 12/11/1987 à Bordeaux

**Hospitalisations programmées au Centre Hospitalier  
Sud Gironde : état des lieux.**

**Enquête de pratique auprès des médecins généralistes et hospitaliers.**

Directrice de thèse : Dr DABURON Marion

**Jury**

Monsieur le Professeur GAY Bernard.....Président

Monsieur le Professeur PETREGNE François.....Rapporteur

Monsieur le Professeur BONNET Fabrice.....Juge

Monsieur le Docteur DULAURANS Bernard.....Juge

# Remerciements

---

## **Au Président du jury**

Monsieur le Professeur Bernard GAY, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie également pour l'aide et le soutien que vous m'avez apportés lors de ce travail de thèse et l'organisation de la soutenance.

## **Au rapporteur**

Monsieur le Professeur François PETREGNE, je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de ma thèse et d'être membre du jury. Votre bienveillance envers les étudiants en médecine lors de ce long parcours nous donne envie de continuer.

## **Aux membres du jury**

Monsieur le Professeur Fabrice BONNET, vous avez accepté de juger mon travail de thèse, j'en suis très honorée.

Monsieur le Docteur Bernard DULAURANS, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Merci pour tout ce que tu m'as appris au cours de mon stage à La Réole, et pour la bonne humeur que tu apportes au cours de toutes nos réunions !

## **A ma directrice de thèse**

Madame le Docteur Marion DABURON, je te remercie de m'avoir accompagnée tout au long de ma thèse, de m'avoir empêchée de m'éparpiller et de m'avoir soutenue. Merci pour tes qualités humaines et médicales, j'ai beaucoup appris à tes côtés.

## **A ma famille**

A toi, Sophie. J'adore notre complicité si précieuse, notre amour. Tu es une personne formidable, je n'aurais jamais pu rêver avoir une sœur aussi géniale ! Merci de m'avoir accompagnée et aidée pendant ces nombreuses années. Merci d'être ce que tu es. Maintenant, à nous la musique, les randonnées et les voyages !

A vous, papa et maman. Il est difficile de trouver les mots pour vous remercier. Vous avez toujours été là, et vous serez toujours là. Je n'aurais pas pu réussir mes études sans vous, sans votre attention, votre soutien, votre patience aussi ! J'arrive enfin au bout et vous avez une grande part dans cette réussite. Merci pour ce cocon familial dans lequel je viens souvent me ressourcer.

A Tatie et Tonton. Merci pour tous mes moments géniaux passés chez vous, le brossage des chiens, la cueillette des asperges et des mûres, l'apprentissage du plongeon, les bassins, Murielle Hermine, les feux d'artifice, et les drapeaux maison pour les matchs de foot !

A Sarah et Olivia, mes cousines préférées. Merci pour tous ces moments inoubliables, toutes les vacances et les Noël's merveilleux passés ensemble c'était formidable ! Merci de m'avoir toujours aidée, pour les concours, les rapports, et ma thèse aussi ! J'ai vraiment de la chance de vous avoir.

A Patrick, pour mon cadeau de thèse, je voudrais un vestopull.

A Romain et Sasha, préparez-vous pour Disneyland et le Parc Asterix, j'arrive !

A Tonton, Christine et Anaïs, merci pour tous ces moments de franche rigolade, de votre soutien et de tous ces bons moments passés ensemble.

Difficile de ne pas citer les boules de poils qui m'ont accompagnée durant ces années d'étude, Cannelle (qui en sait autant que moi sur la médecine), et Sweety.

### **A toi, Julien**

Merci d'être toujours là, de me soutenir, et de m'avoir supportée lorsque je travaillais ma thèse et que je t'interdisais de fredonner... Merci de m'avoir accompagnée pour sillonner le territoire Sud Gironde, sinon j'y serais encore ! Je ne peux pas exprimer en quelques mots tout mon amour pour toi.

A Raphaël, qui a su se faire une place importante dans ma vie, et qui la gardera toujours.

### **A mes amis**

A Christelle, qui mérite un paragraphe à elle toute seule. Tu étais à mes côtés durant toutes ces années, on a beaucoup travaillé ensemble, la journée à la BU, et la nuit dans ma cave ! Toutes ces années auraient été différentes sans toi et je suis contente que nous ayons vécu tout ça ensemble, sur le plan du travail comme personnel... J'espère que nous resterons toujours aussi proches.

A Mathilde, ma plus « ancienne » copine ! On se connaît depuis tellement longtemps, on a vécu beaucoup de choses ensemble et je suis très fière d'être l'une des témoins de ton mariage avec ton mari génial, Alrick !

A Pauline et Léa, mes copines du lycée, que j'adore. Je suis très heureuse d'avoir pris une troisième langue au lycée. Je suis incapable de la parler mais ça m'a permis de vous rencontrer ! Je suis vraiment heureuse qu'on arrive à se revoir régulièrement malgré l'éloignement et j'espère que vous serez toujours à mes côtés.

A Jojo, qui m'a fait le plaisir de venir partager mon quotidien à La Réole pendant quelques mois ! C'était génial de bosser avec toi, dommage que tu ne restes pas...

### **A mes amis fanfarons**

A toutes les belles personnes que j'ai rencontrées à Los Teoporos et qui m'ont accompagnée pour la plupart pendant plus de 10 ans, presque une seconde famille... A Paul Vdk, Christelle, Max, Annesou, Pipoux, Jojo, Maxence, Etienne, Nanie, PJ, Lulute (les 4 fantastiques), Ama, Gab, Eloi, Gaby, Tiz, Mathieu lapin, Anaïs, Paul, Noch, Fred, Julie, Anne, Gamin, Mickey, Piou, Nawel, Tatis, JB, Luciole, Vianney, Cagette, Coccyx, MT2, Lorraine, Phil, Alex, Saucisse, Nicard, Manon, Sandy, Lulu.

A tous les musiciens plus « récents », que je ne citerai pas parce que je vais forcément en oublier !

Aux autres fanfares, qui nous accompagnent depuis toutes ces années et avec qui nous prenons toujours autant plaisir à partager la musique : La Grasse Band, Los de Seiche, ContreBand.

### **A tous ceux qui m'ont aidée pendant ma thèse**

Un grand merci à ceux qui m'ont prêté leur connexion quand j'avais tout bloqué (une spéciale pour Nanie et Eloi !), à mes relecteurs (Papa, Maman, Sophie, Sarah, Olivia, Christelle, Etienne, Pauline) et à Vianney pour les stats !

# Table des matières

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>2</b>
<b>ABREVIATIONS</b> .....	<b>10</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>11</b>
I    AUGMENTATION CONSTANTE DES SOINS NON PROGRAMMES EN FRANCE .....	11
II   AUTRE MODE D'ENTREE EN HOSPITALISATION : L'ADMISSION PROGRAMMEE .....	12
III  LE TERRITOIRE SUD GIRONDE .....	13
III.1 <i>Caractéristiques démographiques de la population du territoire Sud Gironde (13)</i> .....	13
III.2 <i>Offre de soins du territoire Sud Gironde</i> .....	14
<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	<b>16</b>
I    TYPE D'ETUDE .....	16
II   POPULATION .....	16
II.1 <i>Médecins généralistes</i> .....	16
II.2 <i>Médecins hospitaliers</i> .....	18
III  RECUEIL DE DONNEES .....	20
III.1 <i>Elaboration des questionnaires</i> .....	20
III.2 <i>Envoi des questionnaires à la population d'étude et retour des réponses</i> .....	20
IV   ANALYSE DES DONNEES .....	21
<b>RESULTATS</b> .....	<b>22</b>
I    COLLECTE DES DONNEES .....	22
I.1 <i>Réponses reçues sans relance</i> .....	23
I.2 <i>Réponses reçues après la première relance</i> .....	23
I.3 <i>Réponses reçues après la seconde relance</i> .....	23
II   CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION .....	24
II.1 <i>Caractéristiques démographiques</i> .....	24
II.2 <i>Mode d'exercice</i> .....	24
III  OBSTACLES A L'HOSPITALISATION PROGRAMMEE AU CH SUD GIRONDE .....	26
III.1 <i>Difficultés pour programmer une hospitalisation</i> .....	26
III.2 <i>Principaux obstacles</i> .....	27
III.3 <i>Orientation du patient</i> .....	28
III.4 <i>Passage via les urgences, une conséquence des obstacles à l'hospitalisation programmée</i> .....	29
III.5 <i>Alternatives à l'hospitalisation programmée</i> .....	30
III.6 <i>Commentaires libres sur les obstacles à l'hospitalisation programmée</i> .....	30
III.6.1 <i>Médecins généralistes</i> .....	30
III.6.2 <i>Médecins hospitaliers</i> .....	31
IV   HOSPITALISATIONS PROGRAMMEES AU CH SUD GIRONDE : PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES ET HOSPITALIERS .....	31
IV.1 <i>Contact avec le service</i> .....	31
IV.1.1 <i>Tentative de prise de contact avec le service</i> .....	31
IV.1.2 <i>Moyens de contact</i> .....	32
IV.1.3 <i>Interlocuteur hospitalier</i> .....	33
IV.1.4 <i>Commentaires libres sur le contact entre médecins généralistes et hospitaliers</i> .....	34
IV.2 <i>Organisation des hospitalisations</i> .....	35
IV.2.1 <i>Temps nécessaire à la programmation d'une hospitalisation</i> .....	35
IV.2.2 <i>Délai de réponse</i> .....	36
IV.2.3 <i>Réponses favorables des services aux demandes d'hospitalisation</i> .....	36

IV.2.4	Commentaires libres sur l'organisation des hospitalisations .....	37
V	SOLUTIONS ET AMELIORATIONS PROPOSEES .....	38
V.1	<i>Hospitalisations programmées au CH Sud Gironde</i> .....	38
V.2	<i>Propositions</i> .....	38
V.2.1	Faciliter l'accès à un interlocuteur hospitalier identifié dans chaque service .....	38
V.2.2	Dédier du temps médical à la programmation des hospitalisations .....	40
V.2.3	Centraliser les demandes à l'échelle de l'hôpital (« bed manager ») .....	40
V.2.4	Utiliser un moyen de communication asynchrone entre médecins généralistes et hospitaliers (chacun répond dès qu'il est disponible par mail, fax...) .....	42
V.2.5	Créer un espace professionnel sur le site internet de CH Sud Gironde avec présentation des services et leurs numéros directs .....	44
V.2.6	Dédier certains lits à l'hospitalisation programmée et d'autres aux urgences .....	45
V.2.7	Propositions des médecins .....	46
	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>48</b>
I	POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE .....	48
I.1	<i>Points forts</i> .....	48
I.2	<i>Limites</i> .....	48
II	ANALYSE DES RESULTATS .....	49
II.1	<i>Résultat principal</i> .....	49
II.2	<i>Obstacles à la programmation des hospitalisations</i> .....	50
II.3	<i>Solutions et améliorations proposées</i> .....	51
III	PERSPECTIVES .....	53
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>54</b>
	<b>REFERENCES</b> .....	<b>55</b>
	<b>ANNEXES</b> .....	<b>58</b>
	<b>SERMMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	<b>93</b>

# Table des illustrations

---

## Tableaux

TABLEAU 1 : CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES MEDECINS .....	24
TABLEAU 2 : MODE D'EXERCICE DES MEDECINS GENERALISTES .....	24
TABLEAU 3 : MODE D'EXERCICE DES MEDECINS HOSPITALIERS .....	25
TABLEAU 4 : COMPARAISON DES DIFFICULTES DES MEDECINS GENERALISTES ET HOSPITALIERS A PROGRAMMER UNE HOSPITALISATION .....	26
TABLEAU 5 : PRINCIPAUX OBSTACLES DES MEDECINS GENERALISTES A L'HOSPITALISATION PROGRAMMEE AU CH SUD GIRONDE .....	27
TABLEAU 6 : PRINCIPAUX OBSTACLES DES MEDECINS HOSPITALIERS A L'HOSPITALISATION PROGRAMMEE AU CH SUD GIRONDE .....	27
TABLEAU 7 : ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION .....	30
TABLEAU 8 : MOYENS DE CONTACT DES MEDECINS GENERALISTES POUR PROGRAMMER UNE HOSPITALISATION .....	32
TABLEAU 9 : MOYENS PAR LESQUELS LES MEDECINS HOSPITALIERS SONT CONTACTES .....	32
TABLEAU 10 : MOYENS DE COMMUNICATION DIFFUSES PAR LES MEDECINS HOSPITALIERS .....	33
TABLEAU 11 : INTERLOCUTEURS HOSPITALIERS LES PLUS FREQUEMMENT JOINTS      REPONSES DES MEDECINS GENERALISTES .....	33
TABLEAU 12 : INTERLOCUTEURS HOSPITALIERS LES PLUS FREQUEMMENT JOINTS      REPONSES DES MEDECINS HOSPITALIERS .....	34
TABLEAU 13 : COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS HOSPITALIERS SUR LA PROPOSITION DE DEDIER DES LITS A L'HOSPITALISATION PROGRAMMEE ET D'AUTRES AUX URGENCES .....	46

## Figures

FIGURE 1 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PASSAGES ANNUELS AUX URGENCES DEPUIS 1996 (1) .....	11
FIGURE 2 : TERRITOIRES DE SANTE EN AQUITAINE (14) .....	13
FIGURE 3 : SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS EN AQUITAINE (21) .....	15
FIGURE 4 : DIAGRAMME DE FLUX DES MEDECINS GENERALISTES .....	17
FIGURE 5 : DIAGRAMME DE FLUX DES MEDECINS HOSPITALIERS .....	19
FIGURE 6 : DIAGRAMME DE FLUX DES DONNEES .....	22
FIGURE 7 : DIFFICULTES RESSENTIES PAR LES MEDECINS GENERALISTES POUR PROGRAMMER UNE HOSPITALISATION .....	26
FIGURE 8 : DIFFICULTES RESSENTIES PAR LES MEDECINS HOSPITALIERS POUR PROGRAMMER UNE HOSPITALISATION .....	26
FIGURE 9 : DIFFICULTES DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LE CHOIX DU SERVICE .....	28
FIGURE 10 : REGROUPEMENT PAR THEMES DES COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS GENERALISTES SUR LEURS DIFFICULTES POUR ORIENTER LE PATIENT VERS UN SERVICE .....	28
FIGURE 11 : ENVOI DU PATIENT PAR LE MEDECIN GENERALISTE AUX URGENCES SANS ESSAI DE CONTACTER LE SERVICE ADAPTE .....	29
FIGURE 12 : DEMANDE DU SERVICE RECEVEUR DE PASSAGE PAR LES URGENCES A CAUSE DES DIFFICULTES D'ORGANISATION .....	29
FIGURE 13 : REGROUPEMENT PAR THEMES DES COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS GENERALISTES SUR LEURS OBSTACLES A LA PROGRAMMATION DES HOSPITALISATIONS .....	30
FIGURE 14 : TENTATIVE DE CONTACTER LE SERVICE POUR PROGRAMMER UNE HOSPITALISATION .....	31
FIGURE 15 : REGROUPEMENT PAR THEMES DES COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS GENERALISTES SUR LE CONTACT AVEC LES SERVICES .....	34
FIGURE 16 : TEMPS NECESSAIRE AUX MEDECINS GENERALISTES POUR CONTACTER L'INTERLOCUTEUR HOSPITALIER ADAPTE .....	35
FIGURE 17 : TEMPS NECESSAIRE AUX MEDECINS HOSPITALIERS POUR ORGANISER UNE HOSPITALISATION .....	35
FIGURE 18 : DELAI POUR OBTENIR UNE REPONSE POUR L'HOSPITALISATION      REPONSES DES MEDECINS GENERALISTES .....	36
FIGURE 19 : DELAI POUR DONNER UNE REPONSE POUR L'HOSPITALISATION      REPONSES DES MEDECINS HOSPITALIERS .....	36



FIGURE 20 : REPONSES FAVORABLES DES MEDECINS HOSPITALIERS AUX DEMANDES D'HOSPITALISATION.....	36
FIGURE 21 : REGROUPEMENT PAR THEMES DES COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS GENERALISTES SUR L'ORGANISATION DES HOSPITALISATIONS.....	37
FIGURE 22 : REGROUPEMENT PAR THEMES DES COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS HOSPITALIERS SUR L'ORGANISATION DES HOSPITALISATIONS.....	37
FIGURE 23 : FACILITER L'ACCES A UN INTERLOCUTEUR HOSPITALIER REPNSES DES MEDECINS GENERALISTES.....	38
FIGURE 24 : FACILITER L'ACCES A UN INTERLOCUTEUR HOSPITALIER REPNSES DES MEDECINS HOSPITALIERS .....	38
FIGURE 25 : REGROUPEMENT PAR THEMES DES COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA PROPOSITION « FACILITER L'ACCES A UN INTERLOCUTEUR HOSPITALIER IDENTIFIE DANS CHAQUE SERVICE » .....	39
FIGURE 26 : REGROUPEMENT PAR THEMES DES COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS HOSPITALIERS SUR LA PROPOSITION « FACILITER L'ACCES A UN INTERLOCUTEUR HOSPITALIER IDENTIFIE DANS CHAQUE SERVICE » .....	39
FIGURE 27 : DEDIER DU TEMPS MEDICAL A LA PROGRAMMATION DES HOSPITALISATIONS .....	40
FIGURE 28 : CENTRALISER LES DEMANDES A L'ECHELLE DE L'HOPITAL REPONSES DES MEDECINS GENERALISTES .....	40
FIGURE 29 : CENTRALISER LES DEMANDES A L'ECHELLE DE L'HOPITAL REPONSES DES MEDECINS HOSPITALIERS.....	40
FIGURE 30 : REGROUPEMENT PAR THEMES DES COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA PROPOSITION «CENTRALISER LES DEMANDES A L'ECHELLE DE L'HOPITAL ».....	41
FIGURE 31 : REGROUPEMENT PAR THEMES DES COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS HOSPITALIERS SUR LA PROPOSITION «CENTRALISER LES DEMANDES A L'ECHELLE DE L'HOPITAL ».....	41
FIGURE 32 : UTILISER UN MOYEN DE COMMUNICATION ASYNCHRONE REPONSES DES MEDECINS GENERALISTES.....	42
FIGURE 33 : UTILISER UN MOYEN DE COMMUNICATION ASYNCHRONE REPONSES DES MEDECINS HOSPITALIERS .....	42
FIGURE 34 : REGROUPEMENT PAR THEMES DES COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA PROPOSITION «UTILISER UN MOYEN DE COMMUNICATION ASYNCHRONE» .....	43
FIGURE 35 : REGROUPEMENT PAR THEMES DES COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS HOSPITALIERS SUR LA PROPOSITION «UTILISER UN MOYEN DE COMMUNICATION ASYNCHRONE» .....	43
FIGURE 36 : CREER UN ESPACE PROFESSIONNEL SUR LE SITE INTERNET DU CH SUD GIRONDE .....	44
FIGURE 37 : REGROUPEMENT PAR THEMES DES COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA PROPOSITION «CREER UN ESPACE PROFESSIONNEL SUR LE SITE INTERNET DU CH SUD GIRONDE ».....	45
FIGURE 38 : DEDIER CERTAINS LITS A L'HOSPITALISATION PROGRAMMEE ET D'AUTRES AUX URGENCES .....	45
FIGURE 39 : REGROUPEMENT PAR THEMES DES PROPOSITIONS DES MEDECINS GENERALISTES POUR AMELIORER LA PROGRAMMATION DES HOSPITALISATIONS .....	46
FIGURE 40 : REGROUPEMENT PAR THEMES DES PROPOSITIONS DES MEDECINS HOSPITALIERS POUR AMELIORER LA PROGRAMMATION DES HOSPITALISATIONS .....	47

# Liste des annexes

---

ANNEXE 1 : REPARTITION DES LITS PAR SERVICE AU CH SUD GIRONDE.....	58
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE POUR LES MEDECINS GENERALISTES .....	59
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE POUR LES MEDECINS HOSPITALIERS .....	65
ANNEXE 4 : LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT .....	71
ANNEXE 5 : VIGNETTE MAIL .....	72
ANNEXE 6 : CLASSEMENT PAR THEMES DES REPONSES LIBRES DES MEDECINS GENERALISTES SUR LES DIFFICULTES A ORIENTER UN PATIENT VERS UN SERVICE .....	73
ANNEXE 7 : CLASSEMENT PAR THEMES DES COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS GENERALISTES SUR LES OBSTACLES A L'HOSPITALISATION PROGRAMMEE.....	74
ANNEXE 8 : COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS HOSPITALIERS SUR LES OBSTACLES A L'HOSPITALISATION PROGRAMMEE .....	76
ANNEXE 9 : CLASSEMENT PAR THEMES DES REPONSES LIBRES DES MEDECINS GENERALISTES SUR LE CONTACT AVEC LES MEDECINS HOSPITALIERS .....	77
ANNEXE 10 : COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS HOSPITALIERS SUR LE CONTACT AVEC LES MEDECINS GENERALISTES.....	79
ANNEXE 11 : CLASSEMENT PAR THEMES DES REPONSES LIBRES DES MEDECINS GENERALISTES SUR L'ORGANISATION DES HOSPITALISATIONS.....	80
ANNEXE 12 : CLASSEMENT PAR THEMES DES REPONSES LIBRES DES MEDECINS HOSPITALIERS SUR L'ORGANISATION DES HOSPITALISATIONS.....	82
ANNEXE 13 : CLASSEMENT PAR THEMES DES COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA PROPOSITION "FACILITER L'ACCES A UN INTERLOCUTEUR HOSPITALIER IDENTIFIE DANS CHAQUE SERVICE".....	83
ANNEXE 14 : CLASSEMENT PAR THEMES DES COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS HOSPITALIERS SUR LA PROPOSITION "FACILITER L'ACCES A UN INTERLOCUTEUR HOSPITALIER IDENTIFIE DANS CHAQUE SERVICE".....	84
ANNEXE 15 : CLASSEMENT PAR THEMES DES COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA PROPOSITION "CENTRALISER LES DEMANDES A L'ECHELLE DE L'HOPITAL".....	85
ANNEXE 16 : CLASSEMENT PAR THEMES DES COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS HOSPITALIERS SUR LA PROPOSITION "CENTRALISER LES DEMANDES A L'ECHELLE DE L'HOPITAL".....	86
ANNEXE 17 : CLASSEMENT DES COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA PROPOSITION "UTILISER UN MOYEN DE COMMUNICATION ASYNCHRONE".....	87
ANNEXE 18 : CLASSEMENT PAR THEMES DES COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS HOSPITALIERS SUR LA PROPOSITION "UTILISER UN MOYEN DE COMMUNICATION ASYNCHRONE".....	88
ANNEXE 19 : CLASSEMENT PAR THEMES DES COMMENTAIRES LIBRES DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA PROPOSITION "CREER UN ESPACE PROFESSIONNEL SUR LE SITE INTERNET DU CH SUD GIRONDE AVEC UN ORGANIGRAMME PRESENTANT LES SERVICES, LEURS SPECIFICITES ET LEUR NUMERO DE TELEPHONE DIRECT".....	89
ANNEXE 20 : CLASSEMENT PAR THEMES DES PROPOSITIONS DES MEDECINS GENERALISTES POUR AMELIORER LA PROGRAMMATION DES HOSPITALISATIONS.....	90
ANNEXE 21 : CLASSEMENT PAR THEMES DES PROPOSITIONS DES MEDECINS HOSPITALIERS POUR AMELIORER LA PROGRAMMATION DES HOSPITALISATIONS.....	92

# ABREVIATIONS

---

ARS : agence régionale de santé

CH : centre hospitalier

CHU : centre hospitalier universitaire

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

CPS : carte de professionnel de santé

DIU : diplôme inter-universitaire

DU : diplôme universitaire

DRH : direction des ressources humaines

FAM : foyer d'accueil médicalisé

HAD : hospitalisation à domicile

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

PAACO : plateforme Aquitaine d'aide à la communication

PH : praticien hospitalier

RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé

SSR : soins de suite et de réadaptation

USLD : unité de soins longue durée

# Introduction

---

## I Augmentation constante des soins non programmés en France

Depuis les années 1990, le nombre de passages aux urgences en France a augmenté de manière constante et pratiquement linéaire (voir *Figure 1*), passant de 10,1 millions en 1996 à 21 millions en 2016 (1), soit une augmentation de 108 % en 20 ans. Cette augmentation entraîne un risque d'engorgement des services d'urgence et nécessite une meilleure prise en charge des patients en amont.

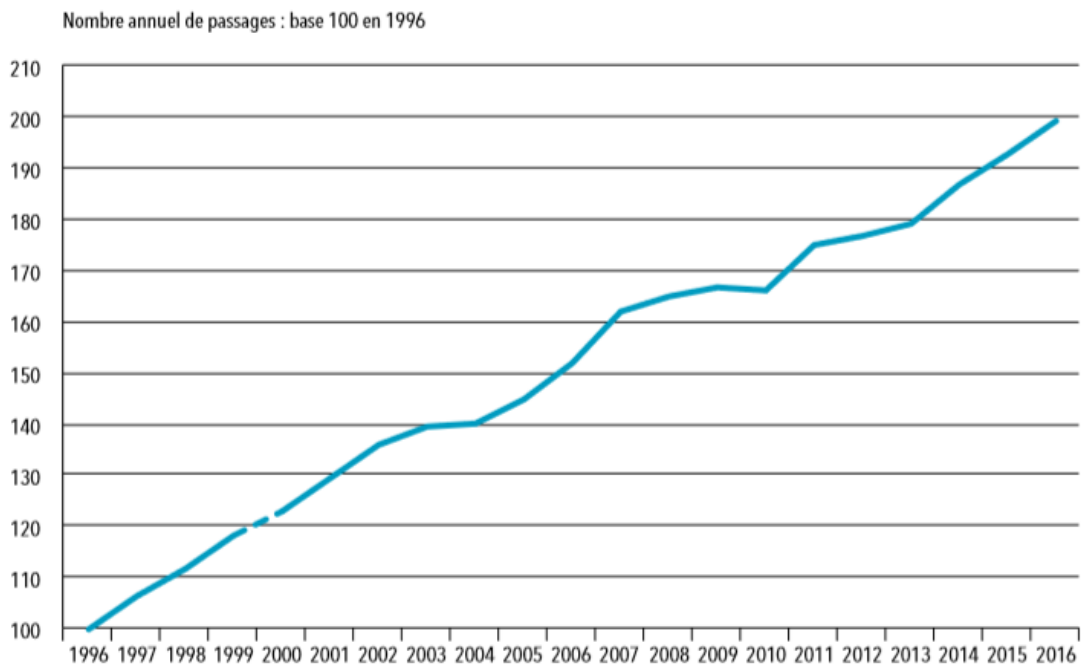


Figure 1 : Evolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996 (1)

Parmi les patients passant aux urgences, environ un sur cinq est hospitalisé. Ce ratio est stable : 21,5 % en 1998 (2), 19 % en 2002 (3), 22,2 % en 2011 (4), avec cependant une augmentation avec l'âge (49 % chez les 71-80 ans, et plus de 50 % chez les personnes âgées de plus de 80 ans (3)). Du fait de l'augmentation du nombre de passages aux urgences, le nombre d'hospitalisations depuis les urgences augmente aussi de façon importante, avec un chiffre de 4,7 millions en 2011 (4).

## II Autre mode d'entrée en hospitalisation : l'admission programmée

Il existe deux modes d'entrée du patient en hospitalisation :

- l'hospitalisation non programmée, à partir des urgences ;
- l'hospitalisation programmée : entrée directe dans le service, au jour et à l'heure déterminés par le médecin hospitalier.

L'hospitalisation programmée est à privilégier (5) car elle améliore la prise en charge du patient :

- la pertinence des journées d'hospitalisation est meilleure que pour des soins non programmés (6,7) ;
- les hospitalisations sont moins longues (8), avec des durées de séjour jusqu'à 28 % plus courtes (9) ;
- les patients âgés admis au court séjour gériatrique subissent 45 % d'exams complémentaires en moins (8) ;
- les patients âgés sont moins institutionnalisés en sortie d'hospitalisation (9) ;
- les patients âgés entrés en gériatrie via les urgences sont ré-hospitalisés plus rapidement que ceux entrés directement dans le service, avec une perte d'autonomie plus importante (9).

La programmation des hospitalisations est d'ailleurs l'une des solutions proposées par les urgentistes lors des 1<sup>ères</sup> Assises de l'Urgence (en 2012) pour améliorer l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence (10).

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours et occupe une place centrale dans le parcours de soins de son patient (11,12), au carrefour entre soins ambulatoires et hospitaliers. C'est à lui d'organiser l'hospitalisation, en accord avec le médecin hospitalier qui recevra le patient dans son service, en évitant le passage aux urgences s'il n'est pas indispensable. Cette aptitude à la coordination et à l'utilisation optimale des ressources du système de santé apparaît clairement dans la définition de la médecine générale par la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physician) en 2002 (12).

L'admission directe dans le service est donc plus bénéfique pour le patient que le passage via les urgences. Les médecins généralistes et hospitaliers éprouvent-ils des difficultés à la programmation ? La question sera étudiée à l'échelle du territoire Sud Gironde, présenté ci-dessous.

### III Le territoire Sud Gironde

#### III.1 Caractéristiques démographiques de la population du territoire Sud Gironde (13)

Le territoire Sud Gironde a été défini par l'agence régionale de santé (ARS). Il est représenté sur la Figure 2. Il couvre une population d'environ 126 000 habitants.

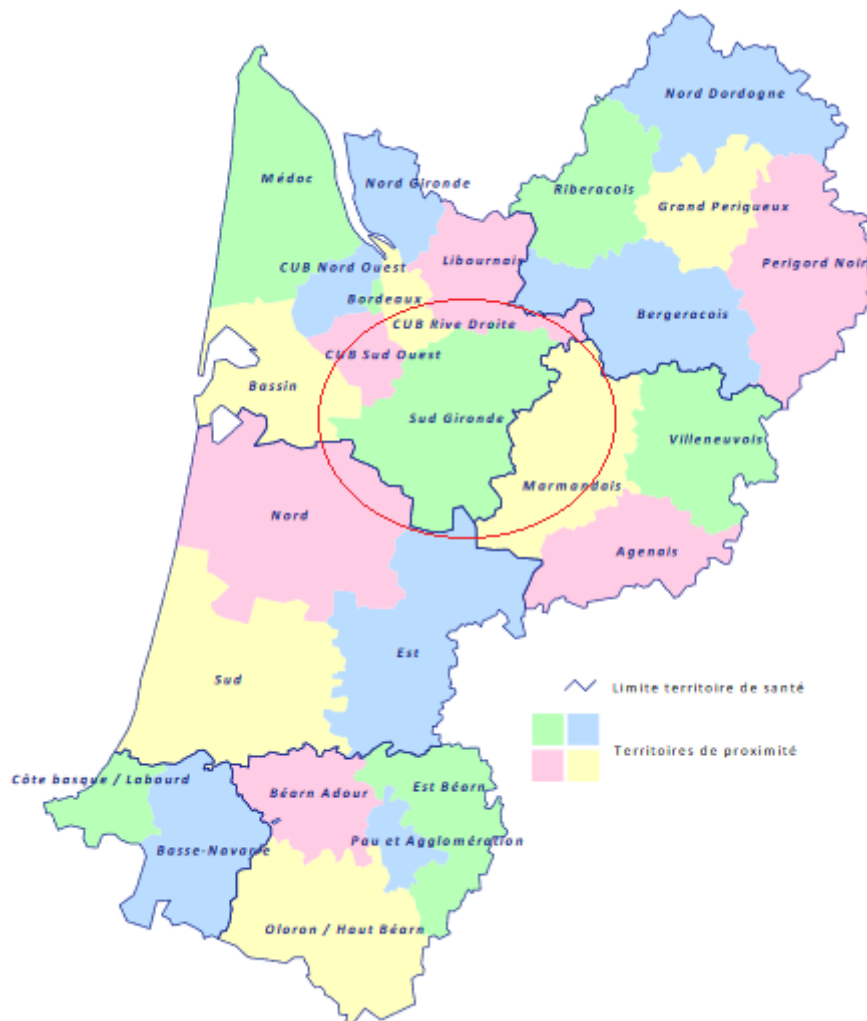


Figure 2 : Territoires de santé en Aquitaine (14)

Le territoire Sud Gironde a un profil très proche de celui de l'Aquitaine sur les points suivants :

- la population : part de la population âgée de moins de 25 ans (28,3 % en Sud-Gironde/28,2 % en Aquitaine), de plus de 75 ans (10,5 %/10,6 %), de plus de 80 ans et vivant seule (37,7 %/39,6 %) ;
- les données socio-économiques : part des ménages fiscaux imposés (51 %/57 %) ;
- l'emploi : taux de chômage des 15-64 ans (10 %/11 %).

## III.2 Offre de soins du territoire Sud Gironde

En 2013 (13), la densité de médecins généralistes de premier recours est de 103,9 pour 100 000 habitants (104 en Aquitaine), avec 50,4 % de médecins âgés de 55 ans ou plus (51,1 % en Aquitaine), et 34,4 % de 60 ans ou plus (32,1 % en Aquitaine). Le nombre moyen d'actes par médecin généraliste en 2012 est plus élevé en Sud Gironde (5 042) qu'en Aquitaine (4 527).

Le taux de recours à l'hospitalisation (tous âges et toutes durées) en médecine est de 132,1 pour 1 000 habitants (121,6 en Aquitaine) avec un taux nettement supérieur à la moyenne régionale pour les plus de 60 ans (299,5 pour 257,0 en Aquitaine), et de 95 pour 1 000 habitants en chirurgie (92,5 en Aquitaine). Il y a également un écart notable entre la densité de médecins spécialistes en Sud Gironde (108,7 pour 100 000 habitants) et en Aquitaine (166) (13).

Concernant le milieu hospitalier, le territoire Sud Gironde est maillé par les structures suivantes (voir *Figure 3*) :

- Centre hospitalier (CH) Sud Gironde divisé en 2 hôpitaux : CH de Langon et CH de La Réole, avec 115 lits d'hospitalisation complète en médecine, 31 lits d'hospitalisation complète en chirurgie, 3 lits d'hospitalisation à temps partiel en oncologie, 8 lits d'hospitalisation de semaine médico-chirurgicale, 6 lits de chirurgie et anesthésie ambulatoire, 6 lits d'anesthésiologie-surveillance continue, 40 places de soins de suite et de réadaptation (SSR) et 40 d'hospitalisation à domicile (HAD). Il existe également 178 places en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), 48 en maison d'accueil spécialisée (MAS) et 75 en foyer d'accueil médicalisé (FAM). La liste des services est détaillée dans l'*Annexe 1* (15).
- CH de Cadillac : 611 lits d'hospitalisation complète et 178 d'hospitalisation à temps partiel (16).
- CH de Bazas : 18 lits de médecine, 43 de SSR, 25 de psychiatrie, 130 lits d'EHPAD (17).
- EHPAD du centre de soins à Podensac : 279 places, dont 50 d'unité de soins longue durée<sup>1</sup> (USLD) (18).
- Clinique Sainte-Anne à Langon : 79 lits (19).
- Antenne autodialyse du centre aquitain pour le développement de la dialyse à domicile (CA3D) à Saint-Pierre-de-Mons.
- Pôle médico-social public de Monségur avec 84 places d'EHPAD, 60 places de FAM et 32 places de service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) (20).

---

<sup>1</sup> USLD : unité pour les patients très dépendants (GIR 1-2)

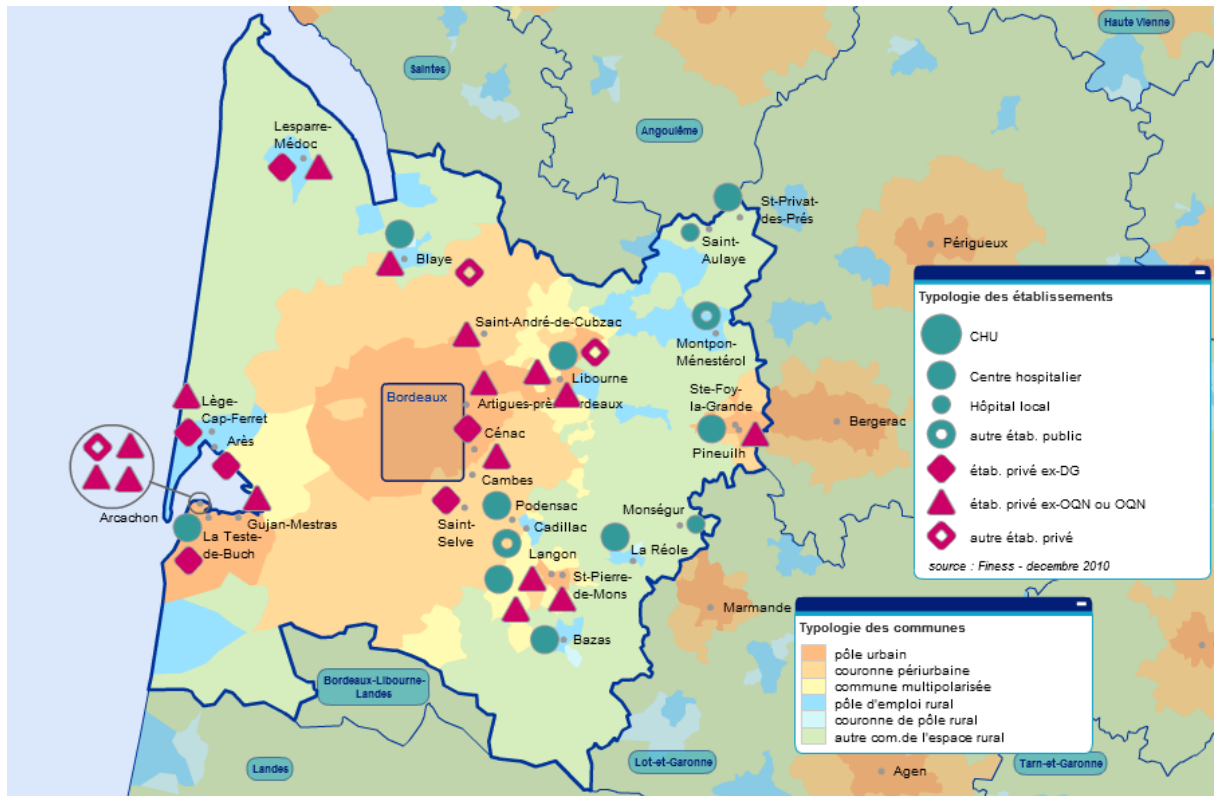


Figure 3 : Schéma régional d'organisation des soins en Aquitaine (21)

Le territoire Sud Gironde est donc maillé par de nombreuses structures de soin, même si leur répartition n'est pas homogène sur le territoire.

La problématique de la programmation des hospitalisations sera étudiée à l'échelle du territoire Sud Gironde.

**Question de recherche :** Les médecins généralistes et hospitaliers du territoire Sud Gironde rencontrent-ils des difficultés pour programmer des hospitalisations au CH Sud Gironde ?

**Hypothèse :** Les médecins généralistes et hospitaliers du territoire Sud Gironde éprouvent des difficultés dans la programmation des hospitalisations au CH Sud Gironde.

**Objectifs :**

- Objectif principal : analyser les difficultés des médecins généralistes et hospitaliers du territoire Sud Gironde pour programmer des hospitalisations au CH Sud Gironde.
- Objectifs secondaires :
  1. Evaluer la pratique des médecins généralistes et hospitaliers sur la programmation des hospitalisations au CH Sud Gironde.
  2. Recueillir leurs pistes de réflexion pour faciliter la programmation des hospitalisations.



# MATERIEL ET METHODES

---

## I Type d'étude

Il s'agissait d'une étude de type enquête de pratiques professionnelles.

Elle a été menée auprès des médecins généralistes du territoire Sud Gironde et des médecins hospitaliers du CH Sud Gironde à propos de leur pratique sur 2 mois (janvier et février 2018).

Elle reposait sur une enquête déclarative non rémunérée, réalisée par voie postale.

## II Population

La population d'étude était constituée des médecins généralistes libéraux exerçant dans le territoire Sud Gironde (territoire défini par l'ARS, voir *Figure 2*) et des médecins hospitaliers du CH Sud Gironde (sites de Langon et La Réole) concernés par les hospitalisations programmées. Les médecins hospitaliers travaillant aux urgences et en réanimation, ainsi que les médecins généralistes dont la pratique n'est pas compatible avec les hospitalisations programmées ont donc été exclus.

Il n'y a pas eu d'échantillonnage, toute la population sélectionnée a été interrogée.

### II.1 Médecins généralistes

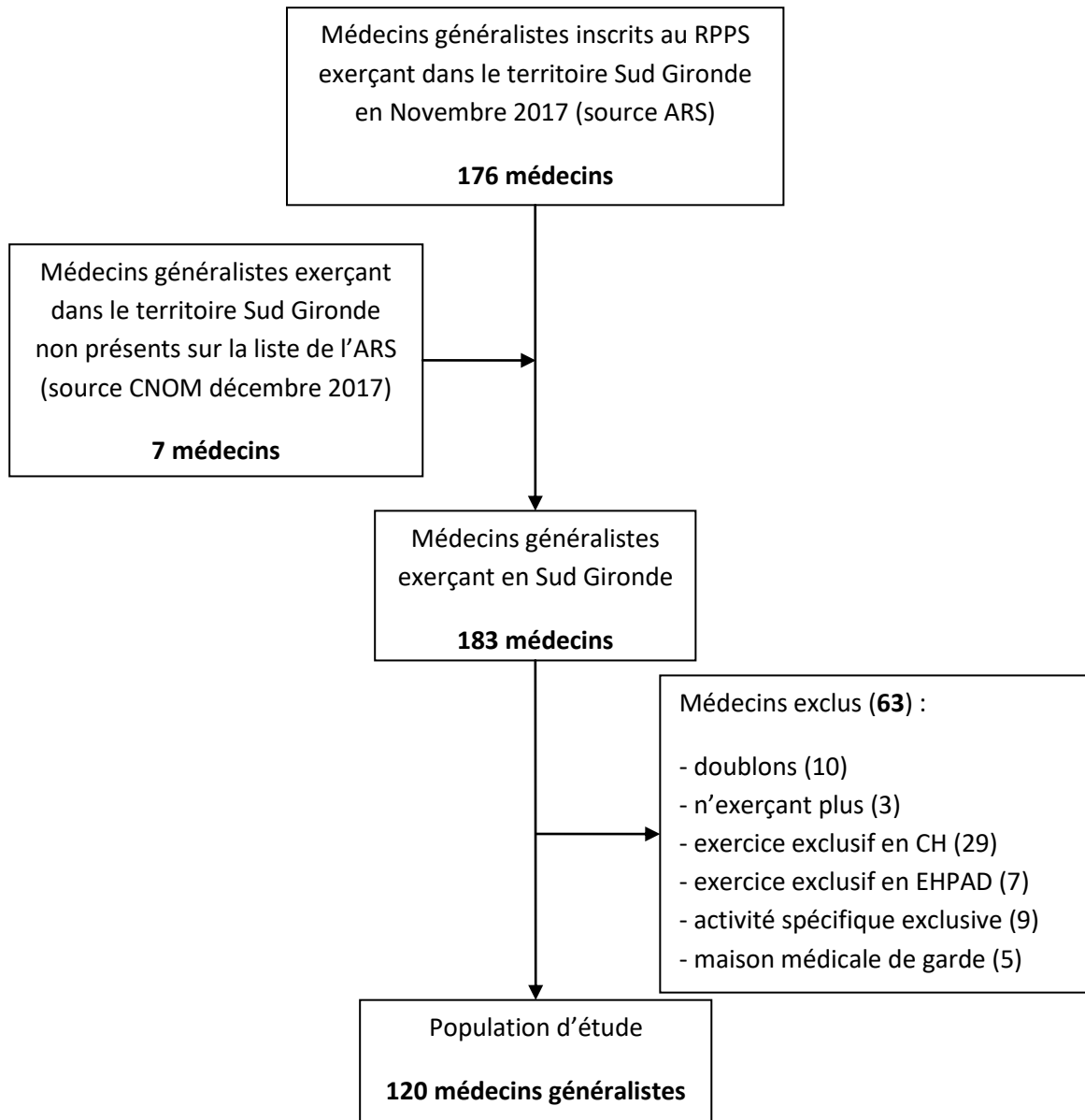
L'ARS Nouvelle-Aquitaine nous a fourni la liste des médecins généralistes (comportant 176 entrées) exerçant dans le territoire Sud Gironde en novembre 2017 (extraite du répertoire partagé des professionnels de santé-RPPS), ainsi que la liste des villes définissant le territoire de santé Sud Gironde. Chaque ville a fait l'objet d'une recherche sur le site du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) en décembre 2017 pour répertorier les médecins généralistes installés. Sept médecins étaient absents de la liste de l'ARS et ont été ajoutés à la population d'étude. S'il y avait une incohérence entre les deux sources de données, les médecins étaient contactés par téléphone pour vérifier s'ils exerçaient toujours.

La présence de diplômes d'université (DU) et diplômes inter-universitaires (DIU) est renseignée sur le site du CNOM. Chaque médecin titulaire d'un DU ou DIU a été contacté par téléphone, afin de déterminer s'il exerçait une activité spécifique en plus de celle de médecine générale ou s'il exerçait uniquement cette activité particulière (angiologie par exemple). Les médecins exerçant une activité spécifique exclusive sans activité de médecine générale ont été exclus car ils ne sont pas concernés par la programmation des hospitalisations ou ont des filières spécifiques d'hospitalisation. Seul un médecin titulaire d'un DU n'a pas pu être joint. Il a été inclus dans la population d'étude.

Au total, 63 médecins ont été exclus : 10 doublons (installation dans plusieurs villes), 3 ayant cessé leur activité, 29 exerçant exclusivement dans un centre hospitalier, 7 exerçant exclusivement en

EHPAD, 5 remplaçants effectuant des gardes à la maison médicale de Langon, et 9 ayant une activité spécifique exclusive sans exercice de médecine générale : acupuncture (1), homéopathie (2), acupuncture-homéopathie (1), angiologie (3), expertise judiciaire (1), ostéopathie (1).

La population d'étude était au final constituée de 120 médecins généralistes (voir *Figure 4*).



ARS : agence régionale de santé

CH : centre hospitalier

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé

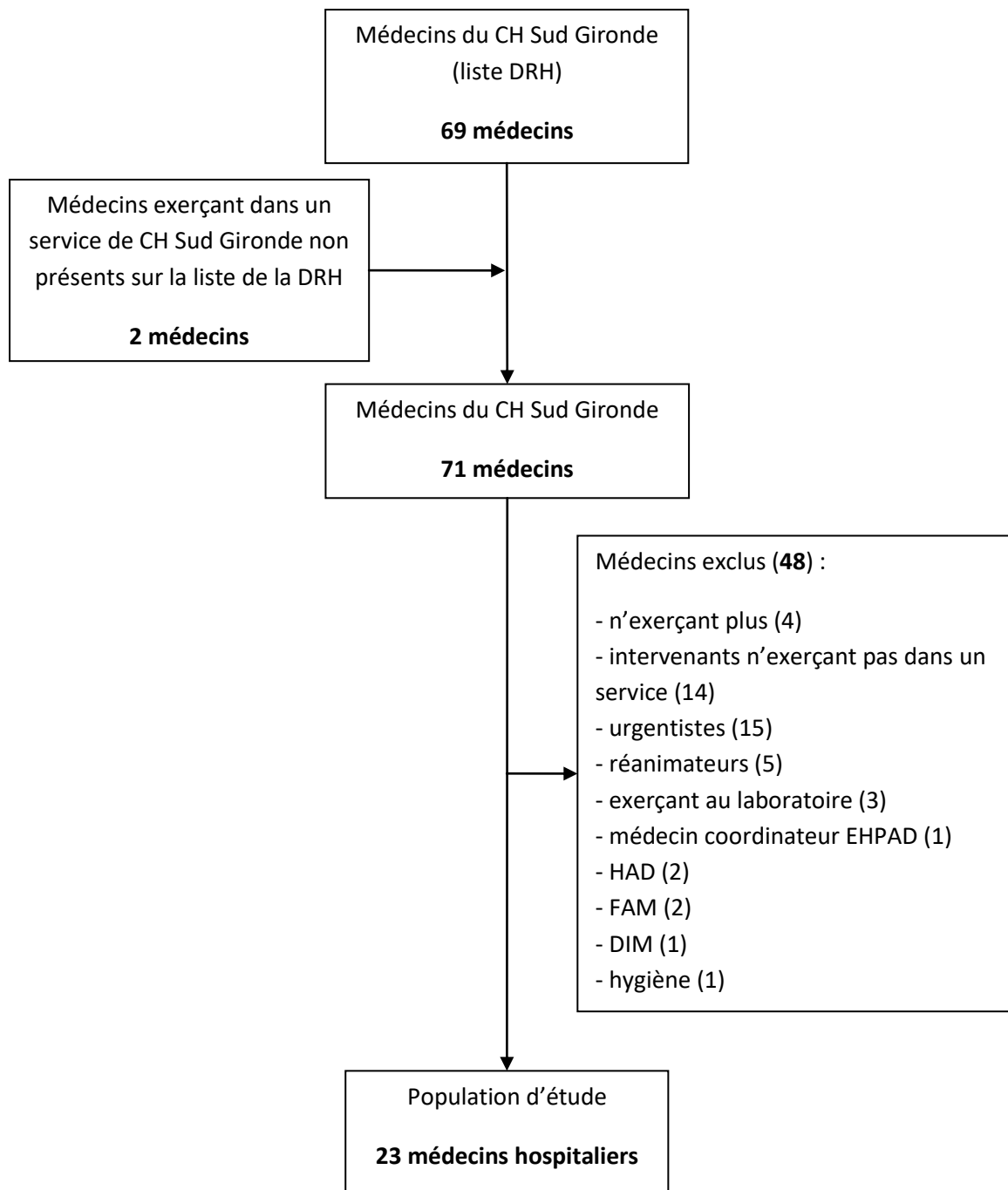
Figure 4 : Diagramme de flux des médecins généralistes

## II.2 Médecins hospitaliers

La direction des ressources humaines (DRH) du CH Sud Gironde nous a fourni la liste des médecins travaillant au sein de l'établissement, soit 69 médecins. Un médecin travaillant en Médecine A (service à orientation cardiologique) et un en Médecine B (service à orientation hépato-gastro-entérologique), absents de cette liste, ont été ajoutés.

Seuls les médecins hospitaliers exerçant dans un service et susceptibles de répondre à des demandes d'hospitalisations provenant de médecins généralistes ont été ciblés, d'où l'exclusion de 48 médecins : 4 n'exerçant plus, 14 intervenant ponctuellement dans les services (deux pédiatres, un urologue, un neurologue, un cardiologue, un chirurgien vasculaire, un médecin acupuncteur, trois médecins spécialisés dans la prise en charge de la douleur, un rhumatologue, un addictologue, un oncologue, un endocrinologue), 15 urgentistes, 5 réanimateurs, 3 médecins exerçant au laboratoire, 1 médecin coordinateur de l'EHPAD, 2 médecins de l'HAD, 2 du FAM, 1 exerçant au département d'informatique médicale (DIM) et 1 au service d'hygiène.

La population d'étude était constituée de 23 médecins hospitaliers (voir *Figure 5*).



CH : centre hospitalier

DIM : département d'informatique médicale

DRH : direction des ressources humaines

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FAM : foyer d'accueil médicalisé

HAD : hospitalisation à domicile

Figure 5 : Diagramme de flux des médecins hospitaliers

## III Recueil de données

### III.1 Elaboration des questionnaires

Deux questionnaires différents ont été élaborés : un pour les médecins généralistes (*Annexe 2*) et un pour les hospitaliers (*Annexe 3*). Certaines problématiques concernant la programmation des hospitalisations étaient communes aux médecins généralistes et hospitaliers, et d'autres différentes. Les questionnaires avaient donc certaines questions identiques, et d'autres spécifiques aux médecins généralistes ou hospitaliers.

Le questionnaire des médecins généralistes comportait 29 questions (17 fermées, 12 ouvertes) et celui des hospitaliers 25 (14 fermées, 11 ouvertes). Ils étaient tous deux divisés en 4 parties :

- la première partie portait sur les caractéristiques de la population d'étude (âge, sexe, mode d'exercice...);
- la seconde sur les pratiques des médecins concernant les hospitalisations programmées au CH Sud Gironde ;
- la troisième sur les obstacles à l'hospitalisation programmée au CH Sud Gironde ;
- et la dernière sur les solutions et améliorations proposées.

### III.2 Envoi des questionnaires à la population d'étude et retour des réponses

Afin de pouvoir cibler les relances téléphoniques tout en assurant l'anonymisation des réponses, les noms des médecins inclus dans l'étude ont été entrés dans une base de données Excel, avec un numéro d'anonymisation (attribué aléatoirement).

La voie postale a été choisie pour l'envoi et le recueil des questionnaires.

Chaque médecin a reçu une enveloppe contenant :

- une lettre d'accompagnement (voir *Annexe 4*) ;
- un questionnaire ;
- une enveloppe retour timbrée ;
- une vignette lui permettant d'inscrire son adresse mail à joindre à l'enveloppe retour s'il souhaitait recevoir les résultats de l'étude (voir *Annexe 5*).

Chaque enveloppe retour a été marquée visiblement avec le numéro d'anonymisation attribué au médecin destinataire. A la réception de l'enveloppe retour, le numéro permettait de savoir quel médecin avait répondu afin de cibler les relances téléphoniques sur les non-répondants. Les questionnaires n'étaient pas marqués et ont été interprétés de façon anonyme. Les papiers identifiés avec les adresses mail ont été regroupés pour envoyer ultérieurement les résultats de l'étude aux médecins intéressés.

Les questionnaires ont été déposés dans les boîtes aux lettres des cabinets des médecins généralistes le 18/03/18, et dans chaque service de l'hôpital Sud Gironde le 19/03/18. Deux relances téléphoniques ont été effectuées auprès des non-répondants : à 3 et 5 semaines de l'envoi. La dernière réponse a été reçue le 01/06/2018.

Toutes les réponses ont été intégrées dans un fichier Excel pour l'analyse statistique.

## **IV Analyse des données**

Les données ont été analysées grâce au logiciel Excel et au site BiostaTGV (22), élaboré par l'institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique UMR S (unité mixte de recherche en santé) 1136, affilié à l'INSERM (institut national de la santé et la recherche médicale) et à la Sorbonne Université.

La population a été décrite en utilisant des fréquences exprimées en pourcentage dans le cas des variables qualitatives et des moyennes avec leur écart-type dans le cas des variables quantitatives.

Les données qualitatives ont été comparées entre les groupes par le test exact de Fisher, car certains effectifs étaient inférieurs à 5. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

Si tous les médecins n'avaient pas répondu à une question, les pourcentages étaient calculés sur le nombre de répondants.

# RESULTATS

## I Collecte des données

Le détail des réponses reçues ainsi que des relances effectuées est précisé dans ce paragraphe.

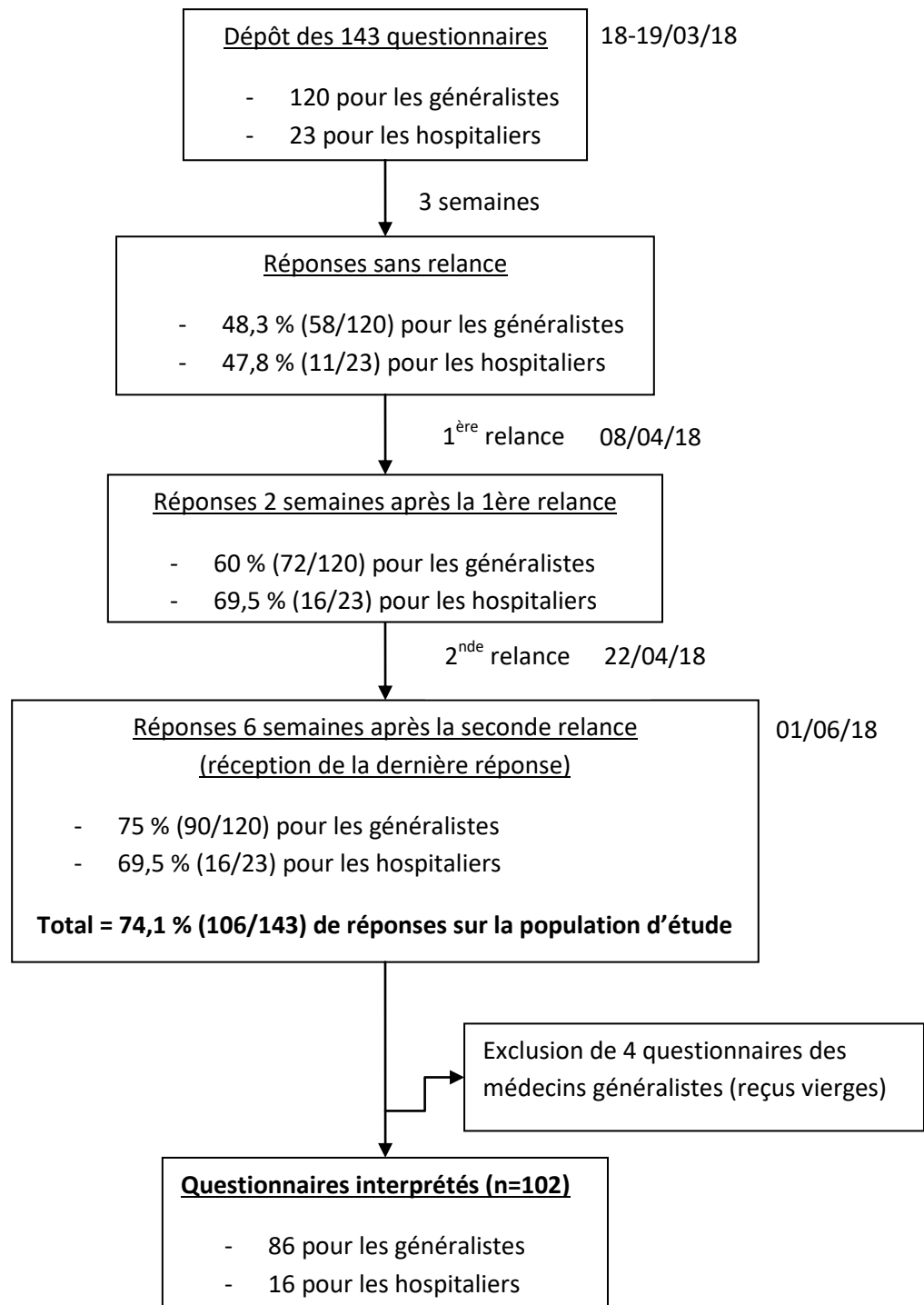


Figure 6 : Diagramme de flux des données

## **I.1 Réponses reçues sans relance**

Le taux de réponses sans relance était de 48,2 % (69/143) :

- 48,3 % (58/120) des médecins généralistes ont répondu sans relance.
- 47,8 % (11/23) des médecins hospitaliers ont répondu sans relance.

## **I.2 Réponses reçues après la première relance**

Les médecins n'ayant pas répondu 3 semaines après le dépôt des questionnaires ont tous été contactés par téléphone.

Vingt médecins généralistes et un hospitalier n'avaient pas récupéré ou perdu l'enveloppe. Elle leur a été renvoyée en intégralité par voie postale.

Après la première relance, 14 réponses des médecins généralistes et 5 des médecins hospitaliers ont été reçues. Le taux de réponses est passé à 61,5 % (88/143) : 60 % (72/120) chez les médecins généralistes et 69,5 % (16/23) chez les hospitaliers.

## **I.3 Réponses reçues après la seconde relance**

Les médecins n'ayant pas répondu 2 semaines après la première relance ont été contactés à nouveau par téléphone.

Dix-huit médecins généralistes ont répondu après la seconde relance. Il n'y a pas eu de réponse supplémentaire pour les médecins hospitaliers.

Après la seconde relance, le taux de réponse était de 74,1 % (106/143) sur la population d'étude : 75 % (90/120) chez les médecins généralistes et 69,5 % (16/23) chez les médecins hospitaliers.

Quatre questionnaires ont été renvoyés vierges par les médecins généralistes. Ils ont été exclus de l'analyse. Nous avons donc analysé 102 questionnaires (86 pour les médecins généralistes, 16 pour les hospitaliers).

39 médecins ont renvoyé la vignette après avoir inscrit leur adresse mail.



## II Caractéristiques de la population

### II.1 Caractéristiques démographiques

Les caractéristiques démographiques sont détaillées dans le *Tableau 1*.

**Tableau 1 : Caractéristiques démographiques des médecins**

	Médecins généralistes (N = 86)	Médecins hospitaliers (N = 16)
<b>Sexe</b>		
masculin	52 (60,5 %)	7 (43,8 %)
féminin	34 (39,5 %)	9 (56,2 %)
<b>Age</b>		
âge (en années)		
< 40 ans	20 (23,2 %)	6 (37,5 %)
40-59 ans	44 (51,2 %)	8 (50 %)
≥ 60 ans	22 (25,6 %)	2 (12,5 %)
Moyenne d'âge (+/- écart-type)	49,2 (+/- 12)	44,8 (+/-12,3)

### II.2 Mode d'exercice

Le mode d'exercice des médecins généralistes est présenté dans le *Tableau 2*.

**Tableau 2 : Mode d'exercice des médecins généralistes**

	Médecins généralistes	
	N (total = 86)	%
<b>Durée d'exercice dans le territoire Sud Gironde (n = 85 répondants)</b>		
< 10 ans	26	30,6
10-29 ans	39	45,9
≥ 30 ans	20	23,5
<b>Exercice</b>		
seul	23	26,7
en groupe	63	73,3
<b>Présence d'un secrétariat</b>		
oui	76	88,4
non	10	11,6
<b>Si présence d'un secrétariat (n=76)</b>		
sur place	40	52,6
à distance	24	31,6
les deux	12	15,8
<b>Lieu d'exercice</b>		
urbain	4	4,7
rural	39	45,3
semi-rural	43	50
<b>Nombres d'actes quotidiens</b>		
< 30	58	67,4
≥ 30	28	32,6
<b>Accès à une messagerie sécurisée</b>		
oui	80	93
non	6	7

Les médecins généralistes exerçaient principalement en groupe (73,3 %), disposant d'un secrétariat (88,4 %), avec une présence sur place dans 68,4 % des cas (secrétariat sur place ou association d'un secrétariat sur place et à distance). 93 % d'entre eux disposaient d'une messagerie sécurisée.

Seize médecins hospitaliers ont répondu aux questions concernant leur mode d'exercice (voir *Tableau 3*).

**Tableau 3 : Mode d'exercice des médecins hospitaliers**

	Médecins hospitaliers	
	N (total = 16)	%
<u>Durée d'exercice au Centre Hospitalier Sud Gironde</u>		
< 10 ans	9	56,3
10-29 ans	7	43,7
≥ 30 ans	0	0
<u>Service</u>		
médecine A*	4	25
médecine B**	1	6,2
médecine C***	2	12,5
maternité	4	25
gériatrie	3	18,8
chirurgie viscérale	2	12,5
chirurgie vasculaire	0	0
chirurgie orthopédique	0	0
<u>Possibilité de programmer des hospitalisations dans le service</u>		
oui	15	93,8
non	1	6,2
<u>Accès à une messagerie sécurisée (15 répondants)</u>		
oui	11	73,3
non	4	26,7

\*Service de médecine A = service à orientation cardiologique

\*\*Service de médecine B = service à orientation hépato-gastro-entérologique

\*\*\*Service de médecine C = service de médecine polyvalente

Seul un médecin hospitalier a déclaré qu'il n'était pas possible de programmer une hospitalisation dans son service.

### III Obstacles à l'hospitalisation programmée au CH Sud Gironde

#### III.1 Difficultés pour programmer une hospitalisation

Les médecins généralistes ont en majorité (61,9 %) répondu qu'ils éprouvaient souvent des difficultés lors de la programmation des hospitalisations à l'hôpital Sud Gironde, contrairement aux médecins hospitaliers qui en éprouvaient rarement dans 68,8 % des cas. Deux médecins généralistes n'ont pas répondu à cette question. Les réponses sont détaillées Figure 7 et Figure 8.

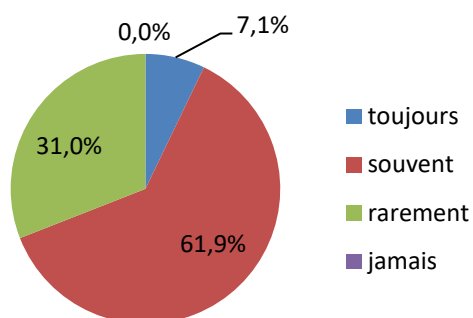


Figure 7 : Difficultés ressenties par les médecins généralistes pour programmer une hospitalisation

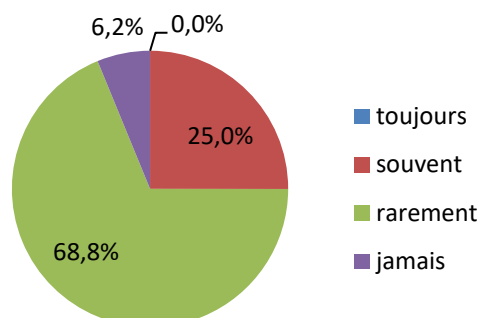


Figure 8 : Difficultés ressenties par les médecins hospitaliers pour programmer une hospitalisation

Nous avons étudié si le fait d'être médecin généraliste ou hospitalier avait une influence sur la difficulté à programmer une hospitalisation. Il y avait une différence significative ( $p=0.003$ ) : les généralistes avaient plus de difficultés que les hospitaliers à programmer une hospitalisation (voir Tableau 4).

Tableau 4 : Comparaison des difficultés des médecins généralistes et hospitaliers à programmer une hospitalisation

	Toujours n (%)	Souvent n (%)	Rarement n (%)	Jamais n (%)	p	Significativité
Médecins généralistes	6 (7,1%)	52 (61,9%)	26 (31%)	0 (0%)	0,003	S
Médecins hospitaliers	0 (0%)	4 (25%)	11 (68,8%)	1 (6,2%)		

S = résultat significatif

### III.2 Principaux obstacles

Le principal obstacle à l'hospitalisation programmée était le manque de place à l'hôpital pour les médecins généralistes (81,2 % des réponses) comme pour les hospitaliers (92,9 %) (voir *Tableau 5* et *Tableau 6*). Les médecins pouvaient cocher plusieurs réponses.

**Tableau 5 : Principaux obstacles des médecins généralistes à l'hospitalisation programmée au CH Sud Gironde**

N = 85	N (%)
Manque de place à l'hôpital	69 (81,2%)
Communication entre médecins	45 (52,9%)
Demande du service receveur de passage via les urgences	42 (49,4%)
Délais d'hospitalisation programmée trop longs	31 (36,5%)
Manque de temps	20 (23,5%)
Patient reçu en fin d'après-midi	13 (15,3%)
Structure ne répondant pas aux problématiques posées par le patient	12 (14,1%)
Exigences du patient	5 (5,9%)

**Tableau 6 : Principaux obstacles des médecins hospitaliers à l'hospitalisation programmée au CH Sud Gironde**

N=14	N (%)
Manque de place à l'hôpital	13 (92,9%)
Manque de temps	6 (42,9%)
Patient reçu en fin d'après-midi par le médecin généraliste	3 (21,4%)
Indication non adaptée	3 (21,4%)
Impossibilité de répondre pendant une consultation ou la visite des patients hospitalisés	2 (14,3%)
Communication entre médecins	1 (7,1%)
Exigences du patient	1 (7,1%)

Un médecin généraliste et deux hospitaliers n'ont pas répondu à la question.

Trois médecins généralistes ont ajouté un commentaire libre concernant les obstacles :

- « refus du patient d'aller à l'hôpital vs clinique » ;
- « manque de temps de ma part ! » (médecin ayant coché la case « manque de temps » donc comptabilisé dans les résultats dans cet item) ;
- « manque de connaissance sur les possibilités d'offre des structures en terme de soins. Vers qui vaut-il mieux adresser ? ».

Un médecin hospitalier a ajouté un commentaire libre concernant les obstacles : « difficulté à trouver une ambulance pour des délais courts (appel dans la matinée et hospitalisation dans l'après-midi) ».

### III.3 Orientation du patient

L'orientation du patient était difficile pour plus de la moitié des médecins généralistes (55,4 %) (voir *Figure 9*). Trois médecins n'ont pas répondu à cette question.

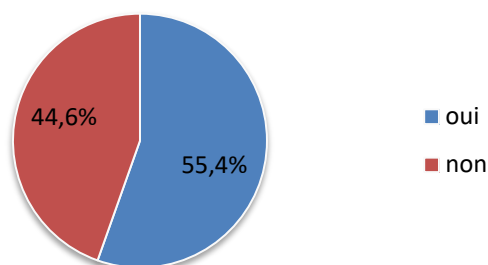


Figure 9 : Difficultés des médecins généralistes concernant le choix du service

Vingt-sept médecins ont répondu à la question libre précisant ces difficultés. Les réponses ont été regroupées par thèmes dans l'*Annexe 6* puis présentées sous forme d'histogramme sur la *Figure 10*.

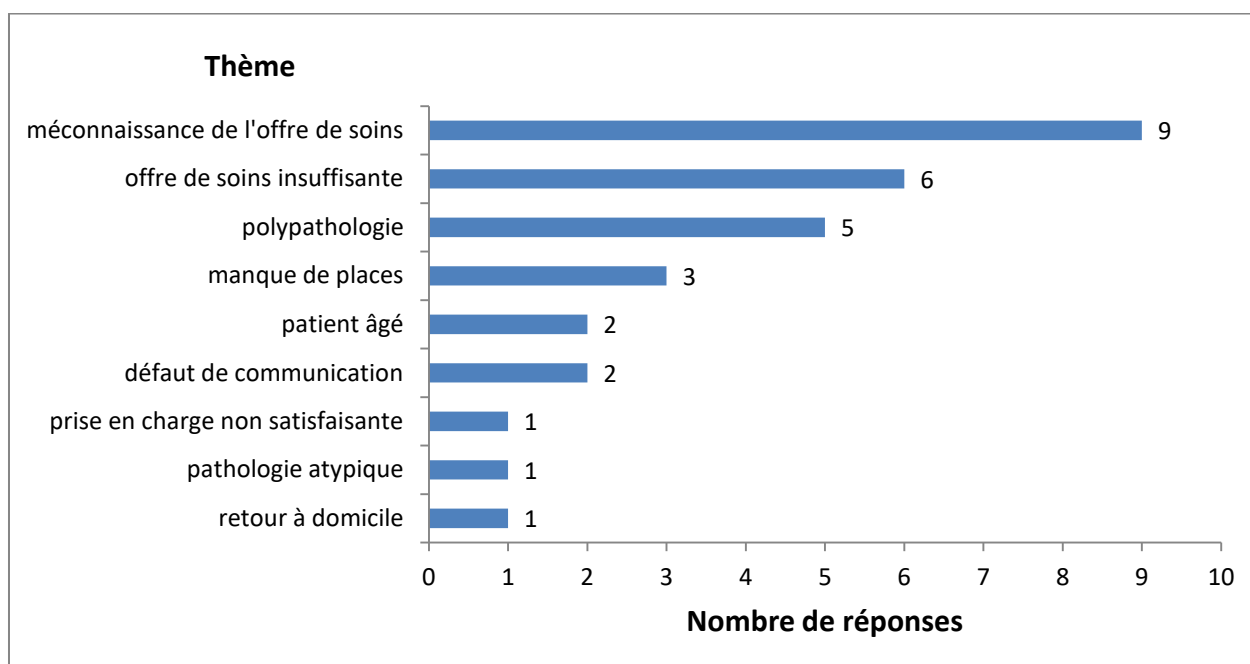


Figure 10 : Regroupement par thèmes des commentaires libres des médecins généralistes sur leurs difficultés pour orienter le patient vers un service

Les principales difficultés rapportées en commentaire libre par les médecins généralistes pour orienter un patient vers un service étaient la méconnaissance de l'offre de soins (9/27, soit 33,3 %), l'insuffisance de l'offre de soins (6/27, soit 22,2 %) et les patients polypathologiques (5/27, soit 18,5 %).

### III.4 Passage via les urgences, une conséquence des obstacles à l'hospitalisation programmée

Lorsqu'ils souhaitent hospitaliser un patient, plus de la moitié des médecins généralistes l'orientaient souvent aux urgences sans essayer de contacter le service adapté (voir *Figure 11*). Un médecin n'a pas répondu à cette question.

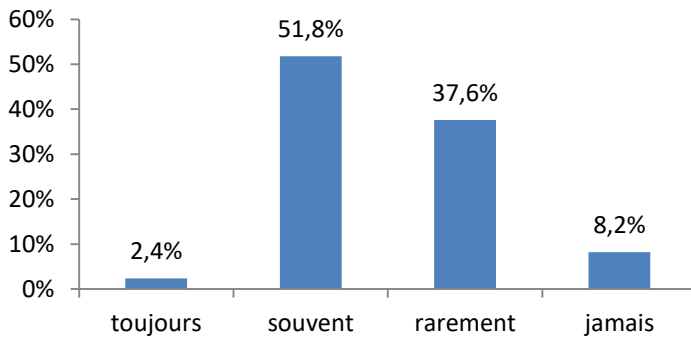


Figure 11 : Envoi du patient par le médecin généraliste aux urgences sans essai de contacter le service adapté

Les médecins hospitaliers ont répondu en majorité (53,3 %, soit 8/15) qu'ils faisaient rarement passer le patient via les urgences (au lieu de programmer son admission) à cause des difficultés d'organisation (voir *Figure 12*). Un médecin hospitalier n'a pas répondu à cette question.

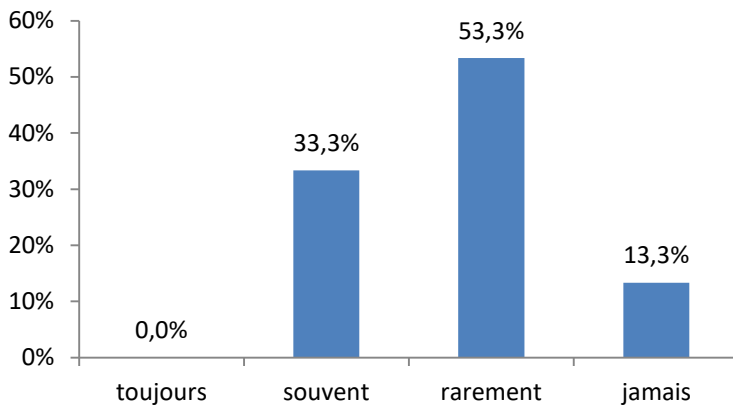


Figure 12 : Demande du service receveur de passage par les urgences à cause des difficultés d'organisation

### III.5 Alternatives à l'hospitalisation programmée

Lorsque l'hospitalisation du patient était impossible, les médecins généralistes se tournaient en priorité vers les urgences (84,7 %), puis la temporisation à domicile ou l'hospitalisation dans une autre structure (60 %) (voir détails *Tableau 7*).

Tableau 7 : Alternatives à l'hospitalisation

N = 85	N (%)
Passage par les urgences	72 (84,7%)
Hospitalisation dans une autre structure	51 (60%)
Temporisation à domicile	51 (60%)
Avis spécialisé	30 (35,3%)
HAD (Hospitalisation A Domicile)	4 (4,7%)

Il y a eu 3 réponses libres à cette question :

- « avis téléphonique spécialisé », réponse comptabilisée dans l'item « avis spécialisé » (le médecin avait coché cette réponse) ;
- « aménagement dans le centre », non comptabilisée car non exploitable ;
- « hospitalisation sur CUB/Bazas/La Réole », comptabilisée dans « hospitalisation dans une autre structure » (le médecin avait coché cette réponse).

Un médecin n'a pas répondu à cette question.

### III.6 Commentaires libres sur les obstacles à l'hospitalisation programmée

#### III.6.1 Médecins généralistes

Vingt-cinq médecins généralistes ont écrit des commentaires. Ils se sont exprimés parfois longuement, avec des réponses très variées. Elles sont classées par thèmes *Annexe 7* et présentées dans la *Figure 13*.

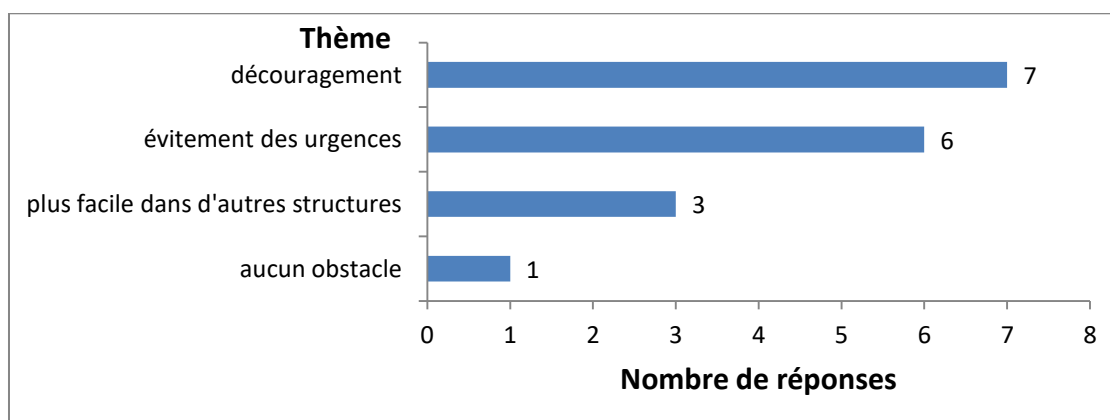


Figure 13 : Regroupement par thèmes des commentaires libres des médecins généralistes sur leurs obstacles à la programmation des hospitalisations

Il en ressortait essentiellement un sentiment de découragement (« j'ai baissé les bras », « quand on est coincé... », « pas possible à Langon »...), et une volonté évidente d'éviter le passage aux urgences s'il n'était pas indispensable (« passage par les urgences uniquement quand maintien à domicile impossible, ou besoin d'éliminer un diagnostic urgent (embolie pulmonaire, IDM...) », « je sollicite très peu les urgences »...).

Un médecin mentionnait le fait que les hospitalisations étaient plus faciles dans le service de gériatrie que dans les autres.

### III.6.2 Médecins hospitaliers

Cinq médecins hospitaliers ont répondu à cette question (*Annexe 8*).

Deux médecins évoquaient des problèmes d'organisation au niveau hospitalier :

- « la capacité en lit est insuffisante » ;
- « le temps d'avoir un lit refait ».

Deux autres évoquaient des difficultés provenant des médecins généralistes :

- « certains médecins généralistes envoient aux urgences si nous refusons l'entrée par manque de place ou par absence de caractère urgent à l'hospitalisation » ;
- « méconnaissance du circuit du patient ».

Un médecin a déclaré privilégier l'admission directe pour éviter au patient le passage par les urgences.

## IV Hospitalisations programmées au CH Sud Gironde : pratique des médecins généralistes et hospitaliers

### IV.1 Contact avec le service

#### IV.1.1 Tentative de prise de contact avec le service

Près de la moitié des médecins généralistes essayaient systématiquement de contacter le service lorsqu'ils souhaitaient hospitaliser un patient (voir *Figure 14*).

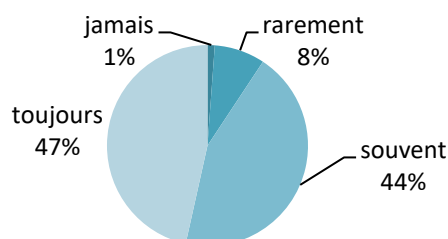


Figure 14 : Tentative de contacter le service pour programmer une hospitalisation



## IV.1.2 Moyens de contact

### IV.1.2.a Moyens de contact entre médecins généralistes et hospitaliers

Le téléphone était le moyen de communication le plus utilisé par les médecins généralistes pour contacter le service : 96,5 % (83/86) ont coché la réponse « téléphone via le standard » (82,6 %) ou « ligne téléphonique dédiée » (54,7 %).

Ensuite venait le mail : 12,8 % (11/86) utilisaient le mail non sécurisé et 2,3 % (2/86) une messagerie sécurisée.

Le détail des réponses est consigné dans le *Tableau 8*. Les médecins pouvaient cocher plusieurs réponses.

**Tableau 8 : Moyens de contact des médecins généralistes pour programmer une hospitalisation**

N = 86	N (%)
Téléphone via le standard	71 (82,6)%
Ligne téléphonique dédiée	47 (54,7)%
Mail (messagerie non sécurisée)	11 (12,8)%
Formulaire de pré-admission	4 (4,7)%
Je n'essaie pas de le contacter	3 (3,5)%
Messagerie sécurisée	2 (2,3)%
Fax	2 (2,3)%

Les médecins hospitaliers déclaraient être le plus souvent contactés par téléphone : 93,3 % (14/15) ont coché la réponse « téléphone via le standard » (66,7 %) ou « ligne téléphonique dédiée » (60 %). Le reste des réponses est détaillé dans le *Tableau 9*. Plusieurs réponses étaient possibles.

Un médecin hospitalier n'a pas répondu à cette question.

**Tableau 9 : Moyens par lesquels les médecins hospitaliers sont contactés**

N = 15	N (%)
Téléphone via le standard	10 (66,7%)
Ligne téléphonique dédiée	9 (60 %)
Mail (messagerie non sécurisée)	3 (20%)
Messagerie sécurisée	2 (13,3%)
Fax	1 (6,7%)
Formulaire de pré-admission fourni par le service	0 (0%)

Deux médecins hospitaliers ont ajouté une réponse libre :

- « viatrajectoire<sup>2</sup> » : cité par les 2 ;
- « LISP » : lits identifiés soins palliatifs.

<sup>2</sup> Viatrajectoire : portail d'orientation vers des services hospitaliers et EHPAD

#### IV.1.2.b Diffusion d'un moyen de contact direct

80 % des médecins hospitaliers ont déclaré envoyer aux médecins généralistes un moyen de les contacter directement. Un médecin hospitalier n'a pas répondu à la question.

84 % des médecins généralistes ont répondu ne pas recevoir régulièrement une liste actualisée des services avec un moyen de contact direct.

Le moyen de communication le plus diffusé aux médecins généralistes était la ligne téléphonique dédiée : 84,6 % des cas (voir *Tableau 10*). Trois médecins hospitaliers n'ont pas répondu à cette question.

Un commentaire libre a été ajouté : « PAACO » (plateforme Aquitaine d'aide à la communication)<sup>3</sup>.

**Tableau 10 : Moyens de communication diffusés par les médecins hospitaliers**

N = 13	N (%)
Ligne téléphonique dédiée	11 (84,6%)
Mail (messagerie non sécurisée)	4 (30,8%)
Messagerie sécurisée	3 (23,1%)
Fax	3 (23,1%)
Formulaire de pré-admission	0 (0%)

#### IV.1.3 Interlocuteur hospitalier

D'après les médecins généralistes et hospitaliers, l'interlocuteur hospitalier le plus fréquent lors d'une tentative de programmation d'hospitalisation était le praticien hospitalier : 80,2 % des réponses des médecins généralistes et 66,7 % des hospitaliers (voir *Tableau 11* et *Tableau 12*).

Un commentaire libre a été ajouté par un médecin généraliste : « celui qui veut bien nous prendre ».

Un médecin hospitalier n'a pas répondu à cette question.

**Tableau 11 : Interlocuteurs hospitaliers les plus fréquemment joints  
Réponses des médecins généralistes**

N = 86	N (%)
Un praticien hospitalier	69 (80,2%)
Un interne	41 (47,7%)
Le secrétariat	38 (44,2%)
Un infirmier	21 (24,4%)
Le cadre du service	19 (22,1%)
Le plus souvent je ne sais pas	3 (3,5%)
Une personne dédiée à ce poste qui gère les lits de l'hôpital	1 (1,2%)

<sup>3</sup> PAACO : plateforme à laquelle on accède par connexion sécurisée, et qui permet le partage de données et une communication dynamique par messagerie instantanée.

**Tableau 12 : Interlocuteurs hospitaliers les plus fréquemment joints**  
Réponses des médecins hospitaliers

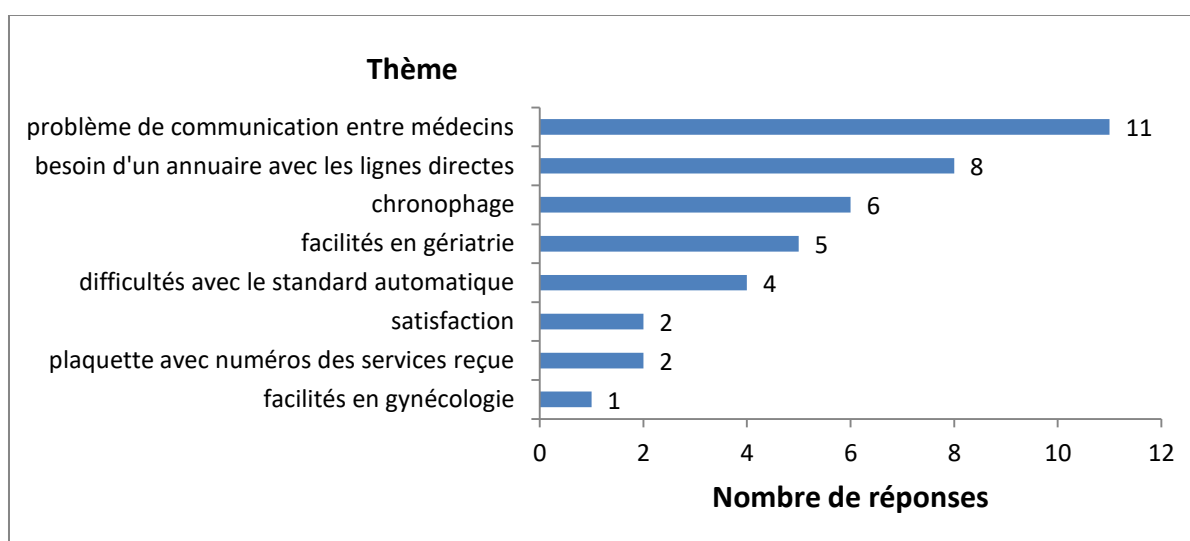
N = 15	N (%)
Un praticien hospitalier	10 (66,7 %)
Le cadre du service	5 (33,3%)
Le secrétariat	5 (33,3%)
Un interne	3 (20%)
Pas de protocole défini	1 (6,7%)
Un infirmier	0 (0%)
Une personne dédiée à ce poste qui gère les lits de l'hôpital	0 (0%)

#### IV.1.4 Commentaires libres sur le contact entre médecins généralistes et hospitaliers

Les commentaires libres des médecins généralistes ont été retranscrits et regroupés par thèmes *Annexe 9*, puis présentés *Figure 15*. Trente-trois médecins ont fait des commentaires libres.

Le problème le plus souvent rapporté était la communication entre médecins (11 commentaires).

Deux médecins ont dit avoir reçu une plaquette avec les numéros des services, dont un ne semblant pas satisfait : « Langon a bien fait quelques feuilles. ».



**Figure 15 : Regroupement par thèmes des commentaires libres des médecins généralistes sur le contact avec les services**

Six médecins hospitaliers ont écrit des commentaires libres sur le contact avec les médecins généralistes (voir *Annexe 10*) :

- Un médecin mentionnait le problème de places.
- Deux médecins ont réaffirmé la diffusion des coordonnées du service.
- Un médecin se plaignait de la mauvaise qualité du standard téléphonique automatisé.
- Deux médecins évoquaient le passage du patient en consultation avant l'hospitalisation.
- Un médecin disait être très disponible mais ne pas avoir de demandes de la part des médecins généralistes.

## IV.2 Organisation des hospitalisations

### IV.2.1 Temps nécessaire à la programmation d'une hospitalisation

Le temps nécessaire aux médecins généralistes pour contacter l'interlocuteur hospitalier adapté est détaillé dans la *Figure 16*.

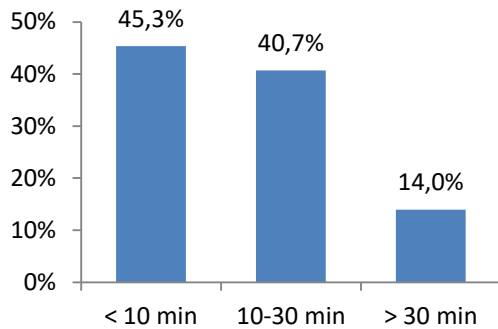


Figure 16 : Temps nécessaire aux médecins généralistes pour contacter l'interlocuteur hospitalier adapté

Le temps nécessaire aux médecins hospitaliers pour programmer une hospitalisation a été dans la moitié des cas évalué entre 10 et 30 minutes (voir *Figure 17*).

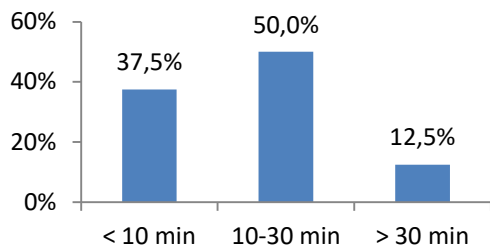


Figure 17 : Temps nécessaire aux médecins hospitaliers pour organiser une hospitalisation

Quatre médecins hospitaliers ont déclaré recevoir plus de 2 demandes d'hospitalisations par jour, cinq entre 1 et 2 par jour et cinq moins d'une par jour. Deux médecins n'ont pas répondu à cette question.

Les médecins hospitaliers déclaraient dans 94 % des cas ne pas disposer de temps dédié à la programmation des hospitalisations.

## IV.2.2 Délai de réponse

Les généralistes ont répondu en majorité obtenir une réponse entre 15 min et 1h (29,1 %) ou entre 1h et ½ journée (27,8 %) (voir *Figure 18*) alors que 53,3 % des hospitaliers déclaraient donner cette réponse en moins de 15 minutes (voir *Figure 19*). Six médecins généralistes et un hospitalier ont coché plusieurs réponses. Sept médecins généralistes et un hospitalier n'ont pas répondu à cette question.

68,3 % des médecins généralistes trouvaient ce délai acceptable.

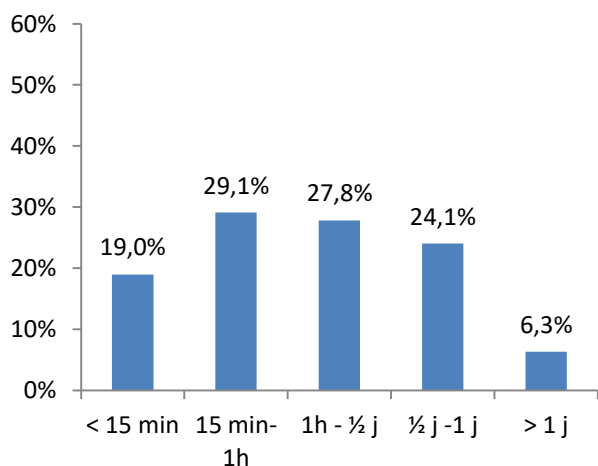


Figure 18 : Délai pour obtenir une réponse pour l'hospitalisation  
Réponses des médecins généralistes

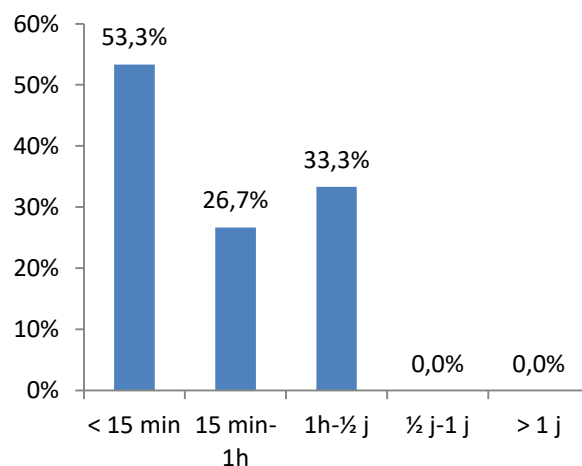


Figure 19 : Délai pour donner une réponse pour l'hospitalisation  
Réponses des médecins hospitaliers

## IV.2.3 Réponses favorables des services aux demandes d'hospitalisation

La majorité des médecins hospitaliers (53,3 %) ont déclaré répondre « souvent » favorablement aux demandes d'hospitalisation. Un médecin n'a pas répondu à cette question.

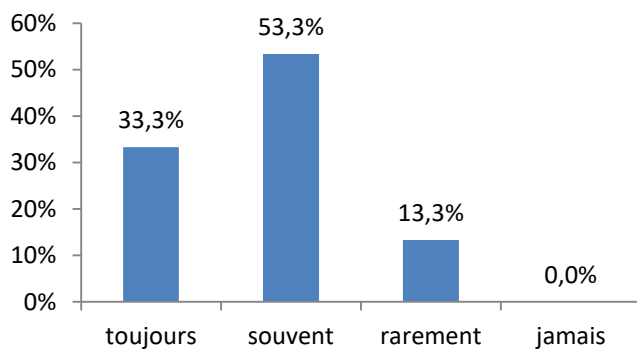


Figure 20 : Réponses favorables des médecins hospitaliers aux demandes d'hospitalisation

#### IV.2.4 Commentaires libres sur l'organisation des hospitalisations

Les commentaires libres des médecins généralistes ont été retranscrits et regroupés par thèmes *Annexe 11*, puis présentés *Figure 21*. Vingt-deux médecins ont écrit des commentaires.

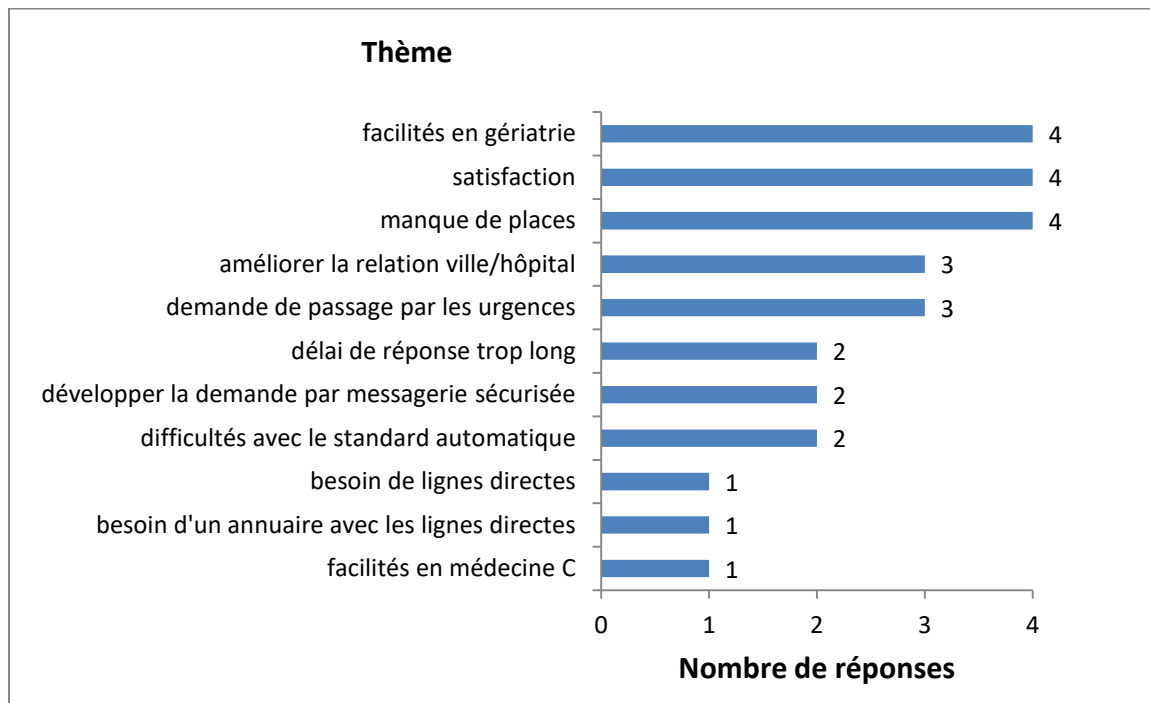


Figure 21 : Regroupement par thèmes des commentaires libres des médecins généralistes sur l'organisation des hospitalisations

Les commentaires libres des médecins hospitaliers ont été retranscrits et regroupés par thèmes *Annexe 12*, puis présentés *Figure 22*. Sept médecins hospitaliers ont écrit des commentaires.

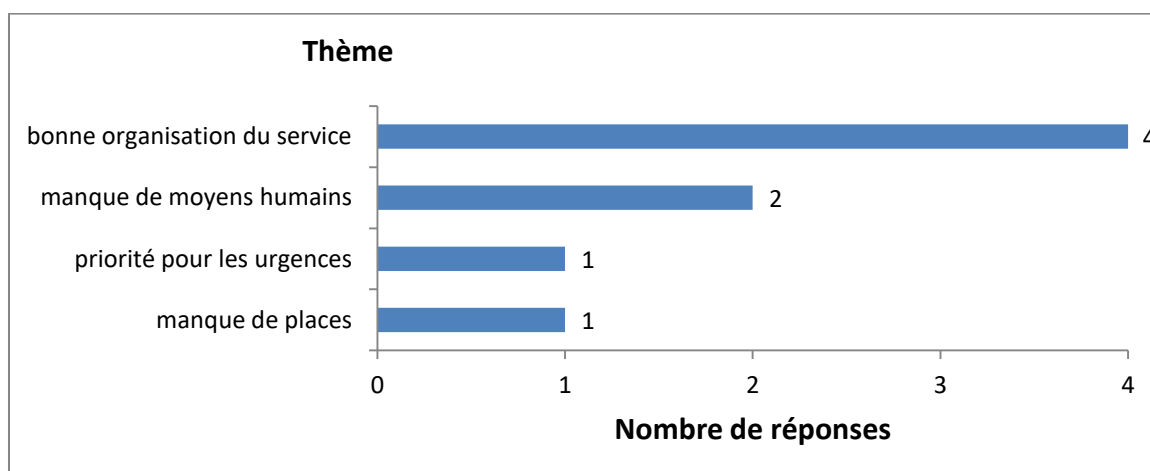


Figure 22 : Regroupement par thèmes des commentaires libres des médecins hospitaliers sur l'organisation des hospitalisations

## V Solutions et améliorations proposées

### V.1 Hospitalisations programmées au CH Sud Gironde

Presque tous les médecins généralistes et hospitaliers ont répondu que le processus d'hospitalisation programmée au CH Sud Gironde devait être amélioré : 94,8 % de réponses « oui » chez les généralistes et 93,3 % chez les hospitaliers. Neuf médecins généralistes et un hospitalier n'ont pas répondu à la question.

Pour les médecins généralistes et hospitaliers, la programmation des hospitalisations améliorerait la prise en charge des patients : 92,8 % de « oui » chez les généralistes et 86,7 % chez les hospitaliers. Trois médecins généralistes et un hospitalier n'ont pas répondu à la question.

### V.2 Propositions

#### V.2.1 Faciliter l'accès à un interlocuteur hospitalier identifié dans chaque service

La proposition « faciliter l'accès à un interlocuteur hospitalier identifié dans chaque service » était en majorité jugée très intéressante par les médecins généralistes (69,1 %) et les hospitaliers (50 %) (voir *Figure 23* et *Figure 24*).

Cinq médecins généralistes et trois hospitaliers n'ont pas répondu à cette question.

Sept médecins hospitaliers ont déclaré que ce processus était déjà en place dans leur service. Parmi eux, 2 trouvaient ce processus très intéressant et 5 ne l'ont pas évalué.

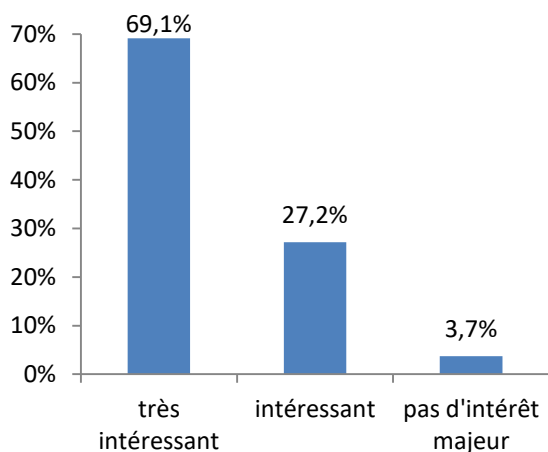


Figure 23 : Faciliter l'accès à un interlocuteur hospitalier  
Réponses des médecins généralistes

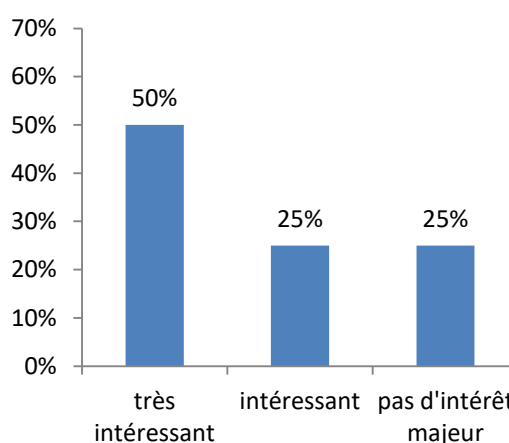


Figure 24 : Faciliter l'accès à un interlocuteur hospitalier  
Réponses des médecins hospitaliers

Les médecins généralistes ont écrit dix-huit commentaires et les hospitaliers huit. Ils ont été retranscrits et regroupés par thèmes *Annexe 13* et *Annexe 14* puis présentés *Figure 25* et *Figure 26*.

Sept commentaires des généralistes et un d'un hospitalier étaient en faveur de la proposition de faciliter l'accès à un interlocuteur hospitalier, même si cinq médecins (2 généralistes et 3

hospitaliers) évoquaient la crainte du manque de moyens (surtout humains mais aussi de lits) pour la mettre en place :

- « Vu le manque de moyens de l'hôpital, je n'ose pas rêver ! » ;
- « Pas assez d'internes, médecins PH (praticiens hospitaliers) peu présents et peu disponibles. » ;
- « Il faut juste plus de lits et donc plus de médecins à l'hôpital. » ;
- « Si le poste du 3<sup>ème</sup> PH est maintenu. » ;
- « Le problème du PH est la sollicitation permanente. 2 PH cardio pour 150 000 habitants ! ».

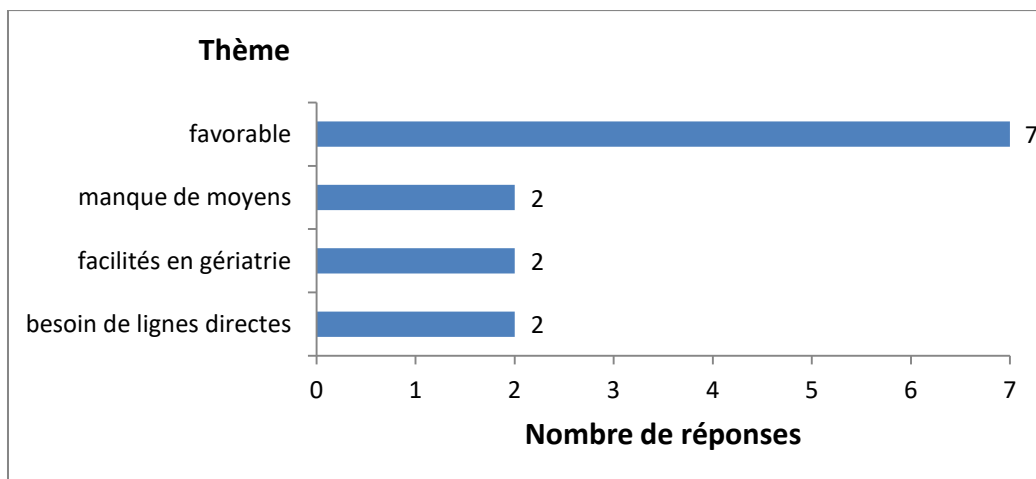


Figure 25 : Regroupement par thèmes des commentaires libres des médecins généralistes sur la proposition « faciliter l'accès à un interlocuteur hospitalier identifié dans chaque service »

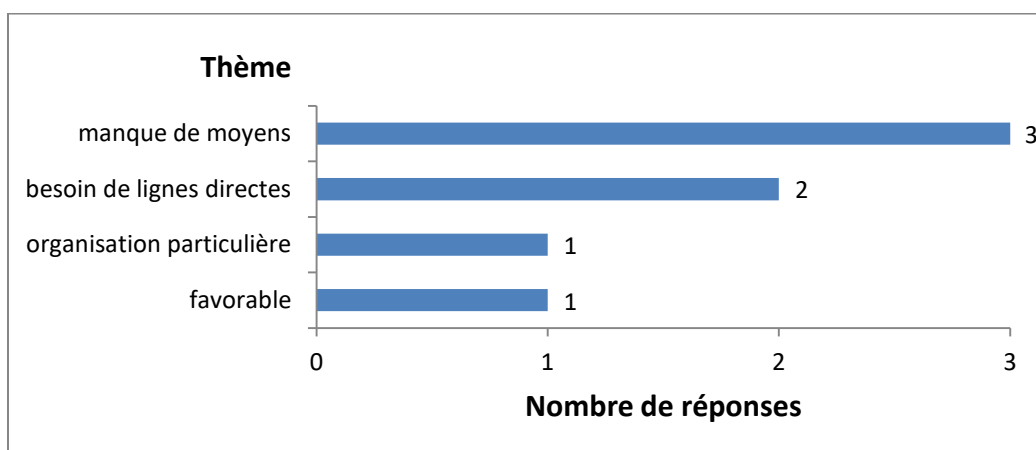


Figure 26 : Regroupement par thèmes des commentaires libres des médecins hospitaliers sur la proposition « faciliter l'accès à un interlocuteur hospitalier identifié dans chaque service »



## V.2.2 Dédier du temps médical à la programmation des hospitalisations

Cette proposition n'était présente que sur le questionnaire des médecins hospitaliers. Ils la trouvaient en majorité (50 %) très intéressante (voir *Figure 27*) mais difficile à mettre en place en médecine :

- « Le temps médical manque déjà pour prendre en charge les malades + les hébergés. » ;
- « Pas possible. Manque de dispo. » ;
- « Difficile à mettre en place. ».

En chirurgie, les médecins semblaient avoir plus de temps à dédier à la programmation des hospitalisations : « Pendant la consultation, j'ai du temps pour programmer. ».

Deux médecins n'ont pas répondu à la question.

Deux médecins ont coché la réponse « déjà en place dans le service ». Ils n'ont pas évalué la proposition.

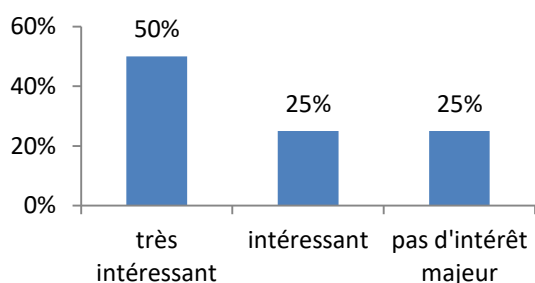


Figure 27 : Dédier du temps médical à la programmation des hospitalisations

## V.2.3 Centraliser les demandes à l'échelle de l'hôpital (« bed manager »)

La proposition « centraliser les demandes à l'échelle de l'hôpital » était jugée en majorité très intéressante par les médecins généralistes (46,3 %) mais sans intérêt majeur par les médecins hospitaliers (46,1 %) (voir *Figure 28* et *Figure 29*). Six médecins généralistes et trois hospitaliers n'ont pas répondu à la question.

Aucun médecin hospitalier n'a répondu que cette mesure était en place dans son service.

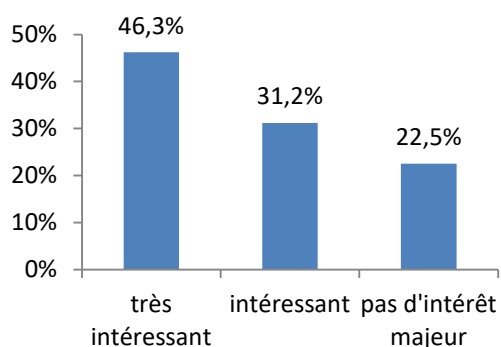


Figure 28 : Centraliser les demandes à l'échelle de l'hôpital  
Réponses des médecins généralistes

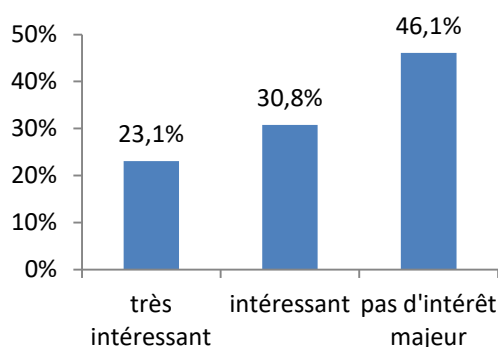


Figure 29 : Centraliser les demandes à l'échelle de l'hôpital  
Réponses des médecins hospitaliers

Vingt-quatre médecins généralistes et dix hospitaliers ont écrit des commentaires libres, retranscrits et regroupés par thèmes *Annexe 15* et *Annexe 16* puis présentés *Figure 30* et *Figure 31*.

Quatre généralistes et un hospitalier préféraient avoir un médecin comme interlocuteur : « si l'interlocuteur n'est pas médecin, une orientation moins facile », « Non. Pas d'intermédiaire entre hospitalier et MG. » ...

Deux généralistes et six hospitaliers souhaitaient un contact entre le médecin généraliste et le médecin du service pour un avis plus approprié : « Multiplier les intermédiaires n'est pas une solution idéale vu les spécificités de chaque service (avis du spécialiste préférable). », « Privilégier le contact direct avec le service fait gagner du temps. », « Toutes les spécialités n'ont pas les mêmes problématiques. » ....

Un médecin hospitalier évoquait le manque de places et de moyens humains, à résoudre avant de mettre en place une telle proposition : « Avant, augmenter les lits + augmenter le nombre de médecins à l'hôpital. ».

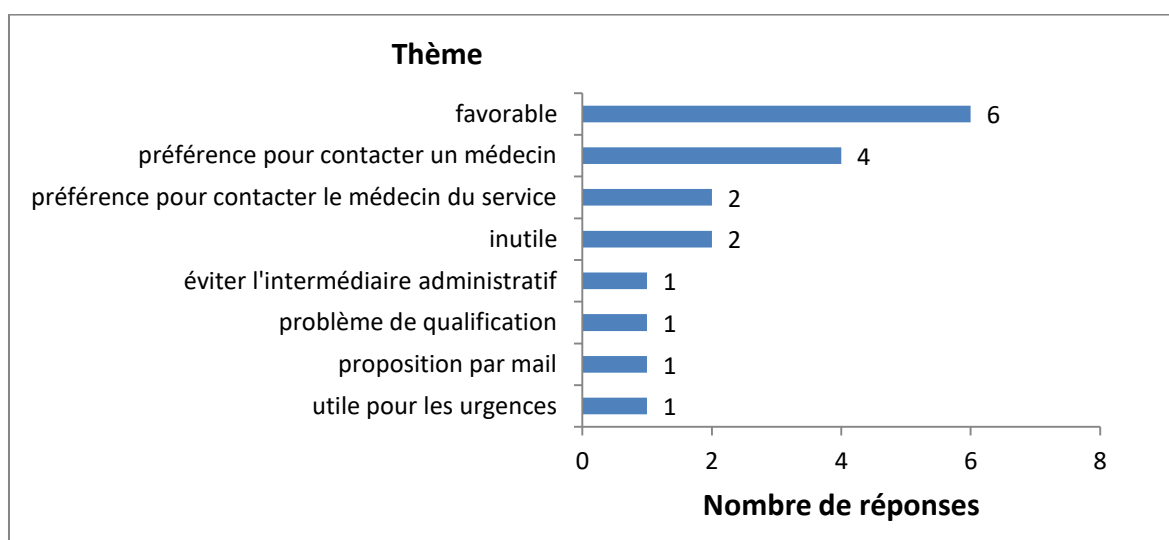


Figure 30 : Regroupement par thèmes des commentaires libres des médecins généralistes sur la proposition «centraliser les demandes à l'échelle de l'hôpital »

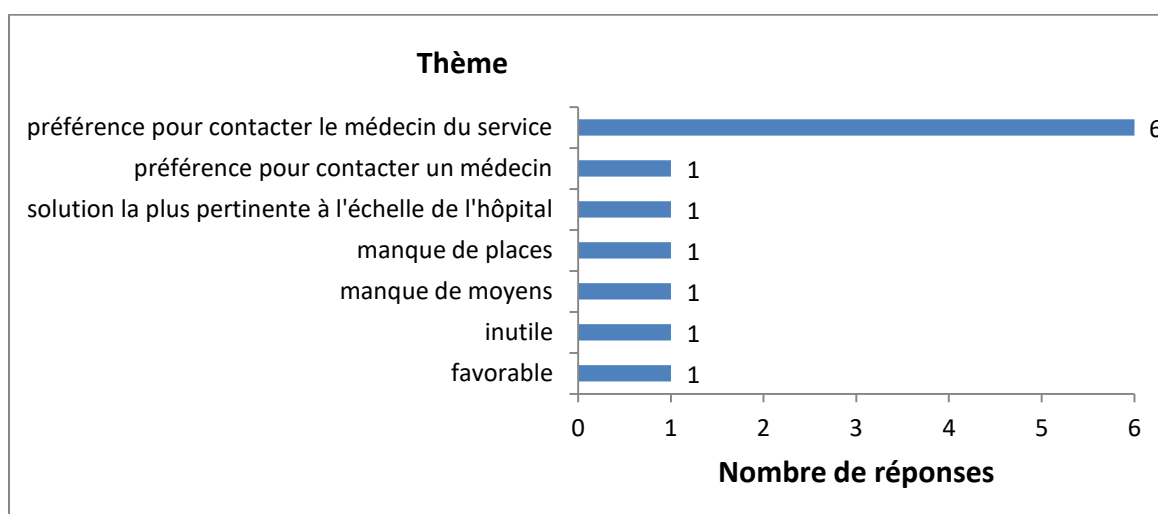


Figure 31 : Regroupement par thèmes des commentaires libres des médecins hospitaliers sur la proposition «centraliser les demandes à l'échelle de l'hôpital »

#### V.2.4 Utiliser un moyen de communication asynchrone entre médecins généralistes et hospitaliers (chacun répond dès qu'il est disponible par mail, fax...)

La proposition « utiliser un moyen de communication asynchrone entre médecins généralistes et hospitaliers » était jugée en majorité intéressante par les médecins généralistes (46,7 %) et hospitaliers (50 %) (voir *Figure 32* et *Figure 33*). Neuf médecins généralistes et un hospitalier n'ont pas répondu à la question.

Cinq médecins hospitaliers ont déclaré que le processus était déjà en place dans le service. Deux d'entre eux trouvaient ce processus intéressant, les trois autres ne l'ayant pas évalué.

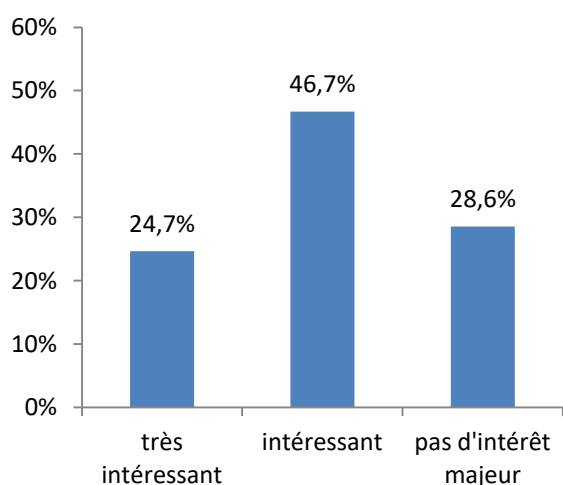


Figure 32 : Utiliser un moyen de communication asynchrone  
Réponses des médecins généralistes

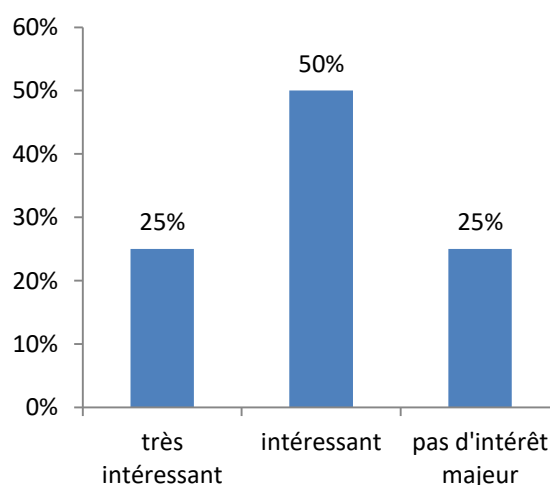


Figure 33 : Utiliser un moyen de communication asynchrone  
Réponses des médecins hospitaliers

Les médecins généralistes ont rédigé 27 commentaires libres et les hospitaliers 9. Ils sont retranscrits et regroupés par thèmes *Annexe 17* et *Annexe 18* puis présentés *Figure 34* et *Figure 35*.

L'idée qui ressortait principalement était la préférence pour un contact téléphonique (5 généralistes, 2 hospitaliers) : « Plus simple par téléphone que par mail. », « Ne pas supprimer la communication directe !! On a besoin d'échanger... », « Le téléphone reste l'outil le plus adapté. », « L'échange verbal est quand même bien utile. »

Un certain nombre de craintes était exprimé :

- le délai et la certitude de réponse ;
- la difficulté d'utilisation au domicile du patient ;
- la multiplicité des supports et être submergé de mails ;
- le fait que ce processus ne réponde pas à toutes les demandes ;
- la chronophagie du processus ;
- la mauvaise présentation du dossier.

Un hospitalier proposait que les secrétaires centralisent les différents modes de communication (mails, fax, sms, messages...).

Un généraliste citait la plateforme PAACO en exemple.

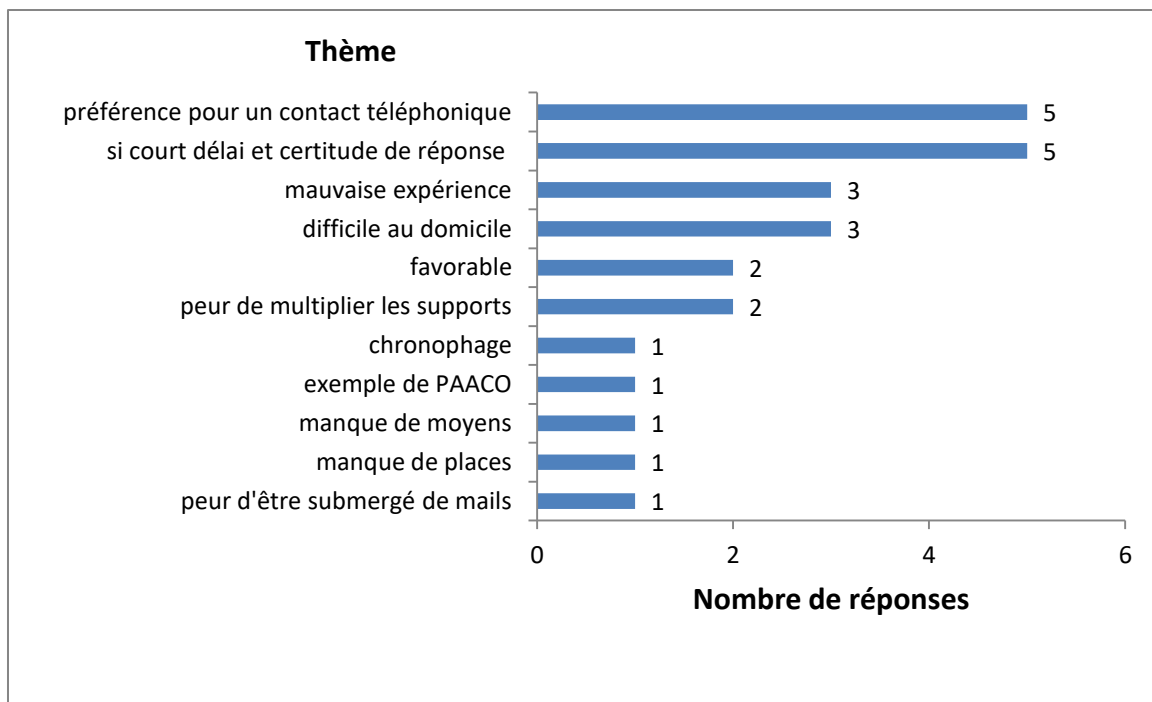


Figure 34 : Regroupement par thèmes des commentaires libres des médecins généralistes sur la proposition «utiliser un moyen de communication asynchrone»

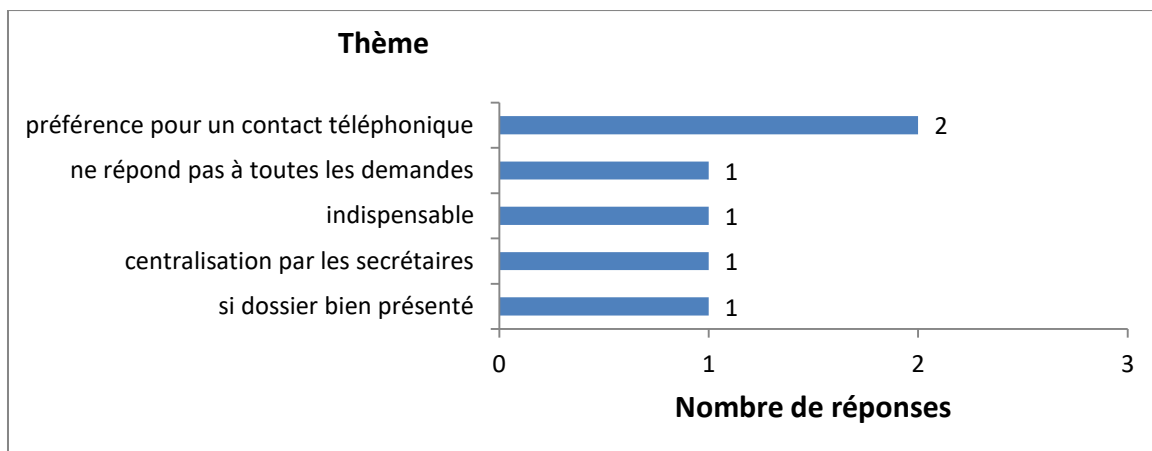


Figure 35 : Regroupement par thèmes des commentaires libres des médecins hospitaliers sur la proposition «utiliser un moyen de communication asynchrone»

### V.2.5 Créer un espace professionnel sur le site internet de CH Sud Gironde avec présentation des services et leurs numéros directs

Cette proposition n'était présente que sur le questionnaire des médecins généralistes. Elle a été jugée très intéressante par plus de la moitié des médecins généralistes (56,1 %) (voir *Figure 36*). Quatre d'entre eux n'ont pas répondu à la question.

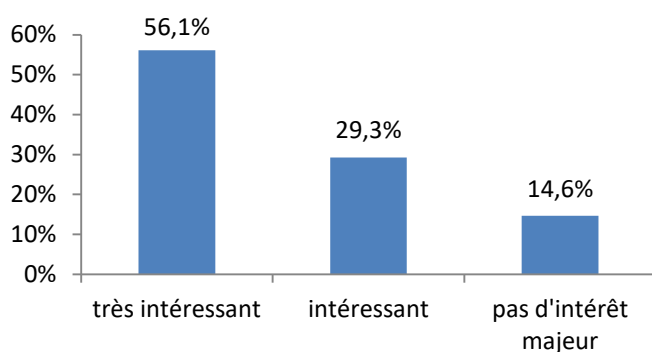


Figure 36 : Créer un espace professionnel sur le site internet du CH Sud Gironde

Vingt-deux médecins généralistes ont écrit des commentaires libres, retranscrits et regroupés par thèmes *Annexe 19* puis présentés *Figure 37*.

Cinq généralistes ont écrit des commentaires favorables à la création d'un espace professionnel, dont 3 très enthousiastes : « indispensable », « très pratique », « c'est ce que j'allais demander ».

Six généralistes ont donné des idées pour améliorer cette proposition :

- simplicité du dispositif ;
- ajout des horaires (2 réponses) ;
- ajout des mails ;
- possibilité de laisser un message avec accusé de réception ;
- mise à jour régulière des contacts (2 réponses).

Trois médecins ont déclaré que des plaquettes avec les numéros des services étaient déjà en circulation. L'un d'entre eux précisait qu'elles n'étaient plus à jour.

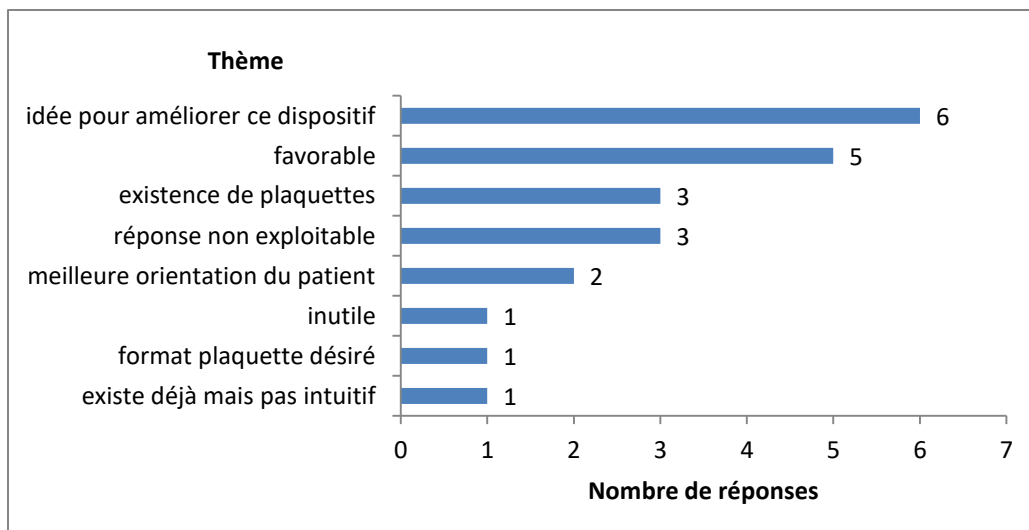


Figure 37 : Regroupement par thèmes des commentaires libres des médecins généralistes sur la proposition « créer un espace professionnel sur le site internet du CH Sud Gironde »

## V.2.6 Dédier certains lits à l'hospitalisation programmée et d'autres aux urgences

Cette proposition n'était présente que sur le questionnaire des médecins hospitaliers. La réponse cochée dans la moitié des cas était : « pas d'intérêt majeur » (voir Figure 38).

Un des médecins a déclaré que ce processus était déjà en place dans son service.

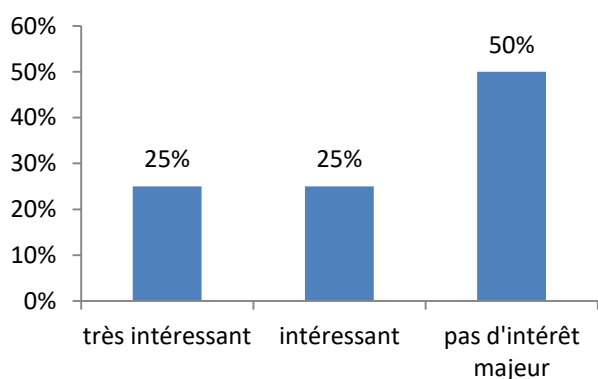


Figure 38 : Dédier certains lits à l'hospitalisation programmée et d'autres aux urgences

Neuf médecins hospitaliers ont écrit des commentaires libres (Tableau 13). Ils n'ont pas été regroupés par thèmes car tous convergeaient vers l'impossibilité de mettre en place cette proposition, du fait du besoin de lits pour les urgences et de la non-acceptabilité de laisser des lits vides alors que des patients sont hébergés dans d'autres services.

**Tableau 13 : Commentaires libres des médecins hospitaliers sur la proposition de dédier des lits à l'hospitalisation programmée et d'autres aux urgences**

Réponses des médecins hospitaliers
Qui les gère ? Comment ferait-on alors qu'on tourne déjà avec 4 à 8 hébergés en plus des 30 places du service ?
Très variable selon les jours, les périodes...
C'est un peu rigide. Nous procédons plutôt en donnant la priorité aux programmations d'entrées directes en début de journée puis on donne les places aux urgences. Sinon on s'expose à laisser une place inoccupée donc à priver un patient d'une opportunité.
Pourquoi pas mais actuellement pas envisageable car les urgences sont prioritaires et de fait du problème de l'hébergement régulier en dehors du service ces lits seront occupés d'office par manque de place (ce qui est très fréquent).
Non possible en pratique car on ne peut pas prévoir les urgences.
Pour les urgences, un lit de libre est potentiellement un lit d'aval pour les urgences.
Pas de problème en ce qui concerne la gynéco ou l'obstétrique. Pour la gynéco une grande partie des hospitalisations sont déjà en programmé après consultation externe.
Irréalizable.
Par définition, lits disponibles pour les urgences = lits dispo au total - ceux réservés aux programmés

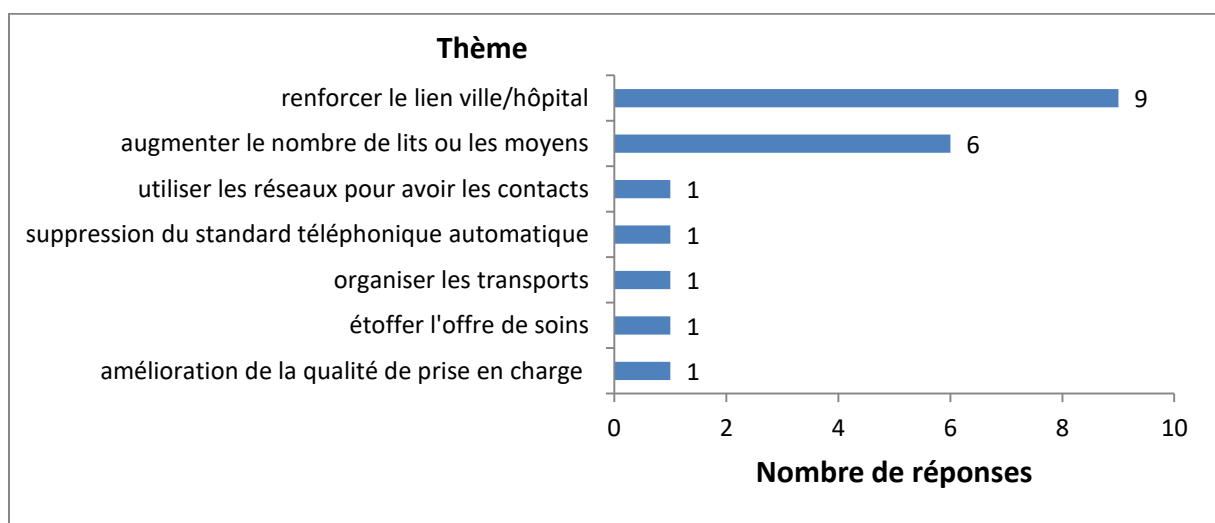
### V.2.7 Propositions des médecins

Les médecins généralistes ont rédigé 24 commentaires libres et les hospitaliers 7. Ils ont été retranscrits et regroupés par thèmes *Annexe 20* et *Annexe 21*, puis présentés *Figure 39* et *Figure 40*.

La proposition retrouvée le plus fréquemment était de renforcer le lien ville/hôpital (9 médecins généralistes et 2 hospitaliers) : « avoir le numéro de portable de chaque responsable de chaque service », « revenir à un dialogue confraternel », « organiser une réunion annuelle entre un (ou plusieurs) PH de chaque service et les autres médecins généralistes et spécialistes des alentours »...

Les médecins hospitaliers ont fait d'autres propositions :

- intervention de l'équipe mobile de gériatrie ;
- gestion de certains lits par les libéraux.



**Figure 39 : Regroupement par thèmes des propositions des médecins généralistes pour améliorer la programmation des hospitalisations**

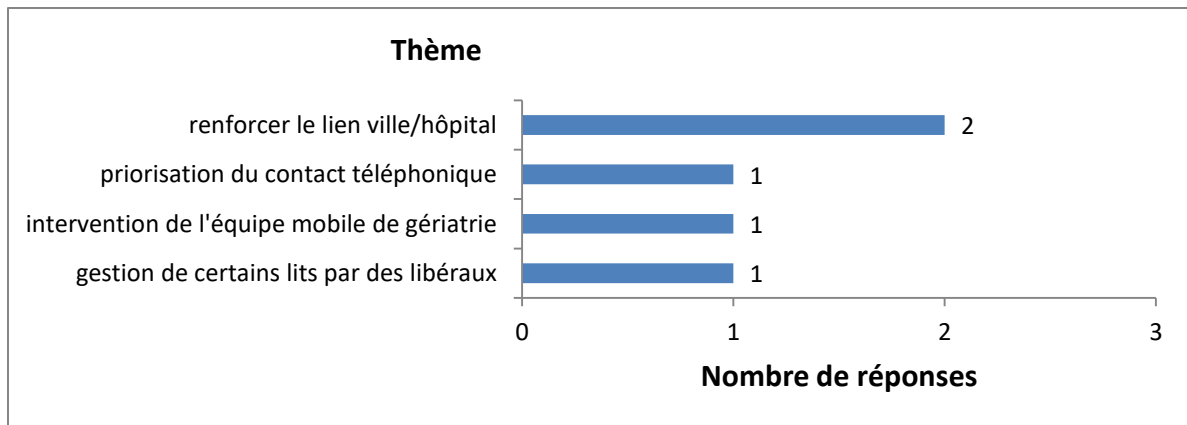


Figure 40 : Regroupement par thèmes des propositions des médecins hospitaliers pour améliorer la programmation des hospitalisations



# DISCUSSION

---

## I Points forts et limites de l'étude

### I.1 Points forts

Un des points forts de cette étude est qu'elle traite le sujet de la programmation des hospitalisations dans sa globalité, du côté des médecins généralistes et hospitaliers, avec une population cible définie avec précision. Les médecins non concernés par l'objectif principal ont été exclus : médecins généralistes dont la pratique ne fait pas appel à la programmation des hospitalisations (médecins à activité spécifique exclusive) et médecins hospitaliers dont les services ne programment pas d'hospitalisation (urgences et réanimation). De plus, il n'y a pas eu d'échantillonnage de la population d'étude.

Le taux de participation à l'étude est de 74,1 % (75 % chez les médecins généralistes, 69,5 % chez les hospitaliers), montrant l'intérêt des médecins pour la programmation des hospitalisations. Peu d'études ont été menées sur le sujet et les taux de réponses obtenus sont similaires aux nôtres. L'étude par voie postale d'A. Le Gall sur la programmation des hospitalisations en médecine générale auprès des médecins de la région mâconnaise (2006) a obtenu un taux de réponses de 72 % pour les généralistes et 80 % pour les hospitaliers (23), et celle d'O. Lagrâce par téléphone sur les pratiques des médecins généralistes de Haute Vienne concernant l'hospitalisation programmée (2013) un taux de 80,9 % (32).

Le choix du format papier pour le questionnaire a évité un biais de sélection puisque tous les médecins possèdent une adresse postale, mise à jour régulièrement (contrairement aux adresses mails, qui présentent de surcroît des difficultés de recueil et un risque d'obsolescence).

La méthode de relance par téléphone a été efficace (taux de réponses de 48,2 % sans relance, 61,5 % après la première relance, 74,1 % après la seconde) car basée sur des échanges humains. Cette méthode a parfois permis d'avoir une discussion intéressante avec les médecins et une meilleure adhésion de leur part au projet. La majorité des secrétaires a montré sa bienveillance en relançant efficacement les médecins.

### I.2 Limites

Une des limites est l'aspect mono-centrique (CH Sud Gironde) de cette étude. Cependant, la population de territoire Sud-Gironde étant comparable avec celle de l'Aquitaine, les résultats de cette étude peuvent donner des indications sur la problématique au niveau régional.

L'effectif de médecins hospitaliers inclus dans l'étude est faible, ce qui diminue la puissance de l'étude.

La question de l'anonymat a été soulevée par un médecin généraliste et un praticien hospitalier. Un médecin généraliste, contacté lors de la première relance, a refusé de répondre car les questionnaires n'étaient, selon lui, pas anonymes, et n'a pas voulu en discuter. Ainsi, le fait que les numéros d'anonymisation étaient volontairement visibles sur les enveloppes a pu induire des non-réponses. De même, bien qu'ayant accepté de répondre au questionnaire, un médecin hospitalier a fait une remarque : étant donné le peu de médecins hospitaliers au CH Sud Gironde et qu'il leur était demandé de renseigner leur âge et leur service, on pouvait retrouver les auteurs des réponses.

## II Analyse des résultats

### II.1 Résultat principal

**La programmation des hospitalisations est difficile pour les médecins généralistes** (7,1 % éprouvent toujours des difficultés, 61,9 % souvent), **contrairement aux médecins hospitaliers** (68,8 % éprouvent rarement de difficultés). Cette différence peut paraître étonnante car tous expriment le même obstacle principal, le manque de place. Cependant, elle peut s'expliquer par la complexité de la gestion des recours urgents en ambulatoire. En effet, ces consultations ou visites durent en moyenne plus longtemps que les soins programmés et représentent une part non négligeable de l'activité des médecins généralistes (12 %) (25), avec dans 22 % des cas une modification de l'organisation de leur journée (26). De plus, actuellement, la tendance est à la pénurie de médecins, avec un nombre de médecins en activité régulière qui a baissé de 10 % entre 2007 et 2017 (27). À ce constat s'ajoute le vieillissement de la population des médecins et le transfert du mode d'activité libérale à salariale (27). L'évolution de la démographie médicale met donc en évidence une diminution du nombre de médecins en activité régulière, limitant le temps disponible pour optimiser le parcours de soins par la programmation des hospitalisations. La programmation d'une hospitalisation relativement urgente (dans les 48h) est donc compliquée (28,29), avec des taux d'échec de 60 % alors que l'indication d'hospitalisation n'est pas remise en cause (30). L'entrée par les urgences devient alors un passage obligatoire, même si les médecins généralistes ne trouvent cette voie ni nécessaire, ni pertinente (28). La notion qui ressort des commentaires des médecins généralistes est le découragement.

Cette difficulté des médecins généralistes à programmer les hospitalisations est retrouvée dans plusieurs études. Dans celle d'O. Lagrâce (24), pour 3 % des généralistes interrogés, il n'est jamais possible de réaliser une démarche de planification, et pour 44 %, rarement. Cette démarche est compliquée et anxiogène pour les généralistes (31). On ne retrouve pas d'étude sur la difficulté à programmer les hospitalisations chez les médecins hospitaliers dans la littérature.

## II.2 Obstacles à la programmation des hospitalisations

**Le principal obstacle pour les médecins généralistes et hospitaliers est le manque de place à l'hôpital (81,2 % des généralistes, 92,9 % des hospitaliers),** comme dans l'étude d'A. Le Gall (23). Les études d'O. Lagrâce (24), S. Hermant (31) et A. Perlat (32) étudient seulement le point de vue des généralistes et retrouvent aussi le manque de place comme obstacle principal. Il apparaît également dans les études de F-X. Barthélémy (33) et M. Sailliol (29) mais pas en tant que principal obstacle. Depuis les années 1970, on constate une augmentation de la population française, passant de 52 millions en 1975 à plus de 65 millions en 2018 (34), associée à un vieillissement de la population (35,36). Cette évolution entraîne une augmentation du besoin de lits d'hospitalisation. Parallèlement, depuis les années 80, l'hôpital est en cours de restructuration. Ce changement se traduit par une diminution du nombre de lits d'hospitalisation complète<sup>4</sup> au profit des lits d'hospitalisation à temps partiel<sup>5</sup>. En 2016, en France, on dénombre 404 000 lits d'hospitalisation complète, soit une diminution de 144 000 lits depuis 1992 (1,37). En contrepartie, sur la même période, les capacités en hospitalisation à temps partiel ont augmenté de 26 000 lits (1,37). Les nouvelles technologies médicales et le développement d'alternatives à l'hospitalisation classique comme l'HAD ont permis ce « virage ambulatoire ». La conséquence de cette réorganisation est une diminution du nombre de lits d'hospitalisation complète, alors que les besoins ont augmenté.

**Pour les médecins généralistes, le second obstacle est la communication entre médecins (52,9 % des réponses).** L'importance de la communication directe apparaît clairement dans leurs réponses : le téléphone est le moyen le plus utilisé (96,5 %) et le besoin d'un annuaire avec les lignes directes des spécialistes est souvent évoqué. Les réponses ne sont pas cohérentes sur ce point avec celles des médecins hospitaliers. En effet, 80 % des médecins hospitaliers affirment avoir envoyé un moyen de communication direct aux médecins généralistes alors que 84 % de ceux-ci déclarent ne pas l'avoir reçu. La question se pose alors du mode d'envoi des informations, qui n'est peut-être pas adapté. On retrouve ce problème dans l'étude de F-X. Barthélémy (33) : 47 % des médecins généralistes déclaraient ne pas avoir reçu une plaquette envoyée par l'hôpital avec les numéros directs des médecins hospitaliers. L'interlocuteur privilégié des médecins généralistes est le plus souvent un médecin hospitalier mais le problème est la perte de temps pour le joindre, estimée entre 10 et 30 minutes dans 40,7 % des cas. Ce défaut de lien entre l'hôpital et la ville est aussi un obstacle dans le parcours de soin du patient : plus de la moitié des médecins généralistes (55,4 %) sont en difficulté pour orienter leurs patients et la cause principale est la méconnaissance de l'offre de soins, comme dans l'étude de M. Sailliol (29). Cette difficulté à contacter directement un médecin hospitalier est aussi retrouvée dans de nombreuses études : manque d'interlocuteur disponible (23,30), difficultés à joindre un médecin hospitalier (24,28,33,38). Elle est même responsable de plus de la moitié des échecs d'hospitalisation dans une étude sur des cas simulés (30).

**Pour les médecins hospitaliers, le second obstacle est le manque de temps (42,9 % d'entre eux).** Le problème de manque de moyens humains et matériels revient souvent dans leurs réponses, et serait même un obstacle à l'amélioration de l'organisation : il paraît difficile d'envisager des progrès sans augmenter les moyens. Le besoin de plus de temps pour organiser les hospitalisations est également évoqué dans d'autres études (23,31,33).

---

<sup>4</sup> Hospitalisation complète = comportant au moins une nuitée

<sup>5</sup> Hospitalisation à temps partiel = sans nuitée

## II.3 Solutions et améliorations proposées

**Pour les médecins généralistes et hospitaliers, programmer les hospitalisations au lieu d'envoyer le patient aux urgences est bénéfique** pour celui-ci (92,8 % des généralistes, 86,7 % des hospitaliers), et ce processus doit être amélioré au CH Sud Gironde (94,8 % des généralistes, 93,3 % des hospitaliers). Dans la littérature également (23,24), le pourcentage de médecins pour lesquels la programmation des hospitalisations améliore la prise en charge des patients est très élevé, avec un taux de 100 % pour les médecins hospitaliers dans l'étude d'A. Le Gall (23). Une réelle volonté de mettre en œuvre cette programmation apparaît clairement dans les résultats : 91 % des généralistes essaient « toujours » ou « souvent » de contacter le service pour programmer une admission. Nous n'avons pas questionné les médecins sur les avantages de cette programmation mais A. Le Gall et O. Lagrâce ont étudié ces paramètres (23,24) : optimisation de la prise en charge médicale, pertinence médicale, évitement du passage par les urgences, confort du patient, gain de temps lié à l'organisation des examens complémentaires et des consultations avant l'arrivée du patient donc diminution de la durée d'hospitalisation, organisation du retour à domicile.

**La meilleure proposition d'amélioration pour les médecins généralistes serait de faciliter l'accès à un interlocuteur hospitalier** (69,1 % d'entre eux la trouvent très intéressante), comme dans l'étude d'A. Le Gall (23). Dans les commentaires libres, quelques généralistes expliquent apprécier de discuter avec le médecin hospitalier pour avoir des conseils diagnostiques et thérapeutiques en attendant l'hospitalisation. Ils y voient aussi un moyen de raccourcir la durée de l'hospitalisation en programmant des examens avant celle-ci. Les avantages de ce contact direct sont détaillés dans l'étude d'A. Le Gall (23) : discussion des modalités de l'hospitalisation programmée, des examens complémentaires, des consultations spécialisées à demander, ainsi que des modalités de sortie (convalescence, hôpital local, domicile...). Cette solution paraît difficile à mettre en place pour les hospitaliers du CH Sud Gironde qui semblent d'après leurs commentaires en sous-effectif et sollicités en permanence. D'après eux, ils ne peuvent pas répondre aux appels pour les demandes d'hospitalisation en plus de leur charge de travail actuelle. Cependant, un avis téléphonique d'un spécialiste permet parfois d'éviter une consultation ou hospitalisation en urgence inutile (33). Pour l'instant, le moyen de communication le plus utilisé est le téléphone. On retrouve ce résultat dans la littérature, le téléphone étant le moyen de communication habituel pour 96,9 % des généralistes et 95 % des hospitaliers dans l'étude d'A. Le Gall (23), 97,5 % des généralistes dans l'étude d'O. Lagrâce (24), et souhaité par 61 % des généralistes dans celle de L. Fabre (39).

Au centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes, plusieurs dispositifs sont en place pour améliorer la communication entre les médecins généralistes et hospitaliers (33) :

- le centre téléphonique d'orientation et d'accueil (CTOA): ligne téléphonique directe vers un médecin senior du service de médecine polyvalente d'urgence, accessible de 8h30 à 18h30, permettant des conseils médicaux ou la programmation d'une hospitalisation dans les 48 h à 72 h ;
- l'unité d'assistance diagnostique et thérapeutique immédiate (UNADITI): ligne directe vers un médecin senior de médecine interne, de 9h à 18h : programmation d'une consultation ou hospitalisation de jour immédiate, pouvant déboucher sur une hospitalisation complète.
- des lignes directes dans de multiples services. En neurologie, la ligne est gérée par un médecin senior qui a du temps dédié pour cette activité (répartition par demi-journées).

Le CHU de Rennes a mis en place une unité d'assistance diagnostique et thérapeutique rapide (UADTR) (32) qui est une ligne directe vers un médecin interniste senior. Le but est de conseiller un bilan ambulatoire, et de favoriser une prise en charge rapide en consultation ou hospitalisation.

**Pour les médecins hospitaliers, les deux meilleures propositions seraient de faciliter l'accès à un interlocuteur hospitalier (comme pour les généralistes), ainsi que de dédier du temps médical à la programmation des hospitalisations** (50 % de réponses « très intéressant » pour chacune des réponses). Cependant, selon eux, ils manquent déjà de temps pour prendre en charge les malades du service donc ne peuvent pas en dégager pour la gestion des admissions. Dans d'autres études, les médecins hospitaliers déclarent même qu'il est impossible de répondre au téléphone pendant leurs activités hospitalières (33). De plus, il est compliqué de déterminer une prise en charge par téléphone, sans avoir examiné le patient (33).

La solution de **créer un espace professionnel sur le site internet du CH Sud Gironde** a été proposée, et choisie en seconde position par les médecins généralistes (56,1 % d'entre eux la trouvent très intéressante). L'idée serait de créer un espace dont la connexion serait sécurisée, par exemple via la carte de professionnel de santé (CPS). Sur cet espace, les médecins auraient accès à la liste des services (avec le détail de leurs spécificités), ainsi que les moyens de contact directs avec les médecins du service, et un format imprimable pour l'avoir à disposition en visite. Ce format transportable est très apprécié des médecins généralistes : dans l'étude de F-X. Barthélémy (33), plus de 94 % des médecins ayant reçu une plaquette avec les numéros directs des médecins hospitaliers l'ont conservée 6 ans après sa réception. Les commentaires libres étaient très enthousiastes, avec plusieurs propositions d'amélioration : ajout des horaires de contact, d'un mail, possibilité de laisser un message avec accusé de réception et mise à jour régulière des contacts. Sur le même principe, le CHU de Bordeaux a créé le projet « Ville Hop » pour permettre un échange avec les médecins de l'hôpital via des lignes directes identifiées par spécialité. Sur leur site internet, une page est dédiée aux médecins (40), sur laquelle on trouve une adresse mail. Les médecins envoyant un mail avec leur numéro de carte CPS reçoivent la plaquette avec les lignes téléphoniques dédiées. On pourrait critiquer le fait que l'accès n'est pas direct. Une connexion directe avec la carte CPS serait sûrement plus pratique. Le CHU de Lille a mis en place « Hop'line CHRU », un numéro gratuit accessible de 9h à 19h du lundi au vendredi pour joindre un médecin de l'hôpital. Pour obtenir le numéro de téléphone, les médecins doivent faire une demande par mail. L'adresse est disponible sur leur site (41).

Nous avons proposé la solution d'un « **bed manager** », personnel paramédical chargé de prendre les appels des médecins généralistes et de répondre en fonction des disponibilités en lits des services adaptés. Les médecins ne sont pas en faveur de cette solution car ils préfèrent une régulation spécialisée, la plus fine possible. La seule solution valable serait le contact direct entre le médecin généraliste et le spécialiste qui recevra le patient dans son service. Actuellement, l'interlocuteur privilégié des médecins généralistes est le médecin du service, comme dans les études d'A. Le Gall (23) et O. Lagrâce (24).

L'utilisation d'un **moyen de communication asynchrone entre les médecins** (mail, fax...) a soulevé beaucoup de craintes, notamment sur la certitude et le délai de réponse, la difficulté d'utilisation en visite, la présentation du dossier, la peur d'être submergé de mails. Dans l'étude de M. Sailliol (29), 97 % des médecins généralistes déclarent ne pas contacter les médecins hospitaliers par mail,

surtout par méconnaissance de leur adresse (73,4 %), mais aussi par peur d'une non-réponse (23,4 %) ou non-lecture (22,6 %) du mail, ainsi que l'insuffisance de sécurité de ce mode de communication (15,6 %). L'utilisation de PAACO, une plateforme de communication sécurisée, a été évoquée dans notre étude. Elle est destinée aux médecins généralistes et spécialistes (libéraux et hospitaliers) ainsi qu'à tous les acteurs de soins, chacun ayant accès à une partie du dossier selon sa qualification (médecin ou paramédical). Elle est en cours de déploiement sur le territoire et permet des échanges de données de santé sécurisés, avec possibilité d'envoi de documents (photos...) et une messagerie dynamique. Elle pourrait aussi être un support en plus du contact téléphonique pour apporter des informations précises sécurisées.

**Dédier des lits aux hospitalisations programmées** n'est pas une solution envisageable pour les médecins hospitaliers du CH Sud Gironde car en cas d'inoccupation, elle priverait les urgences de places disponibles. On pourrait envisager de réserver un petit nombre de lits aux hospitalisations programmées, jusqu'à une certaine heure après laquelle les lits seraient disponibles pour les urgences. Ce dispositif est utilisé dans le service de gériatrie du CH universitaire de Saint-Etienne, avec 3 lits réservés jusqu'à 13h30, avec l'appui d'une hotline gériatrique pour faciliter les admissions (9).

### III Perspectives

Au travers des réponses des médecins généralistes et hospitaliers, et des expériences issues des données de la littérature, plusieurs solutions émergent, adaptées au CH Sud Gironde :

- **Mettre en place un espace professionnel** sur le site internet du CH Sud Gironde, accessible via la carte CPS. Il contiendrait la présentation des services de l'hôpital, avec pour chacun les types de pathologies prises en charge, ainsi que le numéro de téléphone direct du médecin du service responsable des admissions programmées. On pourrait imaginer également un accès sécurisé via un smartphone pour un accès possible en visite. Cette solution permettrait d'améliorer l'accès à un interlocuteur hospitalier et de faciliter l'orientation du patient.
- **Dédier du temps médical à la programmation des hospitalisations** pour les médecins hospitaliers. Cette proposition implique d'avoir plus de médecins hospitaliers disponibles pour assurer cette tâche supplémentaire.
- **Dédier des lits aux hospitalisations programmées**, mais uniquement sur une période courte de la journée, par exemple le matin. Les lits non occupés seraient considérés comme libres à partir de 13h.
- **Essayer de contacter systématiquement le service** lorsque le médecin généraliste souhaite hospitaliser un patient.
- **Favoriser en priorité d'autres stratégies que l'adressage aux urgences** si l'hospitalisation est impossible.

# Conclusion

---

L'admission directe dans un service est plus bénéfique pour le patient que le passage via les urgences. Cependant, le nombre d'hospitalisations via les urgences est important. La question de la difficulté à programmer une hospitalisation a donc été étudiée, via une enquête par voie postale, auprès des médecins généralistes et hospitaliers du territoire Sud Gironde.

D'après les résultats de notre étude, les médecins généralistes ont des difficultés à programmer les hospitalisations, contrairement aux médecins hospitaliers. Pour tous, le manque de places à l'hôpital est le principal obstacle. Le second est la communication entre médecins pour les médecins généralistes, et le manque de temps pour les médecins hospitaliers.

La communication entre les médecins de ville et hospitaliers joue un rôle essentiel dans la programmation des hospitalisations. Il paraît indispensable aux différents acteurs de l'améliorer, en facilitant le contact direct entre médecins, mais aussi en premier lieu en augmentant les moyens humains et matériels pour répondre à cette demande (augmentation du nombre de médecins hospitaliers et du nombre de lits).

Les acteurs du territoire Sud Gironde sont très engagés sur cette problématique de communication, notamment avec la mise en place de PAACO comme interface ville/hôpital. La connexion à cette plateforme est sécurisée et gratuite pour les médecins généralistes et les infirmiers libéraux, les acteurs de soins hospitaliers et les réseaux de soins. Cet investissement important de l'ARS témoigne de la volonté de renforcer le lien ville-hôpital.

Le territoire Sud Gironde est aussi très dynamique, avec une grande ouverture vers des projets de santé innovants, pour une prise en charge globale du patient et un accès facilité aux réseaux de soins. Une PTA (plateforme territoriale d'appui) est en cours d'installation. Le CLIC (centre local d'information et de coordination) et la MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) sont déjà en place. Ces dispositifs ont pour objectif d'établir des projets personnalisés de soins pour les patients à problématiques complexes, favorisant un maintien à domicile dans de bonnes conditions. Le but est d'éviter les situations d'envoi aux urgences pour des problématiques sociales ou médicales. Il y a donc une réelle volonté territoriale de planification des soins.

Les résultats de cette étude pourraient être utiles à la création d'un espace professionnel sécurisé au CH Sud Gironde, en s'appuyant sur l'enthousiasme et le besoin des médecins généralistes.

# REFERENCES

---

1. Bejaoui M, Bergonzoni A, Boisguérin B, Boussaïd N, Dahmou A, Dennevault C, et al. Les établissements de santé. Panoramas de la DREES. 2018.
2. Baubeau D, Deville A, Joubert M, Fivaz C, Girard I, Le Laidier S. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. DRESS. Etudes et résultats. 2000;(72).
3. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale (version corrigée). DRESS. Etudes et résultats. 2003;(212).
4. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? Le panorama des établissements de santé. 2013;11-28.
5. Larcher G. Les missions de l'hôpital. La Documentation française. 2008.
6. Paillé-Ricolleau C, Hamidou M, Lombrail P, Moret L. Revue de pertinence des journées d'hospitalisation en médecine et chirurgie : un tiers de journées inappropriées au CHU de Nantes. Presse Med. 2009;38(4):541-50.
7. Sanesco. Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières : rapport final. Paris (France): Ministère chargé de la santé; 2011. 245 p. Report No.: 0.1.
8. Giroux C, Proye E, Hequet F, Dufour P, Gommez G, Dambre D, et al. Admission de la personne âgée en court séjour gériatrique : entrées directes versus entrées via le service des urgences. Journal Européen des Urgences. 2008;(21).
9. Dijon J, Sarazin M, Augusto V, Franck T, Gonthier R, Célarier T. Comparaison de deux modes d'hospitalisation en gériatrie : directement grâce à une ligne téléphonique ou après un passage aux urgences. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2018;16(3):255–262.
10. Samu-Urgences de France. Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence ? Les 1ères Assises de l'Urgence. 13 septembre 2012 ; Paris.
11. Attali C, Bail P, Magnier A-M, Beis J-N, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. 2006;(76):31-2.
12. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. Br J Gen Pract 2002;52(479):526-7.
13. ARS Aquitaine DOSA - Pôle études et PMSI. Territoire de santé de Gironde. 2015.
14. Les territoires de santé en Aquitaine [Internet]. [consulté le 5 déc 2018]. Disponible sur: <https://santeterritoiresnouvelleaquitaine.org/2015/10/02/84/>



15. Centre hospitalier Sud Gironde. Livret d'accueil [Internet]. [consulté le 5 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ch-sudgironde.fr/livret-daccueil/>
16. Centre hospitalier de Cadillac. L'accès aux soins [Internet]. [consulté le 05 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.ch-cadillac.fr/lacc%C3%A8s-aux-soins>
17. Fédération hospitalière de France. Centre hospitalier Bazas [Internet]. [consulté le 5 déc 2018]. Disponible sur: [https://etablissements.fhf.fr/annuaire/hopital-fiche.php?id\\_struct=773](https://etablissements.fhf.fr/annuaire/hopital-fiche.php?id_struct=773)
18. Fédération hospitalière de France. Centre de soins - maison de retraite Podensac [Internet]. [consulté le 5 déc 2018]. Disponible sur: [https://etablissements.fhf.fr/annuaire/hopital-fiche.php?id\\_struct=783](https://etablissements.fhf.fr/annuaire/hopital-fiche.php?id_struct=783)
19. Clinique Sainte-Anne. Valeurs et missions [Internet]. [consulté le 5 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.clinique-sainte-anne.fr/presentation-clinique/>
20. Fédération hospitalière de France. Pôle médico-social public Monségur [Internet]. [consulté le 5 déc 2018]. Disponible sur: <https://etablissements.fhf.fr/annuaire/hopital-fiche.php?id=779>
21. ARS. Territoire de santé Aquitaine : Bordeaux / Libourne [Internet]. [consulté le 26 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/Cartes-de-l-offre-de-soins-et.98016.0.html>
22. BiostaTGV. Tests statistiques en ligne [Internet]. [consulté le 5 déc 2018]. Disponible sur: <https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>
23. Le Gall A. Programmer les hospitalisations en médecine générale ? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise. *Médecine*. 2010;6(7):326-30.
24. Lagrâce O. Pratiques des médecins généralistes de Haute-Vienne concernant l'hospitalisation programmée en 2013 : difficultés et solutions. Thèse de médecine, Limoges: Université de Limoges; 2013.
25. Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats. *DRESS. Études et résultats*. 2006;(471).
26. Gouyon M. Les urgences en médecine générale. *DREES*; 2006. 51 p. Report No.: 94.
27. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France. Profils comparés 2007/2017 - Les territoires au cœur de la réflexion. Situation au 1er janvier 2017. Conseil national de l'Ordre des médecins. 2017.
28. Gayraud P, Harzo C. Médecine ambulatoire, Médecine hospitalière, quels liens construire ? Union régionale des médecins libéraux Rhône-Alpes. 2008.
29. Sailliol M. Etude des relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le centre hospitalier de rattachement de Pau pour améliorer la prise en charge mutualisée des patients. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux 2; 2014.
30. Andronikof M, Thalmann A. Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste. *Presse Med*. 2005;34(12):847-50.

31. Hermant S. Elaboration et évaluation d'un formulaire d'hospitalisation programmée utilisable en médecine générale. Thèse de médecine, Paris: Université Paris Diderot - Paris 7; 2013.
32. Perlat A, Frin M, Decaux O, Cador B, Cazalets C, Sébillot M, et al. Unité d'assistance diagnostique et thérapeutique rapide : bilan d'activité et impact sur les relations médecine générale et médecine interne hospitalière. Rev Méd Interne. 2010;31(11):776-9.
33. Barthélémy F-X. Evaluation et optimisation des filières de soins du CHU de Nantes pour les patients pris en charge initialement par leur médecin généraliste. Thèse de médecine, Nantes: Université de Nantes; 2012.
34. Insee. Démographie - Population au début du mois - France métropolitaine [Internet]. [consulté le 5 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/000436387>
35. Insee. Pyramide des âges - France métropolitaine [Internet]. [consulté le 5 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3312958>
36. INSEE. Pyramide des âges au 1er janvier 2018 - France métropolitaine [Internet]. [consulté le 5 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3312958>
37. Audric S, Baubeau D, Carrasco V, Casès C, Coldefy M, Fénina A, et al. Données sur la situation sanitaire et sociale en France. DRESS; 2005.
38. François P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. Santé Publique. 2014;26(2):189.
39. Fabre L. Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Thèse de médecine générale, Toulouse: Université Toulouse III; 2014.
40. Ville Hop [Internet]. CHU Hôpitaux de Bordeaux. [consulté le 5 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.chu-bordeaux.fr/Professionnels-recherche/Ville-Hop/>
41. Hop'line CHRU [Internet]. Centre hospitalier régional universitaire de Lille. [consulté le 5 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.chru-lille.fr/medecine-ville/hopline/index.html>

# ANNEXES

---

## Annexe 1 : Répartition des lits par service au CH Sud Gironde

Service	Nombre de lits
médecine A à orientation cardiologique	31
médecine B à orientation hépato-gastro-entérologique	31
médecine C polyvalente	35
maternité et gynécologie obstétrique	18
chirurgie orthopédique, traumatologique, digestive et vasculaire	31
SSR	40
anesthésiologie-surveillance continue	6
chirurgie et anesthésie ambulatoire	6
hôpital de jour de médecine oncologie	3
hospitalisation de semaine médico-chirurgicale	8
maison d'accueil spécialisé	48
foyer d'accueil médicalisé	75
HAD	40
EHPAD	178
TOTAL	550

## Hospitalisations programmées au CH Sud Gironde : difficultés rencontrées et pistes de réflexion proposées par les médecins généralistes.

L'objectif principal est d'évaluer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes et hospitaliers du territoire Sud Gironde pour programmer une admission au Centre Hospitalier (CH) Sud Gironde (sites de Langon et La Réole).

L'objectif secondaire est de recueillir vos pistes de réflexion pour faciliter les hospitalisations programmées.

Ce questionnaire concerne votre pratique lors des mois de janvier et février 2018.

### I. Vous et votre exercice médical

1. Vous êtes :  un homme  une femme
2. Quel est votre âge ? ..... ans
3. Depuis combien de temps exercez-vous dans le territoire Sud Gironde ? ..... ans
4. Vous exercez :  seul  en groupe
5. Disposez-vous d'un secrétariat ?  oui  non
6. Si oui :  sur place  à distance  les deux
7. Votre lieu d'exercice est :  urbain  rural  semi-rural
8. Nombre d'actes quotidiens :  < 20  20-29  30-39  ≥ 40
9. Avez-vous accès à une messagerie sécurisée dans le cadre de votre travail ?  oui  non

## II. Hospitalisations programmées au CH Sud Gironde, vos pratiques actuelles

### Contact avec le service

**10. Lorsque vous souhaitez hospitaliser un patient, vous essayez de prendre contact avec le service concerné :**    toujours    souvent    rarement    jamais

**11. Comment contactez-vous le service pour organiser l'hospitalisation ? (plusieurs réponses possibles)**

- téléphone via le standard                       mail (messagerie non sécurisée)                       fax
- ligne téléphonique dédiée                       messagerie sécurisée
- je n'essaie pas de le contacter                       formulaire de pré-admission fourni par le service
- autre : ...

**12. Qui sont vos interlocuteurs les plus fréquents ? (plusieurs réponses possibles)**

- un praticien hospitalier     le cadre du service
- un interne     un infirmier
- le secrétariat     le plus souvent je ne sais pas
- une personne dédiée à ce poste qui gère les lits de l'hôpital
- autre : ...

**13. Recevez-vous régulièrement la liste actualisée des services avec un moyen de contact direct (téléphone, mail...) ?**    oui                       non

**14. Commentaires libres sur le contact avec le service :**

## Organisation des hospitalisations

**15. Quel délai est nécessaire pour avoir un contact avec l'interlocuteur adapté ?**

- < 10 min     10-30 min     > 30 min

**16. En combien de temps obtenez-vous une réponse négative ou positive pour l'hospitalisation ?**

- < 15 min     15 min-1h     1h-1/2 journée     1/2 journée-1 jour     > 1 jour

**17. Comment estimez-vous le délai de réponse en général ?**     acceptable     trop long

**18. Commentaires libres sur l'organisation des hospitalisations :**

## III. Obstacles à l'hospitalisation programmée au CH Sud Gironde

**19. Ressentez-vous des difficultés à organiser une hospitalisation programmée ?**

- toujours     souvent     rarement     jamais

**20. Quels sont les principaux obstacles ? (plusieurs réponses possibles)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> difficultés à joindre le bon interlocuteur              | <input type="checkbox"/> structure ne répondant pas aux problématiques posées par le patient |
| <input type="checkbox"/> manque de place à l'hôpital                             | <input type="checkbox"/> manque de temps   |
| <input type="checkbox"/> délais d'hospitalisation programmée trop longs          | <input type="checkbox"/> exigences du patient ( emploi du temps...)                          |
| <input type="checkbox"/> demande du service receveur de passage via les urgences | <input type="checkbox"/> patient reçu en fin d'après-midi                                    |
| <input type="checkbox"/> autre : ...   |  |

**21. Avez-vous parfois des difficultés concernant le choix du service dans lequel orienter votre patient ?**    oui    non

**22. Quelles sont ces difficultés ?**

**23. Lorsque vous souhaitez hospitaliser un patient, vous arrive-t-il de l'adresser aux urgences sans essayer de contacter le service adapté ?**

toujours    souvent    rarement    jamais

**24. En cas d'impossibilité d'organiser une hospitalisation, quelles alternatives utilisez-vous ? (plusieurs réponses possibles) :**

- temporisation à domicile    hospitalisation dans une autre structure
- avis spécialisé    Hospitalisation A Domicile (HAD) si la situation médicale le permet
- passage par les urgences
- autre : ...

**25. Commentaires libres sur les obstacles à l'hospitalisation programmée :**

## IV. Solutions et améliorations proposées

**26. Pensez-vous que les hospitalisations programmées améliorent la prise en charge des patients ?**

oui     non

**27. Selon vous, le processus d'hospitalisation programmée au CH Sud Gironde doit-il être amélioré ?**         oui     non

**28. Comment jugez-vous ces propositions pour faciliter les hospitalisations programmées au CH Sud Gironde ?**

**a. Faciliter l'accès à un interlocuteur hospitalier identifié dans chaque service :**

très intéressant     intéressant     pas d'intérêt majeur

commentaires libres :

**b. Centraliser les demandes à l'échelle de l'hôpital (« bed manager » qui prend les appels des médecins généralistes et gère avec les services) :**

très intéressant     intéressant     pas d'intérêt majeur

commentaires libres :



**c. Utiliser un moyen de communication asynchrone entre médecins généralistes et hospitaliers (chacun répond dès qu'il est disponible par mail, fax...) :**

très intéressant     intéressant     pas d'intérêt majeur

commentaires libres :

**d. Créer un espace professionnel sur le site internet du CH Sud Gironde avec un organigramme présentant les services, leurs spécificités et leur numéro de téléphone direct :**

très intéressant     intéressant     pas d'intérêt majeur

commentaires libres :

**29. Avez-vous d'autres propositions ?**

Je vous remercie de votre participation.

Si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude, merci de renseigner votre adresse e-mail sur le papier identifié « Adresse mail ».

## Hospitalisations programmées au CH Sud Gironde : difficultés rencontrées et pistes de réflexion proposées par les médecins hospitaliers.

L'objectif principal est d'évaluer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes et hospitaliers du territoire Sud Gironde pour programmer une admission au Centre Hospitalier (CH) Sud Gironde (sites de Langon et La Réole).

L'objectif secondaire est de recueillir vos pistes de réflexion pour faciliter les hospitalisations programmées.

Ce questionnaire concerne votre pratique lors des mois de janvier et février 2018.

### I. Vous et votre exercice médical

1. Vous êtes :  un homme  une femme

2. Quel est votre âge ? ..... ans

3. Depuis combien de temps exercez-vous au Centre Hospitalier Sud Gironde ? ..... ans

4. Dans quel service exercez-vous ?

médecine A

médecine B

médecine C

maternité

gériatrie

chirurgie viscérale

chirurgie vasculaire

chirurgie orthopédique

5. Actuellement, est-il possible de programmer des hospitalisations dans le service où vous exercez ?  oui  non

6. Avez-vous accès à une messagerie sécurisée dans le cadre de votre travail ?  oui  non

## II. Hospitalisations programmées au CH Sud Gironde, vos pratiques actuelles

### Contact avec le service

**7. Dans votre service, qui se charge de répondre aux médecins qui demandent une hospitalisation programmée ?**

- pas de protocole défini
- un praticien hospitalier
- un interne
- le cadre du service
- un infirmier
- le secrétariat
- une personne dédiée à ce poste qui gère les lits de l'hôpital
- autre : ...

**8. Comment les médecins généralistes vous contactent-ils pour les demandes d'hospitalisation ? (plusieurs réponses possibles)**

- téléphone via le standard
- mail (messagerie non sécurisée)
- fax
- ligne téléphonique dédiée
- messagerie sécurisée
- formulaire de pré-admission fourni par le service
- autre : ...

**9. Votre service a-t-il diffusé aux médecins généralistes du territoire Sud Gironde un moyen de le contacter directement ?**  oui  non

**10. Si oui, quel moyen de communication leur proposez-vous ? (plusieurs réponses possibles)**

- ligne téléphonique dédiée
- mail (messagerie non sécurisée)
- messagerie sécurisée
- formulaire de pré-admission
- fax
- autre : ...

**11. Commentaires libres sur le contact avec les médecins généralistes :**

## Organisation des hospitalisations

**12. Combien de temps vous prend l'organisation d'une hospitalisation ?**

- < 10 min     10-30 min     > 30 min

**13. Disposez-vous de temps de travail dédié à la programmation des hospitalisations ?**

- oui     non

**14. Combien de demandes d'hospitalisations programmées votre service reçoit-il ?**

- < 1/jour     1-2/jour     > 2/jour

**15. Votre service répond favorablement aux demandes d'hospitalisation provenant des médecins généralistes :**

- toujours     souvent     rarement     jamais

**16. En combien de temps donnez-vous aux médecins généralistes une réponse négative ou positive pour l'hospitalisation ?**

- < 15 min     15 min-1h     1h-1/2 journée     1/2 journée-1 jour     > 1 jour

**17. Commentaires libres sur l'organisation des hospitalisations :**

### III. Obstacles à l'hospitalisation programmée au CH Sud Gironde

**18. Ressentez-vous des difficultés à organiser une hospitalisation programmée ?**

- toujours     souvent     rarement     jamais

**19. Quels sont les principaux obstacles ? (plusieurs réponses possibles)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> absence de moyen de contact direct pour joindre le médecin généraliste                    | <input type="checkbox"/> manque de temps dédié à la programmation des hospitalisations |
| <input type="checkbox"/> indication non adaptée  | <input type="checkbox"/> exigence du patient (emploi du temps...)                      |
| <input type="checkbox"/> manque de place à l'hôpital   | <input type="checkbox"/> patient reçu en fin d'après-midi par le médecin généraliste   |
| <input type="checkbox"/> impossibilité de répondre pendant une consultation ou la visite des patients hospitalisés |  |
| <input type="checkbox"/> autre : ...   |  |

**20. Concernant les hospitalisations programmées, vous arrive-t-il d'admettre un patient via les urgences à cause des difficultés d'organisation ?**

- toujours     souvent     rarement     jamais

**21. Commentaires libres sur les obstacles à l'hospitalisation programmée :**

## IV. Solutions et améliorations proposées

**22. Pensez-vous que les hospitalisations programmées améliorent la prise en charge des patients ?**

- oui       non

**23. Selon vous, le processus d'hospitalisation programmée au CH Sud Gironde doit-il être amélioré ?**

- oui       non

**24. Comment jugez-vous ces propositions pour faciliter les hospitalisations programmées au CH Sud Gironde ?**

**a. Faciliter l'accès à un interlocuteur hospitalier identifié dans chaque service :**

- déjà en place dans le service       très intéressant       intéressant       pas d'intérêt majeur

commentaires libres :

**b. Dédier du temps médical à la programmation des hospitalisations :**

- déjà en place dans le service       très intéressant       intéressant       pas d'intérêt majeur

commentaires libres :

**c. Centraliser les demandes à l'échelle de l'hôpital (« bed manager » qui prend les appels des médecins généralistes et gère avec les services) :**

- déjà en place dans le service       très intéressant       intéressant       pas d'intérêt majeur

commentaires libres :

**d. Utiliser un moyen de communication asynchrone entre médecins généralistes et hospitaliers (chacun répond dès qu'il est disponible par mail, fax...) :**

déjà en place dans le service     très intéressant     intéressant     pas d'intérêt majeur

commentaires libres :

**e. Dédier certains lits à l'hospitalisation programmée et d'autres aux urgences :**

déjà en place dans le service     très intéressant     intéressant     pas d'intérêt majeur

commentaires libres :

**25. Avez-vous d'autres propositions ?**

Je vous remercie de votre participation.

Si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude, merci de renseigner votre adresse e-mail sur le papier identifié « Adresse mail ».

POUMEROULIE Marion

LA REOLE, le 12/02/2018

Objet : Hospitalisations programmées au Centre Hospitalier Sud Gironde : état des lieux. Enquête de pratique auprès des médecins généralistes et hospitaliers.

Chers collègues,

Je suis médecin généraliste depuis peu à La Réole et suis confrontée à la problématique des hospitalisations programmées dans le territoire Sud-Gironde.

Je me permets de solliciter votre aide dans le cadre de mon travail de thèse :  
**« Hospitalisations programmées au Centre Hospitalier Sud Gironde : état des lieux. Enquête de pratique auprès des médecins généralistes et hospitaliers. »**

L'objectif principal est d'évaluer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes et hospitaliers du territoire Sud Gironde pour programmer une admission au Centre Hospitalier Sud Gironde (sites de Langon et La Réole).

L'objectif secondaire est de recueillir vos pistes de réflexion pour faciliter les hospitalisations programmées.

Le temps nécessaire pour remplir ce questionnaire était < 5 min lors des pré-tests.

Les réponses seront traitées de façon anonyme.

Merci de remplir le questionnaire et de le renvoyer via l'enveloppe timbrée fournie.

Si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude, renseignez votre adresse e-mail sur le papier identifié « Adresse mail ».

En vous remerciant d'avance pour votre participation

Bien cordialement  
Marion Poumeroulie



Annexe 5 : Vignette mail

Si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude, merci de renseigner votre adresse e-mail.

Adresse e-mail :

Annexe 6 : Classement par thèmes des réponses libres des médecins généralistes sur les difficultés à orienter un patient vers un service

Réponses des généralistes	Thèmes
Absence de place.	Manque de places
Confusion entre médecine spécialisée et gériatrie.	Méconnaissance de l'offre de soins
Manque de référent (pneumologie, neurologie par exemple).	Offre de soins insuffisante
Par exemple si 2 problèmes annoncés ou pour personnes âgées.	Polypathologie
Manque d'interlocuteur.	Patient âgé
	Défaut de communication
Polypathologies (non gériatriques...), pas de service dédié à la diabétologie.	Polypathologie
	Offre de soins insuffisante
Patients âgés surtout, souvent refusés dans les services autres que médecine et gériatrie (ex. : cardio...).	Patient âgé
Manque de lits/service concerné (gériatrie surtout).	Manque de places
Méconnaissance du fonctionnement du service et des interlocuteurs (bonne communication des services de gynéco et de gériatrie avec médecins libéraux facilitent nos échanges)	Méconnaissance de l'offre de soins
	Défaut de communication
Méconnaissance spécialités selon service médecine A-B-C-G.	Méconnaissance de l'offre de soins
Je ne connais pas bien les différents services de médecine et leurs spécificités.	Méconnaissance de l'offre de soins
Changement de praticiens fréquent dans le centre hospitalier à proximité => déménagement par exemple de la gériatrie aigüe => temps d'adaptation.	Méconnaissance de l'offre de soins
Patients polypathologiques, problèmes éventuels de retour au domicile dans certains cas, faisant envisager des hospitalisations en moyen séjour.	Polypathologie
	Retour à domicile
On ne connaît pas précisément le champ d'action des spécialités du centre hospitalier.	Méconnaissance de l'offre de soins
Patient relevant de spécialités non assurées par l'hôpital (médecine interne, rhumatologie...).	Offre de soins insuffisante
Manque de différentes spécialités : neurologie, ORL.	Offre de soins insuffisante
Cf. remarque précédente : compétences des différents services.	Méconnaissance de l'offre de soins
Je m'adresse peu au centre hospitalier de Langon car je ne suis pas satisfait des retours patients et des prises en soin.	Prise en charge non satisfaisante
Pathologie atypique présentée par le patient.	Pathologie atypique
1- gériatrie => pas de place, attente	Manque de places
2- cardio => passer par les urgences	
3- médecine générale => passer par les urgences car pas de place	
On s'adapte.	Réponse non exploitable
Patients polypathologiques qui relèvent de différents services.	Polypathologie
Pertinence en fonction d'un problème sans service adapté sur le secteur (infectiologie, médecine interne, pédiatrie).	Offre de soins insuffisante
Je ne connais pas bien l'offre de soins pour tous les intervenants, compétences et disponibilités des consultations.	Méconnaissance de l'offre de soins
Peu de choix sur le centre hospitalier Sud Gironde.	Offre de soins insuffisante
Gériatrie court séjour ou pas.	Méconnaissance de l'offre de soins
Chevauchement des champs de compétence, situations complexes.	Polypathologie

Annexe 7 : Classement par thèmes des commentaires libres des médecins généralistes sur les obstacles à l'hospitalisation programmée

Réponses des médecins généralistes	Thèmes
<b>Temps d'hospitalisation trop long*</b>	
J'ai baissé les bras devant le manque de place chronique et les délais trop longs. Si le problème est pressé, aigu, je passe par les urgences. Si c'est moins pressé, je fais consulter le spécialiste qui se charge d'organiser l'hospitalisation.	Découragement
	Evitement des urgences
Il m'arrive souvent de préparer le courrier et le bon et de continuer et donner l'accord avec le nom du service quelques heures plus tard.	Réponse non exploitable
Quand on est coincé... ma femme refusant d'accueillir à la maison la patientèle...	Découragement
Longue attente aux urgences.	Réponse non exploitable
<b>Manque de temps +++</b>	
Manque de place et réorientation par les urgences : la multiplication de cet argument nous amène parfois à adresser aux urgences sans prendre la peine d'une programmation éventuelle...	Découragement
Défaut de certaines spécialités ou vacataires mal définis. Saturation des lits d'hospitalisation (comme partout...).	Découragement
Chronophagie de la démarche même si elle est plus correcte vis à vis du patient et plus confraternelle.	Découragement
Passage par les urgences uniquement quand maintien à domicile impossible, ou besoin d'éliminer un diagnostic urgent (embolie pulmonaire, infarctus...).	Evitement des urgences
Passage par les urgences après concertation.	Evitement des urgences
Les services de médecine ont du mal à se passer du sacro-saint "passage aux urgences" pour le bilan d'entrée. => examens refaits pour rien => inconfort pour le patient et les urgentistes également (ce que je comprends).	Découragement
Les hospitalisations à la clinique ne présentent aucune difficulté. Nous avons rapidement le médecin spécialiste et l'entrée se fait dans les 24h.	Plus facile dans d'autres structures
Nécessite du temps donc tout ce qui peut faciliter la demande est le bienvenu. Nécessite une mise à jour permanente des contacts. Personne faisant le lien ville/hôpital permettrait peut-être un gain de temps et des hospitalisations mieux gérées.	Réponse non exploitable
Pas possible à Langon. Sauf en gériatrie. De ce fait, je travaille de moins en moins avec le centre hospitalier Sud Gironde car j'adresse en hospitalisation programmée dans d'autres établissements. Je sollicite très peu les urgences.	Découragement
	Evitement des urgences
	Plus facile dans d'autres structures
J'ai été interne plus d'un an et demi dans cette structure. J'ai toujours été fidèle à l'hôpital de Langon. La qualité des soins, d'accueil ne fait que chuter. La proximité de Bordeaux nous permet d'avoir une offre de soins qui elle s'améliore...	Découragement
	Plus facile dans d'autres structures
<b>Délai trop long pour joindre le médecin spécialisé concerné.*</b>	
Sur la question 24**, je trouve toujours une alternative qui me permet de ne pas temporiser à domicile ou autre qui ferait prendre des risques au patient.	Réponse non exploitable
On trouve une autre solution, tout dépend du degré d'urgence de la prise en charge.	Réponse non exploitable

Aucun	Aucun obstacle
Ne disposant pas de secrétariat je ne peux pas passer de temps au téléphone pour essayer de trouver une place.	Réponse non exploitable
Peu d'expérience récente (2 patients => CH Bazas et La Réole).	Réponse non exploitable
C'est justement le degré d'urgence qui permet de temporiser.	Evitement des urgences
Si je peux attendre = temporisation. Passage par les urgences (pour ne pas sursaturer les urgences de Langon => Bazas).	Evitement des urgences
En fait, c'est par le biais d'une consultation que celle-ci s'effectue le plus souvent.	Réponse non exploitable
HAD = pas toujours de place. Délais parfois longs.	Réponse non exploitable
On se débrouille !	Réponse non exploitable

*\* commentaire non classé car réponse présente dans la question fermée « Quels sont les principaux obstacles ? »*

*\*\*Question 24 : En cas d'impossibilité d'organiser une hospitalisation, quelles alternatives utilisez-vous ? (plusieurs réponses possibles)*

---

Commentaires libres sur les obstacles à l'hospitalisation programmée

Certains médecins généralistes envoient aux urgences si nous refusons l'entrée par manque de place ou par absence de caractère urgent à l'hospitalisation.

Une majorité de patients sont admis via les urgences (la demande est forte et parfois la capacité en lit est insuffisante pour y faire face, d'où la place limitée pour l'hospitalisation programmée).

Nous privilégions l'admission directe pour éviter que les patients ne restent sur des brancards de longues heures, voir toute une nuit aux urgences.

La méconnaissance du circuit du patient peut aboutir à un passage aux urgences, mais pour la gynéco les urgences appellent le service pour une prise en charge rapide.

Le temps d'avoir un lit "refait" par exemple si demande est faite le jour même de l'admission, et surtout si notion d'instabilité du patient (ce qui est fréquent en cardio).

Annexe 9 : Classement par thèmes des réponses libres des médecins généralistes sur le contact avec les médecins hospitaliers

Réponses des médecins généralistes	Thèmes
Aucun contact avec les médecins, je m'adresse aux secrétaires ou au cadre.	Problème de communication entre médecins
Beaucoup de temps avant d'avoir l'interlocuteur désiré. Beaucoup de mauvais adressages ou de ligne après passage par le standard.	Chronophage
	Difficultés avec le standard automatique
Impossible de faire des hospitalisations programmées de psychiatrie, il faut toujours passer par les cliniques privées, sauf si le patient est adressé par un service de psychiatrie. Un effort est fait dans ce cas.	Réponse non exploitable
Toujours facile en gériatrie. Aléatoire pour les autres services. Les numéros directs répondent rarement.	Facilités en gériatrie
	Problème de communication entre médecins
Satisfaisant.	Satisfaction
Contact surtout avec service de gériatrie de court séjour : très bonne réactivité jusque là avec rappel du médecin généraliste rapide et très appréciable. Contact fréquent avec service de gynéco : réactivité également appréciable.	Facilités en gériatrie
	Facilités en gynécologie
Serveur vocal du standard général ne permet pas de shunter le système. En cas de visite on n'a pas les numéros directs dédiés.	Difficultés avec le standard automatique
J'utilise surtout pour la gériatrie court séjour le numéro direct qui fonctionne très bien !	Facilités en gériatrie
Services à distance mais utilisés comme le CHU* => pas d'annuaire de lignes directes, dommage.	Besoin d'un annuaire avec les lignes directes
Malgré la rencontre ville/hôpital organisée en 2017, le contact téléphonique (avec certaines spécialités) reste difficile.	Problème de communication entre médecins
C'est assez simple quand on a le numéro direct. Sinon, passer par le standard est très chronophage avec la boîte vocale automatisée.	Difficultés avec le standard automatique
	Chronophage
Manque de ligne dédiée pour éviter les attentes interminables.	Problème de communication entre médecins
Trouver le contact adapté est souvent le plus fastidieux dans la gestion des hospitalisations programmées. Un agenda à jour avec contact direct serait probablement un gain de temps et d'efficacité pour le service du patient. Difficulté lors d'un appel du transfert de notre appel à 3 ou 4 interlocuteurs (secrétaire puis infirmière puis médecin...)	Problème de communication entre médecins
	Besoin d'un annuaire avec les lignes directes
Plaquette envoyée par l'hôpital aux médecins généralistes. Le service de médecine B (gastro-entérologie) ne répond pas la plupart du temps.	Problème de communication entre médecins
	Plaquette avec numéros des services reçue
Impossibilité d'hospitalisation programmée sur Langon => seulement passage par les urgences excepté en gériatrie. Dommage !	Facilités en gériatrie

Aucun contact ni décision médicale n'est possible avant 9h du matin (absence de médecin dans le service). Quid des hospitalisations d'urgence ?? Toujours décidées en visite pour nous. Donc obligation de passer par les urgences pour le patient même à 10h... Au fil des années, le contact oral avec un médecin du service devient un parcours du combattant, chronophage donc lassant... et les liens confraternels se distendent !	Problème de communication entre médecins
	Chronophage
Tout dépend du service. Les CH** sont plus accessibles que les CHU*.	Réponse non exploitable
Très difficile à joindre. Manque de communication avec le service sur départ et arrivée des nouveaux médecins.	Problème de communication entre médecins
Annuaire des services manquant.	Besoin d'un annuaire avec les lignes directes
J'adresse peu au CH** Sud Gironde, sauf demande du patient et court séjour gériatrique.	Facilités en gériatrie
Hospitalise très rarement les patients. Structure renvoie souvent le patient à son médecin généraliste.	Réponse non exploitable
Je suis médecin à exercice particulier.	
Liste : beaucoup de retard, déjà erronée.	Besoin d'un annuaire avec les lignes directes
Relativement simple via téléphone quand on a le bon numéro...	Besoin d'un annuaire avec les lignes directes
Moins efficace via mssanté.	
Communication médiocre.	Problème de communication entre médecins
En 2018, seule une minorité des compte-rendus sont transmis par courriel sécurisé.	
Standard automatique du CH** Sud Gironde fonctionnant très mal.	Difficultés avec le standard automatique
Je travaille plus avec le CH** de Libourne sur les hospitalisations programmées. Même quand j'adresse aux urgences, je téléphone auparavant pour avoir un contact avec un médecin.	Réponse non exploitable
Contact difficile et chronophage.	Chronophage
	Problème de communication entre médecins
Il y a 20 ans, je possédais un remarquable petit livret avec le nom des médecins et services du CHU* de Bx.	Besoin d'un annuaire avec les lignes directes
Langon a bien fait quelques feuilles.	
	Plaquette avec numéros des services reçue
Je ne retrouve pas ma liste des appels dédiés.	Besoin d'un annuaire avec les lignes directes
Je trouve les délais importants.	
Difficultés à avoir une réponse.	Problème de communication entre médecins
Assez facile.	Satisfaction
SVP, donnez des numéros directs.	Besoin d'un annuaire avec les lignes directes
Souvent difficile et long.	Chronophage
Par courrier.	Réponse non exploitable
Difficile car chronophage.	Chronophage

\* CHU : centre hospitalier universitaire

\*\*CH : centre hospitalier

---

Réponses des médecins hospitaliers

Malheureusement, je n'ai pas beaucoup d'appel des médecins généralistes pour adresser des patients !! Bien que je propose ma disponibilité de façon continue.

Nous n'avons jamais de place. Les urgences remplissent les 30 lits + 6 à 8 hébergés.

Plutôt bonne communication.

Consultation préalable avant hospitalisation.

Nous avons organisé une réunion en septembre 2016 à l'attention des médecins de ville où nous leur communiquons les coordonnées pour nous joindre en direct (voir copie de ce courrier ci-joint).

L'accessibilité reste difficile (standard téléphonique de mauvaise qualité, messagerie dépassée, lignes occupées).

Pour la gynécologie, les patientes sont majoritairement adressées en consultation, l'hospitalisation en découle selon la pathologie, sinon les patientes sont adressées aux urgences.

Lignes directes médecins hospitaliers + cadre + secrétariat

1-document diffusé à l'ensemble des médecins

2-sur papier entête/ordo du service

---



Annexe 11 : Classement par thèmes des réponses libres des médecins généralistes sur l'organisation des hospitalisations

Réponses des médecins généralistes	Thèmes
Ne pas mettre de standard automatique. Avoir des lignes directes. Faire demande en ligne.	Difficultés avec le standard automatique Besoin de lignes directes
C'est plus facile quand on a des relations. Passer par la voie classique est souvent compliqué.	Développer la demande par messagerie sécurisée Améliorer la relation ville/hôpital
Gériatrie temps < 10 min, autres services ça dépend.	Facilités en gériatrie
On ne connaît pas bien la filière, donc on ne sait pas si cela coince donc on se frustre.	Améliorer la relation ville/hôpital
Efficace.	Satisfaction
Problèmes récurrents de nombre de lits disponibles poussant à envoyer les patients aux urgences pour les hospitaliser. L'hospitalisation directe en service de médecine quasiment jamais possible sauf dans certains cas pour la gériatrie.	Manque de places Facilités en gériatrie
L'hospitalisation en médecine C améliore nos conditions de travail.	Facilités en médecine C
Difficulté pour connaître l'organisation du service afin d'optimiser l'appel et l'hospitalisation afin d'éviter le passage par les urgences ou une hospitalisation inadaptée. Nécessité d'un contact/fiche d'hospitalisation standardisée. Possibilité d'échanger plus facilement sur le patient, les besoins de l'hospitalisation, renforcer le lien hospitalisation/ville.	Besoin d'un annuaire avec les lignes directes Améliorer la relation ville/hôpital
Je peux faire partie des médecins qui hospitalisent peu de patients. Je suis rarement, agréablement surpris par l'accord d'hospitalisation (refus, délai trop long...).	Délai de réponse trop long
Manque de décision le matin. Pas de soucis. Il faut juste prendre son téléphone et appeler son collègue.	Satisfaction
Les urgences sont débordées soit parce que le service n'a pas de place, soit parce que les médecins du service nous demandent de faire passer le patient via les urgences, soit parce que nous n'arrivons à joindre personne.	Manque de places Demande du service receveur de passage par les urgences
Ça marche très bien avec la gériatrie.	Facilités en gériatrie
Délais forts variables d'un service à l'autre (hors urgences).	Réponse non exploitable
Réponse via téléphone : rapide. Via messagerie sécurisée : pas de réponse => il devrait y avoir un message du genre "message reçu, on vous recontacte sous 48h".	Satisfaction Développer la demande par messagerie sécurisée
Correct quand négocié.	Satisfaction
C'est surtout le problème du standard automatique à commande vocale qu'il est difficile de maîtriser +++	Difficultés avec le standard automatique
Délai de réponse long car le patient est ?* donc il faut le recontacter plus organiser le transport.	Délai de réponse trop long

En dehors du secteur psy (lequel est à revoir entièrement car actuellement on vit la compétition du service qui en fera le moins), on est obligé de passer par les urgences. On nous répond de passer par les urgences !! Plus de contact.	Demande du service receveur de passage par les urgences
En fait il s'agit parfois du rappel avant l'hospitalisation. ex : certains services, officiellement plus de place à l'année	Manque de places
La volonté de faire passer systématique les patients par les urgences en pré-entrée est intolérable pour le patient.	Demande du service receveur de passage par les urgences
Gériatrie au top !	Facilités en gériatrie
Manque de lits (pas de place).	Manque de places

*\*Réponse non lisible*

Annexe 12 : Classement par thèmes des réponses libres des médecins hospitaliers sur l'organisation des hospitalisations

Réponses des médecins hospitaliers	Thèmes
Les indications d'hospitalisations programmées passent après les urgences. Nous n'avons pas les lits ni les moyens humains de gérer en plus les hospitalisations programmées. De plus, elles sont souvent injustifiées et pourraient être gérées en ambulatoire à domicile.	Manque de places
	Manque de moyens humains
	Priorité pour les urgences
Difficultés de recevoir les appels à n'importe quel moment de la journée, en plus de la visite et des entrées via les urgences.	Manque de moyens humains
Réponse à la question 16 : cela dépend des places disponibles au moment de l'appel. Si aucune place la réponse est reportée au lendemain.*	Réponse non exploitable
Hospitalisations programmées par le service après consultation avec patientes au préalable.	Bonne organisation
Comme nous l'avons écrit dans le projet de Service de Médecine C, celui-ci est organisé comme un service de proximité et en ce sens, nous nous efforçons de répondre favorablement à toute demande d'hospitalisation des médecins de ville et ceci le plus rapidement, possible en fonction des places disponibles dans le service.	Bonne organisation
Si appel au secrétariat => transmission au médecin d'astreinte ou à l'interne => nous n'avons pas de contraintes liées aux places de lit (car nous sommes sur 4 secteurs : maternité, ambulatoire, hôpital de semaine ou hospitalisation chirurgie complète).	Bonne organisation
En règle générale hospitalisation organisée sous 24h ouvrées.	Bonne organisation

\*Question 16 : En combien de temps obtenez-vous une réponse négative ou positive pour l'hospitalisation ?

Annexe 13 : Classement par thèmes des commentaires libres des médecins généralistes sur la proposition "faciliter l'accès à un interlocuteur hospitalier identifié dans chaque service"

Réponses des médecins généralistes	Thèmes
Vu le manque de moyen de l'hôpital, je n'ose pas rêver !	Manque de moyens
Faut-il qu'il puisse disposer des capacités d'accueil...	Réponse non exploitable
Il serait intéressant d'avoir une ligne dédiée pour les demandes d'hospitalisation.	Besoin de lignes directes
Permet d'échanger sur la prise en charge dans l'attente de l'hospitalisation.	Favorable
Fonctionne très très bien avec la gériatrie.	Favorable
Très agréable et confortable pour le médecin traitant, car même si hospitalisation immédiate pas possible, on peut discuter de la situation et avoir des conseils diagnostiques ou thérapeutiques pour temporiser.	Facilités en gériatrie
Déjà débuté non ? En gériatrie plaquettes bien faites.	Favorable
Service d'astreinte inopiné.	Facilités en gériatrie
Pas assez d'internes, médecins PH* peu présents et peu disponibles. Ne parlons même pas des hébergements hors service où il est quasi impossible de joindre un médecin.	Réponse non exploitable
Hospitalisation programmée => examens complémentaires prévus... et séjour écourté...	Manque de moyens
Si cet interlocuteur est absent ou occupé, que fait-on ?	Favorable
Faut-il qu'il puisse répondre quand on peut l'appeler et qu'il ait une ligne directe dédiée pour l'extérieur.	Réponse non exploitable
Le serveur est HORRIBLE !!	Besoin de lignes directes
J'ai mis 7 ans avant de savoir comment joindre l'accueil !! Car à la question "Quel service souhaitez-vous joindre ?" je ne pense pas à dire à cette foutue machine : "ACCUEIL".	Réponse non exploitable
Que le pourcentage des hospitalisations programmées ne soit pas trop élevé.	Réponse non exploitable
Une seule personne qui gère les entrées. Et plutôt un médecin pour parler ensemble du délai d'hospitalisation et de ce qu'il est possible de mettre en place à la maison en attendant l'hospitalisation.	Favorable
Les hospitalisations sont fondées sur la qualité relationnelle des praticiens hospitaliers avec leurs correspondants. Qualité de l'écoute, des comptes-rendus.	Favorable
Avant nous avions la "surveillante", qui, quand elle voulait travailler, répondait fort mieux et faisait un "lien futé" avec le patron du service et les praticiens hospitaliers.	Favorable
Il est certain que les urgences réelles si exprimées sont fréquentes.	Réponse non exploitable
J'ai longtemps beaucoup travaillé avec le centre hospitalier Sud Gironde. Je m'en suis écarté lorsque les médecins sont devenus injoignables.	Réponse non exploitable

\*PH : praticien hospitalier

**Annexe 14 : Classement par thèmes des commentaires libres des médecins hospitaliers sur la proposition "faciliter l'accès à un interlocuteur hospitalier identifié dans chaque service"**

Réponses des médecins hospitaliers	Thèmes
Contact direct entre médecin généraliste et médecin hospitalier ou son secrétariat.	Besoin de lignes directes
Il faut juste plus de lits et donc plus de médecins à l'hôpital.	Manque de moyens
Si le poste du 3 <sup>ème</sup> PH* est maintenu.	Manque de moyens
Voir feuille ci-jointe (courrier du 1er septembre 2016).	Réponse non exploitable
En cas de malade vu à la consultation, programmer à partir des urgences qui préparent l'admission (jamais en direct dans le service).	Organisation particulière
Le problème du PH* est la sollicitation permanente. 2 PH* cardio pour 150 000 habitants ! Bordeaux = 100 cardio déjà en libéral pour 900 000 + le CHU**.	Manque de moyens
Nécessaire.	Favorable
Mise en œuvre de lignes directes dans tous les services pour joindre directement 1 médecin hospitalier aux heures ouvrées.	Besoin de lignes directes

\*PH : praticien hospitalier

\*\* CHU : centre hospitalier universitaire

Annexe 15 : Classement par thèmes des commentaires libres des médecins généralistes sur la proposition "centraliser les demandes à l'échelle de l'hôpital"

Réponses des médecins généralistes	Thèmes
Ce serait sans doute plus long et si l'interlocuteur n'est pas médecin, une orientation moins facile.	Préférence pour contacter un médecin
Idem.	Réponse non exploitable
Cela permettrait d'éviter le passage par les urgences.	Favorable
Surtout pas d'intermédiaire administratif (ou alors, ça va augmenter le nombre d'appels enregistrés au 15).	Eviter l'intermédiaire administratif
Car soit on peut l'hospitaliser dans le service souhaité, soit le patient rentre à la maison, soit il passe par les urgences.	Réponse non exploitable
Si urgences d'accord.	Réponse non exploitable
1 seul interlocuteur... bien.	Favorable
Non. Pas d'intermédiaire entre hospitalier et généraliste.	Préférence pour contacter un médecin
Surtout si personnel non médecin.	Préférence pour contacter un médecin
Quelle est la compétence d'un bed manager médical-paramédical-administratif_"placier" (non péjoratif de ma part).	Préférence pour contacter un médecin
Je ne connais pas mais pourquoi pas. Pourrait nous aider à "orienter" vers le bon service.	Favorable
Mais il faut qu'il maîtrise la problématique. Un gastro-entérologue c'est pas trop le top pour une problématique gériatrique.	Préférence pour contacter le médecin du service
Pas sûr que cette personne soit à même de juger du degré d'urgence et qu'elle reflète bien nos demandes. Tout dépend de sa qualification.	Problème de qualification
Gestion par mail éventuellement sur le modèle "allopédia" au CHU* Bx qui fonctionne très bien. Réponse via 1/3 personne, dans la journée par le spécialiste sur : conseil direct/ consultation dans un délai.../ hospit, et patient directement prévenu par cette personne et médecin informé.	Proposition par mail
Il sera plus simple de parler au médecin concerné qui accueillera le patient pour négocier les délais.	Préférence pour contacter le médecin du service
Retour à une possibilité d'interlocuteur donc personnalisation de l'hospitalisation et donc de régler ce qui pouvait être des problèmes (examens, urgence, polypathologie...).	Favorable
Ce serait l'idéal.	Favorable
Dans mon utilisation du centre hospitalier Langon, cela n'aurait pas d'utilité.	Inutile
C'est trop long. Pas de réponse en temps utile ou adéquate.	Inutile
=>surtout pour les urgences.	Utile pour les urgences
Je n'appelle jamais les urgences avant d'envoyer un patient car j'ai à plusieurs reprises eu comme réponse : "il faut l'adresser ailleurs, on a du travail".	
On ne gère pas des lits mais des patients. Le relationnel permet de faire passer une inquiétude, des interrogations qui n'ont pas leur place dans un courrier.	Réponse non exploitable
Je préfère la première option.	Réponse non exploitable
Actuellement, pourquoi faut-il passer par les urgences bien souvent ? (peut-être parce que je garde trop à la maison ?)	Réponse non exploitable
Innovant et permet d'éviter un passage sans résultat par les urgences (pas de diagnostic avec ?* basique)	Favorable

\*réponse non lisible

\*\* CHU : centre hospitalier universitaire

**Annexe 16 : Classement par thèmes des commentaires libres des médecins hospitaliers sur la proposition "centraliser les demandes à l'échelle de l'hôpital"**

Réponses des médecins hospitaliers	Thèmes
Avant, augmenter les lits + augmenter le nombre de médecins à l'hôpital.	Manque de places
	Manque de moyens
L'avis du gériatre est primordial pour l'indication d'hospitalisation et la programmation des examens. Le recueil d'infos est essentiel. Le contact médecin généraliste/gériatre est essentiel pour la pertinence de la prise en charge.	Préférence pour contacter le médecin du service
Multiplier les intermédiaires n'est pas une solution idéale vu les spécificités de chaque service (avis du spécialiste préférable).	Préférence pour contacter le médecin du service
Mais privilégier le contact direct avec le service fait gagner du temps.	Préférence pour contacter le médecin du service
Le bed manager n'est pas médecin. Seuls l'urgentiste et le chirurgien en contact bilangent le malade et préparent l'admission. Pas d'intérêt pour un 3 <sup>ème</sup> intervenant.	Préférence pour contacter un médecin
Mais toutes les spécialités n'ont pas les mêmes problématiques : le bed manager est néanmoins la solution la plus pertinente à l'échelle de l'hôpital. Le projet est relancé sur l'hôpital.	Préférence pour contacter le médecin du service
	Solution la plus pertinente à l'échelle de l'hôpital
Je n'y crois pas une seconde. L'idée est bonne, mais dans la vie réelle, là où entre le facteur humain, avec la multiplicité des tâches attribuées à chacun = idée sans lendemain, probablement.	Inutile
Eviterait tensions entre les différents services !	Favorable
Critères d'entrée au court séjour gériatrique à respecter et donc avis du gériatre nécessaire (et pour programmer les examens en amont de l'hospitalisation).	Préférence pour contacter le médecin du service
Il faut favoriser un lien direct médecin généraliste/médecin hospitalier = pas d'intermédiaire (bed manager ou plateforme d'appui).	Préférence pour contacter le médecin du service

Annexe 17 : Classement des commentaires libres des médecins généralistes sur la proposition "utiliser un moyen de communication asynchrone"

Réponses des médecins généralistes	Thèmes
La réponse ne parvient parfois jamais (expérience avec CHU pédiatrie à Bordeaux qui ne fonctionne que comme cela pour les consultations).	Mauvaise expérience
Les disponibilités n'étant pas les mêmes, ça me semblerait plus efficace.	Favorable
Solution globale PAACO par exemple. Solution intégrable sur smartphone.	Exemple de PAACO
Le côté direct est intéressant, le risque d'être submergé de mail ensuite.	Peur d'être submergé de mails
TSA déjà beaucoup utilisé.	Réponse non exploitable
Mais pas suffisant... nécessité de ligne dédiée. Appel vocal.	Préférence pour un contact téléphonique
Plus simple par téléphone que par mail.	Préférence pour un contact téléphonique
Selon le délai de réponse.	Selon le délai ou la certitude de réponse
Mais ne pas supprimer la communication directe !! On a besoin d'échanger...	Préférence pour un contact téléphonique
Multiplier les supports nécessite du temps pour les enchaîner : mail perso, mail cabinet de groupe, mail sécurisé, globe, snapchat... Et s'il n'est pas lu ?	Peur de multiplier les supports
Pour des situations non urgentes, et les situations à contexte de ressources adaptées au domicile.	Difficile au domicile
L'intérêt réside souvent dans une réponse rapide voire immédiate.	Selon le délai ou la certitude de réponse
On le fait par mail selon l'interlocuteur ou portable.	Réponse non exploitable
Mais peu réalisable dans le cadre de patient vu au domicile.	Difficile au domicile
Cela ne résoudra pas le manque de place et le manque de personnel (secrétaires non remplacées en cas d'arrêt...).	Manque de places
	Manque de moyens
L'utilisation de la messagerie sécurisée, ce jour me paraît être mal adaptée... Je reçois des comptes-rendus d'examens réalisés en hospitalisation... normaux...quel intérêt ? Sinon rajouter une couche au millefeuille informatique.	Peur de multiplier les supports
Le téléphone reste l'outil le plus adapté.	Préférence pour un contact téléphonique
Chronophage pour toute demande et délai imposé, donc pas utilisable pour les urgences ou semi-urgences.	Chronophage
Surtout pas ! Je trouve que ça complique ma vie !	Mauvaise expérience
Problème de temps et de délai de réponse.	Selon le délai ou la certitude de réponse
Pourquoi pas !	Réponse non exploitable
Faudra bien un jour y passer comme à Bordeaux pour les rdv...	Mauvaise expérience
Si délai de réponse court et si réponse certaine.	Selon le délai ou la certitude de réponse
A condition que les circuits soient bien précis. Cela tient aussi à l'intégrité du praticien hospitalier qui est excusé par l'abondance du travail, les contraintes et de lourdes responsabilités. Par exemple des grands patrons de Bordeaux répondent à 22h. Pour d'autres, on attend la réponse depuis des années.	Selon le délai ou la certitude de réponse
Pour ma part le plus efficace c'est le téléphone, le fax et les sms.	Préférence pour un contact téléphonique
Utilisé au CHU de Bordeaux, fonctionne très bien.	Favorable
Pas toujours le temps d'attendre une réponse par mail quand on est au domicile du patient.	Difficile au domicile



Annexe 18 : Classement par thèmes des commentaires libres des médecins hospitaliers sur la proposition "utiliser un moyen de communication asynchrone"

Réponses des médecins hospitaliers	Thèmes
Contact direct entre médecin généraliste et médecin hospitalier ou son secrétariat sauf si problème de lit. Même remarque.	Préférence pour un contact téléphonique Réponse non exploitable
Mais l'échange verbal est quand même bien utile.	Préférence pour un contact téléphonique
Mail encore peu utilisé. Ne répond pas à toutes les demandes. Mais pour certaines serait très intéressant.	Ne répond pas à toutes les demandes
Sous réserve que le dossier soit bien présenté au service qui fera l'admission. Messagerie sécurisée "internes et sages-femmes"	Si dossier bien présenté Réponse non exploitable
Mail, fax, sms, messages pris par les secrétaires.	Centralisation par les secrétaires
Indispensable	Indispensable
Nous rappelons dès que possible quand nous sommes occupés au moment de l'appel du médecin traitant.	Réponse non exploitable

**Annexe 19 : Classement par thèmes des commentaires libres des médecins généralistes sur la proposition "créer un espace professionnel sur le site internet du CH Sud Gironde avec un organigramme présentant les services, leurs spécificités et leur numéro de téléphone direct"**

Réponses des médecins généralistes	Thèmes
Cela éviterait des erreurs d'orientation.	Meilleure orientation du patient
Si mise à jour annuelle et réservé aux professionnels oui.	Idée pour améliorer ce dispositif
Oui mais simple et pratique.	Idée pour améliorer ce dispositif
Plaquette à disposition mais numéros ne correspondent pas comme avec le CHU* d'ailleurs.	Existence de plaquettes
Hôpital de Langon avec le standard téléphonique automatique est une perte de temps monumentale.	Réponse non exploitable
Prendre exemple sur le site du CHU* de Bordeaux.	Favorable
<b>INDISPENSABLE +++</b>	Favorable
Existe déjà mais pas intuitif au centre hospitalier Sud Gironde.	Existe déjà mais pas intuitif
Je ne sais pas forcément quelles sont les spécificités des services, leurs champs d'activité, ...	Meilleure orientation du patient
Et horaires pour les joindre.	Idée pour améliorer ce dispositif
+ possibilité de laisser un message avec accusé de réception.	Idée pour améliorer ce dispositif
Et leurs mails. Attention aux mises à jour.	Idée pour améliorer ce dispositif
On a déjà une plaquette avec les numéros directs des services.	Existence de plaquettes
Numéros disponibles par plaquettes.	Existence de plaquettes
Non, pas utile pour moi.	Inutile
Pourquoi pas ?	Réponse non exploitable
Le temps de le consulter ?	Réponse non exploitable
Ou sur une plaquette envoyée au cabinet.	Format plaquette désiré
Très pratique surtout en visite à domicile.	Favorable
Les numéros et les heures d'ouvertures. Les secrétariats sont par exemple ouverts et fermés à des heures très variables.	Idée pour améliorer ce dispositif
C'est ce que j'allais demander.	Favorable
Je suggère qu'on incite le CHU* de Bordeaux à le faire.	Favorable
Reste à créer et à le connaître.	Favorable

\*CHU : centre hospitalier universitaire

Annexe 20 : Classement par thèmes des propositions des médecins généralistes pour améliorer la programmation des hospitalisations

Réponses des médecins généralistes	Thèmes
Augmenter les capacités d'accueil ?	Augmenter le nombre de lits ou les moyens
Le réseau Escalé santé, la plateforme d'appui à la coordination peuvent être des ressources pour avoir des coordonnées téléphoniques.	Utiliser les réseaux pour avoir les numéros de téléphone
La télémédecine est une "impasse" qui gèrera la pénurie médicale des 10 années à venir. => rdv dans 10 ans quand le nombre de médecins redeviendra acceptable.	Réponse non exploitable
Améliorer la qualité de prise en charge des patients hospitalisés sur Langon.	Amélioration de la qualité de prise en charge à Langon
Augmenter le nombre de lits d'hospitalisations de gériatrie et médecine polyvalente.	Augmenter le nombre de lits ou les moyens
Augmenter les lits, les infirmiers, les aides soignants... Patient au cœur du système et non des emmerdeurs à gicler.	Augmenter le nombre de lits ou les moyens
Mes demandes d'hospitalisation sont ** pour des problèmes urgents et ** souvent par un passage aux urgences. Il faudrait pouvoir programmer pour le lendemain mais souvent pas de place.	Réponse non exploitable
Avoir le 06 de chaque responsable de chaque service pour les joindre directement en cas de demande d'hospitalisation (comme le nôtre à leur disponibilité).	Renforcer le lien ville/hôpital
Personnellement j'ai été très sensible à la démarche d'un des médecins qui est venu dans nos cabinets libéraux échanger sur nos besoins et son offre de soin en gynéco.	Renforcer le lien ville/hôpital
Courrier de présentation du fonctionnement des services, comme l'a fait le court séjour gériatrique. A faire par les autres services. Permettrait de connaître les différentes possibilités (consultations urgentes, hôpital de jour, hospitalisations programmées...).	Renforcer le lien ville/hôpital
Arrêter ce fichu standard à reconnaissance vocale qui vous envoie n'importe où !!!	Suppression du standard téléphonique automatique
Avoir la possibilité d'évoquer les problématiques rencontrées et valider en amont les conduites à tenir, voir anticiper les examens à prévoir pour rendre l'hospitalisation la plus brève possible et la plus efficiente.	Renforcer le lien ville/hôpital
Pas de proposition particulière, le problème résidant la plupart du temps dans le nombre de lits disponibles. Pour le bien de nos patients, il est important de parler au médecin qui va le prendre en charge ou qui l'a déjà pris en charge. Le seul service qui est bien organisé, c'est le court séjour en gériatrie. Le service de cardiologie rappelle dans les 24h quand on ne peut pas les avoir au téléphone. Le service de gastro a des progrès à faire +++.	Augmenter le nombre de lits ou les moyens Renforcer le lien ville/hôpital
Augmenter le nombre de lits disponibles avec le personnel adapté, ce qui n'est malheureusement pas l'objectif actuel des autorités sanitaires qui ne pensent qu'aux restrictions budgétaires sans penser au patient.	Augmenter le nombre de lits ou les moyens
Non. En fait, je travaille beaucoup plus avec le CH* Libourne, peu d'expérience avec le CH* Sud Gironde.	Réponse non exploitable
Revenir à un dialogue confraternel, le lien informatique dédouane les uns, envahit les autres... Cela est chronophage et inintéressant à mon goût.	Renforcer le lien ville/hôpital

Un livret avec des numéros directs et un médecin senior et un interne d'astreinte pour répondre aux avis et planifier les hospitalisations potentielles. Etoffer l'offre de soins du CH*.	Renforcer le lien ville/hôpital
	Etoffer l'offre de soins
Organiser une réunion annuelle entre un ou plusieurs praticiens hospitaliers de chaque service et les autres médecins généralistes et spécialistes des alentours.	Renforcer le lien ville/hôpital
Oui : organisation du transport. Les ambulances sont rarement disponibles.	Organiser les transports
Eduquer le personnel dont les médecins à évoluer un minimum. Faut-il penser que les médecins sont si épuisés pour excuser la froideur des structures hospitalières.	Réponse non exploitable
Non.	Réponse non exploitable
Améliorer les retours d'hospitalisations par un accès au compte-rendu hospitalier par voie informatique (et non postale).	Renforcer le lien ville/hôpital
La demande augmente, l'offre diminue. C'est quand même mieux au centre hospitalier universitaire que dans les services de Langon et les services de convalescence.	Augmenter le nombre de lits ou les moyens

\*CH : centre hospitalier

\*\*réponse non lisible

**Annexe 21 : Classement par thèmes des propositions des médecins hospitaliers pour améliorer la programmation des hospitalisations**

Réponses des médecins hospitaliers	Thèmes
Intervention des libéraux pour une dizaine de lits identifiés dans l'hôpital => possibilité d'hospitaliser son patient et de le gérer.	Gestion de certains lits par des libéraux
1. En l'absence de place pour une entrée directe, adresser aux urgences pour consultation par un gériatre de l'EMG* qui juge de la pertinence d'une hospitalisation en urgence le jour même (on cherche une place d'hébergement dans l'hôpital) ou d'une hospitalisation programmée ou différée.	Intervention de l'équipe mobile de gériatrie
2. En cas d'urgence et nécessité de prise en charge aux urgences, appel du gériatre pour avis aux urgences par EMG* pour une prise en charge en binôme gériatre/urgentiste (diminuer le temps passé aux urgences, améliorer la prise en charge et orientation).	
Accès direct aux médecins généralistes.	Renforcer le lien ville/hôpital
Elaboration d'une liste de diffusion avec les coordonnées des médecins et des cadres de chaque service du centre hospitalier Sud Gironde et diffusée à l'ensemble des médecins de ville.	Renforcer le lien ville/hôpital
Généraliste => consultation (à froid) => chirurgie => hospitalisation programmée ou Généraliste (à chaud) => chirurgien => urgentiste => bilan => hospitalisation ou bloc.	Réponse non exploitable
Nous avons proposé des communications par mail mais l'outil n'est pas idéal (tributaire du moment de consultation des mails y compris messagerie sécurisée = nous venons de créer une messagerie sécurisée commune interne-sages-femmes). Le téléphone reste le plus logique = numéro de téléphone dédié.	Priorisation du contact téléphonique
A mon tour = quelle solution apporter aux personnes refoulées par les cabinets de ville, y compris les maisons médicales, y compris celle de La Réole = "on ne prend pas de nouveaux patients".	Réponse non exploitable

\* EMG : équipe mobile de gériatrie

# SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

## RESUME

### **Hospitalisations programmées au Centre Hospitalier Sud Gironde : état des lieux.**

#### **Enquête de pratique auprès des médecins généralistes et hospitaliers.**

Introduction : L'hospitalisation programmée est plus bénéfique pour le patient qu'une admission via les urgences, mais de nombreux obstacles organisationnels sont rapportés dans la littérature. L'objectif de cette étude est de déterminer si les médecins généralistes et hospitaliers du territoire Sud Gironde ont des difficultés à programmer une hospitalisation au Centre Hospitalier Sud Gironde.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude de type enquête de pratique, réalisée sur les mois de janvier et février 2018, via un questionnaire par voie postale, envoyé aux médecins généralistes et hospitaliers du territoire Sud Gironde concernés par la programmation des hospitalisations.

Résultats : 120 médecins généralistes et 23 hospitaliers ont été inclus. 102 questionnaires ont été analysés. Le taux de réponse est de 74,1 % (75 % chez les médecins généralistes, 69,5 % chez les hospitaliers). Les médecins généralistes ont des difficultés à programmer des hospitalisations (7,1 % en ont toujours, 61,9 % souvent) mais pas les hospitaliers (68,8 % en ont rarement). Le principal obstacle pour les médecins généralistes et hospitaliers est le manque de place à l'hôpital.

Conclusion : Les médecins généralistes ont des difficultés à programmer les hospitalisations, contrairement aux médecins hospitaliers. La communication joue un rôle essentiel dans la programmation des hospitalisations. Les acteurs du territoire Sud Gironde sont très dynamiques sur cette problématique et nous espérons pouvoir proposer une solution d'amélioration à l'échelle de l'hôpital, de type espace sécurisé sur le site de l'hôpital Sud Gironde.

### **Scheduled hospitalizations at the Centre Hospitalier Sud Gironde: inventory.**

#### **Practice survey of general practitioners and hospital doctors.**

Introduction : Scheduled hospitalization is more beneficial to the patient than admission via the emergency room, but many organizational barriers are reported in writing. The purpose of this study is to determine whether general practitioners and hospital doctors in the South Gironde territory have difficulty in scheduling hospitalization at the South Gironde Hospital Centre.

Materials and Methods : This is a practice survey type study, carried out in January and February 2018, using a postal questionnaire sent to general practitioners and hospital doctors in the South Gironde region concerned by the hospitalisation scheduling process.

Results : 120 general practitioners and 23 hospital staff were included. 102 questionnaires were analyzed. The response rate was 74,1% (75% for general practitioners, 69,5% for hospital staff). General practitioners have problems planning hospitalizations (7,1 % always have them, 61,9 % often) but not hospitalworkers (68,8 % rarely have them). The main obstacle for general practitioners and hospital doctors is the lack of hospital beds.

Conclusion : General practitioners have difficulty scheduling hospitalizations, unlike hospital practitioners. Communication plays a key role in hospitalization planning. The stakeholders in the South Gironde region are very proactive on this subject and we hope to provide for this hospital-level improvement solution, in the form of a secure workspace for the Sud Gironde Hospital site.

**DISCIPLINE** : Médecine générale

**MOTS-CLES** : hospitalisation programmée, parcours de soin, relation ville-hôpital

**INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R** :

Université de Bordeaux. U.F.R. des Sciences Médicales 146 rue Léo Saignat 33000 BORDEAUX