



HAL
open science

Possibilités d'hospitalisations directes dans les services de médecine de l'hôpital Mémorial de Saint-Lô : état des lieux et pistes d'améliorations

Antoine Laurent

► To cite this version:

Antoine Laurent. Possibilités d'hospitalisations directes dans les services de médecine de l'hôpital Mémorial de Saint-Lô : état des lieux et pistes d'améliorations. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03199642

HAL Id: dumas-03199642

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03199642v1>

Submitted on 15 Apr 2021

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 CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2020

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 21 Octobre 2020

par

M LAURENT Antoine

Né le 24/09/1991 à Equemauville (14)

**Possibilités d'hospitalisations directes dans les services de
médecine de l'hôpital Mémorial de Saint-Lô – Etat des lieux et
pistes d'améliorations.**

Président : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Membres : Madame le Professeur GUITTET-BAUD Lydia

Monsieur le Docteur SAINMONT Nicolas

Monsieur le Docteur FOUCHARD Jérôme – Directeur de thèse

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes

M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri- opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication

M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS EMERITES

M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie

M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES EMERITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

Remerciements

A notre honorable jury :

Au Professeur Xavier LE COUTOUR. Je suis très honoré que vous présidiez ce jury de thèse et vous en remercie. Merci pour votre intérêt sur ce sujet, votre disponibilité et votre réactivité. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde considération et de ma gratitude.

Au Professeur Lydia GUITTET. Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury et je vous en remercie. Soyez assurée ici de ma reconnaissance.

Au Docteur Nicolas SAINMONT. Je vous remercie chaleureusement de siéger à ce jury de thèse. Merci pour votre engagement dans l'enseignement de la médecine générale, à l'université et sur le terrain. Je garde un excellent souvenir des six mois de stage passés à Deauville, qui m'ont beaucoup apporté pour ma pratique professionnelle.

Au Docteur Jérôme FOUCHARD, notre directeur de thèse. Merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse, de m'avoir accompagné et soutenu tout au long de ce travail avec sérénité et efficacité. Je te souhaite de pouvoir continuer patiemment à être impliqué dans l'amélioration de la prise en charge des patients.

A tous mes maîtres et enseignants, qui ont su me transmettre leur passion pour l'exercice de la médecine, et pour le savoir qu'ils m'ont apporté.

A ma famille :

A Marie-Capucine ma chère épouse. Merci pour ton soutien, tes heures de relectures, tes idées et surtout la gestion de toute la « petite » famille, me donnant l'impression que mon travail ne pèse pas trop sur tout le monde. Merci de m'avoir accepté encore étudiant, courage c'est bientôt fini ! Papich Mailys de m'avoir appris à être père. Merci Faustine, j'espère que cette phase où tu testes mes connaissances en traumatologie est bientôt finie. Merci François, avec toi j'ai découvert ce que ressentent les parents de petits patients.

A mes chers parents. Merci pour votre soutien tout au long de mes études. Merci Maman d'avoir assuré que je puisse travailler mes cours sans presque me soucier de rien d'autre au cours de la P1 et des années suivantes et merci d'avoir cru en moi. Merci Papa pour ton soutien, tes éclairages, ton partage d'expérience, ton soutien lors des stages difficiles et pour ton précieux et enrichissant travail de relecture. Je vous aime.

A mes beaux-parents. Merci de m'avoir accueilli dans votre famille et de m'avoir fait le plus beau des cadeaux. Merci pour cette cohabitation qui nous a permis de mieux nous connaître et merci pour le soutien logistique que vous nous apportez en tout temps, notamment en gardant si gentiment nos enfants, souvent au pied levé.

La famille est trop grande pour citer tout le monde mais j'ai une pensée pour mes grands-parents, mes beaux-grands-parents, mes frères et sœurs et mes beaux-frères et belles-sœurs, mes cousins en particulier Eloi.

Abréviations

- ARS : Agence Régionale de Santé
- BJML : Besoin Journalier Minimal en Lits
- CHM : Centre Hospitalier Mémorial
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- IOA : Infirmier(ère) d'Orientation et d'Accueil
- ICAR : Infirmier(ère) Coordinateur(rice) de l'Aval et du Réseau
- MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
- SAU : Service d'Accueil des Urgences
- SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
- UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
- URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

Index des Tableaux et figures

Figure 1 - Evolution du nombre de passages aux urgences adultes du CHM	4
Figure 2 - Evolution du nombre de lits au CHM	5
Figure 3 - Evolution des séjours de moins de 48h au CHM	6
Figure 4 - Evolution des séjours de 48h ou plus au CHM	6
Figure 5 - Evolution du taux d'hospitalisation via les urgences au CHM	7
Figure 6 - Réponses pour l'envoi aux urgences si l'attente permise et supérieure à 12h	10
Figure 7 - Raisons principales d'envoi aux urgences, idées clés	11
Figure 8 - Réponses pour l'aboutissement des hospitalisations directes	12
Figure 9 - Réponses pour la qualification de l'offre d'hospitalisation directe au CHM	12
Figure 10 - Réponses aux différences selon les services	13
Figure 11 - Services les plus difficiles	13
Figure 12 - Services les plus faciles	13
Figure 13 - Réponses aux modes de contact	13
Figure 14 - Réponses concernant l'interlocuteur	14
Figure 15 - Réponses pour les délais estimés de réponse, lorsque l'hospitalisation est souhaitée dans les 48h	14
Figure 16 - Réponses pour les délais estimés de réponse, lorsque l'hospitalisation est souhaitée à plus de 48h	15
Figure 17 - Réponses pour les délais espérés de réponse, lorsque l'hospitalisation est souhaitée dans les 48h	15
Figure 18 - Réponses pour les délais espérés de réponse, lorsque l'hospitalisation est souhaitée à plus de 48h	16
Figure 19 - Classement des solutions de recours en cas de non-possibilité de planification	16
Figure 20 - Réponses concernant la facilité d'hospitalisation dans un autre établissement public	17
Figure 21 - Réponses concernant la facilité d'hospitalisation dans un autre établissement privé	17
Figure 22 - Réponses concernant l'intérêt de l'hospitalisation directe	18
Figure 23 - Classement des freins aux hospitalisations directes	18
Figure 24 - Classement par priorité des pistes d'amélioration	19
Figure 25 - Réponses concernant le sexe	20
Figure 26 - Réponses concernant l'âge	20
Figure 27 - Réponses concernant le mode d'exercice seul ou en groupe	20
Figure 28 - Réponses concernant le mode d'exercice urbain, rural ou entre les deux	20
Figure 29 - Réponses concernant le secrétariat	21
Figure 30 - Réponses concernant le nombre moyen de consultations hebdomadaires	21
Figure 31 - Réponses concernant l'ancienneté d'installation	21

Sommaire

Remerciements	
Abréviations	
Index des Tableaux et figures.....	
1 Introduction.....	1
2 Etat des lieux	3
2.1 Constat national	3
2.2 Constat local	3
2.3 Le Centre Hospitalier Mémorial de Saint-Lô	4
3 Matériel et méthode	8
3.1 Choix de la méthode.....	8
3.2 Recherche bibliographique	8
3.3 Elaboration du questionnaire.....	8
3.4 Protocole pour le recueil de données	9
3.5 Méthode statistique	9
4 Résultats	10
4.1 Les réponses au questionnaire.....	10
4.2 Analyse des résultats.....	10
4.2.1 Première partie – CONCERNANT VOS PRATIQUES ACTUELLES.....	10
4.2.2 Deuxième partie - CONCERNANT LA DEMARCHE DE PLANIFICATION, LE CONTACT AVEC LE SERVICE CONCERNE	13
4.2.3 Troisième partie - CONCERNANT LA PLANIFICATION DES HOSPITALISATIONS.....	17
4.2.4 Quatrième partie - CONCERNANT VOTRE EXERCICE MEDICAL	20
5 Discussion	22
5.1 Critique de la méthode.....	22
5.1.1 Nombre de réponses	22
5.1.2 Discussion autour des biais	22
5.1.3 Points forts de l'étude	23
5.2 Discussion des résultats	23
5.2.1 Le nombre de réponses.....	23
5.2.2 Caractéristiques de l'échantillon	23
5.2.3 Pratique actuelle des médecins généralistes	24
5.2.4 Les freins aux hospitalisations directes	26
5.2.5 Facteurs liés aux médecins généralistes impactant la planification	27
5.2.6 Les pistes d'améliorations	28

5.3	Perspectives.....	31
6	Conclusion	33
	Bibliographie.....	34
	Annexe – Questionnaire version papier	38

1 Introduction

Le système de soins français est un secteur d'activité dynamique, sans cesse en évolution, que ce soit en termes de pratiques médicales ou paramédicales, mais aussi en ce qui se rapporte à son organisation. Or il est actuellement évident qu'il existe une forte tension au sein du système de soins français que ce soit à l'intérieur ou l'extérieur de l'hôpital.

Les raisons pouvant justifier cette situation sont multiples et complexes. En ce qui concerne les services d'accueil des urgences (SAU) il est possible de l'expliquer partiellement en faisant un constat de l'évolution de certains paramètres du système de soins.

La tension qui peut exister au niveau des services d'urgences est principalement dépendante de trois facteurs : le flux de patients entrant au SAU, l'organisation et les moyens au sein de ce service et les possibilités d'accueil des patients en aval des urgences (rapport parlementaire du député T. Mesnier et du Pr P. Carli de décembre 2019 (1)). Or une augmentation des difficultés pour chacune de ces trois données est constatée (2).

Notre travail

Les pistes de désengorgement des urgences et d'amélioration de la fluidité du parcours de soins des patients sont multiples (1,3). Parmi elles nous nous sommes intéressés à la notion d'hospitalisation directe, définie ici par l'adressage du patient par le médecin généraliste ambulatoire directement dans un service d'hospitalisation sans passer par les services d'accueil des urgences.

Il faut noter que cette notion d'hospitalisation directe, peu traitée pour elle-même, rejoint un sujet largement traité et encore à parfaire : la relation ville-hôpital, en entendant par-là la relation entre les médecins ambulatoires et ceux des structures hospitalières.

Il est fréquemment décrit des difficultés de relations entre la « ville » et l'hôpital, ce dernier étant encore bien souvent qualifié d' « ile dans la ville ». On note par exemple qu'en 2005 en Ile de France, 60% des tentatives d'hospitalisation directe par les médecins généralistes sont un échec (4).

Le rapport du Pr Carli en 2013 insistait plutôt sur la gestion de l'aval des urgences pour diminuer la tension dans les services ; il considérait alors que l'amélioration de l'amont, notamment par les hospitalisations directes, ne permettrait pas de diminuer l'afflux de patients de manière suffisante (3). Le rapport du Pr Carli et de M Mesnier de 2019 a changé de point de vue en notant que « améliorer la réponse aux besoins de soins non programmés implique tout d'abord d'agir sur l'amont des urgences ». Plusieurs arguments sont en faveur de cette évolution.

En premier lieu, l'hospitalisation directe permet d'éviter un passage aux urgences qui ne serait pas nécessaire. De nombreuses études ont examiné la pertinence des admissions aux urgences, et elles considèrent que 10 à 20 % des patients qui passent par les urgences auraient pu être hospitalisés directement et éviter le passage au SAU (2,5). Une part non négligeable de ces patients, entre 25 et 87% selon les études, est adressée par leur médecin généraliste (5-7). Cela montre qu'il ne s'agit pas seulement d'un défaut d'accès aux généralistes qui est à déplorer, mais que des améliorations du processus d'entrée directe sont également à chercher ailleurs. On note que le critère d'admission « non pertinent non justifié » au SAU est, dans les études, le plus souvent un défaut d'organisation des soins, suivi de raisons liées au patient ou à sa famille (8,9).

En évitant ces entrées non nécessaires on participe à fluidifier la filière de soins, notamment en limitant le nombre de passages longs au SAU car les patients finalement hospitalisés sont souvent ceux qui restent le plus longtemps au sein des urgences (10–12). Diminuer la durée de séjour au SAU permet d'améliorer le confort des patients dans leur prise en charge et de limiter les complications favorisées par les séjours trop longs dans ce service, en particulier pour les personnes âgées pour lesquelles il est montré que le passage aux urgences peut être source de complications surajoutées (13,7,14,15).

Ensuite l'hospitalisation directe permet de remettre le médecin traitant au centre du parcours de soins du patient. D'un point de vue légal, les lois successives du 4 mars 2002 (dite loi Kouchner (16)), du 13 août 2004 (portant sur la réforme de l'assurance maladie (17)) et celle du 21 juillet 2009 (dite loi HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires (18)) ont précisé le rôle du médecin traitant. Notamment elles le placent au cœur de la transmission d'information, même au cours de l'hospitalisation, et lui donnent le rôle central, de pivot, du parcours de soins coordonnés.

En revanche l'hospitalisation directe nécessite tout de même que le médecin qui la demande soit suffisamment aguerri afin qu'il sache évaluer correctement les situations cliniques pour lesquelles le passage par le SAU est préférentiel car moins à risque pour le patient. Une étude américaine a par exemple montré que les entrées directes étaient associées à un surrisque de décès par sepsis (19).

Enfin l'hospitalisation directe permet éventuellement de planifier le séjour hospitalier du patient en gagnant un peu de temps pour la réalisation des examens complémentaires (selon les modalités d'organisation de cette hospitalisation). Cette planification peut également permettre de limiter le taux d'inadéquation d'occupation des lits, évalué à environ 10% de lits d'hôpital occupés de manière inadéquate sur un jour donné, et dont le coût était estimé à 2.352 milliards d'euros en 2011 (20).

La mise en place de cette hospitalisation n'est pas toujours aisée, à la fois très dépendante de la pathologie que présente le patient, de l'organisation du médecin généraliste consulté, de l'organisation de la structure hospitalière, de la disponibilité des lits etc.

Les difficultés les plus fréquemment rencontrées concernent les personnes âgées et/ou polyopathologiques dont l'état clinique nécessite des aides et ou une surveillance rapprochée difficilement organisable hors structure de soins. D'un côté leur maintien à domicile est compliqué car il nécessite de multiples aides, de l'autre côté leur hospitalisation est complexe car elle implique de trouver un service adéquat, capable de prendre en charge leur polypathologie, et ayant des places disponibles.

C'est pourquoi nous nous sommes demandé quelles sont les pratiques et les attentes des médecins généralistes ambulatoires concernant l'hospitalisation directe en service de médecine à l'hôpital de Saint Lô, et quelles améliorations seraient réalisables ?

L'idée de cette étude étant de faire un constat de ce qui se pratique actuellement, d'en faire remonter les difficultés et les attentes, et de pouvoir proposer une ou plusieurs pistes d'amélioration concrètes, adaptées au maximum aux attentes des médecins généralistes.

2 Etat des lieux

2.1 Constat national

Depuis 1996, au niveau national, nous constatons une augmentation du nombre de passages aux urgences. Cette majoration est de l'ordre de 3,5% par an en 20 ans, passant d'environ 10,1 millions de passages en 1996 contre 20,1 millions en 2016 (21,22).

En parallèle, il y a une diminution du nombre de médecins généralistes sur le territoire, rendant l'accès aux consultations plus difficile. Il y a en effet 87 801 médecins généralistes en France en 2018, contre 94 261 en 2010, et la projection du Conseil national de l'Ordre des Médecins (CNOM) jusqu'en 2025 attend une baisse continue (81 804 en 2025). Cette récession de la démographie médicale est liée entre autre au vieillissement des médecins (l'âge moyen des médecins généralistes étant de 50.6 ans en 2018) , à l'augmentation trop récente du numérus clausus qui ne suffit pas encore à compenser les départs à la retraite, et probablement aux modifications du mode d'exercice : les médecins s'installant actuellement travaillant souvent avec des amplitudes horaires moins importantes que leurs aînés (23,24).

Concernant les difficultés dans l'organisation des services d'urgences, il suffit de constater les nombreux appels à l'aide des instances nationales mais aussi des services eux-mêmes, qui demandent notamment plus de moyens humains et financiers (25,26).

Concernant les difficultés de l'aval des urgences, on note une baisse du nombre de lits d'hospitalisation entre 2003 et 2016 (avec moins 26 000 lits en services de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), et moins 49 000 lits en longs séjours), mais une majoration en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) sur la même période (de 92 000 à 106 000 lits) (27).

Avec, au 1^{er} janvier 2020, 67 millions d'habitants dont plus d'une personne sur 5 ayant plus de 65 ans en France, la population française vieillit. A la fois l'espérance de vie augmente (plus 2 ans pour les hommes et 1.2 ans pour les femmes ces 10 dernières années), à la fois le taux de natalité baisse et la population issue du « baby-boom » (née entre 1945 et 1965) arrive aux âges de plus de 60 ans (28). Ce vieillissement ne va pas en faveur d'une amélioration « spontanée » des difficultés au sein des SAU, les passages aux urgences des personnes âgées étant souvent plus longs et plus complexes.

2.2 Constat local

Au 1^{er} janvier 2020, le département de la Manche comptait 496 883 habitants, dont 188 676 pour l'arrondissement de Cherbourg, 134 504 pour celui d'Avranches, 103 144 pour celui de Saint Lô et 70 559 pour celui de Coutances. Cela donne une densité d'environ 83 habitants au kilomètre carré (29).

Concernant les médecins généralistes, en 2019 le département de la Manche comptait 682 médecins généralistes, dont 371 exerçant une activité libérale exclusive, 36 exerçant une activité mixte, 181 une activité salariée hospitalière et 94 une activité salariée autre. Selon l'atlas démographique 2018 de l'Ordre des médecins, la Manche a une densité de 111.8 médecins généralistes d'activité libérale ou mixte pour 100 000 habitants (contre 126 en moyenne sur la France), avec une baisse de 2.56 % entre 2017 et 2018 (23).

L'âge moyen des généralistes était de 57 ans pour les hommes et 50 ans pour les femmes, ces dernières représentant 44.8% de l'effectif des médecins en 2019 (contre 48.2% de femmes sur la moyenne nationale).

2.3 Le Centre Hospitalier Mémorial de Saint-Lô

Le Centre Hospitalier Mémorial de Saint-Lô (CHM) est un hôpital ouvert en 1956, conçu par l'architecte franco-américain Paul Nelson et classé aux monuments historiques. Il fait partie, avec le Centre Hospitalier de Coutances et l'hôpital local de Carentan, du groupement hospitalier de territoire Centre-Manche.

Il dispose d'une infrastructure comprenant en moyenne 519 lits et places : plus de 190 lits de médecine, plus de 70 lits de chirurgie, plus de 20 lits et places en hôpital de jour, 12 postes de dialyses, auxquels s'ajoutent les lits de pédiatrie, gynécologie, SSR et EHPAD.

Il est également équipé d'un plateau technique bien développé : un bloc opératoire comprenant 8 salles d'opération, un service de réanimation de 8 lits et de soins continus de 4 lits, un service de soins intensifs de cardiologie de 6 lits, un service d'imagerie (comprenant notamment une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) et deux scanners), un laboratoire d'analyses médicales, une unité technique d'endoscopie, une unité de médecine vasculaire avec échodoppler, un bloc obstétrical.

A noter qu'il accueille, à côté du bloc SAU-SAMU-SMUR, le centre de coordination centre 15 pour le département de la Manche.

Le service de gériatrie est localisé sur le site de Coutances, à une trentaine de kilomètres, ce qui explique l'absence de gériatrie sur le site du CHM.

Concernant son activité il accueille environ 50 000 patients aux urgences (adultes, pédiatriques et gynécologiques) en 2019, près de 125 000 personnes en consultations externes, environ 5 000 actes chirurgicaux, 23 000 hospitalisations en services de médecine et plus de 1 500 naissances.

Au CHM, le nombre de passages aux urgences adultes a augmenté de manière relativement similaire à la moyenne nationale, ce qui donne un nombre de passages annuel à 27 250 en 2011 qui augmente à 36 284 en 2019 (enregistrant une hausse entre 2.5 et 5.6% tous les ans).

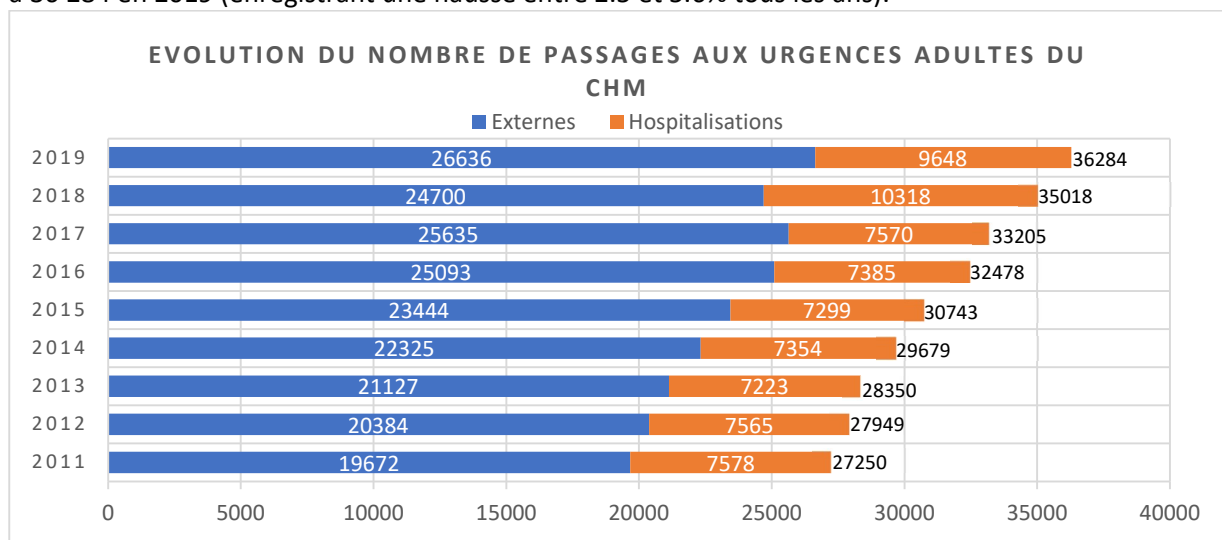


Figure 1 - Evolution du nombre de passages aux urgences adultes du CHM

Parmi ces entrées aux urgences adultes du CHM, la proportion des patients finalement hospitalisés après leur passage aux urgences a plutôt eu tendance à diminuer de 2011 à 2017, passant de 38% à 29%, mais est remontée ces deux dernières années à 41% en 2018 et 36% en 2019. Le temps moyen passé aux urgences sur ces neuf années est de 3h21 (5h03 pour les patients finalement hospitalisés et 2h47 pour les patients externes), et le temps d'attente est relativement court : 7mn avant la prise en charge par l'Infirmier d'Orientation et d'Accueil (IOA), puis 45mn d'attente entre la prise en charge par l'IOA et la prise en charge médicale. La durée de prise en charge médicale étant d'1h53 en moyenne.

Dans le même intervalle de temps, le nombre de boxes du service d'urgence est resté identique, même si l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UCHD) est passée de 7 à 3 places entre 2015 et 2016 permettant d'ouvrir quatre « nouveaux » boxes de consultation.

Concernant les équipes, pour les hôpitaux de Saint-Lô et Coutances, il y a 20 équivalents temps plein médicaux aux urgences début 2020, pour un effectif médical théorique de 36 équivalents temps plein. A noter que les équipes paramédicales sont complètes.

Concernant l'aval, le nombre de lits d'hospitalisation a plutôt eu tendance à augmenter passant de 179 en 2009 (185 en 2011) à 199 en 2018, mais est comptée dans cette augmentation l'apparition de 13 lits d'hôpital de semaine d'endocrinologie et 13 lits dits de débordement. En chirurgie, le nombre de lits est passé de 101 en 2009 (99 en 2011) à 75 en 2018. Au SSR le nombre de lits est stable à 30.

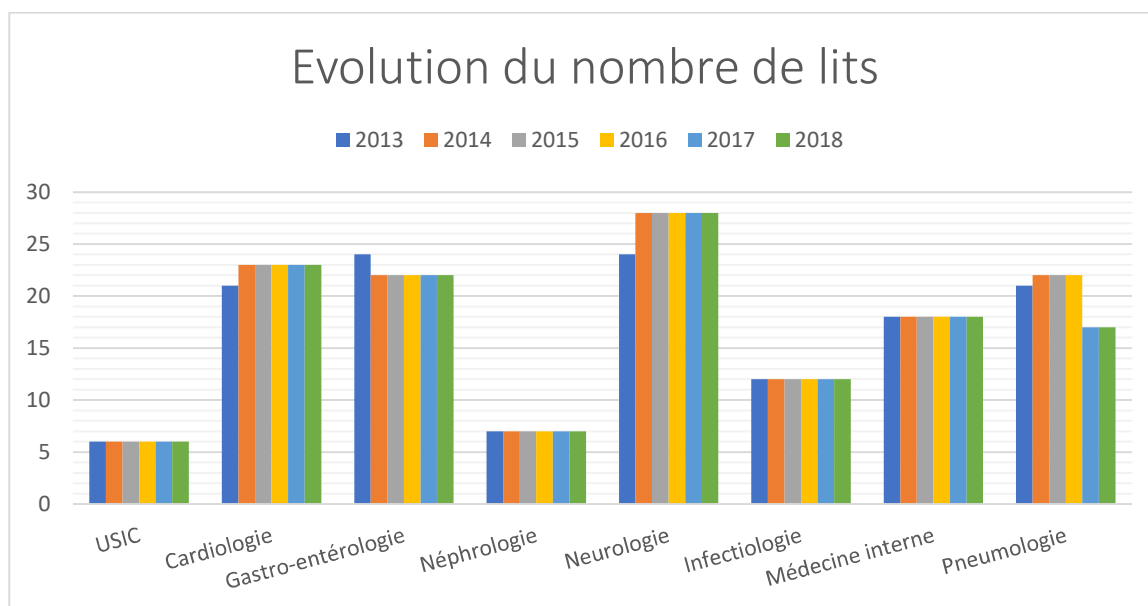


Figure 2 - Evolution du nombre de lits au CHM

Il faut noter que le nombre d'hospitalisations complètes a lui largement augmenté, passant de 17 824 en 2013 à 23 067 en 2018 (soit une augmentation de 29%), puis diminué à 22 623 en 2019. Cela s'accompagne d'une nette augmentation du nombre de séjours de plus de 48h dans tous les services, excepté en pneumologie et en gastro-entérologie.

On peut également constater que l'évolution du nombre d'hospitalisations de moins de 48h est très variable selon les services, dans le cadre de notre thèse nous avons été notamment attentifs à l'augmentation franche de ces hospitalisations dans le service de médecine interne, passant de 55 ou moins avant 2016, à plus de 100 après 2017.

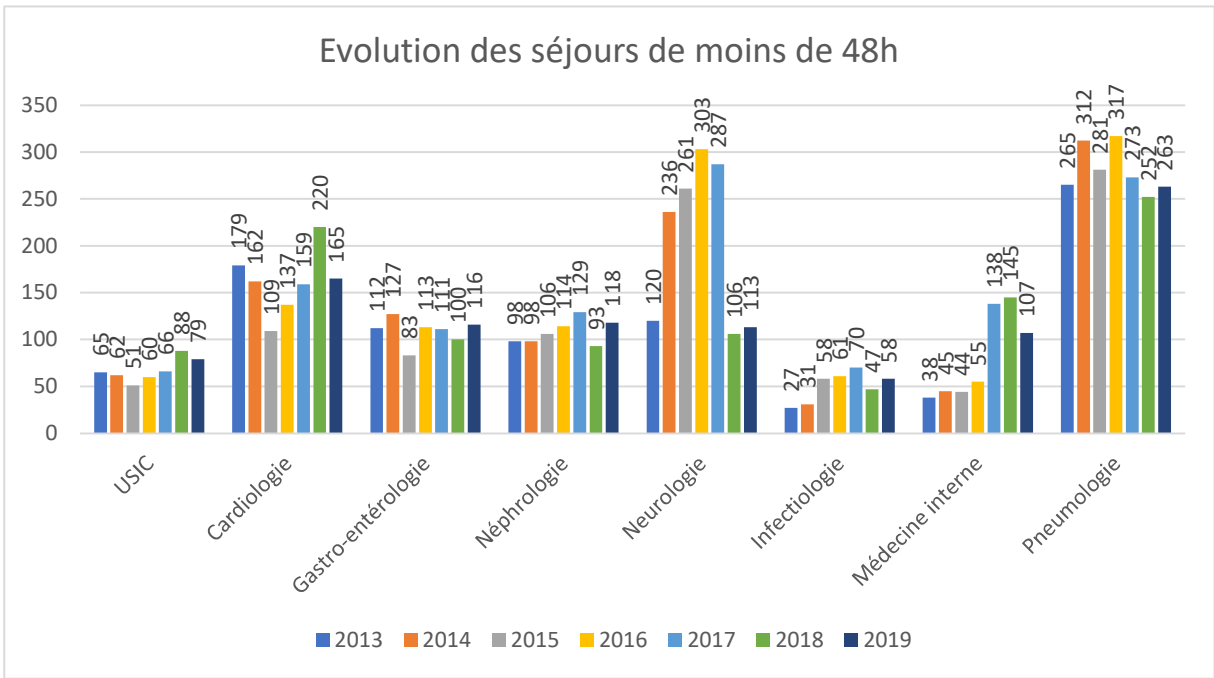


Figure 4 - Evolution des séjours de moins de 48h au CHM

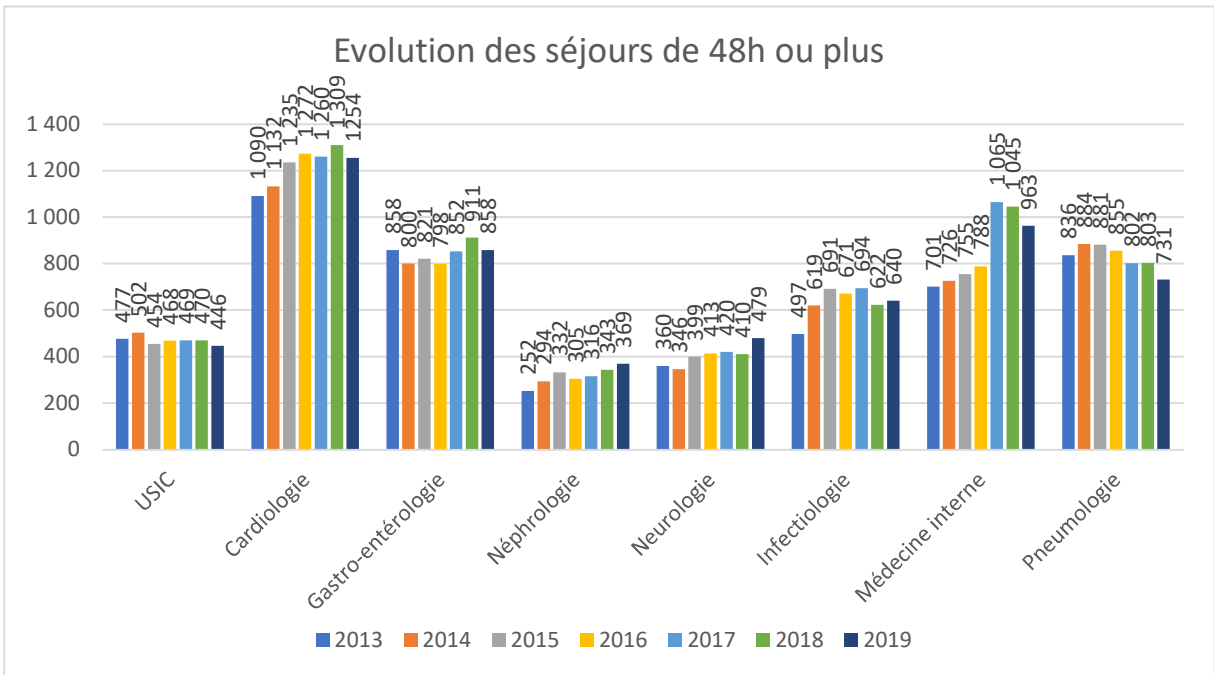


Figure 3 - Evolution des séjours de 48h ou plus au CHM

L'autre marqueur de tension au sein de l'hôpital est le taux d'occupation des lits : sur la période entre 2011 et 2019 il est en moyenne à 91.2% pour l'ensemble du pôle médecine. Il est à 103% en médecine interne, à 95% en infectiologie, à 101% en pneumologie et à 87.5% en cardiologie. Cela reste un taux élevé, laissant finalement peu de marge de places disponibles.

Parmi ces hospitalisations on constate qu'excepté en néphrologie la majorité des hospitalisations se font via les urgences, qui restent donc la porte d'entrée privilégiée pour les services hospitaliers.

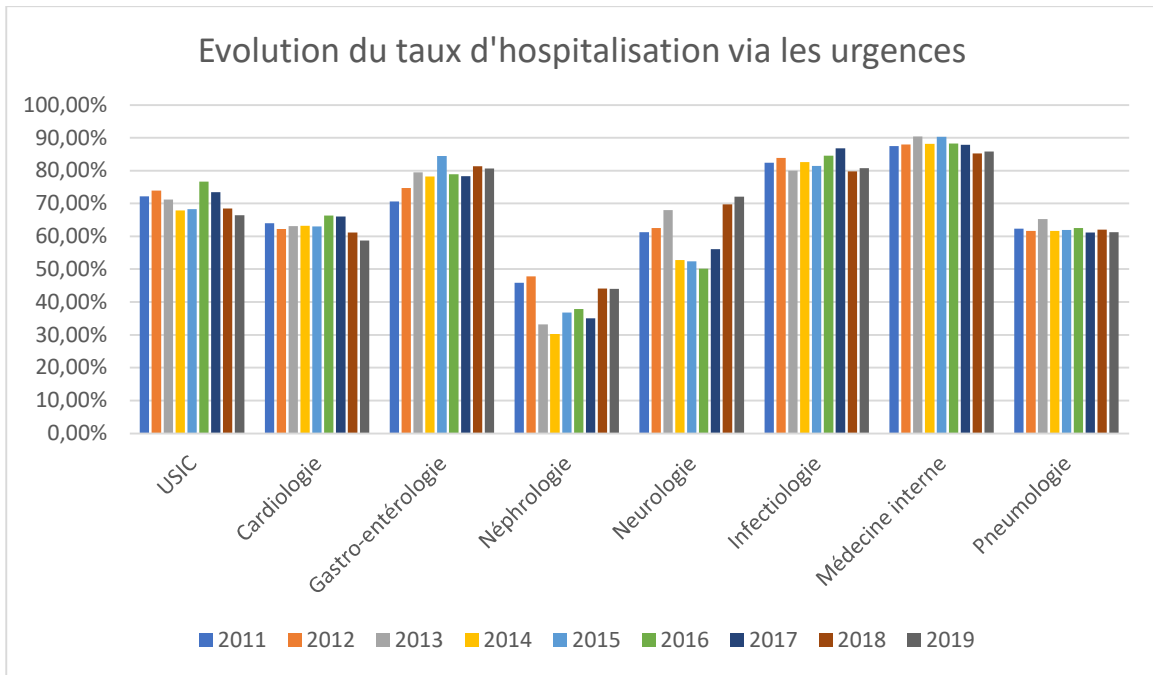


Figure 5 - Evolution du taux d'hospitalisation via les urgences au CHM

On note que si l'on considère que 10 à 20% des patients passés par les urgences et finalement hospitalisés auraient pu bénéficier d'une hospitalisation directe, cela donne entre 1 000 et 2 000 patients par an pouvant rentrer dans ce dispositif au CHM.

3 Matériel et méthode

3.1 Choix de la méthode

- Quelles sont les pratiques actuelles et les difficultés que rencontrent les médecins généralistes libéraux concernant l'hospitalisation directe à l'hôpital de Saint-Lô ?
- Quelles pistes d'amélioration seraient envisageables de façon concrète ?

Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons élaboré un questionnaire type enquête descriptive transversale, permettant de toucher un maximum de médecins dans notre population cible, afin d'être le plus représentatif possible.

Notre questionnaire (voir annexe 1) comporte principalement des questions fermées, afin de faciliter l'analyse statistique, et quelques questions ouvertes permettant de laisser de la place à d'éventuelles idées originales et attentes non anticipées.

Le moyen de diffusion retenu était informatique, via la plateforme LimeSurvey de l'université de Caen (enquetes.unicaen.fr), afin de proposer un format attractif qui devait permettre un maximum de réponses.

3.2 Recherche bibliographique

La bibliographie a été réalisée grâce à l'intermédiaire de plusieurs bases de données : Pubmed, Cochrane, Sudoc et la banque de données des bibliothèques de l'université de Caen.

3.3 Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé avec :

- Des questions fermées, aisées à poser, permettant de collecter des faits précis directement quantifiables.
- Des questions avec une seule réponse possible : choix binaires ou multiples.
- Des questions avec plusieurs réponses possibles : à sélectionner ou à classer dans une liste.
- Des questions ouvertes : le plus souvent pour préciser ou développer une question fermée précédente ; une question posée visait également à laisser un champ libre pour d'éventuelles idées ou réflexions originales qui n'étaient pas déjà posées dans le questionnaire.

Il y a 30 questions dans le questionnaire, dont 24 questions fermées et 6 questions ouvertes.

Le questionnaire est divisé en quatre parties, interdépendantes mais cherchant principalement à donner plus de lisibilité à celui-ci :

I - Concernant les pratiques actuelles

Regroupe les questions visant à déterminer l'habitus des médecins concernant les hospitalisations directes, de façon générale.

II – Concernant la démarche de planification

Regroupe les questions visant à préciser les modalités des démarches permettant aux médecins d'hospitaliser leurs patients directement dans les services : mode de contact du service, délais...

III – Concernant la planification

Regroupe les questions cherchant à déterminer les freins principaux et les pistes d'améliorations.

IV – Renseignements généraux

Regroupe les questions permettant de caractériser le profil de chaque médecin ayant répondu au questionnaire : âge, sexe, lieu et mode d'exercice, ancienneté.

3.4 Protocole pour le recueil de données

Nous n'avons pas réalisé d'échantillonnage, essayant de collecter un maximum de réponses auprès des médecins de la population ciblée. Nous estimons avoir environ 140 médecins dans le bassin saint-lois directement concernés par l'étude.

Notre étude s'est déroulée de fin septembre à début décembre 2019.

Une première diffusion du questionnaire a été réalisée par mail fin septembre, il s'agissait d'un envoi unique par la liste de diffusion de l'URML Normandie. Nous avons demandé un envoi à tous les médecins généralistes libéraux de la Manche, ainsi qu'à ceux de certaines communes du Calvados, limitrophes de la Manche (Isigny sur Mer, Port en Bessin, Trevières, Le Molay Littry, Balleroy, Caumont l'éventé, Cahagnes, Vire, Saint-Sever Calvados, Villers Bocage). Cela donnait une diffusion à 345 médecins généralistes.

Dans les semaines qui ont suivi nous avons procédé à une relance par mail dans des cabinets médicaux situés dans la zone de prise en charge du CHM (quatre pôles de santé de 3 à 7 médecins et trois cabinets où le médecin est seul).

Enfin pour essayer d'augmenter le nombre de réponses nous avons réalisé une relance téléphonique à huit, neuf et dix semaines de l'envoi du premier mail. Au cours de cette relance nous avons essayé de joindre par téléphone tous les médecins dans un rayon d'approximativement 45mn de route du CHM, puis si les médecins étaient d'accord nous leur avons renvoyé le lien du questionnaire sur les adresses mail obtenues. Nous avons donc téléphoné à 62 structures médicales (ce qui correspondait à environ 130 médecins), renvoyé 34 mails (adressés aux secrétariats ou directement aux médecins) et sommes allés chez un médecin remplir le formulaire en version papier.

La fin du recueil de données et la clôture du questionnaire ont eu lieu début décembre 2019, lorsque nous avons estimé ne pas pouvoir recueillir plus de réponses.

L'ensemble des données a donc été enregistré sur LimeSurvey, y compris le questionnaire version papier pour lequel nous avons retranscrit fidèlement les réponses sur la plateforme.

3.5 Méthode statistique

Pour essayer de déterminer s'il existait des liens statistiquement significatifs entre différents facteurs, lors de nos analyses bivariées, nous avons utilisé le test exact de Fisher, nos effectifs étant trop faibles pour utiliser le test de Khi deux. Nous avons fixé un seuil de significativité de la p-value à 0.05. Par commodité pour la lecture de la thèse, nous n'avons retranscrit que les résultats qui semblaient pertinents par leur tendance significative.

4 Résultats

4.1 Les réponses au questionnaire

Au terme de notre enquête nous dénombrons un total de 66 réponses.

Parmi ces réponses au questionnaire, nous en avons écartées 25 qui ne donnaient pas de réponses aux questions obligatoires.

Nous en avons gardées et exploitées 41 pour les trois premières questions.

Enfin nous en avons conservées 39 pour l'intégralité du questionnaire.

4.2 Analyse des résultats

4.2.1 Première partie – CONCERNANT VOS PRATIQUES ACTUELLES

4.2.1.1 *Question 1 : Si vous avez besoin d'un bilan dans un service de médecine du CHM, sans risque vital immédiat (= avec attente permise supérieure ou égale à 12h), vous envoyez directement aux urgences sans faire la démarche de planification avec un service :*

41 réponses.

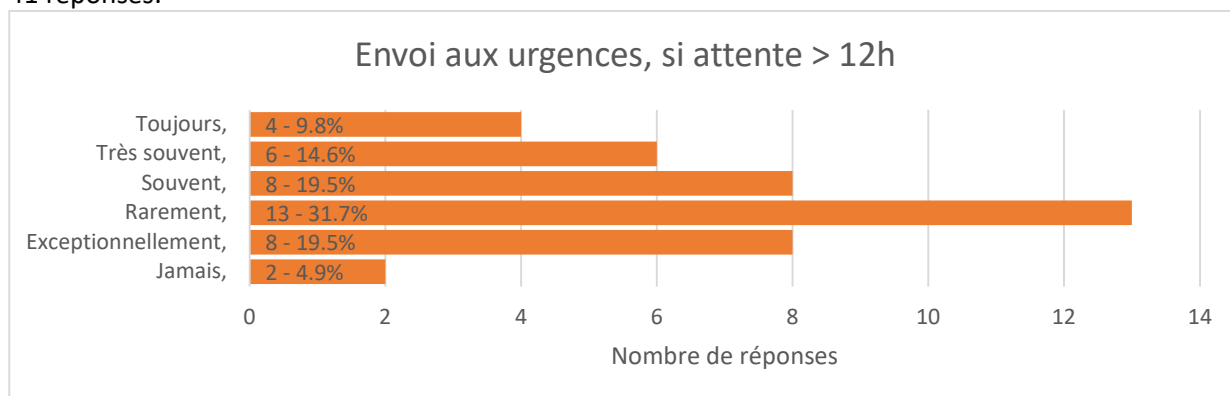


Figure 6 - Réponses pour l'envoi aux urgences si l'attente permise et supérieure à 12h

Afin d'essayer de déterminer si cet envoi aux urgences pouvait être lié à certains facteurs imputables aux médecins généralistes, nous avons testé ces facteurs avec le test exact de Fisher et n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative. Trois résultats se rapprochaient cependant du seuil de significativité :

- *Envoi aux urgences, selon l'âge du praticien* : la p-value était à 0.0891 (les 2 praticiens de plus de 67 ans ont dit envoyer « souvent ou très souvent » aux urgences, là où le praticien de moins de 30 ans dit ne « jamais » envoyer aux urgences).
- *Envoi aux urgences, selon le mode d'exercice seul ou en groupe* : la p-value était à 0.0654. Il existe donc une tendance significative en faveur du fait que les médecins exerçant seuls envoient plus « toujours » leurs patients aux urgences dans cette situation (25% contre 0%), quand les médecins exerçant en groupe le font plus « rarement ou exceptionnellement » (59% contre 33%).
- *Envoi aux urgences selon les ressources du secrétariat* : pour secrétariat versus absence de secrétariat : p-value 0.0544. Il s'agit d'une tendance significative en faveur du fait que les médecins sans secrétariat enverraient davantage « toujours » leurs patients aux urgences, mais comme seuls 4 médecins ont répondu ne pas avoir de secrétariat ce résultat peut être biaisé.

4.2.1.2 Question 1-1 : Dans cette situation, lorsque vous envoyez directement aux urgences, quelles en sont les trois raisons principales ? (Regroupées par idées-clés)

36 médecins ont répondu.

Par commodité pour la lisibilité des réponses, nous avons regroupé celles-ci en idées-clés :

- La *nécessité de passage aux urgences* englobe : la notion d'urgence clinique, la nécessité d'examen complémentaires, les difficultés d'orientation du patient.
- La/les *difficulté(s) liée(s) à l'organisation du service* englobe(nt) : l'échec d'organisation d'une hospitalisation directe avec le service concerné, la demande du service de passage au SAU
- Les *problèmes sociaux* concernent les difficultés avec les patients précaires ou isolés socialement.
- Le *manque de temps*.
- Les *difficultés à joindre le service*.
- Les *problèmes d'horaires ou de date* : quand les médecins généralistes souhaitent envoyer en hospitalisation directe en fin d'après-midi/soirée ou les week-ends et fériés.
- Les *demandes du patient* : lorsque les patients ou leurs familles demandent que leur médecin les envoie aux urgences.

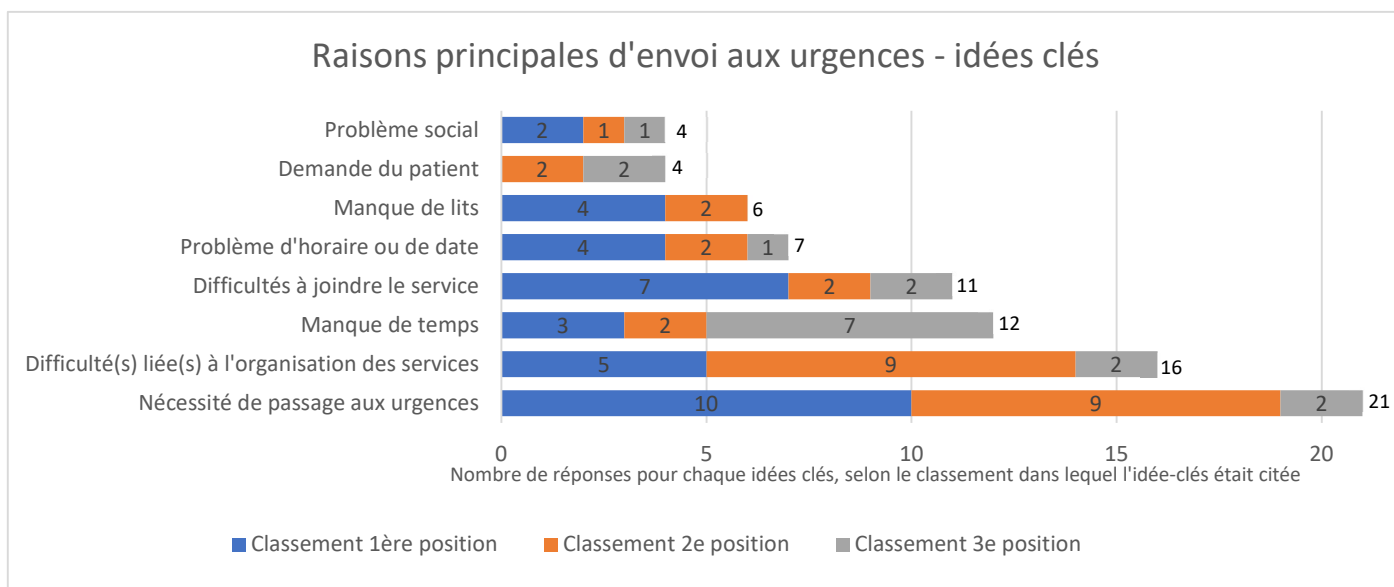


Figure 7 - Raisons principales d'envoi aux urgences, idées clés

A noter 3 réponses non classées dans le graphique ci-dessus car isolées :

- La notion de *problème pédiatrique*, classée en 2^e position
- La notion de « *Disponibilité* » non précisée, classée en 1^{ère} position
- La notion de « *Qualité du service* » classée en 1^{ère} position

4.2.1.3 Question 2 : Lorsque vous planifiez une hospitalisation directe, jugez-vous que cela aboutit positivement :

41 réponses.

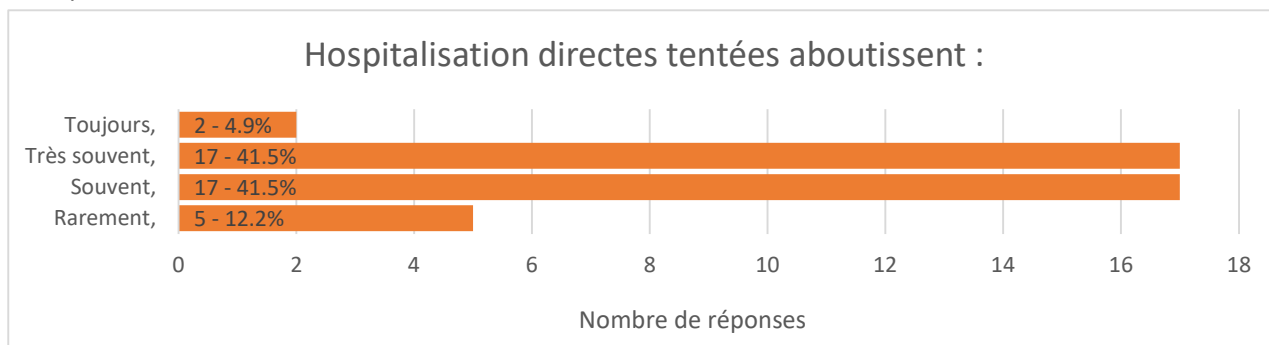


Figure 8 - Réponses pour l'aboutissement des hospitalisations directes

Afin d'essayer de déterminer si ce succès de la planification pouvait être lié à certains facteurs imputables aux médecins généralistes, nous avons testé ces facteurs avec le test exact de Fisher et n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative. Un résultat se rapprochait du seuil de significativité :

- Succès des programmations d'hospitalisation directe, selon le sexe : la p-value était à 0.0520. Ce résultat serait en faveur du fait que les tentatives des médecins femmes aboutissent plutôt « très souvent » (64% contre 25%) quand celles des médecins hommes aboutissent plutôt « souvent » (65% contre 28%).

4.2.1.4 Question 3 : Comment qualifiez-vous l'offre d'hospitalisation directe dans les services de médecine de l'hôpital Mémorial de Saint-Lô :

41 réponses.

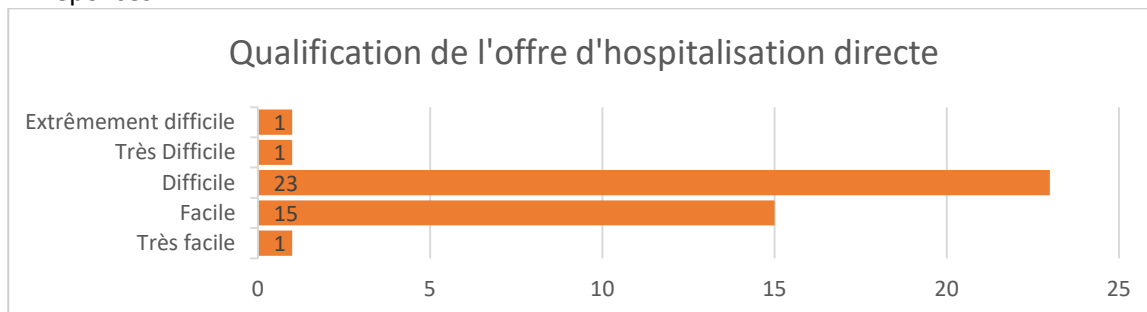


Figure 9 - Réponses pour la qualification de l'offre d'hospitalisation directe au CHM

Afin d'essayer de déterminer si ce ressenti pouvait être lié à certains facteurs imputables aux médecins généralistes, nous avons testé ces facteurs avec le test exact de Fisher et n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative. Un résultat se rapprochait du seuil de significativité :

- Qualification de l'offre d'hospitalisation directe selon le volume de l'activité : la p-value était à 0.0878. Cette p-value se rapproche du seuil de significativité, cela pourrait être en faveur du fait que les médecins faisant entre 100 et 150 actes hebdomadaires trouvent l'offre d'hospitalisation directe « facile » dans 53% des cas, alors que les médecins faisant moins de 100 ou plus de 150 actes hebdomadaires la qualifient plutôt de « difficile » dans respectivement 77% et 83% des cas.

4.2.1.5 Question 4 : Y a-t-il des différences selon les services :

28 réponses

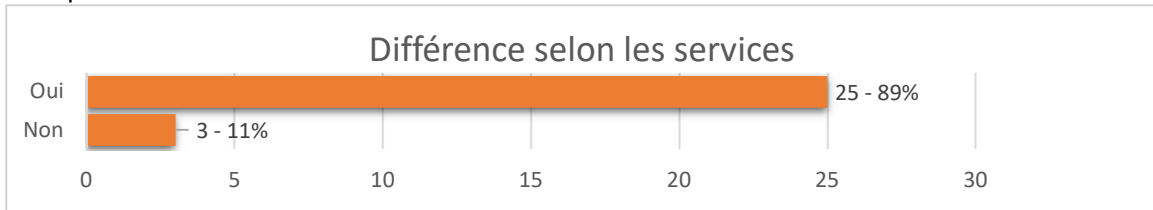


Figure 10 - Réponses aux différences selon les services

- ⇒ Service le plus facile (21 réponses) : médecine interne (15 votes), gériatrie Coutances (4 votes), Neurologie (1 vote), Gastro-entérologie (1 vote)
- ⇒ Service le plus difficile (17 réponses) : Gastro-entérologie (6 votes), Cardiologie (5 votes), Neurologie (3 votes), Pneumologie (2 votes), Médecine interne (1 vote)

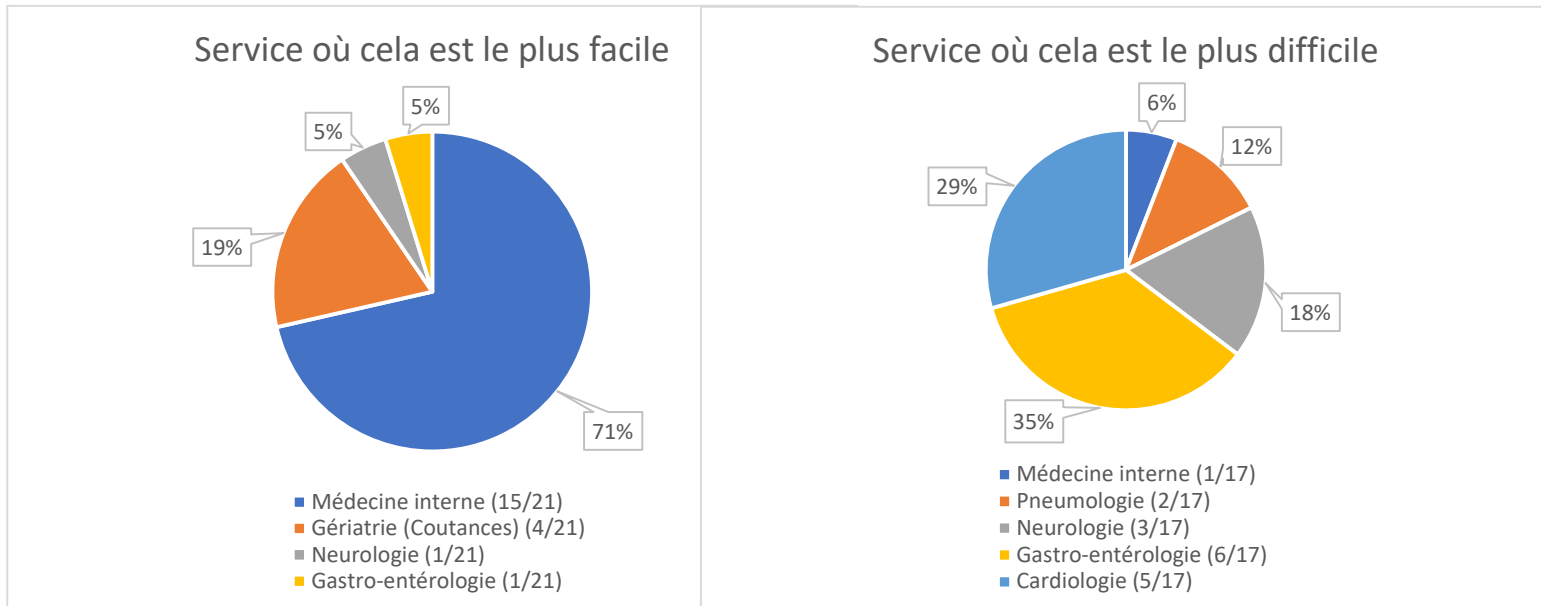


Figure 11 - Services les plus faciles

Figure 12 - Services les plus difficiles

4.2.2 Deuxième partie - CONCERNANT LA DEMARCHE DE PLANIFICATION, LE CONTACT AVEC LE SERVICE CONCERNE

4.2.2.1 Question 1 : Comment procédez-vous pour demander une hospitalisation directe :

38 réponses

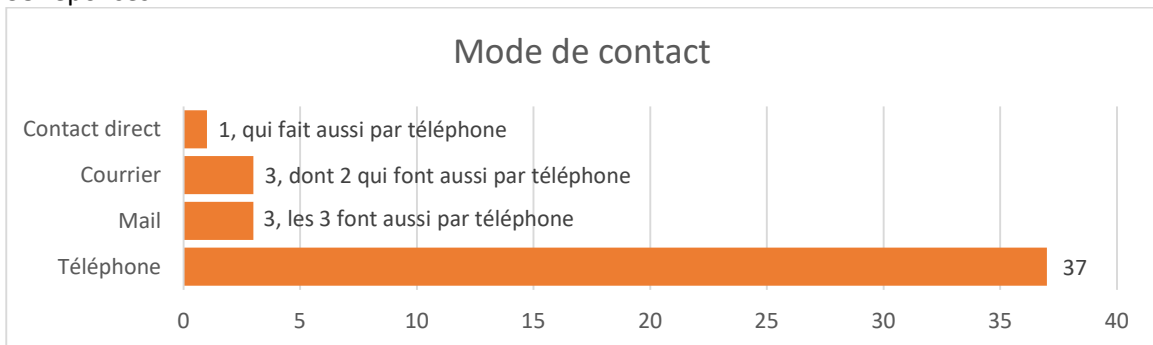


Figure 13 - Réponses aux modes de contact

Excepté un médecin qui a inscrit uniquement le mail comme moyen de communication, l'ensemble des médecins utilisent le téléphone.

5 médecins utilisent également le courrier ou le mail, et un seul se déplace pour avoir un contact direct.

4.2.2.2 Question 2 : Habituellement, qui est votre interlocuteur pour planifier l'hospitalisation :

38 réponses

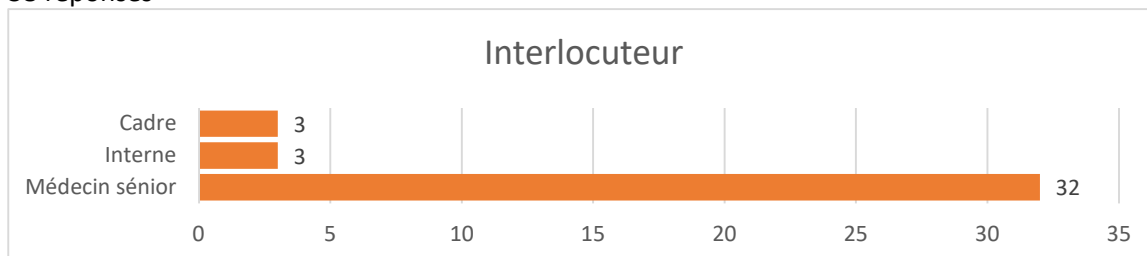


Figure 14 - Réponses concernant l'interlocuteur

Dans la majorité des cas, les médecins sont en contact avec le médecin sénior. 6 médecins disent être plus fréquemment en lien avec la cadre ou l'interne du service.

Afin d'essayer de déterminer si le choix de l'interlocuteur pouvait être lié à certains facteurs imputables aux médecins généralistes, nous avons testé ces facteurs avec le test exact de Fisher et avons retrouvé un facteur qui donnerait une différence statistiquement significative :

- *Interlocuteur selon les ressources du secrétariat : secrétariat téléphonique ou présentiel* : la p-value était à 0.0451 donc en théorie statistiquement significative : les médecins disposant d'un secrétariat téléphonique contacteraient plus souvent les cadres de service quand ceux disposant d'un secrétariat présentiel contacteraient plus fréquemment l'interne. Vu le faible nombre de réponses ce résultat peut être biaisé. Il semble par ailleurs peu contributif pour notre étude.

4.2.2.3 Question 3 – a : quel délai pensez-vous devoir attendre avant d'avoir une réponse, dans le cas où vous préconisez une hospitalisation dans les 48h maximum

37 médecins ont répondu.

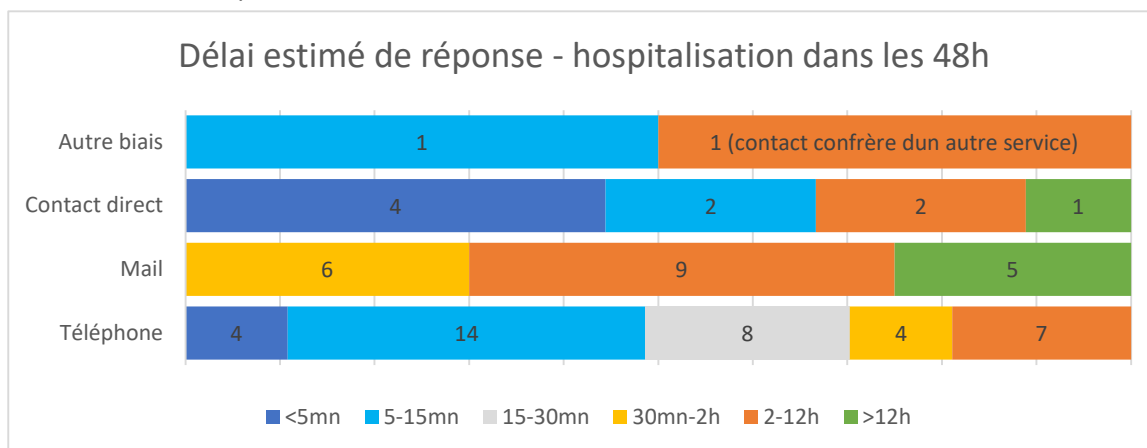


Figure 15 - Réponses pour les délais estimés de réponse, lorsque l'hospitalisation est souhaitée dans les 48h

Nombre de médecins ayant coché la case « Ne Fait Pas » : Mail : 7 ; Contact direct : 10 ; Autre biais : 8.
 Commentaire : « des pb pour joindre par mail les praticiens apicrypt souvent en panne... c'est ce qu'on me répond tout du moins »

4.2.2.4 Question 3 – b : quel délai pensez-vous devoir attendre avant d’avoir une réponse, dans le cas où vous avez une attente tolérée de plus de 48h.

34 médecins ont répondu.

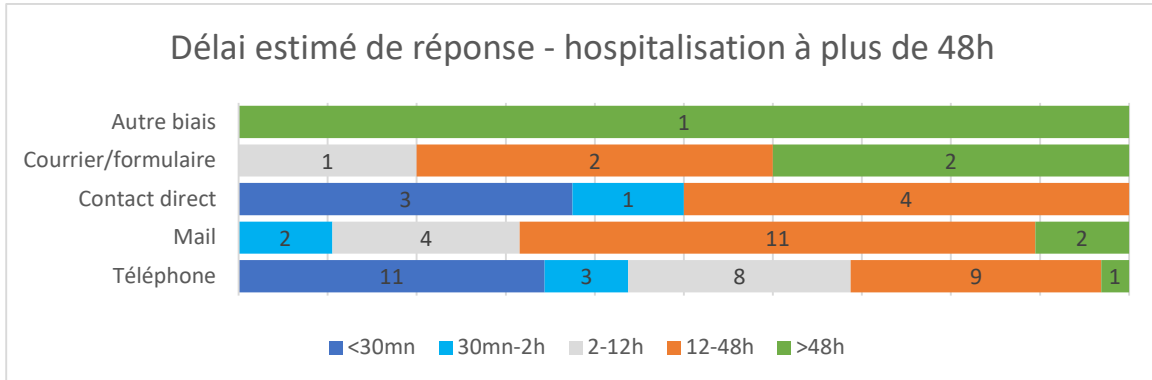


Figure 16 - Réponses pour les délais estimés de réponse, lorsque l’hospitalisation est souhaitée à plus de 48h

Nombre de médecins ayant coché la case « Ne Fait Pas » : Téléphone : 1 ; Mail : 4 ; Contact direct : 8 ; Courrier-formulaire : 8.

Le médecin ayant répondu « autre biais » a précisé qu’il utilise le fax.

4.2.2.5 Question 4 – a : lorsque vous demandez une hospitalisation avec délai d’attente toléré inférieur à 48h, quel délai de réponse aimeriez-vous avoir ? :

36 répondants.

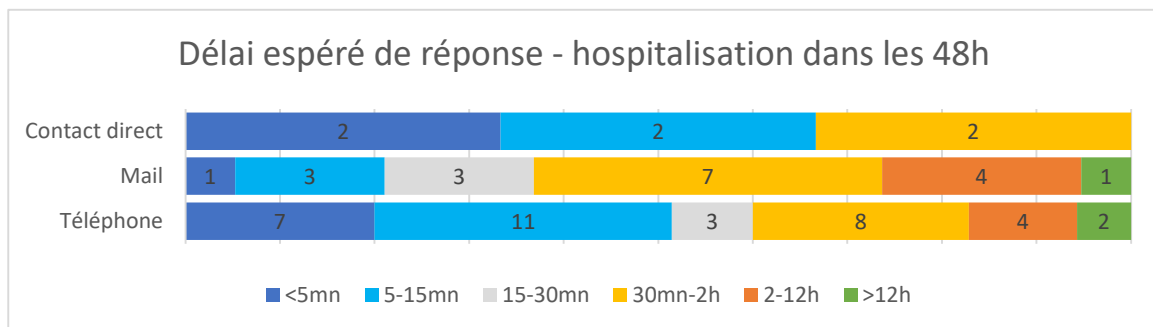


Figure 17 - Réponses pour les délais espérés de réponse, lorsque l’hospitalisation est souhaitée dans les 48h

Nombre de médecins ayant coché la case « Ne fait pas » : Mail : 4 ; Contact direct : 7.

4.2.2.6 Question 4 – b : lorsque l'attente tolérée avant l'hospitalisation est de plus de 48h : 32 répondants.

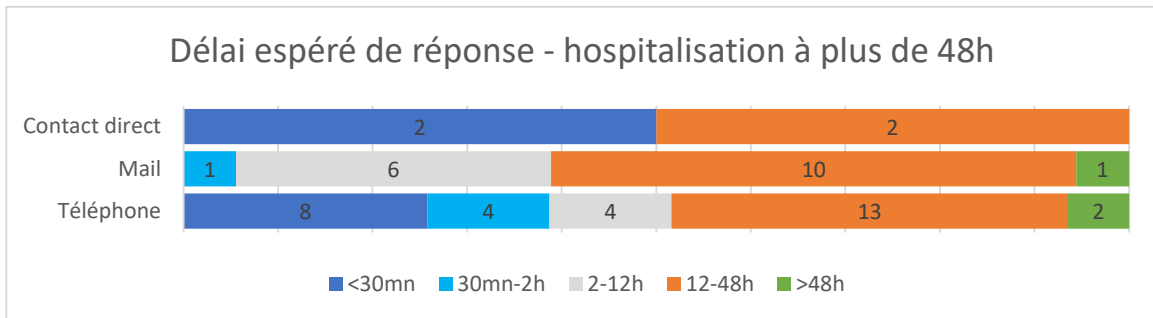


Figure 18 - Réponses pour les délais espérés de réponse, lorsque l'hospitalisation est souhaitée à plus de 48h

Nombre de médecins ayant coché la case « Ne fait pas » : Mail : 4 ; Contact direct : 7.

4.2.2.7 Question 5 : En cas de non-possibilité de planification en service de court séjour de médecine quelles sont les solutions de recours actuelles ? :

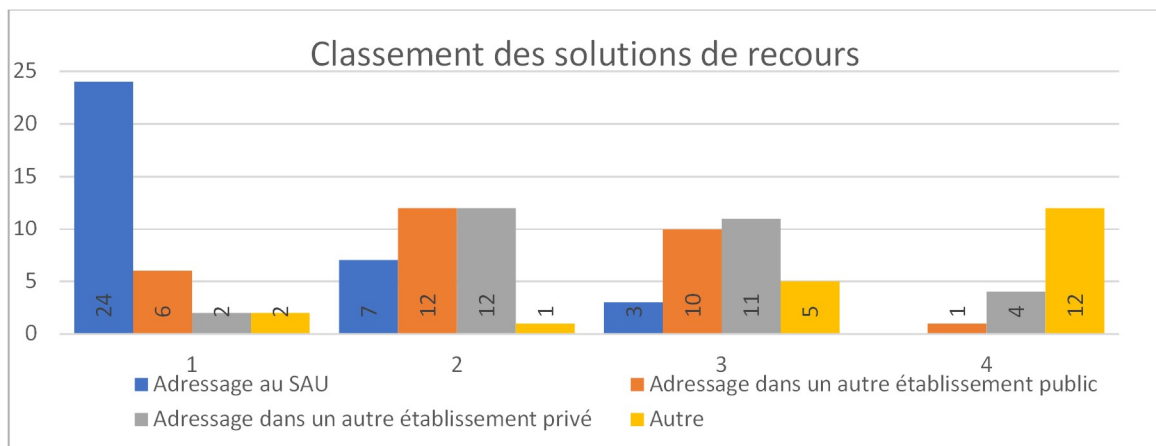


Figure 19 - Classement des solutions de recours en cas de non-possibilité de planification

Deux réponses « Autre » en 1^{ère} position, commentaires :

- « Si pas de possibilité de faire une entrée directe le senior me propose toujours une alternative : urgence ou poursuite de la PEC (Prise en Charge) ambu. C'est généralement satisfaisant mais pour certains cas malheureusement une évaluation en consultation spécialisée en urgence le jour même n'est jamais proposé et serait très bien ++. Pas de place en court séjour direct et/ou pas de critère hospitalité ce n'est pas une réponse pour le patient et c'est facile à dire quand on n'est pas avec le patient ++ »
- « Essai de gestion en externe »

4.2.2.8 Question 6 : Vous est-il plus facile d'hospitaliser votre patient en direct dans un autre établissement public que celui de Saint-Lô ? :

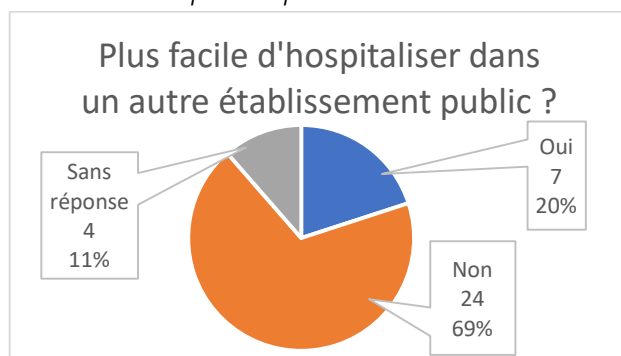


Figure 20 - Réponses concernant la facilité d'hospitalisation dans un autre établissement public

Réponse oui, dans quel(s) établissement(s) : Centre Hospitalier de Coutances (3), Centre Hospitalier de Bayeux (1), CHU de Caen (1), Centre Hospitalier de Carentan (1), Centre Hospitalier de Cherbourg (1).

4.2.2.9 Question 7 : Vous est-il plus facile d'hospitaliser votre patient en direct dans un établissement privé ?

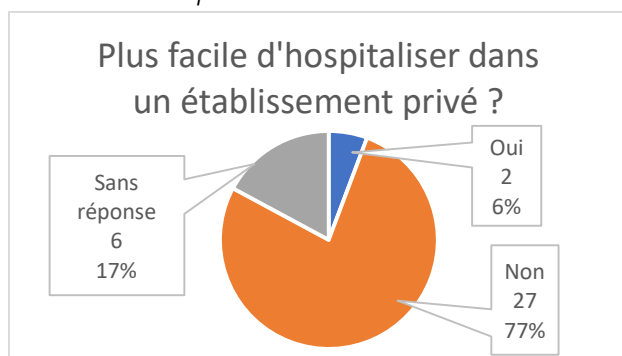


Figure 21 - Réponses concernant la facilité d'hospitalisation dans un autre établissement privé

Réponse oui : deux commentaires :

- Clinique Saint Lo (mais cela dépend pourquoi) ;
- Disponibilité de lits plus facile

4.2.3 Troisième partie - CONCERNANT LA PLANIFICATION DES HOSPITALISATIONS

4.2.3.1 Question 1 : Pensez-vous rendre service à votre patient en planifiant une hospitalisation directe dans un service (lorsque son état clinique le permet) ?

Réponse oui = 33 ; pas de réponse non ; 2 n'ont pas répondu.

4.2.3.2 Question 1 – a : pourquoi ? :

26 réponses.

L'ensemble des réponses est retranscrit en annexe.

Par commodité pour la lecture des résultats, nous avons rassemblé ceux-ci en idées clés.

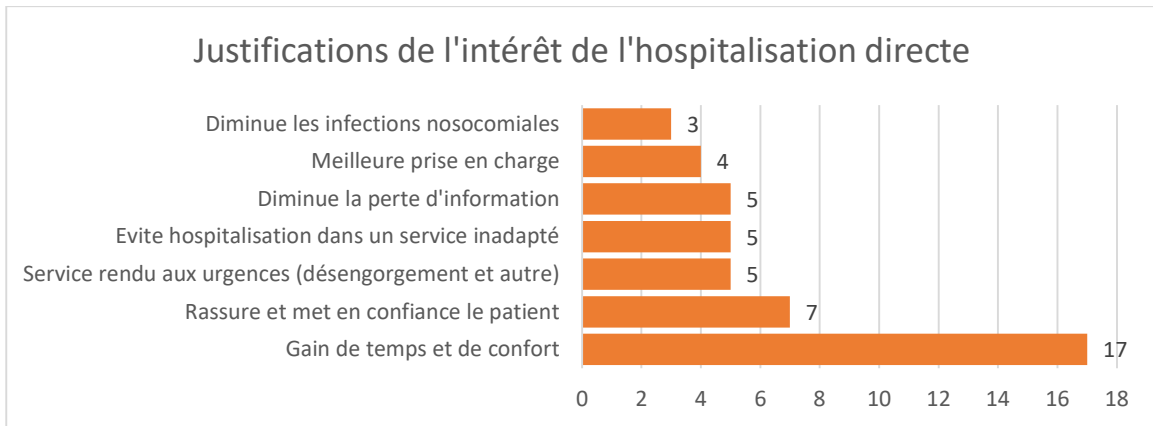


Figure 22 - Réponses concernant l'intérêt de l'hospitalisation directe

Deux médecins pensent aussi que cela permet de diminuer la confusion pour les personnes âgées.
 Deux médecins estiment que cela permet d'éviter la répétition des examens déjà faits.
 Un médecin trouve que cela donne du crédit à notre pratique.

4.2.3.3 Question 2 : Selon vous, quels sont les principaux freins aux hospitalisations directes au CHM ? :

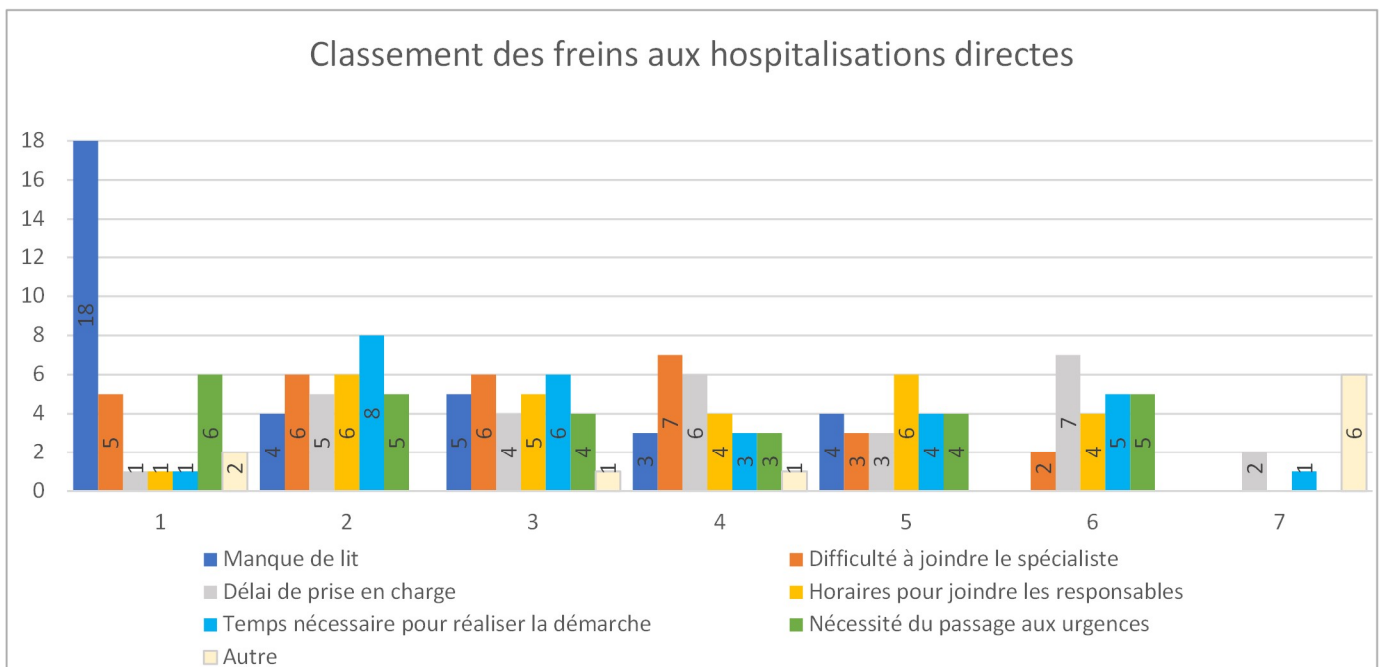


Figure 23 - Classement des freins aux hospitalisations directes

Si besoin, précisez autres : 2 commentaires :

- (ID 29) « J'ai le sentiment que le passage aux urgences permet au spécialiste de s'affranchir d'une évaluation "initiale" et d'une observation complétée en avançant des critères d'instabilité du patient ou de disponibilité avec la peur aussi de devoir réorienté secondairement le patient d'un service ou la peur d'avoir accepté un patient qui ne relevait pas d'une hospitalisation. L'évaluation du médecin généraliste ne suffit pas ... Au final très souvent on appelle le service qui oriente très très souvent vers les urgences pour parfois ne pas hospitaliser (à raison). Double peine pour nous en termes de qualité de soins, et de temps

perdu. Surement quelques hospit et erreur d'aiguillage en moins mais quel manque de considération pour les urgentistes, le service des urgences, les usagers et le reste personnel (aucun lien d'intérêt ++)

- (ID 71) « Je n'arrive pas à finaliser mon classement... Oups »

4.2.3.4 Question 3 : Quelles seraient les pistes d'amélioration que vous suggéreriez au CHM ?

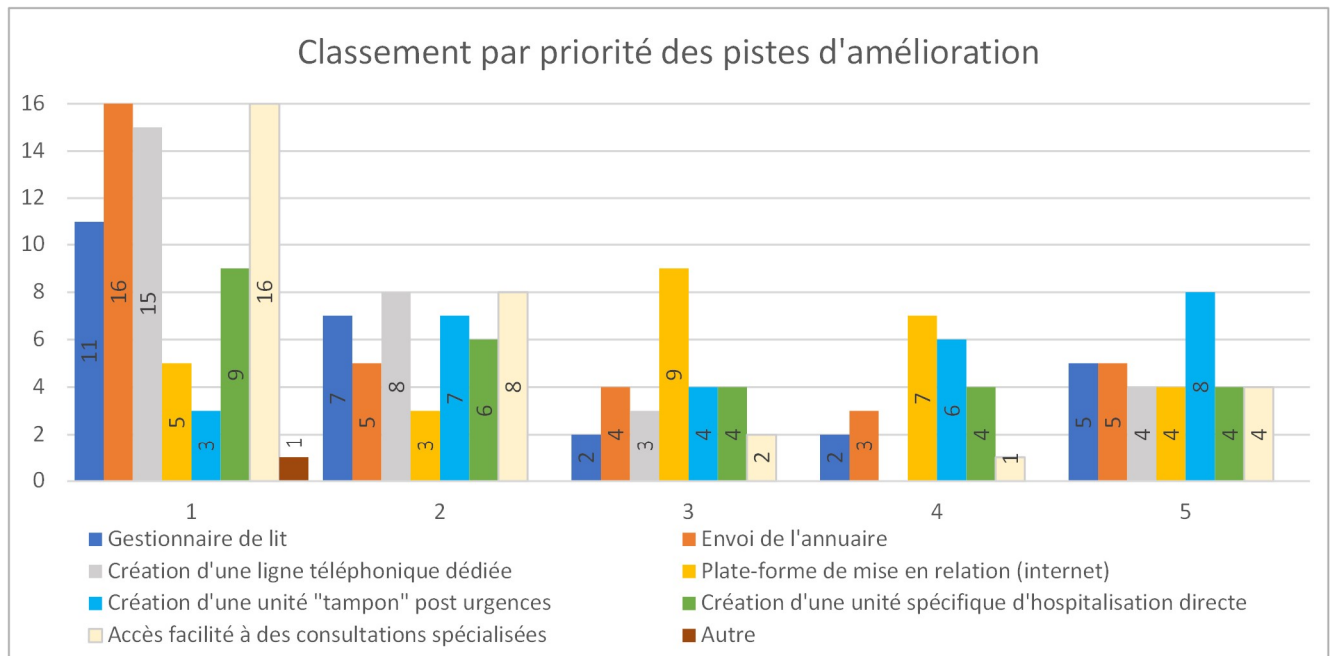


Figure 24 - Classement par priorité des pistes d'amélioration

4.2.3.5 Question 4 : Avez-vous des suggestions ou d'autres pistes d'amélioration ?

8 réponses.

- 2 médecins souhaitent une augmentation du nombre de lits
- 5 médecins parlent de l'organisation à améliorer afin de favoriser les hospitalisations directes ou a minima l'organisation de consultations spécialisées rapides : 3 souhaitent une facilitation du contact avec les spécialistes (mettre à disposition pour les médecins libéraux le planning des médecins d'avis pour chaque spécialité ou mettre en place un numéro unique d'avis pour chaque spécialité ; faciliter les consultations spécialisées ; améliorer le lien ville-hôpital en faisant des réunions de coordination) 2 estiment qu'il faudrait valoriser cette voie d'entrée dans l'hôpital auprès des spécialistes (manque de volonté qui s'ajoute au manque de lits et à un manque de disponibilité pour des consultations d'avis rapides ; (faire un) travail de persuasion de l'utilité de l'hospitalisation directe auprès des services concernés)
- 1 médecin trouve que cela fonctionne de façon relativement satisfaisante

4.2.4 Quatrième partie - CONCERNANT VOTRE EXERCICE MEDICAL

4.2.4.1 Question 1 : sexe

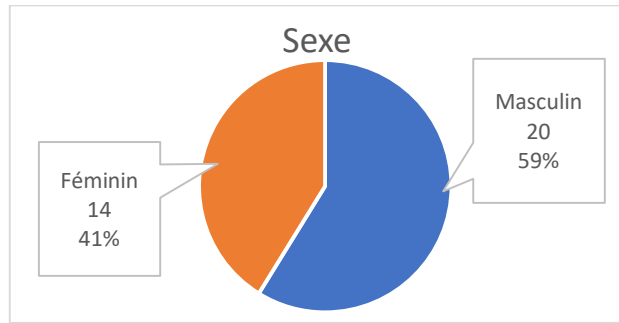


Figure 25 - Réponses concernant le sexe

4.2.4.2 Question 2 : âge

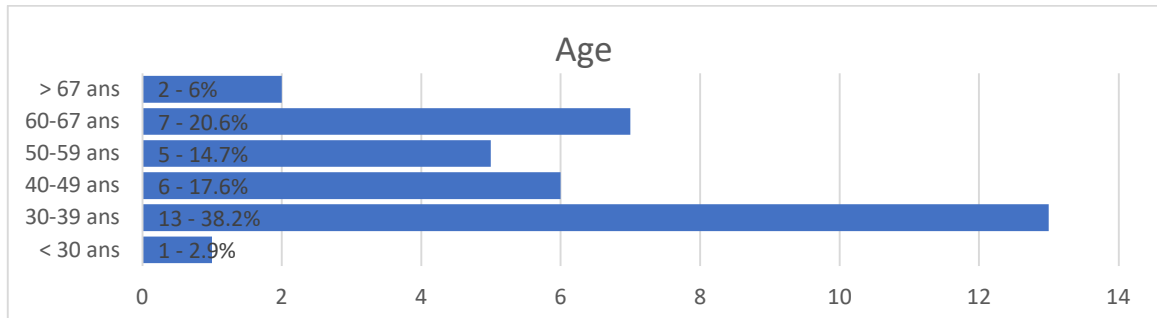


Figure 26 - Réponses concernant l'âge

4.2.4.3 Question 3 : mode d'exercice (seul/groupe)

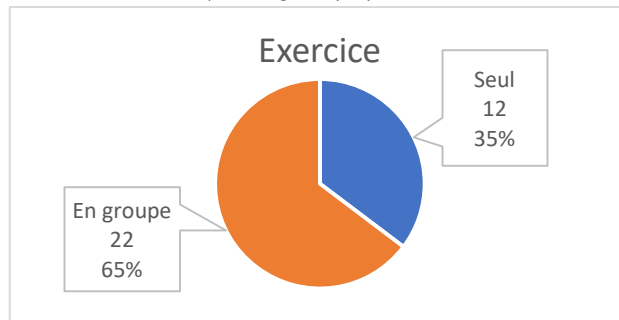


Figure 27 - Réponses concernant le mode d'exercice seul ou en groupe

4.2.4.4 Question 4 : mode d'exercice (urbain/rural)

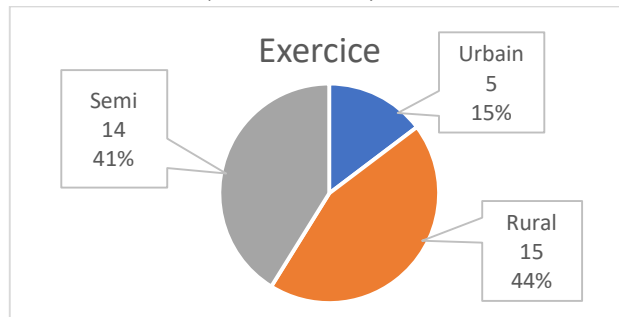


Figure 28 - Réponses concernant le mode d'exercice urbain, rural ou entre les deux

4.2.4.5 Question 5 : utilisation d'un secrétariat

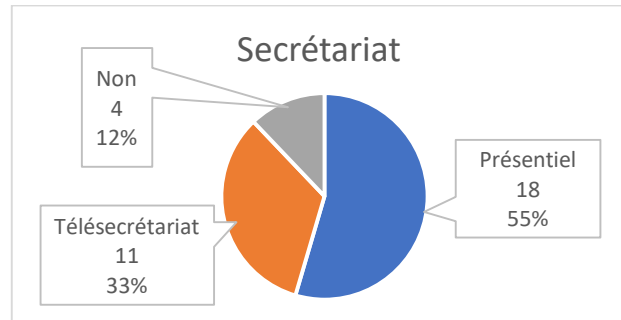


Figure 29 - Réponses concernant le secrétariat

4.2.4.6 Question 6 : moyenne de consultations hebdomadaires

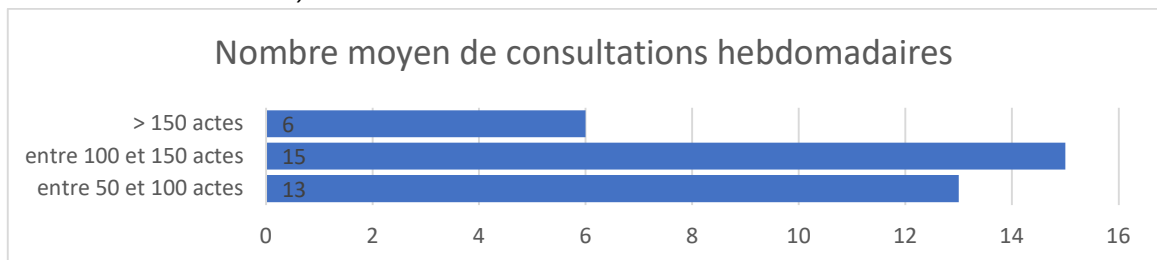


Figure 30 - Réponses concernant le nombre moyen de consultations hebdomadaires

4.2.4.7 Question 7 : ancienneté d'installation

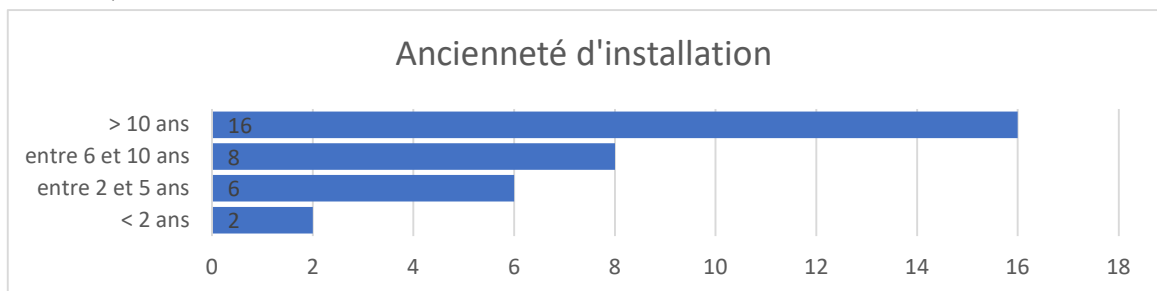


Figure 31 - Réponses concernant l'ancienneté d'installation

Remarques : trois médecins ont précisé leur ancienneté d'installation : (ID15) depuis 26 ans, (ID56) depuis 32 ans et (ID71) depuis 39 ans.

5 Discussion

5.1 Critique de la méthode

5.1.1 Nombre de réponses

Avec un nombre de réponses exploitables à 41 ou moins selon les questions, si l'on se concentre sur les médecins du bassin de Saint-Lô contactés lors de la relance téléphonique, soit un peu plus de 130 médecins, nous avons un taux de réponses d'environ 30%.

Lors de notre recherche bibliographique nous avons trouvé plusieurs études qualitatives et quantitatives, et être sur une méthodologie quantitative était l'occasion d'essayer de confirmer ou infirmer les résultats de ces études, résultats sur lesquels nous nous étions basés en grande partie pour construire notre questionnaire. Toutefois ce nombre de réponses relativement faible pour une étude quantitative limite la puissance de notre étude.

5.1.2 Discussion autour des biais

5.1.2.1 Potentielle erreur de couverture

Nous pouvons nous demander si tous les médecins concernés par notre étude ont reçu notre questionnaire. Nous n'avons pas d'annuaire exhaustif des médecins de la zone ciblée et en avons peut-être oubliés certains. La diffusion par mail via l'URML devait limiter ce manquement mais lors de notre relance téléphonique plusieurs médecins nous ont dit ne pas avoir reçu le mail. Pour notre relance téléphonique nous avons utilisé l'annuaire de la CPAM de la Manche et l'annuaire des Pages Jaunes afin d'essayer de contacter tous les médecins.

Le mail ayant été envoyé à tous les médecins de la Manche, certains médecins sollicités n'étaient pas concernés par notre étude : ceux du Nord Cotentin travaillant de manière préférentielle avec le Centre Hospitalier de Cherbourg, et ceux du Sud Manche travaillant plutôt avec le Centre Hospitalier d'Avranches.

5.1.2.2 Potentiel biais de sélection par le fait d'avoir envoyé le questionnaire via l'URML Normandie

En effet plusieurs médecins contactés par téléphone disaient ne pas avoir lu le mail initial car provenant de l'URML. Biais que l'on a essayé de limiter en faisant une relance téléphonique, permettant de s'affranchir de l'intermédiaire « URML ». Il est probable que les sollicitations soient tellement fréquentes qu'il y ait un refus a priori de répondre aux enquêtes.

5.1.2.3 Biais de mobilisation

Il est envisageable que les médecins ayant répondu soient ceux pour qui le sujet était particulièrement intéressant, peut-être avons-nous sélectionné les médecins ayant le plus de difficultés avec la notion d'hospitalisation directe.

L'autre biais de mobilisation potentiel est d'avoir fait un questionnaire informatisé sur internet. Il est possible que certains médecins n'aient pas répondu au questionnaire car pouvant être mal à l'aise ou réfractaires à l'utilisation de l'outil informatique.

5.1.2.4 *Biais d'interprétation dans l'analyse des données*

Surtout concernant les réponses ouvertes, analyse effectuée par un seul chercheur or cette analyse nécessitait de faire des choix, notamment dans l'attribution des idées-clés, ce qui induit un potentiel biais d'interprétation du chercheur.

5.1.3 Points forts de l'étude

Avec une quarantaine de réponses exploitables, nous avons pu avoir le ressenti d'environ un tiers des médecins généralistes libéraux du bassin saint-lois. Cela nous donne une bonne approche de ce que vivent les médecins locaux et nous permet d'étayer nos réflexions et propositions en nous basant sur ce que pensent réellement ces praticiens.

Nous avons construit notre enquête en nous inspirant de nos diverses lectures sur le sujet, et en particulier des questionnaires déjà réalisés sur des thèmes équivalents. D'avoir ainsi formulé nos questions nous permet d'avoir une étude en partie superposable aux autres et donc de pouvoir réaliser des comparatifs valables avec leurs résultats.

5.2 Discussion des résultats

5.2.1 Le nombre de réponses

Ce sujet de l'hospitalisation directe est un sujet peu traité, qui intéresse directement les médecins généralistes de manière très concrète sur des situations fréquemment rencontrées, ce qui nous laissait espérer une meilleure participation. Les quelques thèses ayant traité du même sujet ont des taux de réponses variables selon les méthodes utilisées. Par exemple, celle d'Olivier Lagrâce, qui avait un échantillon à peu près équivalent au nôtre, avait un taux de réponse de plus de 80% ; celle d'Aveline Le Gall, qui avait donné la possibilité de répondre par voie informatique ou papier, avait un taux de réponse de 72% (30,31). En revanche celle de François-Xavier Barthélémy, qui avait suivi un protocole similaire au notre n'avait pas un taux de réponses très important, aux alentours de 13% (32).

Ce manque de réponses soulève plusieurs questions pour lesquelles nous pouvons essayer de proposer quelques explications. La première question étant de se demander si cette mauvaise participation est liée au fait qu'il s'agisse d'une thèse ou au fait du manque d'intérêt des médecins généralistes de travailler à l'amélioration du lien ville-hôpital ?

Certains médecins que nous avons eu par téléphone ou par réponse de mail ont avancé quelques raisons expliquant leur non-réponse. En premier lieu venait le manque de temps disponible (déjà trop de travail au cabinet), associé à une trop fréquente sollicitation pour des questionnaires (de thèse ou autre). Ensuite nous avons également eu le refus de faire un questionnaire par voie informatique et deux médecins nous ont dit leur manque d'intérêt pour le sujet.

5.2.2 Caractéristiques de l'échantillon

Les médecins ayant répondu sont plutôt plus jeunes que la moyenne départementale : nous avons 41% de médecins de moins de 40 ans, contre 16.7% sur la Manche. La répartition des médecins généralistes dans le département est de 33.4% pour les plus de 60 ans et 34.3% pour la tranche d'âge 50-59 ans, contre respectivement 26.6% et 14.7% dans notre étude.

Cela peut s'expliquer par la réticence de certains médecins plus âgés à répondre aux questionnaires informatiques, et peut-être à une baisse d'intérêt pour les travaux universitaires.

Avec environ 41%, la part de femmes dans notre échantillon est légèrement inférieure à la moyenne du département (44%), elle-même inférieure à la moyenne nationale de 48%.

Les médecins ayant répondu sont principalement installés depuis plus de 5 ans (75%), ce qui laisse supposer qu'ils sont bien implantés avec des réseaux et des contacts déjà établis. De fait le carnet de correspondants se constitue relativement rapidement, une étude ayant estimé que les médecins le consultent 3.7 fois par jour (33).

La plupart exercent en groupe (65%), ce qui est légèrement plus que la moyenne nationale (61%), et 80% des moins de 50 ans exercent au sein d'un groupe, ce qui est équivalent à la moyenne nationale (81%) (34).

Tous ceux exerçant en groupe ont un secrétariat (17 soit 77% en présentiel et 5 soit 23% en téléphonique). A l'inverse les médecins exerçant seuls ont plus souvent un secrétariat téléphonique (50%) ou exercent sans (4 médecins, soit un tiers), un seul médecin déclarant disposer d'un secrétariat présentiel.

Enfin les médecins font entre 50 et 150 actes hebdomadaires pour 87.5% d'entre eux, ce qui se rapproche de la moyenne nationale estimée à une centaine d'actes par semaine. On considère en effet que les médecins travaillent en moyenne 9.5 demi-journées par semaine en consultant 22 patients par jour (35,36).

La population de notre échantillon, quoique peu nombreuse, est donc plutôt équivalente à la population nationale des médecins généralistes.

5.2.3 Pratique actuelle des médecins généralistes

5.2.3.1 Concernant les envois aux urgences

Environ 45% des médecins envoient « souvent/très souvent ou toujours » leurs patients aux urgences quand la situation clinique permettrait une hospitalisation directe.

Les raisons de cet envoi sont variées, souvent l'état clinique du patient nécessite des examens complémentaires ou une prise en charge rapide, mais dans l'ensemble les difficultés relatives à l'organisation de l'hospitalisation directe sont majoritaires. Nous développerons ce dernier point dans la partie concernant les freins des hospitalisations.

Il est intéressant de constater le paradoxe que malgré ces difficultés rapportées et que 61% des médecins généralistes considèrent l'offre d'hospitalisation directe « difficile/très difficile ou extrêmement difficile », ces derniers estiment que lorsqu'ils font la demande d'une hospitalisation directe, cette demande aboutit dans la grande majorité des cas (« souvent/très souvent ou toujours » dans 36 réponses sur 41 soit 89%).

L'offre d'hospitalisation directe est donc bien fonctionnelle sur le CHM, mais elle n'est pas facile d'accès pour les médecins généralistes.

L'alternative préférentielle en cas d'échec est l'envoi aux urgences, puis globalement à égalité le recours à d'autres établissements public ou privé. Exceptionnellement les médecins essaient de gérer en externe par eux-mêmes sans hospitalisation.

En revanche il n'est pas plus facile pour les généralistes de programmer des hospitalisations directes dans d'autres établissements publics ou privés. Il ne s'agit donc pas d'un problème spécifique du CHM mais plutôt d'organisation et de procédés sanitaires.

Il y a un consensus pour dire que l'hospitalisation directe est préférable pour le patient, par rapport à un passage aux urgences, quand son état clinique le permet. Tous les médecins ont répondu de la même façon à cette question, ce qui traduit une vision très positive de l'hospitalisation directe et semble dire que les médecins généralistes seraient prêts à utiliser ce moyen s'il existait un protocole efficace.

5.2.3.2 Concernant les modalités de contact avec les services

Pour demander une hospitalisation directe les médecins utilisent de façon largement préférentielle le téléphone, même si certains déclarent employer occasionnellement un autre moyen de communication comme le mail. Dans un contexte de manque de temps, le téléphone est en effet le moyen le plus simple pour avoir une réponse rapidement : si l'appel téléphonique aboutit et que l'interlocuteur est celui souhaité, la réponse (positive, négative ou de mise en attente) est obtenue directement ; dans le cas où l'appel n'aboutit pas, le fait d'avoir tenté l'hospitalisation directe par ce biais permet de « déculpabiliser » d'envoyer le patient aux urgences, sans attendre une hypothétique réponse. De plus le contact en temps réel permet de discuter avec l'interlocuteur afin de voir s'il partage la vision du dossier, d'avoir son avis sur la façon de procéder et sur les modalités à mettre en place que ce soit au sujet des examens, des traitements ou des informations à transmettre.

L'interlocuteur préférentiel est le médecin sénior, décisionnaire final de l'hospitalisation.

Il existe des différences selon les services, ce qui pouvait être prévisible. Ceux où les généralistes interrogés trouvent l'hospitalisation directe la plus facile (médecine interne et gériatrie) étant ceux dont la vocation est de prendre en charge les situations complexes, polyopathologiques. Les services de spécialité d'organe sélectionnant par définition les patients qu'ils hospitalisent, en ne choisissant que ceux qui relèvent spécifiquement de leur domaine d'expertise. De plus la médecine et la gériatrie sont deux services de grande taille avec respectivement 30 et 24 lits, ce qui assure une rotation de patients quasi certaine tous les jours alors que cela peut-être plus difficile pour les plus petites unités.

5.2.3.3 Concernant les délais de réponse.

Pour les hospitalisations dans les 48h :

Par téléphone, 48% des médecins estiment bénéficier d'un délai de moins de 15mn (et 69% en moins de 30mn), ce qui est plutôt correct et semble en adéquation avec le délai espéré qui serait de moins de 30mn pour 60% des médecins.

Par mail, un tiers des médecins souhaiterait un délai de moins de 30mn, un autre tiers entre 30mn et 2h et les autres plus de 2h. Sur ce point une réduction de cette durée serait intéressante car si 30% des médecins estiment un délai entre 30mn et 2h, les 70% restant estiment un délai supérieur à 2h (45% entre 2 et 12h et 25% plus de 12h).

Pour les hospitalisations à plus de 48h

Par téléphone, plus de la moitié des médecins estiment un délai supérieur à 2h (31% supérieur à 12h et 25% entre 2 et 12h) et un tiers estime moins de 30mn. Cela ne semble pas forcément poser de soucis particuliers car ces résultats sont presque superposables avec les délais espérés où la moitié des médecins souhaitent un délai à plus de 12h et un quart moins de 30mn.

Par mail, les deux tiers des médecins estiment un délai de réponse supérieur à 12h et 21% entre 2 et 12h. Là encore les délais espérés sont quasiment superposables car à plus de 12h pour presque les deux tiers d'entre eux (61%) et entre 2 et 12h pour le tiers restant.

Les résultats ne correspondent pas exactement à ce que nous avons attendu. Notamment nous pensions que les délais espérés seraient en moyenne moins élevés que les délais estimés, ce qui n'est pas évident au décompte des résultats.

Avec de probables confusions liées aux formulations des questions, le format de ces dernières paraît peu pertinent a posteriori. Nous aurions pu nous concentrer sur les délais estimés et espérés sans essayer de distinguer le moyen de communication pour essayer d'obtenir des résultats plus exploitables, néanmoins cela nous aurait exposé à des biais d'interprétation du fait de la moindre précision de la question.

Ce délai de réponse est variable selon les études : dans sa simulation, M. Andronikof trouvait une durée mesurée moyenne de 5mn ; F. Barthélémy estimait plutôt ce temps entre 5 et 10mn, A. Le Gall entre 10 et 30mn et O. Lagrâce retrouvait lui un délai de moins de 15mn dans seulement 19% des cas, et un délai de plus de 30mn dans 56% des cas (4,32,31,30).

Le paradoxe déjà relevé entre la grande difficulté ressentie mais la réussite fréquente de l'hospitalisation semblait venir des délais trop longs non pas entre la demande et l'hospitalisation mais entre la demande et la réponse, mais cela n'est pas particulièrement évident avec nos résultats.

5.2.4 Les freins aux hospitalisations directes

Comme nous l'avons vu, interrogés « librement » sur les raisons de l'envoi aux urgences, les médecins citent préférentiellement les difficultés liées à l'organisation pratique de l'hospitalisation directe (à savoir les problèmes liés à l'organisation du service, le manque de temps et les difficultés à joindre le service).

A l'inverse, lorsque nous interrogeons les médecins sur les principaux freins estimés pour la réalisation des hospitalisations directes en leur suggérant une liste, il est intéressant de noter que c'est le manque de lits qui est cité largement en tête.

La suite du classement se rapproche des réponses spontanées avec la notion de nécessité de passage par les urgences, puis un peu pêle-mêle des notions que nous pouvons identifier comme difficultés de l'organisation pratique de l'hospitalisation : le temps nécessaire pour réaliser la démarche, les difficultés pour joindre le spécialiste, les horaires du service et le délai de prise en charge.

Parmi ces freins, certains paraissent difficiles à lever car multifactoriels.

C'est le cas du manque de lits d'hospitalisation, souvent cité dans la littérature, et classé comme le principal frein aux hospitalisations directes à la fin du questionnaire. L'attribution du nombre de lits dépend de nombreux facteurs et n'est pas dépendante uniquement du vouloir de l'hôpital.

Nous avons pu constater que les taux d'occupation des lits sur le CHM étaient très importants dans certains services, à plus de 100% pour certains, cette piste mériterait donc d'être explorée. Un point pouvant aider à cela est le développement de l'indicateur « Besoin Journalier Minimal en Lit » (BJML), présenté par M Mesnier dans son rapport (1), qui est censé se développer pour tous les hôpitaux publics depuis 2018 suite à une demande de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) aux Agences Régionales de Santé (ARS). L'idée de cet indicateur est d'estimer le nombre de lits qu'il est acceptable de prévoir chaque jour dans un établissement pour l'aval des urgences. Il est basé sur

l'historique de l'activité des services d'urgences et peut être identique sur l'ensemble de l'année ou variable selon le mois, la semaine ou le jour de la semaine (37).

Les autres points sur lesquels il est difficile d'agir sont les problèmes d'horaires ou de date, inhérents à l'organisation de l'hôpital rendant les hospitalisations directes complexes après une certaine heure de l'après-midi ou les week-ends.

Enfin les patients ou leur entourage, habitués à un passage par les urgences avant une hospitalisation, peuvent demander de façon inappropriée cet envoi aux urgences. Cette notion, qui est récurrente dans les études que nous avons pu lire, relève d'un travail dans la durée par les médecins traitants, travail qui s'inscrit dans leur mission de prévention et de santé publique, afin de permettre un juste accès aux soins. Il ne s'agit probablement pas du dysfonctionnement le plus important du système, mais l'améliorer diminuerait un facteur aggravant. De fait les statistiques de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) montrent que la quantité de patients se rendant d'eux-mêmes aux urgences est en constante augmentation, et il est constaté que le retour à domicile après passage aux urgences est plus fréquent lorsque l'envoi initial n'est pas le fait du médecin généraliste (38). Il paraît donc nécessaire de responsabiliser les patients, ce qui passe par un travail d'information et de sensibilisation au minimum via les médecins généralistes et éventuellement par des campagnes à l'image de celle « les antibiotiques c'est pas automatique ».

On peut en revanche espérer que les difficultés liées au manque de temps, au fait de joindre les spécialistes ou à l'organisation du fonctionnement des services puissent être améliorées, nous y reviendrons en abordant les pistes d'amélioration.

5.2.5 Facteurs liés aux médecins généralistes impactant la planification

Les analyses bivariées à la recherche d'associations entre différents facteurs ne retrouvent pas de résultats statistiquement significatifs.

La seule exception est le test exact de Fisher pour les différences entre secrétariat téléphonique et présentiel, qui trouve une p-value en faveur d'une différence statistiquement significative : les médecins ayant un secrétariat téléphonique contacteraient plus souvent les cadres de services alors que ceux ayant un secrétariat présentiel contacteraient plus souvent les internes. Cette information est d'un intérêt limité et est potentiellement une anomalie liée à la faible puissance de notre étude.

Dans sa thèse, Olivier Lagrâce retrouvait peu de facteurs liés aux médecins généralistes impactant de manière statistiquement significative le mode de prise en charge concernant l'hospitalisation programmée (30). Les quelques associations notables étaient les suivantes :

- L'expérience des médecins généralistes réduirait l'adressage aux urgences sur les patients relevant d'une hospitalisation programmée.
- La conviction que l'hospitalisation programmée est un bon système élargirait les possibilités qu'ont les médecins généralistes pour planifier dans les secteurs publics et privés.
- L'existence d'un secrétariat augmenterait la possibilité d'hospitaliser dans le secteur public. Sans faire de distinction entre secrétariat présentiel ou téléphonique, c'est la possibilité de s'épargner le temps de mise en relation avec le praticien hospitalier qui faciliterait l'hospitalisation.

Sur ce point nos résultats semblent concordants car en ce qui concerne le fait d'envoyer directement aux urgences sans faire la démarche de planification, le test exact de Fisher pour secrétariat versus absence de secrétariat retrouve une p-value très légèrement supérieure à 0.05 à 0.0544 ce qui donne une vraie tendance significative.

5.2.6 Les pistes d'améliorations

5.2.6.1 *Faciliter les contacts entre les médecins de ville et médecins hospitaliers*

Les pistes d'améliorations citées prioritairement par les médecins de notre enquête sont celles qui leur permettraient d'être plus facilement en contact direct avec leurs confrères hospitaliers : un envoi de l'annuaire mis à jour régulièrement et la création d'une ligne téléphonique dédiée.

On note que la création d'une plateforme informatique n'arrive que dans les classements non prioritaires.

Le manque de temps disponible des médecins généralistes ou la durée trop longue nécessaire pour la démarche sont des notions récurrentes autant dans notre étude que dans les autres thèses que nous avons consultées sur le sujet. Cela s'explique assez aisément dans la mesure où les généralistes font des consultations de 15 à 20mn en moyenne et ont des plannings journaliers de consultations remplis (36). Avant de décider d'une hospitalisation, quand le patient est présent en consultation, il faut prendre le temps de l'examiner et de lui expliquer notre démarche. Si, à ce temps nécessaire, on rajoute entre 5 et 15mn (voire davantage) pour programmer une hospitalisation, cela induit un retard qui peut être difficile à rattraper.

Il est donc important de faciliter cette prise de contact, d'abord en améliorant la communication par téléphone qui est le moyen utilisé par tous les médecins.

Pour cela la solution la plus évidente et la plus facile à mettre en œuvre est l'envoi d'un l'annuaire de l'hôpital, destiné uniquement aux personnels médicaux, qui leur permettrait d'avoir les téléphones directs et éventuellement les adresses mails des praticiens. Dans notre étude un médecin regrette le « long temps d'attente au standard » et un autre le « barrage des secrétaires », cet envoi permettrait donc aux médecins généralistes de gagner du temps en joignant directement les praticiens souhaités. L'autre avantage principal d'un envoi régulier de cet annuaire est, pour les généralistes, d'être informés des départs et arrivées des praticiens hospitaliers et de leur domaine de spécialité (voir d'hyperspécialisation si cela est pertinent).

Par ailleurs, plusieurs hôpitaux proposent déjà des services avec des lignes téléphoniques directes afin de faciliter la prise en charge des patients. Ces lignes peuvent concerner uniquement une spécialité, c'est le cas de la ligne d'appel directe vers un médecin gériatre sénior au CHU de Bordeaux (39) ou l'hôpital Edouard-Herriot à Lyon (40), de la « hot line » de l'hôpital R. Debré à Paris, pour l'hospitalisation des patients âgés (1) ou encore de la ligne permettant de contacter un médecin interniste au CHU de Rennes (41). D'autres hôpitaux ont fait le choix d'une plateforme téléphonique permettant un contact facilité à toutes les spécialités comme c'est le cas du CHU de Lille avec la « hop line » (42).

Les quelques études d'évaluations de ces lignes sont positives et montrent une facilitation de la prise de contact et une diminution du temps nécessaire à cette démarche.

Pour le CHM, la piste qui nous paraît également très pertinente est celle d'une plateforme téléphonique dédiée aux médecins libéraux, pouvant être rattachée au standard de l'hôpital mais permettant de donner la priorité aux appels émanant de médecins afin de réduire leur temps d'attente. Il s'agirait d'une ligne accessible via un numéro de téléphone unique, ce qui simplifierait l'organisation de l'appel pour les médecins libéraux, qui répartirait ensuite directement vers les médecins spécialistes selon les raisons de l'appel.

Pour que cette plateforme soit efficace, les retours d'expériences des autres hôpitaux nous apprennent qu'il est important que ce numéro soit pérenne dans le temps, afin que les médecins libéraux s'adaptent à cette solution, et que les praticiens hospitaliers soient presque toujours

joignables, pour avis ou pour hospitalisation. Cela nécessite qu'il y ait au minimum un médecin par spécialité qui soit disponible, par exemple grâce à un portable dédié (ce qui est faisable au CHM car chaque médecin en dispose déjà d'un), et qu'il ait du temps pour cela, nous y reviendrons dans la partie concernée.

On note que dans des études, certains médecins généralistes signalaient l'importance pour eux d'être en contact avec un médecin sénior et non un interne (42), pour diverses raisons comme le fait d'être parfois gênés que l'interlocuteur à qui l'on demande un avis soit moins expérimenté que soi ou encore le fait que les internes de spécialités connaissent parfois très mal les réalités concrètes du métier de généraliste. Cette notion n'apparaît cependant pas une seule fois dans notre étude.

La solution d'une plateforme informatique ne paraît pas intéresser les médecins interrogés, mais notre expérience de remplacements nous a montré que les échanges de mails fonctionnent plutôt bien avec certains médecins hospitaliers, principalement lorsque les questions concernent un patient qu'ils connaissent déjà. Cela peut être une piste à creuser pour avoir d'autres solutions de communication, notamment pour les questions de prises en charge moins urgentes.

5.2.6.2 Des consultations spécialisées facilitées

Avec l'envoi de l'annuaire, la demande de consultations spécialisées facilitées est celle classée en première position des pistes d'améliorations dans notre étude. Elle revient également pour 3 médecins sur 8 dans les « autres pistes d'amélioration » et est citée à deux reprises dans les commentaires à d'autres questions. Il s'agit d'une notion qui est également régulièrement citée dans la littérature.

L'expérience des centres téléphoniques d'accueil et d'orientation montre que les appels concernent le plus souvent le diagnostic, le bilan complémentaire et l'orientation du patient dans le système de soin, sans nécessairement de besoin d'hospitalisation (41–43). Les médecins qui appellent n'attendent donc pas toujours une réponse sous forme d'une hospitalisation mais souvent pour un avis ou un moyen de prendre en charge leur patient au mieux. Dans notre étude, un médecin regrette que, lorsqu'il appelle, l'envoi aux urgences soit préféré à une consultation rapide par les médecins spécialistes, consultation rapprochée qui est pourtant souvent proposée par les médecins libéraux généralistes ou spécialistes (44).

Il paraît donc intéressant de réserver des créneaux de consultations spécialisées d'urgence pour les demandes des médecins libéraux, ce qui permettrait d'éviter un passage aux urgences lorsque le patient y est envoyé pour pallier au manque de disponibilité médicale.

5.2.6.3 Amélioration de la gestion des lits

L'utilisation d'un questionnaire de lits est une solution plutôt classée en 4^e position des pistes d'amélioration dans notre étude. L'idée d'une gestion informatisée et centralisée des lits n'est pas récente, mais c'est depuis le début des années 2010 qu'elle est à l'essai dans certains hôpitaux en France, comme au CHU de Rouen, au CHU de Saint-Etienne, au groupement hospitalier Saint-Joseph à Paris etc. Les premiers retours d'évaluation des dispositifs de ces hôpitaux par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) sont positifs avec une fluidification du parcours-patient, de son évaluation initiale jusqu'à sa sortie (45,46). Toujours dans les suites du plan pour la refondation des urgences, M Mesnier annonçait qu'il devrait devenir obligatoire pour chaque Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de mettre en place un dispositif de gestion des lits dès 2020.

Ce dispositif doit permettre de réserver, de manière transparente, les places et les lits nécessaires à l'aval des urgences.

Au CHM, il existe un(e) Infirmier(ère) Coordinateur(rice) de l'Aval et du Réseau (ICAR), présent 7 jours sur 7 de 10h à 18h, dont le rôle est de faire le tour des services afin de savoir la disponibilité en lits et les sorties programmées, ainsi que de trouver des lits pour les patients hospitalisés via les urgences. Il s'agit bien d'un rôle de gestionnaire de lits, mais les informations dont l'ICAR dispose ne sont pas directement informatisées ni immédiates car elles sont en version papier. Il n'est donc pas toujours aisé, notamment hors des horaires de travail de l'ICAR, de savoir si tel lit est disponible ou réservé pour une hospitalisation programmée. Il serait donc intéressant de développer un système plus clair pour connaître réellement le statut des lits disponibles en temps quasi réel, par le développement d'un outil informatique accessible aux cadres de services, médecins et pourquoi pas infirmières et secrétaires.

5.2.6.4 Plus de disponibilité médicale (et paramédicale) pour la gestion des hospitalisations directes

L'accueil d'un patient directement dans un service, sans le bilan réalisé aux urgences, induit forcément une charge de travail supplémentaire qui ne devrait pas être un motif de refus de la part du service. Or ce manque de temps et de disponibilité est un problème que rapportent souvent les médecins hospitaliers dans la littérature (31,32).

Les médecins hospitaliers ont des journées au rythme soutenu entre leurs patients hospitalisés, leurs consultations et les éventuels avis émanant des autres services ; il en va de même pour le personnel paramédical mis à contribution lors des hospitalisations.

Nous pouvons imaginer différentes solutions pour pallier à cette surcharge de travail : pour les spécialités déjà souvent sollicitées par les avis (la neurologie, la cardiologie par exemple) nous pourrions proposer qu'il y ait un praticien spécialement dédié à cette tâche, cela se produit parfois dans certains hôpitaux où le médecin de garde peut n'avoir pas d'autre impératif au cours de sa journée que donner des avis ou des consultations urgentes ou semi-urgentes. Pour les autres spécialités si elles sont moins sollicitées, il pourrait être organisé des aménagements de planning où, lorsque le médecin est d'avis, il dispose d'une journée allégée (moins de consultations ou autre) afin de garder du temps disponible pour ces avis.

Tout cela nécessite une vraie réflexion pour chaque service, avec une organisation qui peut être amenée à être sérieusement modifiée.

Afin de pouvoir assumer l'accueil des patients directement dans les services dans de bonnes conditions, il faut que le personnel paramédical (infirmier et aide-soignant principalement) soit aussi disponible et ait le temps nécessaire pour toutes les démarches techniques et administratives que cela implique. De plus il est important qu'en cas de nécessité les médecins puissent avoir accès à un plateau technique minimum (parfois plus difficile d'accès pour les médecins « des étages » que pour les praticiens des urgences, bien que cela ne soit pas vraiment un problème au CHM).

Pour faciliter cet accueil, Barthélémy cite notamment la création dans certains services d'un box dédié aux accueils des patients en provenance du domicile. Il prend l'exemple de la gériatrie de l'hôpital Bellier, où ce box est non comptabilisé dans le nombre de lits, et où les patients sont examinés et évalués avant d'être transférés dans une chambre conventionnelle (32).

5.2.6.5 Une unité d'hospitalisation directe ?

Certains hôpitaux ont déjà fait le choix de créer des unités dédiées aux hospitalisations directes, le plus souvent dans les services de médecine interne ou de gériatrie (par exemple l'unité gériatrique d'hospitalisation directe du CHU de Nancy (15 lits) ; ou l'unité de l'hôpital de Toulouse en médecine interne (4 lits) (47,48)).

Une création d'unité paraît peu envisageable simplement sur l'hôpital de Saint-Lô, qui n'est pas de la même dimension qu'un CHU. Cela nécessiterait à la fois de réaffecter des locaux et de recruter des équipes dédiées, ce qui demande un travail et un financement colossal (il paraît difficilement concevable que des équipes existantes soient simplement réaffectées, la surcharge de travail qui résulterait serait probablement trop importante). En revanche si l'on considère que 1 000 à 2 000 patients par an pourraient bénéficier d'une hospitalisation directe au CHM, cela ne se fera pas sans y allouer du temps et des locaux.

Il est actuellement prévu sur l'hôpital de Saint-Lô des travaux afin de procéder à un agrandissement du service des urgences. Dans ce cadre il paraît nécessaire de réfléchir à un agrandissement de l'UHCD car elle possède actuellement 3 lits, ce qui paraît peu pour servir d'unité « tampon » post urgences. En effet avec une centaine de passages par jour aux urgences adultes et un taux d'occupation de plus de 100% dans certains services, il est acceptable d'imaginer que l'on pourrait régulièrement occuper entre 10 et 15 lits avec les patients nécessitant une brève surveillance en milieu hospitalier et ceux en attente de lit d'hospitalisation dans les « étages ». D'autant plus que certains services enregistrent un nombre important de passages de moins de 24 ou 48h, passages qui pourraient probablement en partie être gérés dans un service type UHCD pour les patients provenant des urgences.

Au CHU de Nantes, par exemple, a été instaurée une unité d'attente d'hospitalisation de 20 lits qui permet de fluidifier la filière médicale provenant du service des urgences (49).

5.2.6.6 *Améliorer la communication et les relations*

Comme nous l'avons vu, les médecins plébiscitent les solutions leur permettant d'être plus facilement en contact avec leurs confrères hospitaliers. Afin d'améliorer les relations avec les médecins de l'hôpital, la notion de réunions ou de formations communes avec les médecins généralistes revient à quelques reprises dans les commentaires. Il s'agit d'une idée qui est souvent citée dans la littérature, ayant les avantages de faire mieux se connaître les médecins libéraux et hospitaliers, de leur permettre de mieux comprendre leurs difficultés respectives dans leur pratique quotidienne, et de se former conjointement sur certains sujets pour améliorer leurs pratiques.

Les médecins interrogés disent notamment qu'il serait intéressant que les médecins hospitaliers soient sensibilisés à l'intérêt des hospitalisations directes. Un des thèmes de ces réunions pourrait être de se coordonner sur les situations cliniques devant faire préférentiellement opter pour une hospitalisation directe, ce qui permettrait aux généralistes d'appeler sans crainte d'être systématiquement renvoyés vers les urgences pour l'évaluation « initiale » de leur patient.

Barthélémy, se basant sur l'*Appropriateness Evaluation Protocol* en français (AEPf) de Davido, propose par exemple une liste de pathologies qui devrait faire favoriser l'hospitalisation directe (32).

5.3 Perspectives

Ce travail devrait être présenté en instance au CHM afin de pouvoir activer des leviers pour améliorer le parcours patient sur cette question des hospitalisations directes.

Dans cette perspective, il nous semble particulièrement intéressant d'aborder les points suivants de nos pistes d'amélioration :

- Prioritairement, faciliter le contact entre les médecins libéraux et les médecins hospitaliers. Le moyen le plus efficace serait d'abord de leur envoyer un annuaire précis de l'hôpital qui leur permettrait de contacter directement les médecins ou les services qui les intéressent, sans

forcément avoir à passer par le standard ou les secrétariats. Nous pourrions discuter secondairement d'une plateforme téléphonique, d'un accès facilité aux consultations spécialisées.

- Discuter d'organiser des réunions communes avec les praticiens hospitaliers et les médecins généralistes permettrait notamment de se mettre d'accord sur les conditions et protocoles à mettre en place pour la réalisation pratique des hospitalisations directes (par exemple en se mettant d'accord sur un ensemble de situations cliniques qui devraient faire demander une hospitalisation directe par les médecins généralistes et qui seraient plus systématiquement acceptées par les médecins hospitaliers).
- Commencer une discussion avec l'ARS pour utiliser le nouvel indicateur « Besoin Journalier Minimal en Lits », qui permettrait peut-être de bénéficier de financements ou autres avantages qui ouvriraient des possibilités d'augmentation du nombre de lits.
- Disposer d'un système de gestion centralisée des lits d'hospitalisation, informatisé et accessible au plus grand nombre, permettant de savoir de manière immédiate la disponibilité en lits dans chaque service.
- Penser à un agrandissement de l'UCHD, peut-être à 10 ou 15 lits, lors des travaux prévus au service des urgences.

Les autres pistes dont nous avons discuté sont également intéressantes mais peut-être moins directement et concrètement liées à une facilitation des hospitalisations directes et à une amélioration des conditions de travail des personnels de santé.

6 Conclusion

Ce travail avait pour objectif de constater ce qui se fait actuellement concernant les hospitalisations directes dans les services de médecine de l'hôpital de Saint-Lô, selon le point de vue des médecins généralistes libéraux, et de proposer des pistes concrètes d'amélioration pour l'hôpital.

Notre étude montre que pour l'ensemble des médecins interrogés l'hospitalisation directe est bénéfique pour leurs patients, mais qu'elle est concrètement difficile à mettre en place. Les difficultés retrouvées, par ailleurs non spécifiques à l'hôpital Mémorial, sont principalement le manque de lits et le temps trop important que cette démarche demande du fait de problèmes d'organisation.

Pour les médecins généralistes, faciliter le contact et améliorer les échanges avec leurs confrères hospitaliers est prioritaire. Pour cela, la piste la plus évidente à réaliser serait d'envoyer aux seuls professionnels médicaux un annuaire précis de l'hôpital, qui leur permettrait de contacter directement par téléphone ou mail les médecins ou les services souhaités. Les autres possibilités pourraient être de créer une plateforme téléphonique disposant d'un numéro donné uniquement aux personnels médicaux libéraux, de favoriser la tenue de réunions ou formations communes, qui leur permettraient en outre de mieux se connaître, ou encore de garder des créneaux libres dans les consultations des praticiens hospitaliers pour les demandes d'avis urgents ou semi-urgents des médecins généralistes.

Si l'on veut favoriser les hospitalisations directes, l'hôpital doit également procéder à des restructurations organisationnelles. Il faut notamment donner aux personnels hospitaliers mis à contribution le temps et les moyens matériels nécessaires, avec entre autres de probables adaptations des plannings à prévoir. Disposer d'un système de gestion informatisé des lits, en plus des services de l'ICAR, serait une aide pour fluidifier les parcours de soins.

Concernant le manque de lits, en plus de l'augmentation des capacités de l'UHCD à penser lors des travaux d'agrandissement du service des urgences, il paraît intéressant de commencer une discussion avec l'ARS autour du nouvel indicateur « Besoin Journalier Minimal en Lits », qui permettrait peut-être de bénéficier de financements ou d'autres avantages qui ouvriraient des possibilités d'augmentation du nombre de lits au vu de la saturation des services ces dernières années.

Hors de l'organisation de l'hôpital en lui-même, il y a d'autres facteurs de difficultés intéressants à étudier. Le manque de temps des médecins généralistes notamment pourrait mériter une réflexion sur ses causes (problèmes d'organisation, cadence des consultations, présence d'un secrétariat ou autre ?). Les notions de demandes d'hospitalisation inadéquates provenant des patients ou de leur entourage pourraient faire l'objet de campagnes de sensibilisation ciblées, leur permettant de mieux comprendre ces enjeux de santé publique.

Cerner les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins généralistes dans la programmation des hospitalisations directes nous a permis de proposer des pistes visant à améliorer la prise en charge des patients et la qualité de travail des médecins.

Tous ces changements ne se feront pas, ou difficilement, sans l'appui des praticiens hospitaliers. Pour compléter notre étude il conviendrait donc d'évaluer leur ressenti sur cette question, l'intérêt qu'ils peuvent y trouver, les plus-values apportées, mais aussi les difficultés auxquelles ils sont confrontés. Nous espérons que certaines de ces pistes seront mises en place dans un avenir proche. Ce travail pourrait ensuite faire l'objet d'études de contrôles dans quelques années afin de constater ou non l'amélioration et la facilitation des pratiques concernant l'hospitalisation directe à l'hôpital Mémorial de Saint-Lô, ainsi que des relations entre les médecins libéraux et hospitaliers.

Bibliographie

1. Mesnier T. Pour un pacte de refondation des urgences - Rapport 2019 T. Mesnier et P. Carli. :259.
2. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités. Cour des comptes ; Rapport public annuel 2019 ; février 2019. Partie 6.
3. Carli P. Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences. Conseil National de l'Urgence Hospitalière; 2013 sept p. 17.
4. Andronikof M, Thalmann A. Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste. La Presse Médicale. juill 2005;34(12):847-50.
5. 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. La Presse Médicale. 1 juill 2004;33(12):780-3.
6. Godement J, Juvin P, Zanker C. Pertinence du recours au service d'accueil des urgences (SAU) par les omnipraticiens de ville. Journal Europeen des Urgences - Vol 21 - N° S1 - p A42 [Internet]. 3 juin 2008; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/164819>
7. Begaudeau A, Legeard E. Pertinence des admissions des personnes âgées de 80 ans et plus aux urgences du CHU de Nantes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2011.
8. Chamelat C. Évaluation de la pertinence des admissions aux urgences de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux II; 2014.
9. Fournier D. Évaluation de la pertinence des hospitalisations aux urgences du centre hospitalier de Chambéry [Thèse d'exercice]. Université de Grenoble; 2012.
10. Borzymowski C. Etude du flux et des temps d'attente de la population âgée de plus de 75 ans au centre hospitalier de Valenciennes de 2012 à 2015 [Thèse d'exercice]. [France]: Université du droit et de la santé de Lille; 2017.
11. Sorin B. Analyse des temps d'attente aux urgences adultes du CHRU de Tours [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2015.
12. Marie-Sainte J. Caractéristiques des temps de passage des patients CCMU 4 et 5 aux urgences: à propos d'une étude descriptive dans un Service d'Urgence [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2008.
13. Broussier A. Caractéristiques et devenir des patients hospitalisés dans un service de gériatrie aiguë: filière d'admission directe versus hospitalisation via le Service d'accueil et d'urgence [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2015.
14. Dijon J, Sarazin M, Augusto V, Franck T, Gonthier R, Célarié T. Comparison of two hospitalization modes in geriatrics either directly via a hotline or after an emergency unit admission. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 sept 2018;16(3):255-62.
15. Favre J. Hospitalisations des personnes âgées par le médecin traitant: admission directe ou par les urgences ? : une étude prospective en court séjour gériatrique [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
16. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

17. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
18. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
19. Powell ES, Khare RK, Courtney DM, Feinglass J. Lower mortality in sepsis patients admitted through the ED vs direct admission. *The American Journal of Emergency Medicine*. 1 mars 2012;30(3):432-9.
20. Ministère chargé de la Santé. Direction Générale de l'Offre de Soins. (D.G.O.S.). Paris. FRA, Sanesco. Paris. FRA. Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières : rapport final. Paris: Ministère chargé de la santé; 2011 août p. 245p.
21. Les établissements de santé - édition 2018 - DREES [Internet]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es_2018_v4_web.pdf
22. Ricroch L, Brilhault G. L'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières : retour sur une enquête inédite (collecte, qualité des données, diffusion anonymisée). DREES, Sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie; 2014 p. 15.
23. Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France - Edition 2018 - Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
24. Barlet M, Chaput H, Marbot C, Monziols M. Démographie des professionnels de santé - Dossier de presse. 2018. DREES [Internet]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_presse_demographie.pdf
25. « Aux urgences, le risque d'accident devient immense » : le cri d'alarme de quatorze chefs de service. *Le Monde* [Internet]. 16 janv 2019; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2019/01/16/aux-urgences-le-risque-d-accident-devient-immense-le-cri-d-alarme-de-quatorze-chefs-de-service_5410161_3232.html
26. Claret P-G, Bobbia X, Richard P, Poher F, de La Coussaye J-E. Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutions. *Ann Fr Med Urgence*. mars 2014;4(2):96-105.
27. Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). DREES. [Internet]. Disponible sur: <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>
28. Bilan démographique 2019 - Insee Première - 1789 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4281618#tableau-figure6>
29. Recensement de la population - Manche 50 - Décembre 2019. INSEE; 2019 déc p. 26.
30. Lagrâce O, Prevost M. Pratiques des médecins généralistes de Haute-Vienne concernant l'hospitalisation programmée en 2013: difficultés et solutions. France: S.C.D. de l'Université de Limoges; 2013.
31. Le Gall A. La programmation des hospitalisations par les médecins généralistes dans les services de médecine: état des lieux, enjeux, limites, et propositions : enquête sur la région maconnaise [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2006.

32. Barthélemy F-X, Gueffet I. Évaluation et optimisation des filières de soins du CHU de Nantes pour les patients pris en charge initialement par leur médecin généraliste. France: Université de Nantes; 2012.
33. Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes, Settlement of the general practitioner professional address book. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2010;41(4):331-9.
34. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A, « Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe », *Études et Résultats*, n°1114, DREES, mai 2019. [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans-exercent-en>
35. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, et al. « Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés », *Études et Résultats*, n°1138, Drees, janvier 2020. [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/plus-de-8-medecins-generalistes-sur-10-s-organisent-au-quotidien-pour-prendre>
36. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A, « Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine », *Études et Résultats*, n°1113, DREES, mai 2019. [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler-au-moins-50>
37. Noizet M et al. Gestion des épisodes de tension en établissement. Recommandation FEDORU - Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences. Avril 2019. [Internet]. [cité 9 mai 2020]. Disponible sur: http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2019/05/FEDORU-GUIDE_TENSION_vf.pdf
38. Lazarovici C, Somme D, Chatellier G, Saint-Jean O, Espinoza P. Trajectoire initiale des patients âgés et impact sur leur orientation après leur passage dans les services d'urgences. Résultats d'une enquête nationale. *Rev Med Interne*. août 2008;29(8):618-25.
39. Diallo L. Communication ville-hôpital en gériatrie: évaluation d'une ligne d'appel directe pour les médecins libéraux : expérience du CHU de Bordeaux et de l'URPS des médecins libéraux d'Aquitaine [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2012.
40. Maréchal F, Kim B-A, Castel-Kremer E, Comte B. Évaluation de la ligne unique et directe d'appel téléphonique en gériatrie (ELUDAT G) : une étude qualitative. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. déc 2015;15(90):316-22.
41. 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 Med Interne*. nov 2010;31(11):776-9.
42. Lemoine A. Collaboration interprofessionnelle entre médecins généralistes et praticiens hospitaliers du CHRU de Lille. Exemple de la Hop'line [Thèse d'exercice]. [Lille ; France]: Université du droit et de la santé; 2017.

43. Castillo J-M, Pottier P. UNité d'Aide au Diagnostic et à la Thérapeutique Immédiate (UNADITI): évaluation prospective de l'activité et enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes. France: Université de Nantes; 2014.
44. GAYRARD (P.), HARZO (C.). Médecine ambulatoire, médecine hospitalière, quels liens construire ? Approche concertée sur 3 territoires rhônalpins. IRDES. [Internet]. Lyon, France: Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes; 2008. Disponible sur: <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=385654>
45. Gestion des lits : vers une nouvelle organisation - Tome 2 : Mise en œuvre et bilan - Agence Nationale d'Appui à la Performance. [Internet]. Disponible sur: <http://ressources.anap.fr/gestion-des-lits/publication/1474-gestion-des-lits-vers-une-nouvelle-organisation-tome-2-mise-en-oeuvre-et-bilan/2039-des-resultats-encourageants>
46. Gestion des lits -Retours d'expérience. Agence Nationale d'Appui à la Performance. Avril 2013.
47. Canac B, Sacco G. Admission directe en court séjour gériatrique: difficultés rencontrées par les médecins généralistes des Alpes Maritimes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice Sophia Antipolis; 2014.
48. Toledano A. Relations médecins généralistes - hôpital : évaluation à un an d'une filière d'admission directe dans un service de médecine interne au CHU de Toulouse [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1823/>
49. Lévesque H, Grall M, Bréant N, Idrissi Kassimy I, Arbid TD, Boujedaini R, et al. Unité d'attente d'hospitalisation : une organisation simple et une place pour les internistes pour améliorer la filière d'hospitalisation non programmée à partir des urgences. La Revue de Médecine Interne. 1 nov 2019;40(11):707-13.

Annexe – Questionnaire version papier

Enquête sur les possibilités d'hospitalisation directe à l'hôpital Mémorial de Saint-Lô

Bonjour, ce questionnaire a pour objectif d'évaluer la possibilité d'hospitalisation directe (sans passer par les urgences), par les médecins généralistes, dans les services de médecine du centre hospitalier Mémorial de Saint-Lô (CHM).

L'idée étant d'observer ce qui se fait actuellement, si cela est satisfaisant, et s'il existe des pistes en vue d'améliorer ce mode de prise en charge.

Ce questionnaire ne vous prendra qu'une petite quinzaine de minutes à remplir. Il est divisé en 4 groupes de questions.

Bien entendu toutes les données sont anonymisées.

Conformément au règlement UE-2016/679 et à la loi informatique et liberté 78-17, ce traitement a été instruit par le DPO de l'Université de CAEN. Pour en savoir plus : Consulter les mentions légales. Ce traitement est conforme au traitement générique TG_COMPO_PEDAGO_SANTE_14-20180529-01R1 et a été inscrit au registre de l'Université de CAEN sous le n° 14-20190910-01R1

Il y a 30 questions dans ce questionnaire

I - CONCERNANT VOS PRATIQUES ACTUELLES

1) Si vous avez besoin d'un bilan dans un service de médecine du CHM, sans risque vital immédiat (= avec attente permise supérieure ou égale à 12h), vous envoyez directement aux urgences sans faire la démarche de planification avec un service :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Toujours,
- Très souvent,
- Souvent,
- Rarement,
- Exceptionnellement,
- Jamais,

Dans cette situation, lorsque vous envoyez directement aux urgences, quelles en sont les trois raisons principales ?

Première raison :

Deuxième raison :

Troisième raison :

2) Lorsque vous planifiez une hospitalisation directe, jugez-vous que cela aboutit positivement :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Toujours,
- Très souvent,
- Souvent,
- Rarement,
- Exceptionnellement,
- Jamais

3) Comment qualifiez-vous l'offre d'hospitalisation directe dans les services de médecine de l'hôpital Mémorial de Saint-Lô :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement facile
- Très facile
- Facile
- Difficile
- Très Difficile
- Extrêmement difficile

4) Y a-t-il des différences selon les services :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

a) Si oui quel est le service où cela est le plus facile ? (réponse libre)

b) Et le service où cela est le plus difficile ? (réponse libre)

II - CONCERNANT LA DEMARCHE DE PLANIFICATION, LE CONTACT AVEC LE SERVICE CONCERNE :

1) Comment procédez-vous pour demander une hospitalisation directe :

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Par mail,
- Par courrier,
- Par contact direct en me déplaçant,
- Par téléphone

2) Habituellement, qui est votre interlocuteur pour planifier l'hospitalisation :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Le médecin sénior,
- L'interne,
- Le ou la cadre de service,
- Le ou la secrétaire
- Autre

3) Dans la mesure où vous prenez la décision de faire une demande d'hospitalisation directe à l'hôpital de Saint-Lô aujourd'hui, quel délai pensez-vous devoir attendre avant d'avoir une réponse (d'acceptation ou non):

a) Dans le cas où vous préconisez une hospitalisation dans les 48h maximum (*Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément, précisez "Autre biais" le cas échéant*) :

	Par téléphone	Par mail	Par contact direct	Autre biais (précisez)
< 5 minutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entre 5 et 15 minutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entre 15 et 30 minutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entre 30 minutes et 2 heures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entre 2 et 12 heures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
> 12 heures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ne fait pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

b) Dans le cas où vous avez une attente tolérée de plus de 48h, le délai estimé de réponse est de (*Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément, précisez "Autre biais" le cas échéant*) :

	Par téléphone	Par mail	Par contact direct	Par courrier / formulaire	Autre biais
< 30 minutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entre 30 minutes et 2 heures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entre 2 et 12 heures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entre 12 et 48 heures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
> 48 heures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ne fait pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4) Dans la même ligne d'idée, pour votre organisation dans votre pratique quotidienne :

a) lorsque vous demandez une hospitalisation avec délai d'attente toléré inférieur à 48h, quel délai de réponse aimeriez-vous avoir ? :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément (précisez "Autre biais" le cas échéant) :

	Par téléphone	Par mail	Par contact direct	Autre biais
< 5 minutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entre 5 et 15 minutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entre 15 et 30 minutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entre 30 minutes et 2 heures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entre 2 et 12 heures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
> 12 heures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ne fait pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

b) Lorsque l'attente tolérée avant l'hospitalisation est de plus de 48h :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément (précisez "Autre biais" le cas échéant) :

	Par téléphone	Par mail	Par contact direct	Autre biais
< 30 minutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entre 30 minutes et 2 heures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entre 2 et 12 heures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entre 12 et 48 heures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
> 48 heures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ne fait pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5) En cas de non-possibilité de planification en service de court séjour de médecine quelles sont les solutions de recours actuelles ?

Numérotez chaque proposition dans l'ordre de vos préférences de 1 à 4

- Adressage au service d'accueil des urgences
- Adressage dans un autre établissement public
- Adressage dans un autre établissement privé
- Autre (précisez) :

6) Vous est-il plus facile d'hospitaliser votre patient en direct dans un autre établissement public que celui de Saint-Lô ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Si oui, dans quel(s) établissement(s), veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- CH Avranches, CH Bayeux, CHU Caen, CH Carentan, CH Cherbourg,
 CH Coutances, CH Granville, CH Vire, Autre:

7) Vous est-il plus facile d'hospitaliser votre patient en direct dans un établissement privé ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Si oui, où et pourquoi ?

III - CONCERNANT LA PLANIFICATION DES HOSPITALISATIONS

1) Pensez-vous rendre service à votre patient en planifiant une hospitalisation directe dans un service (lorsque son état clinique le permet) ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Pourquoi ? (en quelques mots)

2) Selon vous, quels sont les principaux freins aux hospitalisations directes au CHM ? Numérotez chaque ligne dans l'ordre de vos préférences de 1 à 7, 1 étant le plus important.

- Difficultés à joindre le spécialiste ou le responsable de l'hospitalisation
- Délai de prise en charge
- Manque de lit
- Horaires pour joindre les responsables
- Temps nécessaire pour réaliser la démarche
- Nécessité du passage aux urgences pour affiner le diagnostic
- Autre (précisez, si besoin):

3) Quelles seraient les pistes d'amélioration que vous suggéreriez au CHM ? (pour chacune des propositions, classez en fonction de l'ordre de priorité que vous estimez, 1 étant le plus urgent)

	1	2	3	4	5
Gestionnaire de lit (« bed manager »)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Envoi de l'annuaire de l'hôpital mis à jour régulièrement avec l'ensemble des lignes directes (téléphoniques et mails) des praticiens hospitaliers concernés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Création d'une ligne téléphonique unique dédiée de mise en relation des praticiens libéraux et hospitaliers (via un intermédiaire qui transmet l'appel au praticien concerné) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plate-forme de mise en relation sur le site de l'hôpital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Création d'une unité « tampon » post-urgences (type UHCD avec suffisamment de lits)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Création d'une unité spécifique d'hospitalisation directe de médecine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accès à des consultations spécialisées facilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Définissez « Autres » pistes d'amélioration, le cas échéant :

4) Avez-vous des suggestions ou d'autres pistes d'amélioration ? (Réponse libre)

IV - CONCERNANT VOTRE EXERCICE MEDICAL

1) Vous êtes de sexe :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
 Masculin

2) Votre âge :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- < 30 ans
 Entre 30 et 39 ans
 Entre 40 et 49 ans
 Entre 50 et 59 ans
 Entre 60 et 67 ans
 > 67 ans

3) Vous exercez

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Seul
- En groupe
- Autre

4) Vous exercez

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En urbain
- En rural
- Entre les deux (semi-urbain ou semi-rural)
- Autre

5) Disposez-vous d'un secrétariat ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Non
- Oui, présentiel
- Oui, télésecrétariat
- Autre

6) Votre moyenne de consultations hebdomadaire :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- < 50 actes par semaine
- Entre 50 et 100 actes par semaine
- Entre 100 et 150 actes par semaine
- > 150 actes par semaine
- Autre

7) Vous êtes actuellement installé depuis :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 2 ans
- Entre 2 et 5 ans
- Entre 6 et 10 ans
- Plus de 10 ans
- Autre

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire et ainsi contribué à l'avancement de ma thèse !

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of a vertical line that curves into a loop at the bottom.

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2020

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : LAURENT Antoine

Possibilités d'hospitalisations directes dans les services de médecine de l'hôpital Mémorial de Saint-Lô - Etat des lieux et pistes d'améliorations.

RÉSUMÉ :

L'hospitalisation directe est une alternative à l'envoi des patients aux urgences qui permet d'améliorer leur prise en charge en optimisant leur parcours de soins. L'objectif de ce travail était de constater ce qui se fait actuellement concernant les hospitalisations directes dans les services de médecine de l'hôpital Mémorial de Saint-Lô et de proposer des pistes d'améliorations.

Nous avons mené une étude descriptive transversale de septembre à décembre 2019 par le biais d'un questionnaire envoyé aux médecins généralistes du bassin saint-lois. Avec 41 réponses analysables, nous avons un taux de participation de 30% des médecins ciblés.

L'ensemble des médecins interrogés considèrent l'hospitalisation directe comme bénéfique pour leurs patients, mais 45% envoient tout de même leurs patients aux urgences dans les situations qui permettraient de les faire hospitaliser directement. 61% considèrent ce mode d'hospitalisation difficile, les facteurs les plus limitants étant le manque de lits et les problèmes d'ordre pratique (temps nécessaire trop long, difficultés à joindre les médecins hospitaliers et délai de prise en charge). L'axe d'amélioration qui ressort est d'optimiser la rapidité de l'organisation d'une hospitalisation directe (faciliter les contacts téléphoniques entre les médecins libéraux et hospitaliers, augmenter le nombre de lits et améliorer la gestion des lits).

Cerner les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins généralistes dans la programmation des hospitalisations directes nous a permis de proposer des pistes concrètes visant à améliorer la prise en charge des patients et la qualité de travail des médecins.

Mots clés : hospitalisation directe, médecin généraliste, organisation, système de soins, hospitalisation programmée, hôpital

Possibilities of direct hospitalization in the medical services of the Saint-Lô Memorial Hospital - Status report and avenues for improvement.

ABSTRACT :

Direct hospitalization is an alternative to sending patients to the emergency department, which improves their care by optimizing their care pathway. The objective of this work was to observe what is currently being done regarding direct hospitalization in the medical services of the Saint-Lô Memorial Hospital and to propose avenues for improvement.

We conducted a cross-sectional descriptive study from September to December 2019 through a questionnaire sent to general practitioners. With 41 analyzable responses, we have a participation rate of 30% of the targeted doctors.

All of the physicians surveyed consider direct hospitalization to be beneficial for their patients, but 45% still send their patients to the emergency room in situations that would allow them to be hospitalized directly. 61% consider this type of hospitalization difficult, the most limiting factors being the lack of beds and practical problems (waiting time too long, difficulties in contacting hospital doctors and delays in treatment). The main area for improvement that emerges is to optimize the speed of direct hospitalization (facilitating telephone contacts between private and hospital doctors, increasing the number of beds and improving bed management). Identifying the difficulties faced by general practitioners in scheduling direct hospitalization has enabled us to propose concrete approaches aimed at improving patient care and the quality of doctor's work.

Key words: direct hospitalization, general practitioner, organization, care system, programmed hospitalization, hospital