

Comment améliorer l'orientation des patients entre les médecins de ville et l'Hôpital ? Analyse des pratiques au sein du centre hospitalier Gabriel Martin - Saint Paul

Florent Lahouze

▶ **To cite this version:**

Florent Lahouze. Comment améliorer l'orientation des patients entre les médecins de ville et l'Hôpital ? Analyse des pratiques au sein du centre hospitalier Gabriel Martin - Saint Paul. Microbiologie et Parasitologie. 2019. dumas-02519277

HAL Id: dumas-02519277

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02519277

Submitted on 25 Mar 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

N° 179

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

Présentée et soutenue publiquement
le 22 octobre 2019

Par LAHOUZE Florent
Né(e) le 09/06/1988 à DAX

Comment améliorer l'orientation des patients entre les médecins de ville et l'Hôpital ? Analyse des pratiques au sein du centre hospitalier Gabriel Martin - Saint Paul

---

Président:	Madame la Professeur Nathalie Salles
Assesseurs :	Monsieur le Professeur Bertrand Guihard
	Monsieur le Professeur William Durieux
	Monsieur le Docteur Baudry Valentin
Directeur de thèse :	Monsieur le Docteur Rémi Girerd
Rapporteur :	Monsieur le Docteur et maître de conférence associé Adam Christophe

REMERCIEMENTS

Au Professeur Nathalie Salles,
Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury, je vous en remercie vivement.
Soyez assurée ici de toute ma gratitude et de mon profond respect.

Au Professeur William Durieux,
Vous me faites l'honneur de vous joindre aux membres de mon jury de thèse.
Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous avez accepté de me consacrer pour juger mon travail ce jour.

Au Professeur Bertrand Guihard
Vous me faites l'honneur d'accepter de juger mon travail.
Veuillez recevoir le témoignage de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

Au Docteur Valentin Baudry,
Merci à toi, d'avoir accepter de juger mon travail.
Je suis vraiment heureux et honoré que tu aies accepté d'être présent ce jour, au sein de mon jury.
Trouves ici la marque de toute ma reconnaissance et de ma profonde amitié.

Au Docteur Rémi Girerd ,
Merci d'avoir été présent pour m'aider et me soutenir tout au long de l'avancement de mon travail.
Ta disponibilité, tes conseils et tes encouragements m'ont été précieux.

Au Dr Adam Christophe,
Merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse et d'avoir ainsi apporté vos connaissances à la critique de notre travail. Veuillez trouver ici, l'expression de mes sincères remerciements .

Aux membres des services de Gabriel Martin, personnel médical comme paramédical ainsi que secrétaires; un grand merci pour leur accueil ainsi que pour la mise à disposition des données nécessaires à mon travail.

Aux médecins et aux équipes paramédicales que j'ai pu rencontrer tout au long de mes études et qui m'ont, chacun, appris de leur expérience, et m'ont tant apporté, aussi bien sur le plan médical que sur le plan humain.

A mes parents,
Merci à vous pour tout ce que vous m'avez apporté, merci pour votre générosité, tant dans le caractère que dans le matériel, vous m'avez montré l'exemple. A mon tour maintenant d'essayer de vous égaler.
Je voulais vous remercier aussi, pour m'avoir soutenu pendant toutes ces années d'études , de la croix rouge des fêtes de Dax au diplôme de Docteur, vous avez toujours été là pour moi et je vous en serai à jamais reconnaissant.
Pour ce travail , je voulais remercier particulièrement ma maman pour son aide grammaticale, et mon Papa pour ses coups de pression stimulatoires !
Malgré « un travail constant dans la médiocrité » , j'ai réussi a m'en tirer.

A mon frère et ma sœur, Thierrou, Nadia et mes trois petits neveux adorés
qui sont loin des yeux , mais près du cœur. Merci d'avoir participé à votre manière, au rythme de longues soirées endiablées, de Saragosse à Gatineau en passant par Réauville! Même si on aimerait vivre ces moments là plus souvent, on en profite et on les déguste jusqu'à leur substantielle moelle à chaque fois qu'ils se présentent.

Merci à ma belle famille : Michel, Laurence, Pierre, Mathieu, Lisa ; merci à vous pour votre joie de vivre, votre bienveillance et votre hospitalité, qui font toujours chaud au cœur. Même si l'originalité de vos « déguisements » aurait pu en faire fuir plus d'un, je suis resté. Je suis sincèrement heureux et chanceux de vous avoir comme belle famille.

A toute la famille peï, guitoux, auré , benou, anya, thibo , lélé, caro, lucas, bardé, elisa, philippe, laura, ludo et tous les autres... Merci pour tous ces moments inoubliables et pour tous ceux à venir, ici ou ailleurs.

A tous les colocs: benoit, pierre, ana, charly, clément, julie, mathilde, camille, merci pour tous ces bons et "fracassants" moments passés avec vous.

A tous les copains de bordeaux: amaury, floriane, melou , mathieu, alexis , florence , adil , alex , nath, shamsou, romain, ana, florian , camille, arnal , yo , charline, edouard, lucie , lucile, vanina, benjamin ; un grand merci pour ces 15 belles années d'amitié, il nous en reste encore tellement à écrire...

Aux "vrais" qui sont dans le Sud ouest: val, elsa , laura et jean, Toto, Romy, Stella, Lamelle, et "Kilyan", merci à vous d'avoir grandement participé à la construction et au bonheur de notre nouvelle vie métropolitaine.. Que cela dure encore longtemps!
Merci tout particulièrement à toi valou , saches que tu es à jamais « gravé » sur mon crâne et que ma tête n'est pas prête de l'oublier… et mes vertèbres non plus.

Je ne pourrai finir sans remercier, ma chère et tendre. Merci à toi ma Marie, pour ton soutien, ton aide, ton amour, merci d'être tout simplement celle que tu es; sans toi je n'y serai pas arrivé. Ma fierté et mon bonheur que tu portes notre enfant n'ont d'égal que ta gentillesse et ta générosité ... tu seras, j'en suis sûre, la meilleure des mamans.

LISTE DES ABRÉVIATIONS :

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CHGM : Centre Hospitalier Gabriel Martin

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLAT : Centre de Lutte Anti-Tuberculeux

HD : Hospitalisation Directe

HVU : Hospitalisation Via les Urgences

HdJ : Hôpital de Jour

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

Nbre : Nombre

PH : Praticien Hospitalier

SAU : Soins d'Accueil des Urgences.

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

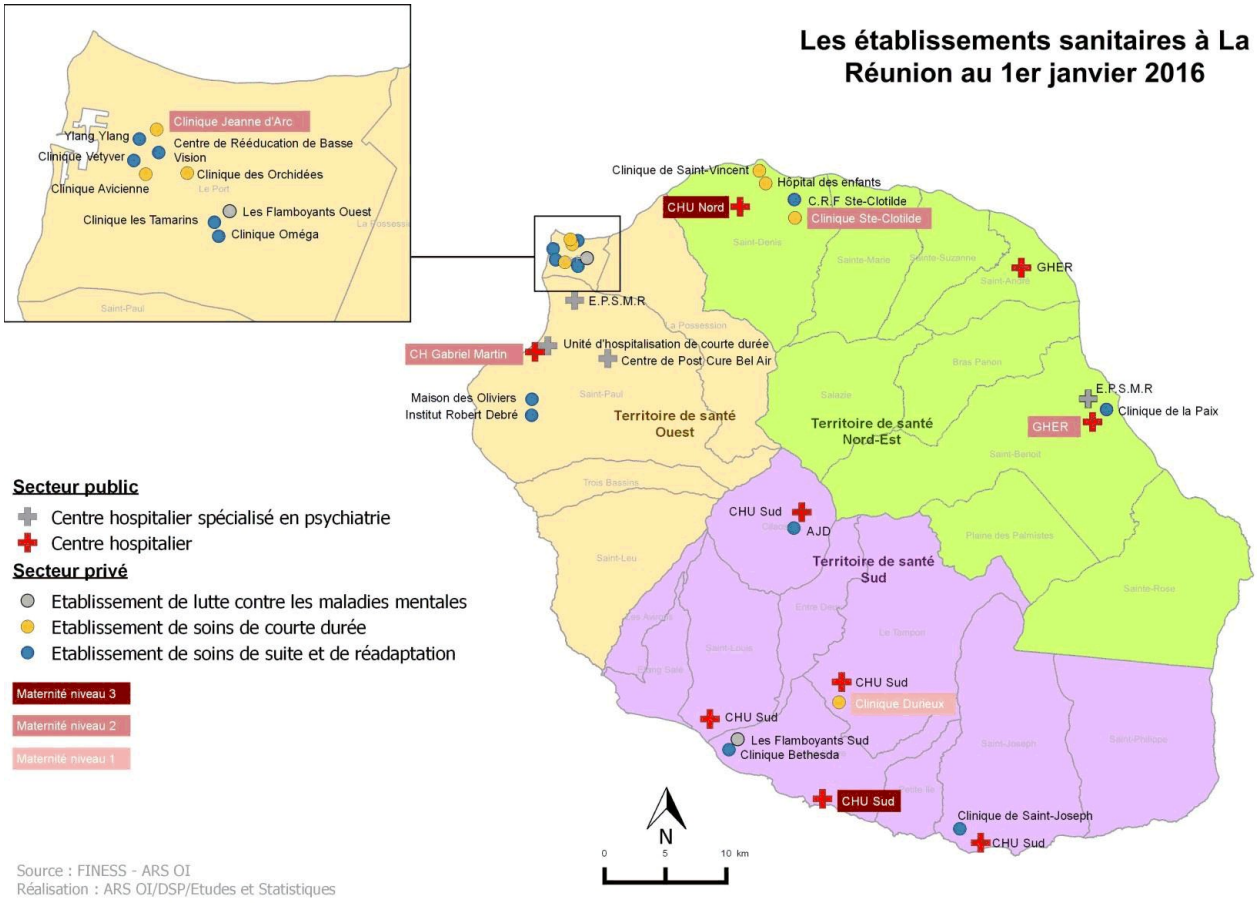
Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS :....4
INTRODUCTION....6
I. Structure de santé à la Réunion et CHGM....6
II. La médecine générale en France et à la Réunion....9
III. Les services des urgences....9
IV. Justification de l'étude....11
MATÉRIEL ET MÉTHODE....13
I. Type d'étude....13
II. Population étudiée....13
III. Recueil de données....13
IV. Analyse statistique :....16
RESULTATS....17
I. Population de l'étude....17
II. Age....18
III. Sexe....18
IV. Nombre de traitements au long cours et pathologies chroniques :....19
V. Médecin à l'origine de l'hospitalisation :....19
VI. Diagnostics médicaux....20
VII. Examens complémentaires en pré hospitalier :....21
VIII. CCMU....23
IX. Avis spécialisé demandé en externe :....23
X. Services d'hospitalisation :....24
XI. Devenir des patients après hospitalisation :....25
XII. Durée de séjour....25
XIII. Jour d'hospitalisation:....25
XIV. Délai de contact appel et hospitalisation :....26
XV. Objectifs Secondaires : Evaluation des dossiers par praticien hospitalier....27
DISCUSSION....29
I. Critique de l'étude :....29
II. Analyses des principaux résultats:....30
1) Nombre de patients envoyés aux urgences:....30
2) Age et sexe....31
3) Nombre de traitements....31
4) Motifs de consultation....32
5) Examens pré-hospitaliers :....33
6) Médecin à l'origine de l'envoi :....34
7) Service d'hospitalisation :....34
8) Devenir des patients....35
9) Durée moyenne de séjour :....35
10) Délai d'hospitalisation:....35
11) Analyse par des praticiens hospitaliers, des patients HVU....36
III. Communication Ville-hôpital : Obstacles à la programmation de soins....37
1) Difficultés pour obtenir l'intervenant adapté :....38
2) Orientation vers le service des urgences par praticiens hospitaliers....39
3) Urgences : porte d'entrée de l'hôpital....39
4) Délai d'hospitalisation :....40
5) Améliorations à apporter :....40
CONCLUSION....43
BIBLIOGRAPHIE....45
RÉSUMÉ....49

INTRODUCTION

I. Structure de santé à la Réunion et CHGM

L'organisation sanitaire à la Réunion est structurée autour de 3 territoires de santé, découpés en fonction des pôles économiques locaux, avec un territoire sanitaire au Nord-Est , un second territoire sanitaire au Sud et un troisième à l'Ouest.



L'Ile de la Réunion possède au 1er janvier 2016, 26 établissements de santé dont 4 publics et 22 privés.

Depuis 2012, le département est doté d'un CHU réparti sur 2 sites (Nord et Sud);

	Territoire Ouest	Territoire Nord-est	Territoire Sud	Totaux	Moyenne nationale
Nbre lits d'hospitalisation et ambulatoire en MCO (privé + public)	384(1)	1193	860	2148	242 469(1)
Population	214795**	329560**	306372**	850727	64558472
Nbre de lits / 100 000 habitants	17	36	28	25	37

**Taux recensement 2015(2)

L'île de la Réunion est moins bien dotée en lits d'hospitalisation avec une capacité d'accueil de 2148 lits en MCO (Médecine; Chirurgie; Obstétrique) soit 25 lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants contre 37 /10 000 habitants en métropole (1) et encore plus particulièrement le territoire de santé de l'Ouest de la Réunion qui ne présente que 17 lits pour 10 000 habitants, une situation qui provoque un flux tendu dans ce secteur.

Le Centre Hospitalier Général de Gabriel Martin se situe sur la partie Ouest de l'île de la Réunion qui draine un secteur de 215 000 habitants soit 25% de la population de l'île.

Le site est constitué de 228 lits d'hospitalisation complète (HC) et 15 lits d'hospitalisation de jour (HdJ) soit un total de 243 lits qui sont repartis dans 5 Pôles (4).

Le premier, le pôle CUBA regroupe les services de chirurgie , d'urgence, les consultations de prévention anti tuberculose et lèpre (CLAT), le bloc opératoire et l' anesthésie, avec 18 Lits D'HC pour la chirurgie digestive et endocrinologique , 14 Lits D'HC pour la chirurgie orthopédique, 6 Lits D'HdJ en chirurgie ambulatoire, 8 Lits D'HC en soins continus, 9 Lits en UHCD adulte et pédiatrique .

Le pôle Femme, Mère et Enfant regroupe les services de gynécologie avec 6 Lits D'HC, d'obstétrique avec 32 Lits D'HC, d'orthogénie avec 5 Lits D'HdJ, l'unité Kangourou avec 6 Lits D'HC, la néonatologie avec 6 Lits D'HC, les soins intensifs de néonatologie avec 3 Lits D'HC, les services pédiatries nourrissons et grands enfants avec 25 Lits D'HC ainsi que la maison des adolescents et le centre de prévention de l'Ouest.

Le pôle Médecine comprend les services : d'orientation pneumologique avec 20 Lits D'HC, de cardiologie avec 20 Lits D'HC, de gastro-entérologie avec 31 Lits D'HC, de diabéto-endocrinologie avec 20 Lits D'HC, de court séjour gériatrique avec 10 Lits d'HC, un hôpital de jour principalement utilisé pour les pathologies de diabète gestationnel, de biothérapie, de bilans de chirurgie bariatrique, de chimiothérapie, de consultation onco-hématologie et radiothérapie avec 4 Lits D'HdJ. Une équipe mobile de gériatrie ainsi qu'une équipe mobile de soins palliatifs et lutte contre la douleur, font aussi partie du pôle.

Le quatrième pôle regroupe tous les équipements médico-techniques et soins de support avec le laboratoire de biologie médicale, la pharmacie, le service d'imagerie médicale et le département de l'information médicale.

Le cinquième pôle est constitué des services de management.

II. La médecine générale en France et à la Réunion

Sur le plan national au 1er janvier 2017, la France présente une population médicale de 87 275 personnes.

La Réunion possède 1182 médecins généralistes présentant une activité régulière sur l'Ile de la Réunion , dont 305 sur la partie Ouest de l'île soit une densité médicale qui reste légèrement inférieure à celle de la moyenne française avec 139 médecins pour 100 000 habitants sur la Réunion contre 141 /100 000 Habitants (5).

- Densité médicale à la Réunion des médecins généralistes

La Réunion présente une population de 850 727 au recensement de 2015 avec une croissance moyenne de 0,7 % par an depuis 2010, supérieure à la moyenne nationale avec 0,5% par an (2).

La densité médicale au niveau de la région Ouest de la Réunion est légèrement supérieure à la moyenne nationale avec une densité estimée à 144 médecins / 100 000 hab.

A noter que l'évolution de l'effectif des médecins généralistes à la Réunion est à la baisse avec une régression de 0,8% entre 2016 et 2017.

III. Les services des urgences

Les services d'urgences ont pour mission de prendre en charge, en priorité :
- les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou

fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences
- les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir (6).

La France regroupe 723 structures d'urgences pour un total de 18,5 millions de passages annuels avec une progression moyenne de 3% du nombre de consultations chaque année depuis 2010.

La Réunion suit cette évolution avec une augmentation similaire à celle de la métropole avec 139 080 passages aux urgences en 2016.

Au niveau de notre centre hospitalier, nous observons le passage de 29 627 personnes aux urgences de CHGM durant l'année 2016 (7), soit une moyenne de 82 consultations aux urgences adultes par jour.

La consultation d'urgence n'est heureusement pas l'exclusivité des services hospitaliers ; on estime le recours urgent ou non programmé en médecine de ville à 35 millions par an (8).

Lors de l'étude de DRESS en juin 2013, l'analyse des données montrait que 24 % des patients consultants aux urgences l'étaient sur les conseils d'un médecin (traitant ou autre) (9).

A noter que la suppression de l'obligation de garde, en 2002, a vu régresser le nombre de médecins généralistes réalisant la permanence de soins, qui ont été supplantés depuis par des cabinets de garde médicale ouverts hors permanence de soins , de type "SOS médecins " , et par des consultations médicales dans des structures accolées aux services des urgences.

IV. Justification de l'étude

Ce travail s'inscrit dans l'évaluation du parcours de soins dans le cadre de la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital.

Devant le nombre croissant d'usagers des urgences, la bonne orientation des patients en pré hospitalier semble primordiale, autant pour le médecin de ville transmettant une information médicale directe et de qualité sans intermédiaire au service adapté, que pour le médecin hospitalier, évitant une perte d'information et permettant un travail plus rapide . Pour le patient, cela lui évite un passage par les urgences si celui-ci est inutile.

En 2011 selon les estimations du réseau Sentinelles, les médecins généralistes métropolitains ont eu recours à 1,45 million d'hospitalisations (10).
Lorsqu'une hospitalisation est souhaitée par un médecin généraliste, les services des urgences semblent être la porte d'entrée privilégiée de l'hôpital.

L'organisation des services d'urgences, axée sur le diagnostic et le traitement de pathologies aiguës, est souvent inadaptée à l'évaluation globale, particulièrement pour les patients âgés. Leur passage par les urgences est souvent mal vécu et la complexité des pathologies rencontrées allonge le temps passé aux urgences.
Des études ont suggéré que l'admission des personnes âgées par les urgences était un facteur de risque de complication et de déclin fonctionnel à la sortie d'hospitalisation(10).

De plus le coût économique d'un passage par les urgences n'est pas négligeable avec 223 €/ personne , dans un contexte actuel d'économie de santé (12).

Nous faisons l'hypothèse que les admissions directes dans les services hospitaliers de notre hôpital sont sous-utilisées par les médecins de ville.
Il semble que plusieurs éléments se cumulent pour freiner l'hospitalisation directe,

comme par exemple : le délai nécessaire pour joindre l'intervenant hospitalier souhaité, le délai d'hospitalisation proposé par le PH, ou bien la facilité d'envoi aux urgences et d'accès aux soins via ce service, pour les médecins de ville.
Nous pensons qu'un certain nombre de patients aurait pu être hospitalisé directement dans un service, et éviter ainsi un passage par les urgences.

L'optimisation du parcours de soins est un élément important de la prise en charge du patient. C'est pourquoi l'analyse des patients hospitalisés ,via les urgences ou bien en hospitalisation directe nous permettrait de mettre en évidence les caractéristiques et les différences de ces deux populations dans l'optique d'améliorer le parcours de soins en favorisant les entrées directes dès que cela est indiqué.

L'objectif principal de ce travail est de décrire et comparer les caractéristiques des patients hospitalisés adressés par un médecin de ville à l'hôpital .

L'objectif secondaire est d'évaluer la possibilité d'une hospitalisation directe en service des patients envoyés aux urgences par un médecin de ville.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective descriptive monocentrique.

II. Population étudiée

Critères d'inclusion :

Les critères d'inclusion sont

-Age supérieur ou égal à 18 ans

-Patient envoyé par un médecin avec un courrier médical.

-Patient hospitalisé directement ou bien consultant aux urgences puis hospitalisé dans un des services suivants : orientation pneumologique , cardiologie , Gastro- entérologie, diabéto-endocrinologie , court séjour gériatrique, chirurgie digestive et endocrinologique , chirurgie orthopédique, gynécologie, UHCD-Soins continus,ou bien transféré dans une autre structure hospitalière pour y être hospitalisé.

Critères d'exclusion :

Nous avons exclu :

-Les patients hospitalisés pour raison psychiatrique

-Les patients envoyés par un médecin de garde aux urgences.

-Les patients adultes adressés aux urgences gynécologiques et obstétriques.

Le recueil des données est réalisé sans restriction d'horaire du 27 février 2017 au 11 mars 2017.

III. Recueil de données

Données analysées :

Nous avons recueilli plusieurs type de données :

- Age
- Sexe
- Mode d'entrée : HD , HVU
- Date d'entrée à l'hôpital

- La cotation CCMU pour les patients hospitalisés aux urgences,

- Le service d'hospitalisation : Gastro-entérologie, Cardiologie, médecine polyvalente orientation pneumologie, court séjour gériatrique, endocrinologie-diabétologie, chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique, gynécologie-obstétrique, unité d'hospitalisation de courte durée

- Délai entre premier contact et hospitalisation effective pour l'HD

- Le médecin à l'origine de l'envoi : médecin généraliste, médecin du service, médecin spécialiste de ville, médecin spécialiste hospitalier extérieur au service d'hospitalisation

- La date de rédaction du courrier

- La présence d'avis spécialisé demandé en externe stipulé sur le courrier médical

- Le diagnostic médical à l'origine de l'envoi

- Le nombre de traitements au long cours

- Le nombre de pathologies chroniques

- Le nombre et le type d'examens complémentaires en externe

- Le type d'acte et d'examens complémentaires réalisés aux urgences : Soins paramédicaux, aérosols, traitement IV, petite traumatologie, biologie, ECG, Radiographie, Scanner, IRM , Échographie,

- Avis spécialisé demandé lors du passage aux urgences

- Équipe mobile de soins palliatifs programmés en externe

- Date de sortie d'hospitalisation ou du transfert

- Devenir après hospitalisation : retour à domicile , transfert, décès, institutionnalisation

Les données ont été recueillies sous forme de tableur avec l’aide du logiciel Excel Microsoft©.

Mode de recueil :

Le recueil s'est déroulé sur 2 étapes.

Premièrement, nous avons analysé tous les dossiers des patients adressés aux urgences de CH de Gabriel Martin, qui étaient majeurs et présentant un courrier d'un médecin qui avait été scanné dans le dossier médical du logiciel DxCare . Nous avons exclu les patients ayant une pathologie psychiatrique.

Nous avons réanalysé à distance de l'hospitalisation tous ces dossiers pour récupérer, les conclusions de l'hospitalisation , la durée d'hospitalisation et le devenir de ces patients .

Parallèlement à la fin de chaque journée , durant la période de l'étude, je suis passé dans chaque service d'hospitalisation de l'hôpital et j'ai questionné l'équipe soignante sur la présence de patients hospitalisés directement de l'extérieur, pour pouvoir les inclure dans mon étude et les ai questionnées sur différents éléments de mon recueil (délai de contact hôpital/ hospitalisation). De la même façon que pour la première partie, j'ai de nouveau analysé a posteriori ces patients pour récupérer les conclusions de l'hospitalisation, la durée d'hospitalisation et le devenir de ces patients.

A distance du recueil, nous avons analysé avec deux médecins hospitaliers expérimentés, la première PH en médecine polyvalente et le second PH exerçant aux urgences du CHGM, tous les patients envoyés par un médecin au service des urgences en répondant à cette question : "A la lecture du courrier médical initial et des paramètres disponibles, aurait-il été possible de programmer une hospitalisation sans passer par les urgences ? "

IV. Analyse statistique :

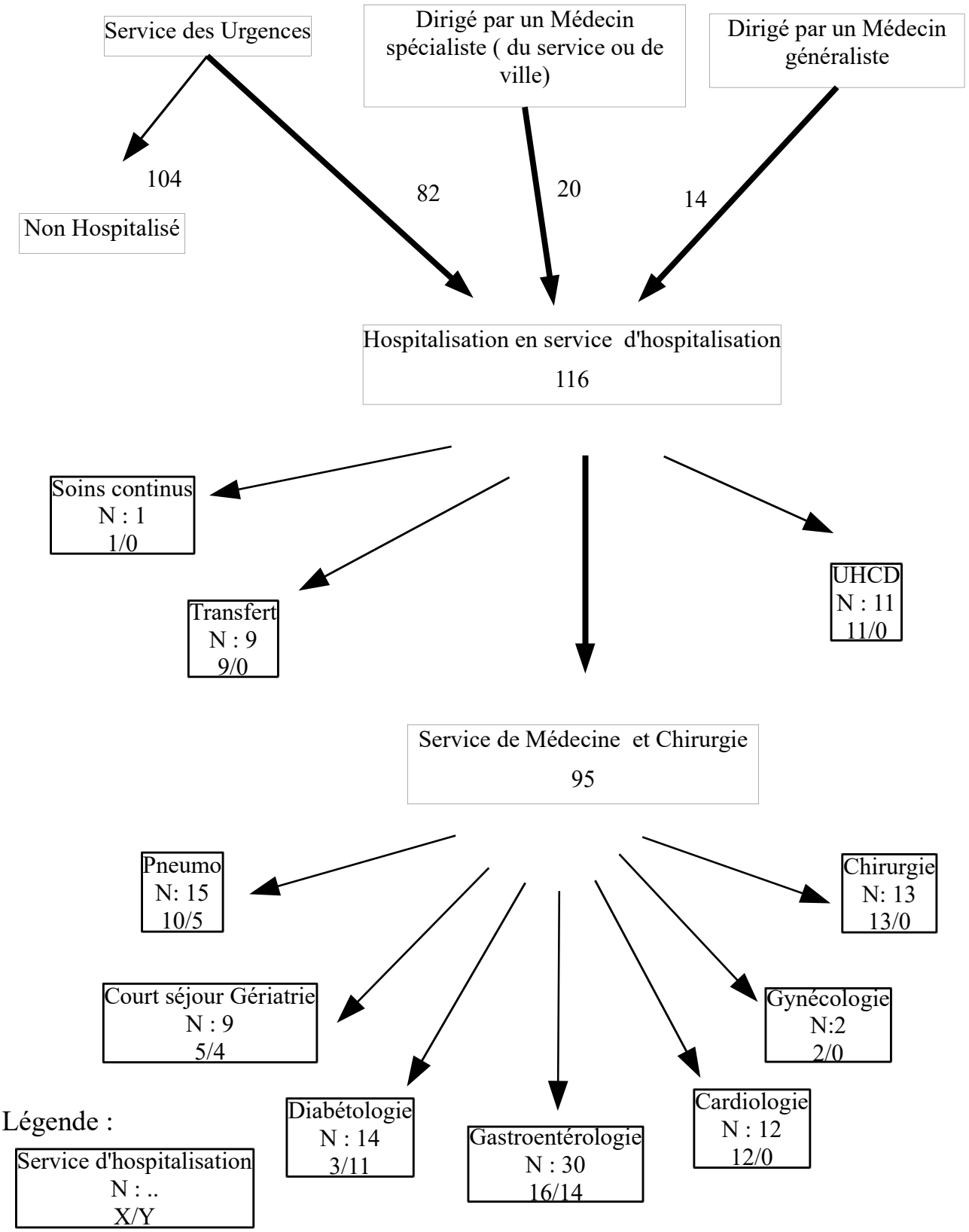
Les données ont été analysées et traitées en collaboration avec la cellule de soutien méthodologique de l'université de la Réunion.

Une analyse descriptive a été réalisée sur l'ensemble de la population de l'étude. Les résultats sont exprimés sous forme de moyenne ± déviation standard ou médiane et étendue pour les variables quantitatives ou d'effectif et pourcentage pour les variables qualitatives.

Des analyses univariées ont été réalisées pour comparer les caractéristiques des patients ainsi que leur devenir selon leur mode d'admission . Les tests statistiques utilisés sont le test de Chi-2 (ou le test exact de Fisher selon la distribution de la variable) pour les variables qualitatives. Pour les variables quantitatives, le test de Shapiro-Wilk a permis de tester la normalité des distributions et le test t de Student (ou le test non paramétrique de Mann-Whitney) a été utilisé pour comparer les moyennes. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS© (IBM SPSS 23.0, IBM Corp. Armonk, NY). Le seuil de significativité p est fixé à 0,05 et tous les tests sont bilatéraux.

RESULTATS

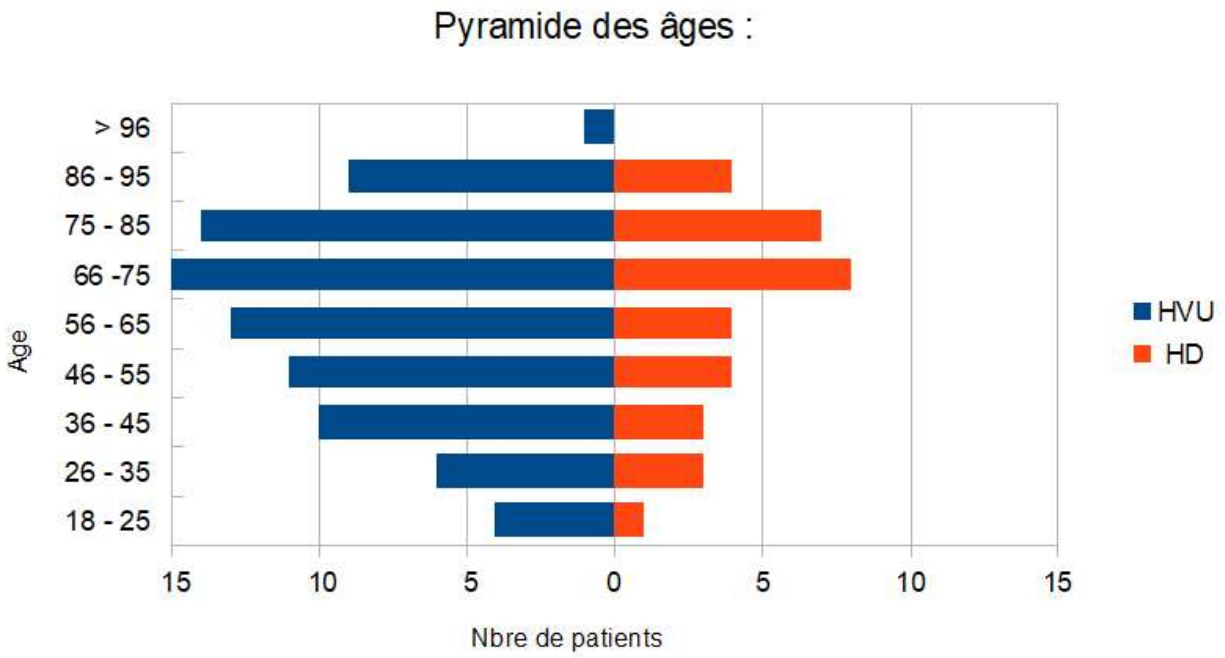
I. Population de l'étude



X : Nbre de patients HVU; **Y** : Nbre de patients en HD ; **N** : Nbre total de patients hospitalisés

116 patients ont été hospitalisés dans un service hospitalier avec 82 provenant des urgences et 34 en Hospitalisation directe, dirigés soit par le médecin traitant , soit par un médecin spécialiste.

II. Age



L'âge de la population en hospitalisation directe est légèrement plus élevé avec une moyenne à 63,8 années contre une moyenne à 61,8 années pour les patients hospitalisés après passage par les urgences, mais il n'existe pas de différence significative entre ces deux échantillons en terme d'âge (p : 0,621).

III. Sexe

	HD	HVU	Total
Nbre de Femmes (%)	24 (70,6%)	43 (52,4%)	67 (57,8%)
Nbre d'Hommes (%)	10 (29,4%)	39 (47,6%)	49 (42,2%)
Total (%)	34 (100%)	82 (100%)	116 (100%)

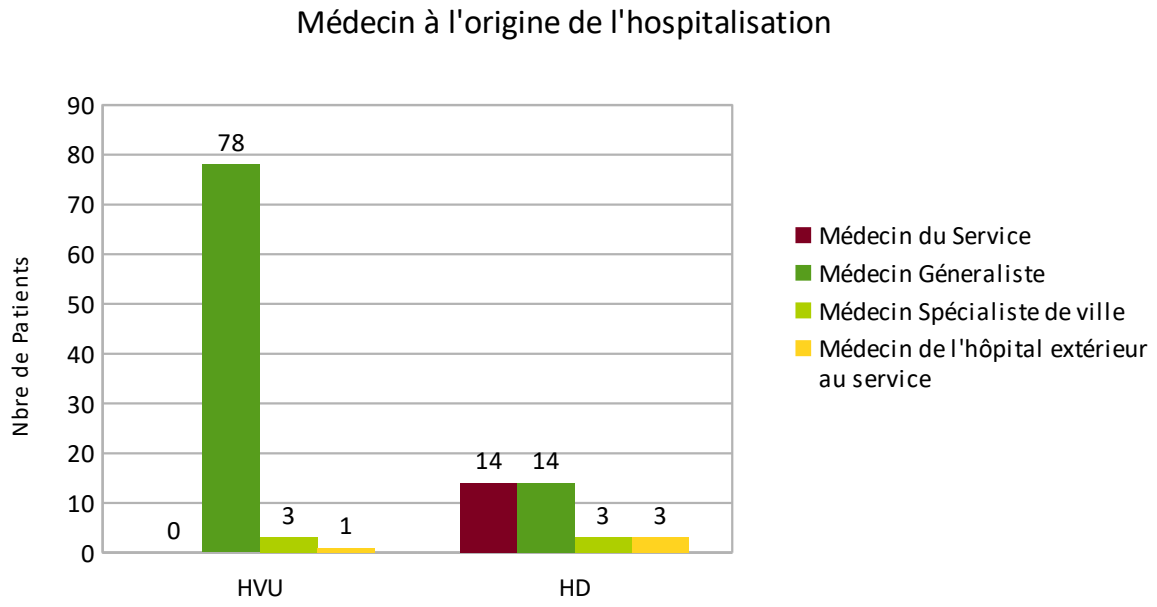
La proportion de patients du sexe féminin est de 70% chez les patients en HD alors que chez les patients HVU, elle varie autour de 50%.

IV. Nombre de traitements au long cours et pathologies chroniques :

	HVU moy+/-Ecart Type	HD moy+/-Ecart Type	p
Nbre de traitements	3,7 ± 3,4	4,5 ± 3,2	0,22
Nbre de pathologies chroniques	2,2 ± 1,9	2,4± 1,5	0,58

Il n'existe pas de différence significative entre les deux échantillons en terme du nombre de traitements pris au longs cours et de pathologies chroniques.

V. Médecin à l'origine de l'hospitalisation :

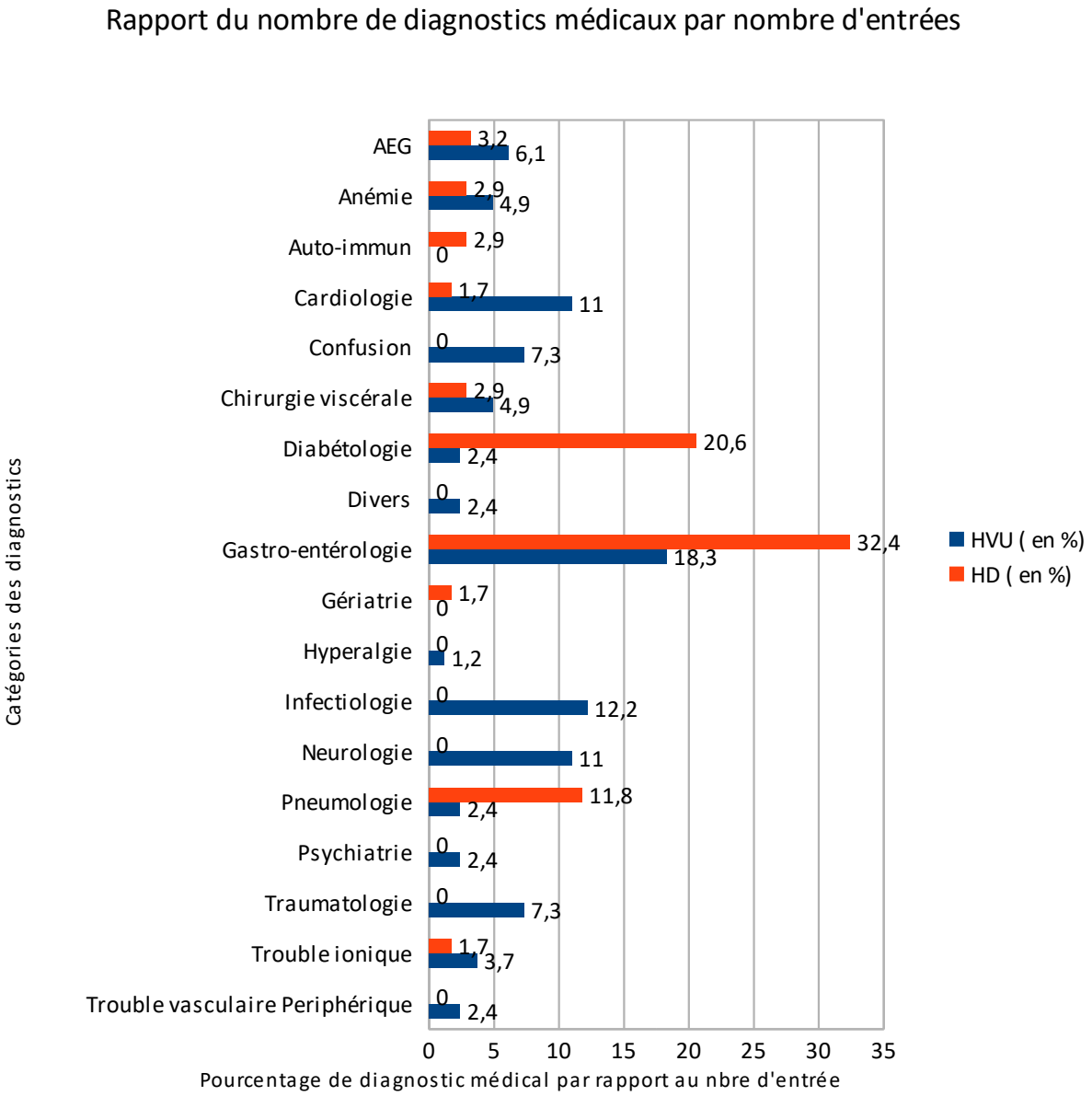


La majorité des médecins à l'origine de l'envoi des patients sont les médecins généralistes avec 78 patients soit 95% des patients envoyés aux urgences pour l'hospitalisation.

Les patients hospitalisés directement en service (N =34) sont majoritairement

envoyés par les médecins généralistes et les médecins du service de façon égale avec 28 patients (82%) au total.

VI. Diagnostics médicaux



Nous avons décidé d'étudier dans ce schéma le nombre d'entrées par rapport au nombre de patients hospitalisés via chaque mode. Ceci permet de comparer la proportion des diagnostics médicaux en fonction du mode d'entrée.

La proportion de pathologies en gastro-entérologie, diabétologie et pneumologie représente presque les deux tiers des patients en HD.

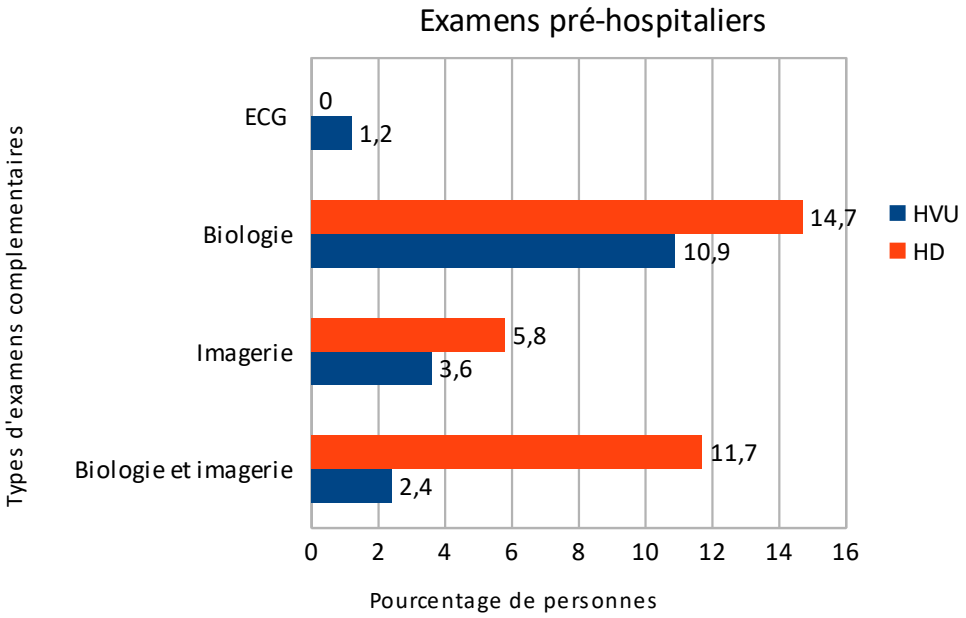
Il faut noter que chez les 34 patients HD , 11 patients sont hospitalisés dans le cadre de la réalisation d'examens complémentaires programmés de type coloscopie, polysomnographie , dilatation œsophagienne.

Les principaux diagnostics médicaux en HVU se retrouvent en gastro-entérologie avec 18 % des motifs, suivis par l'infectiologie, la cardiologie et la neurologie.
Il n'existe aucune hospitalisation directe pour les motifs de trouble vasculaire périphérique, neurologie , infectiologie, hyperalgie et traumatologie.

VII. Examens complémentaires en pré hospitalier :

Nombre :	Pas d'examen complémentaire en pré hospitalier	Examens en pré hospitalier	Total	p
Patients HVU (%)	67 (81,7%)	15 (18,3%)	82 (100%)	< 0,01
Patients HD (%)	23 (67,7%)	11(32,4%)	34 (100%)	

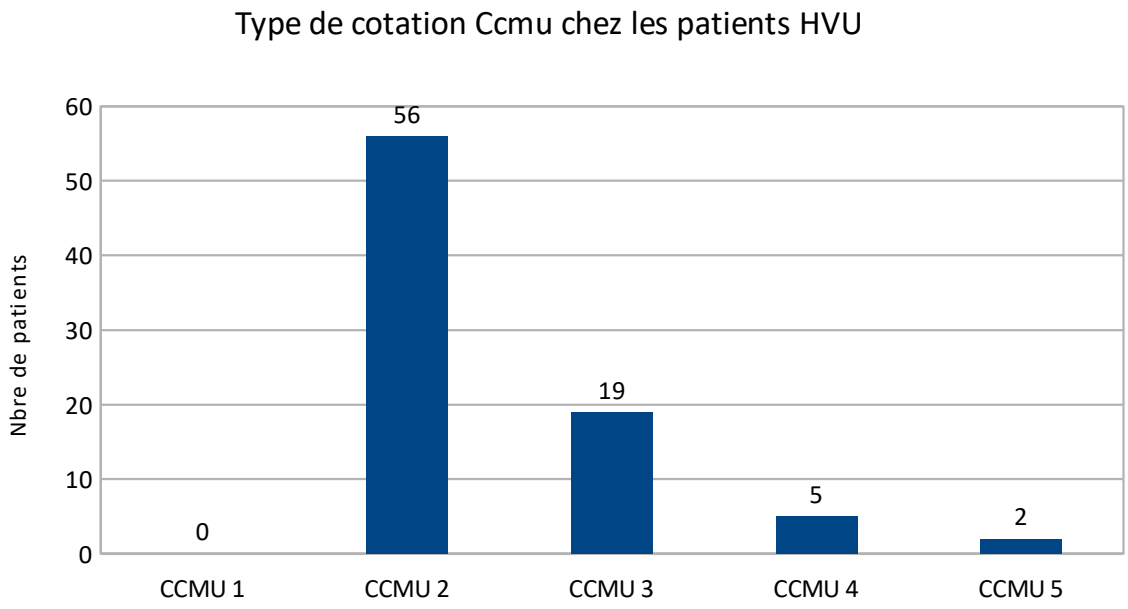
Lors d'hospitalisation directe, les patients ont bénéficié d'examens complémentaires en pré hospitalier pour 32,4% d'entre eux, alors que 18,3% des patients HVU en ont bénéficié. Il existe ici une différence statistiquement significative entre ces deux populations.



Les patients ayant bénéficié d'une HD (32%) avaient bénéficié en ville de plus d'examens complémentaires que les les patients HVU (18,3%).

L'examen biologique est l'examen le plus réalisé en pré hospitaliser chez les patients en HD avec 14% des patients.

VIII. CCMU



La CCMU classe selon le degrés de gravité les patients à l'accueil hospitalier. Celui- ci est divisé en 5 classes (Annexe 1).

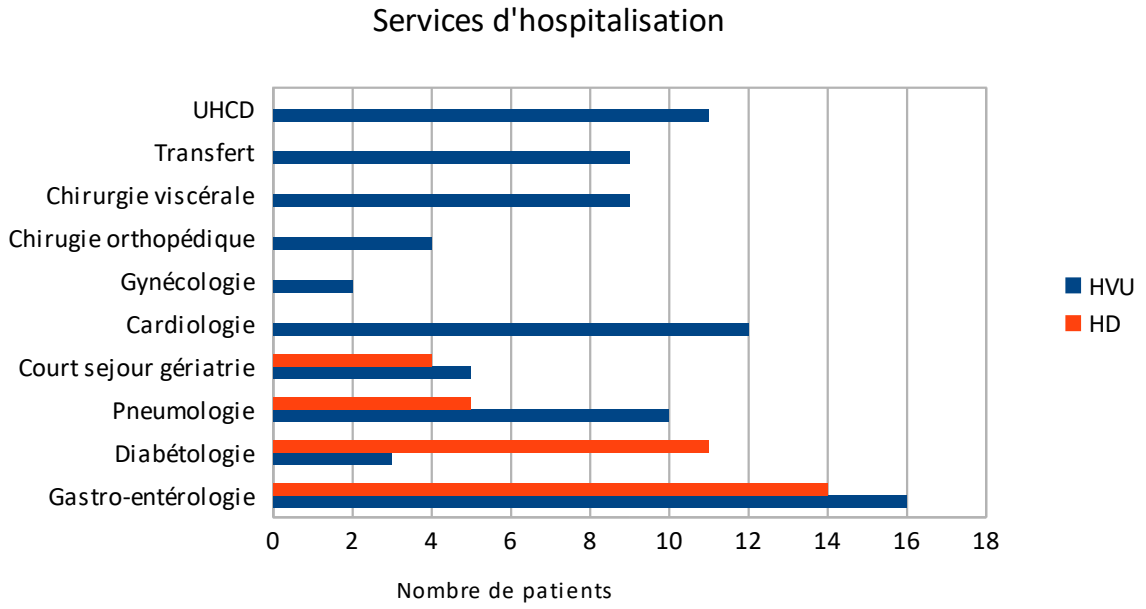
91% des patients envoyés par un médecin aux urgences sont en CCMU 2 ou 3.

IX. Avis spécialisé demandé en externe :

Avis spécialisé	Non demandé	Cardiologie	Gynécologie	Gastro entérologie	Orthopédie
HVU : N(%)	78 (95,1%)	1 (1,2 %)	1 (1,2 %)	1 (1,2 %)	1 (1,2 %)

Quatre patients envoyés aux urgences et secondairement hospitalisés avaient bénéficié d'un avis auprès d'un médecin travaillant dans l'établissement.

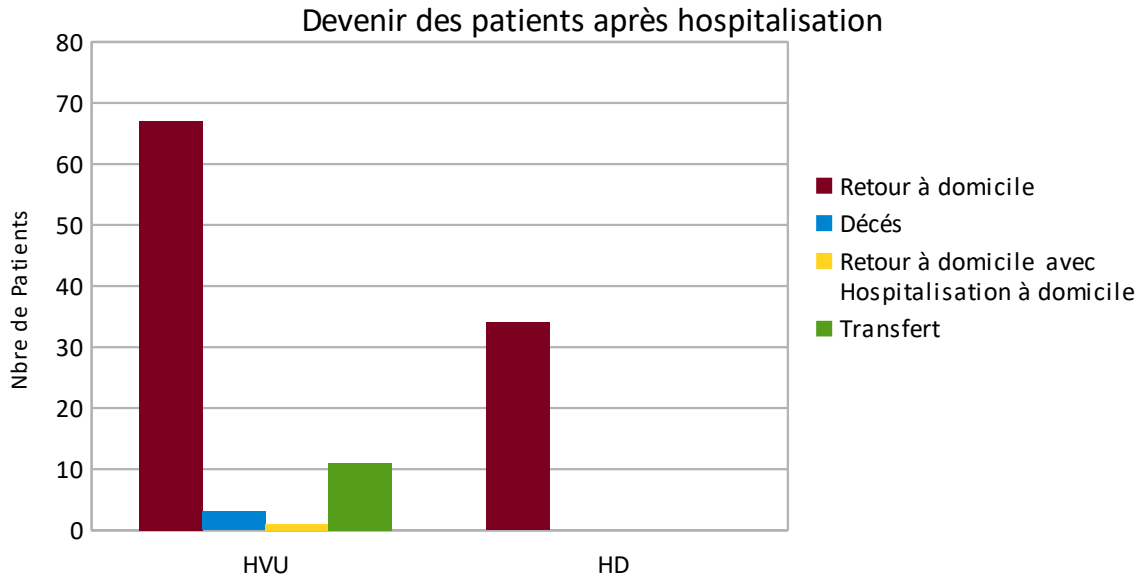
X. Services d'hospitalisation :



Les services de diabétologie, court séjour gériatrique , et gastro-entérologie ont reçu des patients en hospitalisation directe pour un total de 34 patients.

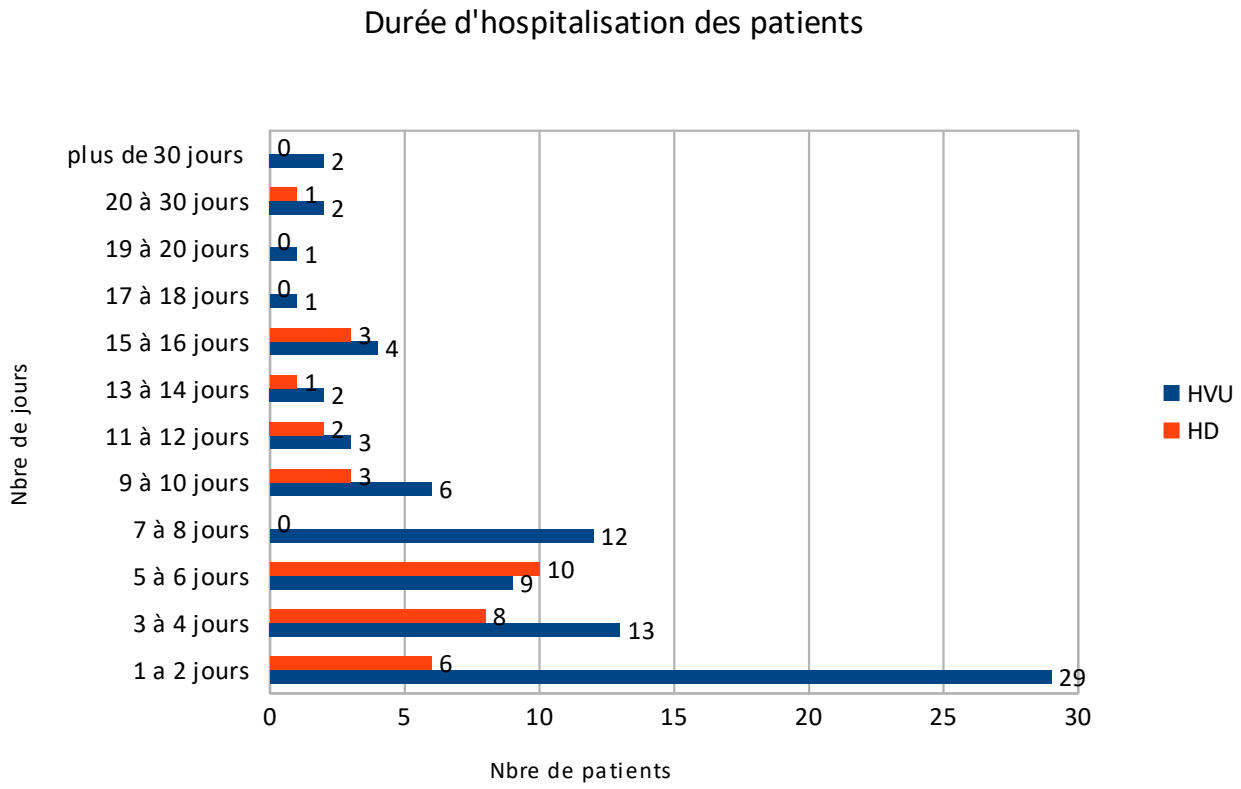
Les services de chirurgie n'ont reçu aucun patient en hospitalisation directe.

XI. Devenir des patients après hospitalisation :



La grande majorité des patients qu'ils soient en HD ou bien en HVU, retourneront à leur domicile après l'hospitalisation.

XII. Durée de séjour



Les patients HVU sont hospitalisés pour une durée moyenne de 6,3 jours (Ecart Type +/- 9,5) contre 5,7 jours (Ecart Type : +/- 5,4) pour les patients hospitalisés directement avec p : 0,744.

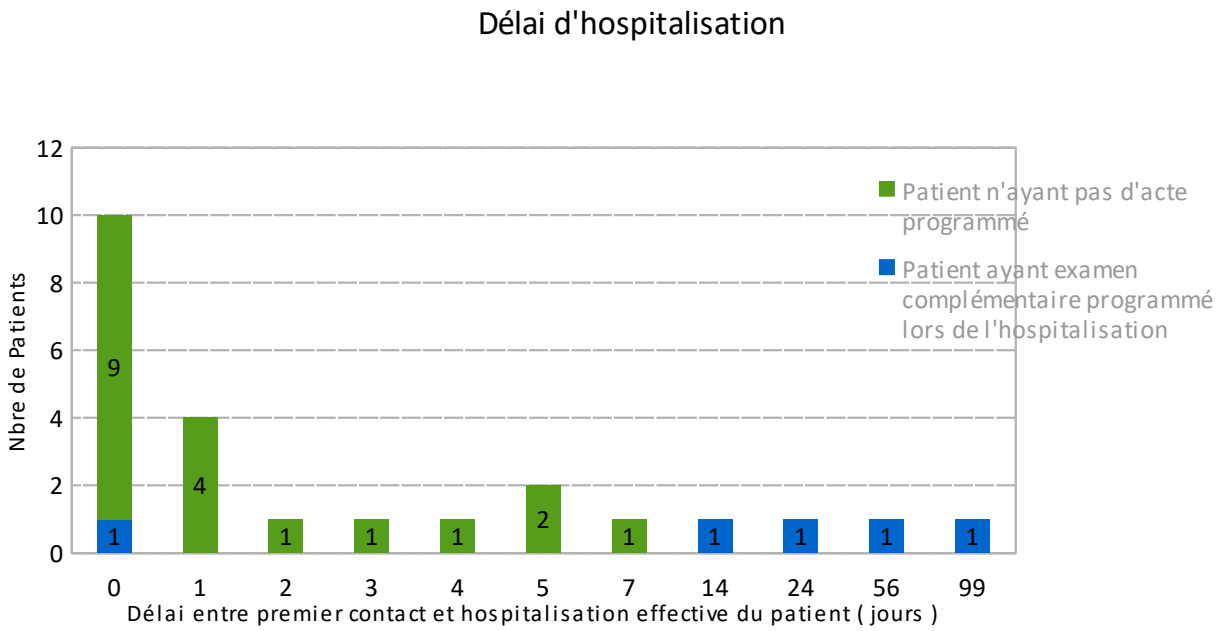
XIII. Jour d'hospitalisation:

	HD	HVU
Lundi	13 (38,2%)	13 (15,8%)
Mardi	5 (14,7)	20 (24,4%)
Mercredi	7 (20,5%)	17 (20,7%)
Jeudi	5 (14,7)	12 (14,6%)
Vendredi	4 (11,7%)	12 (14,6%)

Samedi	0	8 (9,5%)
Totaux	34 (100%)	82 (100%)

Trois quarts des patients en HD sont hospitalisés en début de semaine.

XIV. Délai de contact appel et hospitalisation :



Ce tableau représente le délai entre le premier contact avec un médecin du service et l'hospitalisation effective.

Les deux catégories différencient les hospitalisations pour :

- la réalisation d'actes complémentaires programmés sans urgence (exemple coloscopie, polysomnographie, dilatation œsophagienne)

- la prise en charge diagnostique et thérapeutique(dyspnée , hyponatrémie, perte d'autonomie etc ...) et sans acte complémentaire programmé.

Dans les actes non programmés un délai en moyenne de 1,57 jours a été nécessaire pour obtenir une hospitalisation alors que pour tout acte confondu (Acte complémentaire programmé et non programmé en HD) un délai moyen de 9,29 jours est nécessaire.

XV. Objectifs Secondaires : Evaluation des dossiers par praticien hospitalier

L'objectif secondaire est d'évaluer la possibilité d'une hospitalisation directe en service des patients envoyés aux urgences par un médecin de ville.

Nous avons réalisé lors de cette étude une analyse des patients HVU par un PH urgentiste (PH1) et une PH de médecine polyvalente (PH2) pour analyser la pertinence de leur passage aux urgences.
Nous avons fait analyser séparément tous les patients HVU par les 2 PH. Les deux médecins ont répondu à la question suivante : " A la lecture du courrier médical initial et des paramètres disponibles, aurait il été possible de programmer une hospitalisation sans passer par les urgences? " .
Le praticien urgentiste est désigné PH1 et le praticien exerçant en médecine polyvalente est désigné PH2.

	PH 1:	PH 2:	Réponse similaire PH1 et PH2
Réponse Positive N(%)	25 (30%)	12 (14,5%)	6 (7,3%)
Réponse Négative N(%)	57 (70%)	65 (79,5%)	48 (58,5%)
Ne se prononce pas N(%)	0	5 (6%)	
Total N(%)	82(100%)	82 (100%)	

L'analyse par les 2 PH des patients HVU retrouve 6 réponses positives similaires soit 7,3%. Ces patients auraient pu bénéficier d'une hospitalisation directe.

Seulement 58,5% des patients recueillent une réponse négative de la part des 2 PH et donc sont considérés comme nécessitant un passage aux urgences.

Il existe 28 réponses discordantes entre les deux PH soit 34% des patients analysés.

Le PH 2 n'a pas pu se prononcer sur 5 patients.

DISCUSSION

I. Critique de l'étude :

•Forces :

L'originalité de notre étude est de décrire le profil de tous les patients hospitalisés à l'échelle d'un hôpital entier, adressés par les médecins de ville qu'ils le soient directement dans un service ou bien après un passage aux urgences pour analyser les facteurs qui influent sur leur mode d'admission.

Plusieurs études ont déjà abordé le sujet des patients envoyés par un médecin à l'hôpital, étudiant spécifiquement les patients envoyés aux urgences qu'ils soient ou non hospitalisés secondairement (13–15).
D'autres études ont analysé et comparé l'HD et L'HVU mais uniquement à l'échelle d'un service, que ce soit en gériatrie ou bien en médecine polyvalente (16–20).
La force de notre étude est d'analyser et de comparer ces deux types d'hospitalisation sur le plan d'une structure hospitalière complète, d'où une vision plus globale et plus représentative de la situation générale d'un hôpital.

Dans notre objectif secondaire, nous avons fait analyser séparément nos patients par deux médecins différents, pour évaluer la possibilité d'hospitalisation directe, ce qui a permis de mettre en évidence la différence interindividuelle de nos deux praticiens.

•Biais de l'étude

Il s'agit d'une étude mono centrique dont la période se déroule sur deux semaines avec un échantillon de 116 patients inclus.

Dès la première approche, il apparaît qu'il existe une grande différence quantitative entre les deux groupes concernés, avec des patients HD qui sont quatre fois moins

nombreux que les patients HVU, ce qui a influé grandement sur la puissance de notre étude.
Il aurait pu être intéressant de réaliser notre travail sur une période plus longue, permettant ainsi d'obtenir un échantillonnage plus grand, et donc une meilleure représentativité.

Il a été décidé d'inclure uniquement les patients, munis d'un courrier, envoyés à l'hôpital par un médecin traitant, sans restriction d'horaire. Les patients qui ont vu un médecin mais qui sont arrivés sans courrier, ou bien dont le courrier n'a pas été scanné dans le dossier , n'ont pu être inclus dans l'étude.
L'heure de consultation aux urgences n'a pas fait partie de nos critères de jugement.

Étant parti du postulat que si le patient avait consulté son médecin après 18h, alors celui-ci aurait pu organiser l'hospitalisation le lendemain.

Nous avons réalisé cette étude durant deux semaines en dehors des vacances scolaires au cours du mois de février. Nous n'avons donc pas pris en compte les éventuelles fluctuations saisonnières.

II. Analyses des principaux résultats:

1) Nombre de patients envoyés aux urgences:

Sur la période de notre étude, sur les 186 patients envoyés par un médecin aux urgences, 82 personnes ont été hospitalisées, représentant 44% des patients.
Par rapport à la littérature nous nous trouvons dans la moyenne avec une fluctuation entre 44 et 50% de la population envoyée par un médecin traitant qui était hospitalisée. (13,14,21)

Dans notre étude parmi les patients hospitalisés adressés par un médecin traitant,

71% le sont via les urgences, contre 29 % hospitalisés directement dans les services.
On voit ici que plus des deux tiers des hospitalisations de patients adressés par un médecin le sont à travers le service des urgences.
Lors de notre étude 436 patients au total ont bénéficié d'une hospitalisation (22). Soit 42% des malades hospitalisées (186 patients) ont été dirigé par un médecin au CHGM.

2) Age et sexe

Comparativement à la littérature, avec 62 ans en moyenne, nous retrouvons une moyenne d'âge de 10 ans inférieure (15).

Avec une mortalité prématurée moyenne bien supérieure à la moyenne nationale ce qui est en partie dû à un taux de diabète et de maladies cardiovasculaires des plus importants de France, la région Ouest Réunion présente une population jeune et polypathologique (23).C'est pourquoi il existe une telle différence avec une moyenne d'âge de 10 ans inférieure par rapport à la littérature.

La population féminine est plus représentée, de façon générale superposable à la différence nationale avec un ratio de 0,6. (24)

La population des 2 groupes étudiés ne présente pas de différence statistiquement significative en termes d'âge avec une moyenne de 63 ans pour la population en HD et de 61 ans en HVU.

3) Nombre de traitements

Les deux populations ne présentent pas de différence significatives en termes de comorbidité ou bien de nombre de traitements pris. Ces résultats sont concordants avec les données de la littérature avec en moyenne 3,14 médicaments par personne contre 3,7 dans notre étude (14).

Notre étude retrouve donc que le profil des patients ne constitue pas un élément déterminant de leur mode d'entrée (HVU ou HD). Cette conclusion corrobore par ailleurs différentes études portant sur la comparaison des modes d'hospitalisation dans des services de gériatrie ou bien de médecine polyvalente (16,19).

4) Motifs de consultation

Les patients HVU sont principalement envoyés pour des motifs de consultation de gastro-entérologie (18 % des motifs), suivis quasi équitablement, entre 11 et 12%, par l'infectiologie, la cardiologie et la neurologie. L'ensemble représente , pour ces quatre premiers types de motifs, un peu plus de la moitié des patients.
Plusieurs autres études retrouvent des résultats comparables et proportionnels avec des motifs de consultation similaires (13,14).

En ce qui concerne les patients hospitalisés en chirurgie avec nos 12% de l'effectif, nous nous retrouvons dans les données de la littérature (15).

En ce qui concerne les patients hospitalisés en HD, un tiers de ces patients sont reçus pour un motif de gastro-entérologie.
Les patients en déséquilibre diabétique, avec 20% de l'effectif, représentent le deuxième motif d'HD.
La réalisation d'examens paracliniques programmés (coloscopie, polysomnographie, dilatation œsophagienne ...), que ce soit en gastro entérologie ou bien en pneumologie, est effectuée sur un tiers de nos des patients d'HD soit 11 patients sur 34.

Si l'on compare les deux groupes de population étudiés, on constate qu'il existe bien une différence entre leurs motifs d'hospitalisation.
Ce résultat est en concordance avec toutes les autres études qui ont analysé les

patients en fonction de leurs modes d'hospitalisations dans divers services que ce soit en Gériatrie ou bien en Médecine polyvalente (16,17,19,20).

Sur la même période 3 patients ont été hospitalisés pour AEG en HD, contre 14 patients en HVU ; 4 patients l'ont été pour Anémie en HVU contre 0 patient en HD.

Il est cohérent que le motif d'envoi détermine s'il est nécessaire de réaliser des examens paracliniques ainsi qu' une prise en charge médicamenteuse rapide pour lesquels le service des urgences s'avère le plus adapté avec un plateau technique plus facilement accessible,comparé aux services traditionnels.

5) Examens pré-hospitaliers :

Dans notre étude nous avons relevé un taux d'examens pré hospitaliers moyen de l'ordre de 22,4% avec un taux s'élevant à 32% pour les patients HD, composés majoritairement d'examens biologiques seuls ou associés à une imagerie.
18,3% des patients en HVU ont bénéficié d'examens complémentaires principalement biologiques, taux comparable aux données de la littérature (13).

Les patients HD présentent plus d'examens para cliniques pré hospitaliers que les patients HVU.
Ce résultat peut être expliqué par le fait que les patients HVU nécessitent un examen plus rapide pour pouvoir éliminer une pathologie qui nécessiterait une prise en charge en urgence, examen qu'il n'est pas toujours possible de réaliser en externe de façon rapide.
Les patients envoyés aux urgences par un médecin traitant ont bénéficié, à hauteur de 98,8%, d'un bilan biologique lors de leur passage au urgences, tendance légèrement supérieure par rapport au données de la littérature avec un taux moyen autour de 90 % (13,14,25).

Ce taux supérieur de bilans biologiques est expliqué par le fait que le service des urgences de Gabriel Martin les réalise sur prescriptions anticipées dans une optique de gain de temps.

6) Médecin à l'origine de l'envoi :

Les médecins à l'origine de l'HVU sont à 95% des médecins généralistes . Les médecins à l'origine des HD sont répartis de façon équitable entre les médecins généralistes (41%) , et les médecins spécialistes du service d'hospitalisation.

17% des patients d'HD proviennent également de médecins spécialistes de ville ou bien de médecins de l'hôpital, extérieurs au service receveur.

7) Service d'hospitalisation :

Les services de diabétologie, court séjour gériatrique, pneumologie et gastro-entérologie ont reçu des patients en hospitalisation directe pour un total de 34 patients.

Le service de diabétologie présente un fonctionnement de service qui est organisé de telle sorte que les patients nécessitant une hospitalisation, sont notés dans un carnet de façon à ce que dès qu'une place se libère dans le service, le patient est contacté pour organiser l'hospitalisation.

La majorité des motifs de consultations sont pour déséquilibre diabétique. Ce sont des patients qui n'ont pas de critère d'urgence et peuvent attendre quelques jours pour organiser l'hospitalisation comme nous le montre le délai d'hospitalisation de 3,6 jours.

Les services de chirurgies et cardiologie n'ont reçu aucun patient en hospitalisation directe.

8) Devenir des patients

Contrairement à plusieurs études qui portaient essentiellement sur les patients gériatriques , nous n'avons pas trouvé de différence significative dans le devenir des patients.

Le devenir principal des patients après hospitalisation est le retour à domicile sans différence par rapport à leur mode d'entrée dans l'établissement.

A la Réunion,devant le peu de structures de soins de suite ou bien d'EHPAD , et devant une structure familiale toujours très présente, une majorité de patients retourne au domicile familial avec l'aide de proches si nécessaire.

9) Durée moyenne de séjour :

La durée moyenne de séjour dans notre étude se trouve légèrement en deçà de la moyenne nationale (6,1 jours) avec un taux pour tous les patients à 5,9 jours, sans qu'il n'existe de différence significative entre les deux groupes. (26)

L'analyse de la littérature corrobore nos résultats en ne trouvant pas de différence significative de durée moyenne de séjour entre les patients en HD et HVU , quel que soit le service d'hospitalisation.(17,19)

10) Délai d'hospitalisation:

Le délai moyen d'hospitalisation est le temps entre le premier contact téléphonique avec le service et l'hospitalisation réelle du patient.

Pour tous les patients HD, notre étude a relevé une durée moyenne de 9,29 jours pour hospitaliser un malade. En revanche, si on s'intéresse aux patients nécessitant une hospitalisation la plus rapide possible , c'est à dire en excluant les patients hospitalisés pour des examens complémentaires programmés (coloscopie, fibroscopie, polysomnographie nocturne...), cette durée descend à 1,57 jours.

Devant des pathologies qui ne nécessitent par forcement d'acte urgent mais une prise

en charge thérapeutique rapide ce délai d'hospitalisation de presque 48h constitue probablement un frein important à l'hospitalisation directe.

Quand on regarde le fonctionnement du service de Médecine Polyvalente Urgence à Nantes, la structure dédiée à l'hospitalisation directe en court séjour retrouvait un délai moyen d'hospitalisation de moins d'un jour,ce qui a pour objectif d'optimiser la prise en charge du patient et de favoriser l'hospitalisation directe pour éviter un passage par les urgences.(20)

De ces résultats, plusieurs éléments ressortent clairement :
Le premier est que le profil de chaque patient n'est pas un élément déterminant quant au mode d'entrée de chaque patient.
Il existe des différences significatives entre les motifs diagnostics et le mode d'hospitalisation.
La réalisation d'examen complémentaire en pré-hospitalier est plus présente chez les patients HD ; on peut donc envisager que la réalisation d'examen complémentaire en pré hospitalier en particulier biologique permettrait de favoriser les HD .

11) Analyse par des praticiens hospitaliers, des patients HVU

Les patients HVU ont été analysés par 2 médecins : un médecin urgentiste et un médecin exerçant en médecine polyvalente. Ils ont répondu de façon individuelle pour chaque patient à la question suivante :
" A la lecture du courrier médical initial et des paramètres disponibles, aurait-il été possible de programmer une hospitalisation directe sans passer par les urgences ?".

On relève une grande discordance de résultats entre les deux praticiens. Avec 25 réponses positives pour le PH n°1 et 12 pour le PH n°2.
L'analyse de ces résultats retrouve uniquement 6 patients ayant obtenu une réponse positive commune à ces deux praticiens hospitaliers.
Il s'est avéré particulièrement intéressant d'avoir obtenu cette analyse par deux

médecins travaillant dans deux services différents, qui ont répondu au questionnaire séparément, permettant ainsi de mettre en évidence des résultats aussi discordants.
En effet, ce résultat témoigne clairement que la notion d'urgence et de gravité, qui détermine le passage ou non , peut être interprétée différemment en fonction de chaque acteur de la prise en charge.
Il reste tout de même 6 patients qui d'après les deux praticiens auraient pu bénéficier d'une hospitalisation directe, ce qui représente 7% de la population des patients HVU.

Le nombre de patients HVU qui auraient pu bénéficier d'une hospitalisation directe varie beaucoup dans la littérature, allant de 10 à 25% des patients envoyés par un médecin aux urgences.(15,27)
Il faut noter que dans ces études, les praticiens se sont concertés pour prendre la décision de la possibilité d'une hospitalisation directe ou non ce qui peut grandement influencer la proportion de patients potentiellement HD.

Dans notre étude sur les 6 patients, deux sont passés aux urgences pour une prise en charge chirurgicale sans réelle urgence : une prise en charge pour une fracture du col du fémur, et une seconde pour le drainage d'un abcès fistulisé.
Un troisième patient a été hospitalisé pour une prise en charge d'anémie sans critère d'urgence, tandis que le 4eme présentait une lombalgie aiguë suite à une contracture musculaire. Le cinquième patient présentait un malaise sans critère d'urgence et le dernier qui était institutionnalisé souffrait de troubles neuropsychologiques connus.

III. Communication Ville-hôpital : Obstacles à la programmation de soins.

Au cours de notre étude , nous avons pu nous rendre compte de l'intérêt que porte le personnel médical aux relations Ville-Hôpital et de sa volonté d'analyser et de comprendre leurs freins. C'est pourquoi le personnel médical et paramédical a participé et nous a aidé à recueillir les informations des patients hospitalisés

directement dans les différents services.

1) Difficultés pour obtenir l'intervenant adapté :

Les difficultés relatives entre médecin de ville et hôpital ont déjà été étudiées et notamment plusieurs freins à l'hospitalisation direct avaient été relevés en rapport avec un manque de lits disponibles ainsi que le manque d'interlocuteur.(28)
Les modes de travail des médecins généralistes et des médecins hospitaliers sont différents et bien souvent lorsque le médecin généraliste contacte son confrère, celui-ci par des obligations hospitalières (réunion, staff, visite, ou encore en consultation...) n'est pas systématiquement disponible pour répondre à sa demande. La plupart du temps le médecin appelant a besoin d'une réponse immédiate, afin d'envisager une autre solution si l'hospitalisation directe n'est pas possible.

Au Centre Hospitalier Gabriel Martin, l'avantage est que chaque praticien possède un téléphone. En revanche, il n'existe pas de ligne dédiée à l'hospitalisation et accessible de l'extérieur de l'hôpital. Cela constitue effectivement un obstacle aux échanges efficaces du fait que chaque praticien hospitalier n'est pas obligatoirement au courant de l'état des lieux du nombre de places dans le service, et n'est pas forcément disponible immédiatement pour cette tâche.

Dans la structure du CHGM, il existe un infirmier qui est dédié à la gestion de lits. Or lorsque l'indication d'une hospitalisation directe est validée par un médecin d'un service et que cette dernière n'est pas possible pour des raisons organisationnelles, une hospitalisation devrait être redirigé et gérée par l'infirmier gestionnaire de lits qui est le plus apte à lui trouver une place dans un autre service.

Le temps global pour l'organisation d'une hospitalisation est estimé entre 10 et 30 min et constitue un frein important à l'HD au vu du nombre de patients en consultation médicale de ville.(29) Ce temps se rajoute aux temps clinique,

administratif, et relationnel nécessaires à l'acceptation et aux explications avec le patient et sa famille.

2) Orientation vers le service des urgences par praticiens hospitaliers.

Dans une étude qui a interrogé les médecins généralistes dans la région sud Réunion, un grand nombre de ces derniers ont déclaré ne jamais ou rarement essayer de programmer une hospitalisation devant la demande récurrente des médecins hospitaliers de faire transiter le patient par les urgences plutôt que de l'adresser directement dans le service.(30)
Il n'est tout de même pas normal de justifier l'envoi aux urgences d'un patient qui nécessiterait une hospitalisation directe, sous prétexte qu'il serait potentiellement refusé en hospitalisation directe pour raison organisationnelle sans avoir essayé.

En 2005 une étude a simulé des demandes d'hospitalisations par un médecin généraliste dans différents services de l'AP-HP.(28) L'étude révèle que pour 33 des 55 cas (soit 60%), un généraliste ne pouvait pas faire programmer l'hospitalisation d'un malade dans 4 des spécialités médicales de l'AP-HP, alors que la justification de cette hospitalisation n'était pas mise en cause. La première cause d'échec était l'impossibilité de joindre l'interlocuteur adéquat , l'absence de place ou bien des délais trop longs.

3) Urgences : porte d'entrée de l'hôpital

Le service des urgences est la porte d'entrée principale de l'hôpital. Comme nous le montre notre étude , 70% de patients adressés par un médecin sont orientés vers les urgences.

L'envoi d'un patient aux urgences est beaucoup moins chronophage pour le médecin de ville. De plus ce service n'est pas dépendant de la capacité et de la possibilité de réception du patient comme dans un service lors d'hospitalisation directe. C'est pourquoi la tentative d'hospitalisation directement est souvent perçue comme longue et fastidieuse pour un résultat qui n'est pas toujours présent, ce qui est particulièrement décourageant.

4) Délai d'hospitalisation :

Le délai moyen d'hospitalisation retrouvé dans notre étude pour organiser une hospitalisation est en moyenne de 1,57 jours. Au vu de ce résultat on peut comprendre qu'il peut être difficile de patienter presque 48h dans l'optique d'une potentielle hospitalisation d'un patient.

5) Améliorations à apporter :

Pour optimiser la filière d'hospitalisation directe, il convient dans un premier temps de favoriser le délai pour contacter la personne désirée. Ceci peut être obtenu grâce à plusieurs pistes.

La mise en place d'un centre d'appels téléphoniques et d'orientation permettrait de faciliter l'hospitalisation directe ou bien la programmation de consultations, d'actes en externe ou bien en ambulatoire. Une étude a analysé les appels dans un centre téléphonique d'orientation et d'accueil de Nantes où l'on retrouvait que 24% des appels ont débouché sur une prise en charge ambulatoire et que , sur le reste des patients hospitalisés, 75% avaient pu l'être en HD(27).

Il serait possible de mettre en place une ligne téléphonique en accès direct depuis

l'extérieur de l'hôpital, avec un médecin référent dans chaque service pour les avis et les hospitalisations. Associée à cette mesure, la réalisation d'un annuaire téléphonique qui serait diffusé chez tous les médecins du secteur. Cette mesure facilement réalisable est retrouvée dans la majorité des demandes des médecins généralistes dans une étude sur l'optimisation de la relation médecine de ville hôpital. (30)

En s'appuyant sur la nécessité de ne pas devoir passer systématiquement par le standard téléphonique, il éviterait de longues minutes d'attente et permettrait d'avoir le bon intervenant pour programmer cette hospitalisation.

Un service dédié à l'hospitalisation directe pour pathologies aiguës permettrait d'avoir une unité pour prise en charge de pathologies nécessitant une hospitalisation dans un délai rapide.
Le CHU de Toulouse possède le pôle I3LM (Immunité, Inflammation, Infection, Appareil Locomoteur) dédié à la prise en charge des pathologies aiguës créé en 2016. L'étude de l'impact du service rendu de ce service auprès des médecins généralistes de la région met en avant une satisfaction quasi unanime de ce service avec un gain de temps, une transmission d'informations directes, et surtout un gain de confort pour les patients en particulier les personnes âgées.(20)

Dans notre étude , la consultation aux urgences pour un motif chirurgical représente plus de 12 % des patients envoyés par un médecin, dont 7% ne représentent que des pathologies traumatologiques.
Une partie de ces motifs pourrait bénéficier d'une consultation spécialisée, par des internes par exemple, comme cela se fait dans certains CHU, et faire l'objet d'une hospitalisation à 24/48h, en particulier pour les pathologies traumatiques ou bien pour les abcès.
En plus de la création d'une telle filière, il convient de communiquer et de faire découvrir les alternatives aux passages aux urgences. Sans connaissance de ces

consultations chez les médecins libéraux locaux, elles ne seront pas utilisées.

L'hospitalisation de jour est une alternative déjà présente dans notre centre d'étude, mais qui n'est pas exploitée par les médecins libéraux. Par exemple, la réalisation de transfusion sanguine peut être réalisée dans ce service, puis le bilan étiologique peut être réalisé lors d'hospitalisation programmée secondairement. Toutefois, il est difficile de savoir vers quel praticien s'orienter pour une prise en charge dans ce service. Un interlocuteur dédié pour la programmation d'une hospitalisation ambulatoire pour les praticiens libéraux serait intéressant.

Comme nous avons pu le voir pour notre sixième patient, celui-ci présentait une agitation chez un malade avec des troubles cognitifs connus. Celui-ci aurait pu bénéficier d'une hospitalisation directe, chez ce patient déjà institutionnalisé. Une relation plus étroite devrait avoir lieu entre les structures de soins pour personnes âgées dépendante et les services hospitaliers.

Une meilleure transmission d'informations entre le milieu hospitalier et la médecine de ville semble être le point crucial pour une bonne continuité de soins . Comme nous l'a montré une étude, un appel téléphonique avant une sortie hospitalière a permis de retrouver, chez les patients > 75 ans, une légère diminution du nombre de retour à l'hôpital dans les trente jours.(31)

Le développement du dossier médical en ligne sécurisé, accessible au médecin généraliste, permettrait un réel décloisonnement ville/hôpital. Notamment un partage de l'information du patient ce qui permettrait à l'hôpital de connaître le parcours et le suivi médical du patient. Mais aussi pour le médecin libéral pour avoir accès au courrier médical lors d'une hospitalisation.

CONCLUSION

L'hospitalisation directe d'un patient, lorsqu'elle est possible, présente un avantage indéniable autant du point de vue du malade, pour éviter de l'attente aux urgences, que de celui des soignants en évitant un passage inutile aux SAU, mais aussi du point de vue économique devant son coût.

L'analyse des patients envoyés à l'hôpital par un médecin a montré que leurs profils ne constituent pas un élément déterminant quant à leur mode d'entrée. Cependant les motifs de consultations diffèrent significativement entre les populations de patients HD et les patients HVU.
La réalisation d'examens complémentaires en pré-hospitalier est significativement plus représentée chez les patients en HD. On constate donc que la réalisation d'examens, avant une hospitalisation, favoriserait l'HD en passant par la confirmation du diagnostic et l'évaluation de la gravité du malade.

L'analyse des patients HVU, par deux PH expérimentés de médecine polyvalente et urgentistes, retrouvaient que 7 % de ces patients, auraient pu bénéficier d'une HD.

De nombreuses pistes sont à explorer pour optimiser une filière d'hospitalisation directe comme par exemple :

- la création d'une ligne accessible directement de l'extérieur de l'hôpital auprès d'un référent de chaque service, ainsi que pour l'hôpital de jour
- la création d'une consultation dédiée de chirurgie, pour abcès ou prise en charge de fracture, accessible sur rendez-vous avec un délai de 24/48h.
-La création d'un service d'hospitalisation dédié à la prise en charge des pathologies aiguës comme il en existe au CHU de Toulouse.

Ces démarches doivent être couplées à leurs diffusions et leurs communications auprès des médecins libéraux.

Actuellement le service des urgences est la porte d'entrée principale de l'hôpital. Pour faire évoluer cela, une collaboration étroite entre les praticiens hospitaliers, la structure hospitalière ainsi qu'avec les médecins libéraux, est importante pour améliorer cette relation médecine de ville hôpital autant pour le bienfait du patient que pour le fonctionnement de l'hôpital.

BIBLIOGRAPHIE

1. SAE diffusion , statistique annuelle des etablissement de santé. SAE, Fiche de synthèse : Activité générale et activités autorisées,. 2016.

2. 850 700 habitants au 1er janvier 2015 - Insee Flash Réunion - 116 [Internet]. [cité 14 mars 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3290942#consulter

3. DRESS. Les établissements de santé dans les départements et régions d'outre-mer : activité et capacités. In 2017.

4. CHGM. Rapport d'activité 2015 , centre hospitaliser Gabriel Martin. 2015.

5. ARS OI RPPS. Les Medecins generalistes a la Reunion [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.urml-oi.re/images/r1-medecins_generalistes_2017.pdf

6. Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 relative à la prise en charge des urgences; Bulletin Officiel n°2003-20 [Internet]. 2003 [cité 23 mars 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm

7. DRESS. Statistique annuelle des établissements de santé, [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm

8. Bréant K. Analyse du recours au service des urgences pédiatriques du Havre par les médecins généralistes. 2013;

9. Boisguérin B, Brilhault G, Ricroch L, Vuagnat A, Valdelièvre H. Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES. 2014;17.

10. INSERM/UPMC. Réseau Sentinelles [Internet]. 2011. Disponible sur: https://websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb/?page=table

11. Mazière S, Lanièce I, Hadri N, Bioteau C, Millet C, Couturier P, et al. Facteurs prédictifs du déclin fonctionnel de la personne âgée après une hospitalisation en court séjour gériatrique : importance de l'évolution fonctionnelle récente. /data/revues/07554982/v40i2/S0755498210005774/ [Internet]. 3 févr 2011 [cité 20 mars 2018]; Disponible sur: http://www.em-consulte.com/en/article/280536

12. Cour des comptes. Les urgences médicales; Rapport public annuel. 20 avr 2017;35.

13. Boudy-Lapouge M. Les patients adressés par leur médecin généraliste aux urgences du centre hospitalier d'albi : description et analyse des motifs de recours. 2013;62.

14. Vendeoux A. Motifs de consultation et parcours aux urgences des patients adresses par le médecin généraliste : une etude prospective au centre hospitalier d'Etampes. 2014.

15. Kdouh S. Hospitalisation après un passage dans une Structure d'Urgences : étude épidémiologique sur la pertinence des admissions aux Urgences et réflexion sur les possibilités d'hospitalisations directes au CHR Félix GUYON (Saint-Denis, La Réunion). [Thése]. Bordeaux; 2011.

16. Roger S. Profil des résidents institutionnalisés admis en Unité de Recours de Soins Gériatrique (URSG) selon leur mode d'admission : admission directe versus passage par les urgences du CHU de Limoges = Profile of institutionalized residents admitted to the geriatric care unit (URSG) according to their mode of admission : direct admission versus emergencies of the Limoges University Hospital [Internet]. Limoges; 2017 [cité 1 août 2018]. Disponible sur: http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-78897

17. Bastisse É, Moras J-B, Gil R, Paccalin M, Morichau-Beauchant M, Université de Poitiers, et al. Facteurs influençant le mode d'admission de la personne âgée en court séjour gériatrique: étude rétrospective à l'hôpital de Jonzac. [S.l.]: [s.n.]; 2014.

18. Maunoury T, Favre J. Hospitalisations des personnes âgées par le médecin traitant : admission directe ou par les urgences ? Une étude prospective en court séjour gériatrique.

19. Neouze A, Dechartres A, Legrain S, Raynaud-Simon A, Gaubert-Dahan M-L, Bonnet-Zamponi D. Hospitalization of elderly in an Acute-Care Geriatric Department. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement. juin 2012;(2):143–150.

20. Goubin C. Admissions directs en médecine Polyvalente : un outils à la disposition des médecins générlistes. 2008.

21. Lemonnier N. Devenir des patients adressés par un médecin avec courrier médical, aux urgences adultes du CHU Pellegrin, à Bordeaux. :61.

22. Rouffet P. DIM CHOR/DIM EPSMR. 2019.

23. Observatoire Régional de la Santé de La Réunion. Profils de santé des territoires de santé [Internet]. 2012. Disponible sur: https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/profils_territoire_sante_reunion.pdf

24. Population par sexe et âge au 1er janvier [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 3 août 2018]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/population-sexe-ages/

25. Chelly J, =Université Paris 11. Faculté de médecine de Paris-Sud. Kremlin-Bicêtre. FRA / com. Identification et analyse des motifs de recours des médecins généralistes aux urgences adultes. 2010.

26. DRESS. Médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie : activité et capacités. In 2017. p. 58-61. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/10-3.pdf

27. Derame G, El Kouri D, Hamidou M, Carré E, Potel G. Les passages non justifiés au service d'accueil urgences: Proposition d'une offre de soins différenciée. Presse Médicale. juill 2004;33(12):780-3.

28. Andronikof M, Thalmann A. Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste: Évaluation de l'organisation de 4 spécialités par l'utilisation de cas simulés. Presse Médicale. juill 2005;34(12):847-50.

29. Gall AL. Programmer les hospitalisations en médecine générale ? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise. Médecine. 1 sept 2010;6(7):326-30.

30. Mezino Y. Motifs de recours des médecins généralistes aux urgences du CHU Sud Rérunion, déterminants de la prise de décision et communication ville-hôpital. 4 juill 2016;83.

31. Enzinger L. Coopération ville-hôpital: évaluation de la faisabilité et de l'intérêt de l'appel téléphonique par le médecin hospitalier du médecin traitant pour préparer le retour à domicile. :76.

Annexe 1

La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée

La CCMU modifiée classe selon 7 degrés de gravité les patients de l'urgence pré hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier. C'est le médecin SMUR ou de l'accueil qui détermine à la fin de l'examen clinique initial ce degré. L'examen clinique comprend interrogatoire, examen physique et éventuellement E.C.G, SpO2, glycémie capillaire, bandelette urinaire ou hématocrite par micro méthode.

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences

RÉSUMÉ

Titre : Relation médecine de ville hôpital, point de vue d'un centre hospitalier régional : Analyse des patients envoyés par les médecins au CHR Gabriel Martin Saint Paul du 27/02 au 11/03/2017.

Auteur : Lahouze Florent

Date de soutenance : 22 octobre 2019

Introduction : Devant la recrudescence du nombre de passages aux urgences, la bonne orientation des patients en pré hospitaliser semble primordiale pour optimiser le parcours de soins autant pour le malade que pour les différents services hospitaliers. L'objectif de cette étude est de décrire et comparer les caractéristiques des patients adressés par un médecin de ville **à** l'hôpital et d'évaluer la possibilité d'une hospitalisation directe en service des patients envoyés aux urgences par un médecin de ville.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative descriptive retrospective monocentrique. Nous avons réalisé un relevé d'informations quotidiennement du 27/02 au 11/03/2017 aux urgences et dans tous les autres services hospitaliers du CH Gabriel Martin des patients adultes hospitalisés envoyés par un médecin dans cet hôpital. Les patients envoyés par les urgences puis hospitalisés ont été analysés par 2 praticiens hospitaliers, évaluant la possibilité de programmer une hospitalisation directe.

Résultats : 116 patients ont été inclus. L'age moyen des patients est de 61,8 ans. Les patients hospitalisés directement dans un service le sont majoritairement pour des motifs gastro-entérologique (32,4%) et endocrinologiques (20,6%) alors que les patients hospitalisés via les urgences le sont pour motifs gastro-entérologique (18%) , infectiologique (12%), neurologique et cardiologique (11%). Les patients en hospitalisation directe bénéficiaient d'un bilan biologique pré-hospitalier pour 32% d'entre eux contre 18,3% ($p<0,01$) pour les patients hospitalisé via les urgences. Il n'existe pas d'autres différences significative entre le profil des patients hospitalisés directement et les patients hospitalisés après passage aux urgences.

L'analyse des patients par les deux praticiens hospitaliers révèle que 7,3% auraient pu bénéficier d'un accès direct en hospitalisation dans un service, sans passer par les urgences.

Conclusion : La réalisation d'examens paracliniques en pré hospitalier est un élément a encourager pour favoriser les hospitalisations directes. De nombreuses pistes sont à explorer pour optimiser une filière d'hospitalisation directe systématique, lorsque cela est possible telle que la création de ligne téléphonique directe avec astreinte médicale par service ou bien une filière de consultation de chirurgie d'accès rapide.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : MÉDECINE GÉNÉRALE

MOTS-CLES : Communication ville-hôpital, hospitalisation directe, Médecine générale, urgences, motifs de recours, Ile de la Réunion.