



Enquête de satisfaction des médecins généralistes par rapport à l'hôpital de jour gériatrique du CHU de Rennes

Pauline Bourgeon

► To cite this version:

Pauline Bourgeon. Enquête de satisfaction des médecins généralistes par rapport à l'hôpital de jour gériatrique du CHU de Rennes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03234717

HAL Id: dumas-03234717

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03234717>

Submitted on 25 May 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
BRETAGNE
LOIRE**

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

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

présentée par

Pauline BOURGEON

Née le 25 juillet 1993 à Rennes (35)

**Enquête de
satisfaction des
médecins
généralistes par
rapport à l'hôpital
de jour gériatrique
du CHU de
Rennes**

**Thèse soutenue à Rennes
le 22 septembre 2020**

devant le jury composé de :

Pr Dominique SOMME

PUPH - chef de pôle de médecine interne ; gériatrie
et biologie du vieillissement ; addictologie - CHU de
Rennes / *président de jury*

Dr Emmanuel ALLORY

MCF associé -Médecine générale- DMG Rennes /
assesseur

Dr Aline CORVOL

MCU-PH- Médecine interne ; gériatrie et biologie du
vieillissement ; addictologie – CHU de Rennes /
assesseur

Dr Cezara HANTA

PH - Service de Gériatrie et de Neurologie ;
Responsable médical HDJ gériatrie - CHU de
Rennes / *directeur de thèse*



**UNIVERSITÉ
BRETAGNE
LOIRE**

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

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

présentée par

Pauline BOURGEON

Née le 25 juillet 1993 à Rennes (35)

**Enquête de
satisfaction des
médecins
généralistes par
rapport à l'hôpital
de jour gériatrique
du CHU de
Rennes**

**Thèse soutenue à Rennes
le 22 septembre 2020**

devant le jury composé de :

Pr Dominique SOMME

PUPH - chef de pôle de médecine interne ; gériatrie
et biologie du vieillissement ; addictologie - CHU de
Rennes / *président de jury*

Dr Emmanuel ALLORY

MCF associé -Médecine générale- DMG Rennes /
assesseur

Dr Aline CORVOL

MCU-PH- Médecine interne ; gériatrie et biologie du
vieillissement ; addictologie – CHU de Rennes /
assesseur

Dr Cezara HANTA

PH - Service de Gériatrie et de Neurologie ;
Responsable médical HDJ gériatrie - CHU de
Rennes / *directeur de thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES 2019			
NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISOT	Pierre	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Professeur Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAUBERT	Claude	Professeur Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur Emérite	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Professeur en surnombre	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
HUSSON	Jean Louis	Professeur Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN	Denis	Professeur Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Professeur Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale

NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES 2019			
NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSEMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
GANGLOFF	Cédric	MCF associé	Médecine d'urgence
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENTU	Audrey	MCF	sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU	Marie	MCU-PH	Neurologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

Remerciements

A Monsieur le Professeur Somme,
Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de présider ce jury et de me faire l'honneur de juger ce travail,

A Monsieur le Docteur Allory, je tiens à vous remercier et vous adresse ma reconnaissance pour avoir accepté de juger ce travail,

A Madame le Docteur Corvol, je tiens à vous remercier et vous adresse ma reconnaissance pour avoir accepté de juger ce travail,

A Madame le Docteur Hanta, je tiens à te remercier pour ta disponibilité, tes conseils, ton écoute au cours de ce travail de thèse ainsi que pour ma formation en gériatrie acquise à tes côtés,

Aux médecins généralistes qui ont répondu au questionnaire, ainsi qu'à l'équipe de l'HDJ du CHU de Rennes qui m'a accueillie avec professionnalisme en observation,

A mon tuteur et mes maîtres de stage universitaires, merci pour votre aide et les riches moments de formation en médecine générale auprès de vous,

A mes co-internes, notamment Virginie, un grand merci pour ton aide pour cette thèse,

A Agathe et Aurélie, pour ces belles années d'étude de médecine passées à vos côtés,

A Coline et Raphaëlle, merci de m'avoir soutenue depuis le début et de me rappeler qu'il existe un autre monde que la médecine,

A Alice, personne ne peut résumer mieux que toi ces années de médecine. Merci de ta présence, ton écoute, ton soutien, de ces beaux moments passés avec toi, professionnellement et personnellement, en France ou autour du monde,

A mes grands-parents, mes parents et Juliette, merci de votre soutien sans relâche, si précieux tout au long de ces années, merci d'avoir cru en moi et de m'avoir permis de réaliser ces études, je vous suis infiniment reconnaissante,

A Axel, merci pour ton précieux regard scientifique pour ce travail, ton soutien infailible au quotidien, pour ton amour et ta présence chaque jour à mes côtés,

Table des matières

Introduction.....	9
Matériels et méthodes	10
1- Recrutement des participants	10
2- Élaboration du questionnaire	10
3- Analyses des résultats	11
Résultats.....	12
1- Caractéristiques des participants	12
2- Echelles numériques.....	12
3- Questions choix multiples	13
4- Intérêts et freins	13
Discussion	13
1- Satisfaction globale.....	14
2- Intérêts.....	14
a- Travail multidisciplinaire	14
b- Avis spécialisé.....	15
3- Freins.....	15
4- Motifs d'orientation.....	16
5- Communication ville-hôpital	17
a- Moyen de communication	17
b- Lien entre médecin généraliste et gériatre.....	17
6- Forces de l'étude	18
7- Faiblesses de l'étude	18
Conclusion.....	18
Glossaire	24

Liste des annexes

Annexes.....	25
Tableau I : Caractéristiques des participants (n=78)	25
Tableau II : Résultats échelles numériques (1 à 5)	26
Tableau III : Comparaison des valeurs extrêmes	27
Tableau IV : Corrélation avec la satisfaction globale	28
Tableau V : Questions choix multiples n=78	29
Tableau VI: Analyses des commentaires libres (n=78).....	30
Questionnaire	31
Commentaires des participants	35

Introduction

Le vieillissement de la population est un processus démographique connu depuis plusieurs années et un défi de santé publique. Les plus de 65 ans représenteront plus de 20% de la population des pays développés d'ici 2030 et la population française va connaître un doublement des plus de 75 ans d'ici 2070 (1,2). Les personnes âgées sont des personnes fragiles, poly-pathologiques, nécessitant une approche complexe bio-médico-psycho-sociale. Leurs affections peuvent altérer l'autonomie et l'indépendance (3). Ce vieillissement de la population amène à une adaptation du système de santé et une réflexion sur les soins des personnes âgées, afin de limiter ou retarder leur déclin fonctionnel (4).

Les hôpitaux de jour (HDJ) gériatriques ont ainsi été créés dans les années 1960 en Angleterre pour répondre notamment à cette demande (5). Cinquante ans plus tard, ils se sont développés dans de nombreux pays et font partie intégrante des structures hospitalières françaises (6).

Les HDJ gériatriques permettent de réaliser une évaluation gériatrique standardisée, en ambulatoire, en regroupant dans un même lieu différents intervenants. Les médecins gériatres y travaillent en collaboration avec des intervenants paramédicaux, comme des kinésithérapeutes, infirmiers, psychologues, etc. L'activité multidisciplinaire et interprofessionnelle est un atout majeur des hôpitaux de jour (7, 8, 9). L'organisation ambulatoire permet quant à elle de réduire la durée d'hospitalisation et les contraintes qu'elle impose à cette population fragile (10). Ces structures permettent d'évaluer sur le plan diagnostique, thérapeutique ou parfois de rééduquer, en une ou plusieurs journées distinctes.

Les HDJ gériatriques font partie intégrante de la filière gériatrique, en lien avec la médecine ambulatoire et l'hospitalisation conventionnelle (11). Les médecins généralistes sont en première ligne pour repérer la fragilité et la dépendance chez leurs patients âgés et identifier ceux qui relèveraient d'une évaluation en HDJ (12). Ils sont en ce sens des partenaires privilégiés de ces structures. Cependant ils ne semblent pas toujours être à l'origine de la demande d'hospitalisation et n'en connaissent pas toujours les principes (13, 14, 15).

L'HDJ du CHU de Rennes a été créé en 2003. Il peut être sollicité par des professionnels de santé comme le médecin traitant, des médecins spécialistes en ville ou à l'hôpital, en accord avec le patient et sa famille. Après une consultation gériatrique d'évaluation, les patients sont convoqués à l'HDJ proprement dit. Ils y rencontrent des médecins gériatres et des professionnels paramédicaux avec qui ils réalisent des bilans. Une synthèse avec des propositions diagnostiques, thérapeutiques, sociales est alors réalisée au terme des journées d'hospitalisations.

Jusqu'ici seule l'activité des consultations mémoire du CHU, parallèle à l'HDJ, avait bénéficié d'un travail d'étude auprès des médecins généralistes (16). De plus, la littérature comporte peu de publications sur les HDJ intégrant les médecins généralistes. Or la collaboration ville-hôpital est nécessaire au bon suivi des patients et à l'amélioration des pratiques. Il nous a alors semblé intéressant de rechercher la satisfaction des médecins généralistes sur l'HDJ gériatrique. L'objectif

principal de ce travail est de déterminer le niveau de satisfaction des médecins généralistes dont au moins un patient a été adressé à l'HDJ gériatrique du CHU de Rennes en 2018. Les objectifs secondaires sont d'identifier les intérêts et les freins liés à la structure, de déterminer les motifs d'orientation et de préciser les moyens de communication entre la ville et l'hôpital.

Matériels et méthodes

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

1- Recrutement des participants

556 patients ont été admis à l'HDJ gériatrique du CHU de Rennes en 2018, pour 315 médecins référents. Ces données ont été transmises par le CHU dans le respect de l'anonymat des patients. Si le nom du médecin gériatre rencontré en consultation préalable à l'HDJ était disponible, les coordonnées du médecin à l'origine de la demande d'HDJ, qu'il soit spécialiste ou généraliste, n'étaient pas systématiquement indiquées. Au vu de ces nombreuses données manquantes, nous avons décidé d'adresser un questionnaire à tous les médecins traitants des patients admis, qu'ils soient ou non à l'origine de la demande d'hospitalisation. Sur les 315 médecins, 5 ont été exclus (2 gériatres, 1 médecin traitant non déclaré, 2 médecins aux coordonnées inexistantes).

Afin de permettre un plus grand nombre de réponses et pour limiter les coûts de l'étude, il a été décidé de privilégier le mode d'envoi du questionnaire par e-mail. 310 médecins généralistes ont donc été contactés au cours des mois de septembre et octobre 2019. Les adresses e-mail des participants ont été récupérées en appelant les cabinets médicaux ou via les réseaux universitaires de la faculté. Les médecins ne disposant pas d'adresse e-mail ont été contactés par courrier postal.

Les critères de non-inclusion étaient le refus de participer, spécifié par le médecin au téléphone, et les médecins partis en retraite. Il y a eu 8 refus et 9 médecins retraités.

Le nombre total de médecins inclus dans l'étude s'élève donc à 293.

Sur 293 médecins, 208 ont été contactés par e-mail et 85 par courrier postal.

2- Élaboration du questionnaire

Née et utilisée dans les stratégies commerciales, la satisfaction est aujourd'hui souvent mesurée dans le domaine médical auprès des patients, des professionnels ou des structures de santé. Bien que largement utilisée, sa définition ou ses techniques de mesure ne sont pas consensuelles et diffèrent grandement dans la littérature (17). Selon Crow, elle peut être décrite comme « quelque chose qui remplit les attentes, besoins et désirs » et qui en remplissant ces critères « ne laisse alors pas de place aux plaintes » (18). La mesure de la satisfaction est subjective, basée sur des jugements personnels et de nombreuses variations interindividuelles. Les attentes, l'environnement, les circonstances peuvent altérer un jugement objectif. La méthode la plus fréquemment utilisée dans la

littérature pour mesurer la satisfaction est le questionnaire (17). Ce moyen d'étude est peu coûteux, court et anonyme mais présente l'inconvénient de rester plus superficiel dans les réponses. Les approches qualitatives sont alors plus adaptées pour comprendre le contexte et refléter les sentiments des personnes interrogées.

Après revue de la littérature, notre questionnaire a été créé à l'aide du logiciel Limesurvey°. Il est présenté en annexe. Afin de mesurer le degré de satisfaction, il a été choisi de se baser sur des échelles numériques. L'échelle de Likert avec cinq possibilités de réponses a été retenue (19). Le questionnaire comporte dix-neuf questions, réparties en quatre catégories (HDJ en général, communication, intérêts et freins, pratique médicale). Les objectifs secondaires ont été recherchés à l'aide de questions à choix multiples, avec possibilité de commentaires libres.

Le questionnaire a été pré-testé auprès des médecins généralistes et internes en médecine générale. Celui-ci a été envoyé du 15 novembre 2019 au 30 janvier 2020, avec une relance au 15 décembre 2019. Les données des participants ont été anonymisées.

3- Analyses des résultats

Les résultats ont été analysés à l'aide du logiciel Rcommander. La satisfaction globale a été définie comme critère de jugement principal et a été mesurée avec l'aide d'une échelle numérique. D'autres échelles ont cherché à faire préciser la satisfaction de différents sous-items. Les scores de satisfaction sont exprimés de 1 à 5. Dans la version papier du questionnaire, certains participants se sont positionnés entre deux valeurs. Pour ces rares cas, une valeur décimale intermédiaire leur a été attribuée (par exemple, 3,5 pour une réponse située entre 3 et 4). La distribution ne suivant pas une loi normale, le calcul de la médiane et de l'espace interquartile a été préféré à la moyenne pour les statistiques descriptives. Pour les mêmes raisons, les statistiques inférentielles ont été effectuées à l'aide de tests non paramétriques. Afin de repérer d'éventuels items comportant une sur-utilisation d'une des deux extrémités de l'échelle, des comparaisons ont été effectuées à l'aide d'un test exact de Fisher, les effectifs étant trop faibles pour une application du test du khi-deux de Pearson. Afin de réaliser ces tests, les échelles ont été recodées de manière dichotomique séparant d'une part les participants satisfaits (score de 5) des autres répondants et d'autre part les participants non satisfaits (score de 1) de ces derniers. Enfin dans le but d'identifier les sous-items contribuant le plus à la satisfaction générale, leur corrélation avec celle-ci a été estimée à l'aide d'un test de Spearman. Le seuil de significativité sélectionné pour ces deux analyses est de 0,05.

L'analyse des commentaires libres a été réalisée avec l'aide des internes de santé publique. Une analyse thématique a été utilisée pour regrouper les commentaires.

Dans la version papier, pour les questions 12 et 13, lorsqu'aucune proposition n'avait été cochée, les données ont été considérées comme des données manquantes.

Résultats

78 médecins généralistes ont répondu à l'enquête, soit un taux de participation de 26,6 %. 42 ont répondu via le questionnaire e-mail, 36 par le questionnaire papier.

1- Caractéristiques des participants

Les résultats sont présentés dans le tableau I. L'âge moyen des participants est de 47,2 ans. 59,0 % des répondants sont des femmes. La moyenne d'âge est similaire à celle de la population cible des médecins en activité régulière en Ile-et-Vilaine (47,5 ans) avec une sur-représentation féminine (52,1% dans la population cible) (20).

Concernant le lieu d'exercice, 44,9 % des participants déclarent exercer en milieu urbain, contre 55,1 % en milieu semi-rural ou rural.

A propos du mode d'exercice, 16,7 % des participants répondent exercer seuls, 70,5 % en cabinet médical de groupe, 12,8 % en maison pluri-professionnelle. Personne ne répond travailler en centre de santé. L'exercice isolé est moins important dans notre étude que dans la population cible départementale (27,2%) (21).

92,3 % des participants ne déclarent pas d'activité gériatrique, 5,1 % en déclarent une et 2,6 % ne se prononcent pas.

2- Echelles numériques

Les résultats sont exprimés numériquement de 1 à 5 et présentés dans le tableau II.

Concernant le degré de satisfaction globale de l'HDJ gériatrique, la médiane est à 4,0 +/- 0,5, reflétant un bon niveau de satisfaction des participants. Le respect de la demande initiale a été évalué à 4,0 +/- 0,9. L'orientation basée sur les troubles cognitifs est notée à 4,0 +/- 1,0 et la prise en charge pluri-professionnelle à 3,0 +/- 0,0.

Concernant la communication, l'orientation des patients vers l'HDJ est évaluée à 4,0 +/- 1,0, le délai de prise en charge à 3,0 +/- 2,0, et le moyen de communication de sortie à 4,0 +/- 2,0.

La poursuite de l'envoi des patients en HDJ est évaluée à 4,0 +/- 1,0.

Pour comparer la place des valeurs extrêmes au sein de chaque item, un test de Fisher a été utilisé. Les résultats sont indiqués dans le tableau III. Aucune de ces comparaisons n'a identifié de différence significative.

Un test de corrélation de Spearman a été réalisé entre la satisfaction globale et les sous-items. Les résultats sont indiqués dans le tableau IV. La corrélation la plus importante avec la satisfaction globale est le respect de la demande initiale ($\rho=0,63$; $p<0.05$), suivie de l'accès des patients vers l'HDJ ($\rho=0,45$, $p<0.05$). La corrélation avec le délai de prise en charge retrouve un ρ égal à 0,23 ($p<0.05$).

3- Questions choix multiples

Concernant les motifs d'orientation vers l'HDJ par les participants, les troubles cognitifs représentent 85,9 % des motifs, le bilan de la perte d'autonomie 57,7 % et les bilans de chute et d'altération de l'état général chacun 28,2 % (tableau V).

A propos des moyens de communication à la sortie d'hospitalisation, 61,5 % des participants souhaitent une communication par e-mail sécurisé, 42,3 % par téléphone, 33,3 % par courrier et 25,6 % par fax. 36 participants ont donné une réponse unique, avec 63,9% d'entre eux privilégiant l'e-mail, 22,2% le téléphone, 8,3% le courrier postal et 5,6% le fax.

Les participants ont été interrogés sur le mode de connaissance de l'HDJ du CHU de Rennes. 71,8 % d'entre eux évoquent la prise en charge de patients précédents, 24,4 % la communication du CHU et 12,8 % la recommandation de confrères.

4- Intérêts et freins

Les participants ont été interrogés sur l'intérêt et les freins de l'HDJ en tant que médecin généraliste. Les résultats sont rapportés dans le tableau V.

L'intérêt de l'HDJ gériatrique réside pour 83,3 % d'entre eux dans la prise en charge multidisciplinaire. 82,0 % évoquent la réalisation en un même lieu des différents examens complémentaires et 70,5 % citent l'avis spécialisé ou l'encouragement du maintien à domicile. La limitation des hospitalisations et l'organisation des aides à domicile sont citées respectivement à 53,9 % et 48,7 %.

Les freins évoqués par les participants (n=78 avec 5 données manquantes) sont pour 57,7 % d'entre eux le délai de prise en charge et 20,5 % l'entrée indirecte en HDJ. 12,8 % des participants ont ajouté d'autres motifs dans les commentaires libres, comme des difficultés inhérentes au patient et à sa famille ou encore l'absence de frein.

Concernant les modalités à améliorer, les participants évoquent à 64,1 % la réduction du délai de prise en charge et à 43,6 % la communication avec le médecin gériatre. Une augmentation des motifs de prise en charge est souhaitée par 35,9 % des participants.

L'analyse des commentaires libres se trouve dans le tableau VI.

Discussion

Avec un score médian de 4/5, cette étude met en avant un bon niveau de satisfaction des médecins généralistes travaillant avec l'HDJ gériatrique du CHU de Rennes. L'offre de soins multidisciplinaire, l'avis spécialisé proposé et l'hospitalisation ambulatoire, qui caractérisent un accompagnement en HDJ, ont obtenu des niveaux de satisfaction élevés dans ce questionnaire. Les difficultés notées se révèlent principalement être d'ordre organisationnelles et administratives, notamment avec le mode d'entrée indirecte en HDJ ou le délai avant l'hospitalisation jugé trop long.

1- Satisfaction globale

Les résultats obtenus sont concordants avec d'autres études de satisfaction de l'HDJ gériatrique impliquant les médecins généralistes (22, 23, 24). Il faut cependant souligner que ces études, comme la nôtre, n'utilisent pas d'outils standardisés pour mesurer la satisfaction et que l'hétérogénéité des questionnaires rend difficile une comparaison rigoureuse. Les équipes mobiles de gériatrie, dont l'approche globale gériatrique est similaire à celle des HDJ, ont fait état dans la littérature de niveau de satisfaction similaire pour les praticiens ambulatoires (25). D'autres services hospitaliers proposant une démarche de soins médicale globale, comme la médecine interne, ou les soins palliatifs, retrouvent également des niveaux de satisfaction comparables (26, 27). Quel que soit le service, il est intéressant de voir que les mêmes problématiques y sont soulignées, à savoir la gestion administrative de l'hospitalisation, sans que cela ne semble entraver le bénéfice de soins médicaux.

Concernant nos résultats, l'absence de différence significative pour les tests exacts de Fisher suggère une utilisation similaire des deux extrémités de l'échelle pour chacun des critères. L'analyse de ces données ne nous permet pas de dégager d'axe particulier en vue d'une amélioration de la relation entre médecins généralistes et HDJ. Ces comparaisons s'appuient sur un nombre très faible d'utilisation de ces valeurs extrêmes et l'absence de résultats significatifs pourrait donc simplement être la conséquence d'un manque de puissance statistique.

En revanche, le paramètre de satisfaction le plus élevé et le plus corrélé à la satisfaction globale est le respect de la demande initiale. Ce résultat est cohérent avec les travaux de Vanden Bussche soulignant qu'éviter une attitude trop « hospitalo-centrée », excluant les soins primaires, renforce le lien avec les médecins généralistes (13). Notons que dans le cadre de notre étude, l'origine de la demande d'orientation vers l'HDJ n'était pas contrôlée. Une partie des répondants a notamment rapporté ne pas en être à l'initiative. Ce paramètre pourrait avoir abaissé le niveau de corrélation entre ces deux items et mériterait une plus grande attention lors d'éventuels futurs travaux.

2- Intérêts

a- Travail multidisciplinaire

La multidisciplinarité permettant une expertise variée, et ceci dans un même lieu, est la caractéristique première des HDJ. Dans notre étude, ces deux aspects sont ceux qui sont le plus mis en valeur par les participants. Cette offre pluri-professionnelle est de plus considérée comme adaptée en nombre d'intervenants, même si l'échelle utilisée ne permet pas de comparaison fiable avec les autres paramètres étudiés. Cette inter-professionnalité répond de manière optimale aux polypathologies des personnes âgées et permet un accès à des professionnels paramédicaux peu ou pas présents en médecine de ville, comme les ergothérapeutes, diététiciens, neuropsychologues.

Cependant, les intervenants présents varient de manière importante d'une structure à l'autre et il existe une grande hétérogénéité sur le plan national (9). La circulaire de 2007 sur la filière de soins gériatriques impose sur le plan médical un médecin gériatre, complété par IDE et aide-soignant au niveau paramédical (11). Des interventions de psychologue, diététicien, podologue, assistant social et secrétaire sont nécessaires, sans précision sur la durée. Ainsi chaque centre ne dispose pas des

mêmes professionnels et cette hétérogénéité amène à un « effet centre » dont il convient de tenir compte dans l'interprétation de nos résultats.

b- Avis spécialisé

Le recours à un avis spécialisé est un motif cité par 70,5 % des participants. L'offre de soins en HDJ s'appuie sur l'évaluation gériatrique standardisée. Cette approche globale et complète du patient gériatrique réalisée lors des hospitalisations a fait ses preuves. La revue de la littérature par Ellis and al, en 2017, suggère à un an de suivi, que les patients ont plus de chances de vivre à domicile et moins d'être institutionnalisés, s'ils ont bénéficié de cette évaluation gériatrique standardisée (28). Cependant cette étude n'a pas mis en évidence de différence d'efficacité entre les équipes mobiles ou les services hospitaliers de gériatrie, devant un faible niveau de preuve. Concernant l'HDJ, son bénéfice par rapport à un séjour hospitalier classique n'est pas clairement établi. La méta-analyse de Brown en 2015 a notamment montré que si l'hospitalisation en HDJ pouvait avoir une efficacité sur la mortalité et le déclin fonctionnel ou la détérioration des activités quotidiennes (ADL) comparée à des structures sans soins gériatriques, elle ne se distinguait pas d'une structure hospitalière gériatrique ou de soins à domicile (29). On voit alors que peu importe le service où elle est mise en application, c'est bien l'évaluation gériatrique standardisée qui apporte une plus-value pour les patients et c'est probablement ce qui est recherché par les médecins généralistes.

3- Freins

Notre étude s'est intéressée aux freins exprimés par les médecins généralistes par rapport à l'HDJ gériatrique, qui peuvent limiter son accès pour certains patients. Plus de la moitié des participants citent le délai avant l'hospitalisation comme premier frein à l'admission et 64,1 % souhaitent une amélioration de ce paramètre. Bien que ce soit le premier frein cité, il n'est pas corrélé à la satisfaction globale de manière importante. Il est alors possible que la qualité globale de l'hospitalisation mette ce critère au second plan au moment de juger de la satisfaction globale. Au CHU de Rennes, il faut en moyenne trois mois entre la demande et la première consultation gériatrique puis entre trois et six semaines entre la consultation et l'HDJ. Cela semble être beaucoup plus long que dans d'autres études, qui mettaient déjà elles-aussi en avant ce point comme une limitation de l'accès à l'HDJ (8, 30). Ce délai peut entraîner un retard de soins, parfois préjudiciables pour les patients (13). Les causes ne sont pas bien précisées mais on pourrait imaginer que le personnel médical restreint et l'augmentation croissante des demandes conduisent à un allongement de ce délai.

L'entrée indirecte à l'HDJ a elle aussi été évoquée comme étant un frein à l'admission. Cela rentre pourtant dans le cadre légal, la circulaire de 2007 sur la filière de soins gériatriques impose la consultation ou l'avis du gériatre avant l'hospitalisation en HDJ (11). Il semble en effet pertinent d'avoir un avis spécialisé, pour justifier de l'hospitalisation, filtrer les demandes ne nécessitant pas d'un HDJ et éviter de surcharger l'hôpital. Mais cet entretien rallonge notamment la date d'entrée, et ajoute un intervenant et un déplacement pour des patients fragiles. Williams évoque ce motif pour expliquer que les médecins généralistes n'adressent pas autant qu'ils le pourraient vers l'HDJ (14). Enfin, les médecins généralistes se heurtent parfois à des réticences de la part du patient ou de sa famille (13). Aller passer des bilans à l'hôpital peut être source d'anxiété. Si les patients apprécient rentrer chez

eux le soir, la logistique et la responsabilité individuelle sont plus importantes dans les hospitalisations ambulatoires. Dans le cadre de patients présentant des troubles cognitifs, le recours à un aidant est indispensable, ajoutant une responsabilité supplémentaire à celui-ci (31).

4- Motifs d'orientation

En concordance avec la littérature, les troubles cognitifs sont retenus par 85,9 % des participants comme motifs de sollicitation de l'HDJ et trouvent une place de choix dans les bilans réalisés (4, 30). Les troubles cognitifs, représentés par la maladie d'Alzheimer, sont des pathologies fréquentes en soins primaires. Ils sont cependant sous-diagnostiqués, notamment dans les formes légères, la plainte mnésique n'étant pas toujours au premier plan. L'absence de thérapeutique médicamenteuse active entraîne également parfois un retard de diagnostic. L'annonce de cette maladie, aux répercussions médicales, sociales et psychologiques, est difficile pour les patients comme pour leurs proches (32). C'est en ce sens que l'HDJ gériatrique est une aide nécessaire. Les professionnels sont formés et habitués à prendre en charge des patients atteints de démence. Le gériatre peut confirmer le diagnostic et les professions paramédicales apportent des thérapeutiques non médicamenteuses indispensables pour ces patients (33). Leur suivi en ville est ainsi facilité, avec des interlocuteurs disponibles pour les médecins comme les patients. De plus le regroupement en un même lieu de ces professionnels facilite les soins en limitant les déplacements.

L'hospitalisation pour perte d'autonomie a été évoquée en deuxième place par les participants et l'altération de l'état général en troisième position (avec le bilan de chute). Même si la poly-pathologie des personnes âgées explique qu'ils puissent y trouver une place, ces deux motifs ont été peu étudiés dans la littérature. Leur définition ne fait pas consensus et leurs étiologies sont souvent multifactorielles. L'expertise globale qu'ils impliquent et la recherche des syndromes gériatriques sous-jacents sont cependant des compétences spécialisées disponibles en HDJ (34).

Le bilan de chute est cité par 28,2 % des participants. La prise en charge des chutes est aussi un programme adapté à l'HDJ, grâce à sa multidisciplinarité. Le développement de ce bilan au sein des HDJ semble montrer une efficacité, bien que son impact sur l'autonomie ne soit pas prouvé et qu'il engendre un possible coût supplémentaire (35, 36).

Notre étude souligne également le souhait d'une augmentation des motifs d'hospitalisation. Les personnes âgées étant des personnes poly-pathologiques, il est difficile de séparer une maladie d'une autre. Les perspectives de soins en HDJ sont multiples, notamment sur les maladies chroniques. A l'avenir, l'élargissement à d'autres maladies comme la maladie de Parkinson pourrait s'envisager (7, 37).

Enfin, à l'heure où l'institutionnalisation représente un coût social, moral et financier, permettre un maintien à domicile le plus longtemps possible, est un enjeu de santé publique (12, 38). Le rôle de l'HDJ dans cette fonction est mis en avant par une large majorité des participants. C'est un endroit où les patients peuvent être observés dans un environnement social, avec leurs interactions et leurs difficultés. Les aides octroyées, qu'elles soient sociales ou humaines, sont plus personnalisées et plus efficaces car adaptées au patient et à son environnement.

5- Communication ville-hôpital

a- Moyen de communication

La communication entre l'hôpital et la médecine de ville est primordiale pour assurer la continuité des soins. Les entrées et sorties des structures hospitalières sont des moments-clés pour les patients. De par leur fragilité, une mauvaise communication des différents intervenants peut avoir des conséquences importantes sur la santé chez les personnes âgées. Les effets indésirables en post-hospitalier sont fréquents (39). L'enjeu est de communiquer au plus vite au médecin traitant les modifications diagnostiques, thérapeutiques et de suivi, décidés en milieu hospitalier, afin de limiter ces erreurs.

Le délai d'envoi et de réception du courrier a son importance car une part non négligeable des patients revoit son médecin traitant en post-hospitalier immédiat, avant même que celui-ci ait parfois reçu les informations (40). Une lettre de sortie remise au patient, à destination du médecin traitant, peut alors être la solution comme cela se fait dans les services d'urgences. Cette alternative semble cependant peu applicable aux patients de l'HDJ gériatrique, présentant pour la majorité d'entre eux des troubles cognitifs (41).

La majorité des participants souhaitent recevoir le compte-rendu d'hospitalisation par e-mail par messagerie sécurisée. Ce moyen de communication est celui qui est le plus souvent sollicité par les médecins généralistes, de par sa rapidité (40, 42). La plupart des logiciels des médecins sont équipés pour intégrer directement ce compte-rendu au dossier médical du patient. Le téléphone apparaît quant à lui comme étant un moyen d'avoir des informations rapides, mais ce mode de communication orale impose de la part du médecin généraliste une traçabilité dans le dossier médical. De plus, la disponibilité mutuelle des deux médecins est un élément limitant son utilisation, avec des médecins généralistes parfois peu disponibles au téléphone (43). Il faut noter que la communication téléphonique reste parfois appréciée en cas d'éléments intercurrents (décès, transfert) (41, 43).

b- Lien entre médecin généraliste et gériatre

Si le lien entre les praticiens hospitaliers et la médecine ambulatoire a été évalué de nombreuses fois, celui entre gériatres et médecins généralistes est mal étudié (43, 44, 45). Cela peut s'expliquer par le fait que la gériatrie est une spécialité médicale récente, créée en 2004, et bénéficiant d'un DES depuis 2017 (46). Les études sont donc peu nombreuses et ce travail met en évidence le souhait d'une communication plus poussée. Cette collaboration entre les deux spécialités doit se poursuivre et s'enrichir notamment sur le rôle de chacun. En effet, les hôpitaux de jour ne sont pas toujours connus par les médecins de ville, parfois confondus avec l'accueil de jour et ne sont donc pas sollicités (6,13). Il est pourtant admis qu'une meilleure connaissance du service et une satisfaction antérieure favorisent l'envoi de nouveaux patients (47). Les résultats de notre étude vont dans ce sens, la majorité des participants ayant mis en avant l'importance de leur propre expérience avec l'HDJ.

Ainsi une formation territoriale, basée sur la connaissance des structures hospitalières existantes au niveau local peut être une piste à envisager (48, 49). La formation initiale pendant l'internat de médecine est aussi à prendre en compte. L'accueil d'interne de médecine générale au sein de ces services hospitaliers renforcerait le lien avec la médecine de ville.

6- Forces de l'étude

Il s'agit de la première étude en Bretagne sur ce sujet. Hormis quelques travaux de thèse, très peu d'études françaises ont évalué ce lien entre les médecins généralistes et l'HDJ gériatrique (22, 23, 24). Le taux de participation est satisfaisant, montrant un certain intérêt des médecins généralistes sur le sujet. A l'heure actuelle, au vu de l'hétérogénéité des HDJ gériatriques, une interrogation au niveau local est une analyse pertinente et la plus à même d'orienter d'éventuelles modifications d'un point de vue territorial. De même, du fait du vieillissement de la population et d'une politique orientée vers le soutien à domicile, la qualité des interactions entre le médecin traitant et l'hôpital constitue un enjeu important pour le maintien de l'autonomie des patients âgés (38).

7- Faiblesses de l'étude

Il existe quelques biais méthodologiques, notamment dans la réalisation du questionnaire. L'échelle numérique de la question 5 n'a pas permis une comparaison fiable aux autres questions. De plus, l'absence de propositions « aucune » pour les questions 12 et 13 amène à des données manquantes ou des ajouts de ces modalités par les participants en commentaire libre.

Lors du recueil des coordonnées des participants, il a pu arriver d'avoir le médecin généraliste directement au téléphone. Des explications complémentaires sur l'étude ont parfois été demandées, ayant pu influencer les réponses des participants. De plus, la majorité des participants ne base sa satisfaction de l'HDJ que sur un ou deux patients par an, ce qui est faible pour recueillir une satisfaction globale. Enfin l'étude est monocentrique, ne permettant pas de généralisation à plus grande échelle.

Conclusion

Ce travail montre une bonne satisfaction des médecins généralistes par rapport à l'HDJ gériatrique du CHU de Rennes. Les éléments satisfaisants sont l'offre de soins multidisciplinaire, ambulatoire, et l'avis spécialisé proposé, tout cela s'inscrivant majoritairement autour des troubles cognitifs. Les freins au recours à l'HDJ reposent sur les délais avant l'hospitalisation et l'entrée indirecte. Une meilleure communication pré et post-hospitalière entre les différents intervenants est souhaitée. Cette enquête de satisfaction a permis une évaluation générale mais reste insuffisante pour proposer des pistes d'amélioration concrètes et opérationnelles. Un travail sur les attentes, les besoins, les difficultés des médecins généralistes vis-à-vis de l'HDJ pourrait compléter cette étude et ce par d'autres méthodes d'investigation plus pertinentes. De plus la communication ville-hôpital doit être améliorée pour pallier les difficultés actuelles. Les propositions pourraient porter sur une formation des professionnels ou des moyens de communication numériques plus adaptés. Par ailleurs, parce que ceux-ci sont au cœur des soins, un travail portant sur la satisfaction des patients et de leur famille pourrait aussi être envisagé, afin d'adapter au mieux les hospitalisations.

Bibliographie

- 1- Blanpain N, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2060. Insee Première. 2016;(1619).
- 2- Ward SA, Parikh S, Workman B. Health perspectives: International epidemiology of ageing. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology. Sept 2011;25(3):305-17.
- 3- Haute Autorité de santé. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. 2015 [cité 27 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
- 4- Volpe-Gillot L, Michel J-M. Réflexions sur la place de l'hôpital de jour dans la filière de soins gériatrique. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. Déc 2012;12(72):243-9.
- 5- Brocklehurst JC. Role of day hospital care. BMJ. Oct 1973;4(5886):223-5.
- 6- Durand-Gassel B. Les hôpitaux de jour gériatrique en France. La revue de gériatrie. 2002;27(5):319-22.
- 7- Black DA. The geriatric day hospital. Age and Ageing. Sept 2005;34(5):427-9.
- 8- Schoevaerds D, Dumont C, Hanotier P, Fournier A, Piette D, Almpanis C, and al. L'Hôpital de jour gériatrique : une interface ambulatoire au service des personnes âgées. Louvain médical. 2019 ; 138(7):417-22
- 9- Petermans J, Velghe A, Gillain D, Boman X, Van Den Noortgate N. Geriatric day hospital: what evidence? A systematic review. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement. sept 2011;9(3):295-303.
- 10- Fournier P. La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile. Gérontologie et société. 2002;25(100):131-47.
- 11- Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>.
- 12- Boeckstaens P, De Graff P. Primary care and care for older persons: Position Paper of the European Forum for Primary Care. Quality in primary care. 2011;19(6):369-92.
- 13- Vanden Bussche P, Desmyter F, Duchesnes C, Massart V, Giet D, Petermans J, et al. Geriatric

day hospital : opportunity or threat ? A qualitative exploratory study of the referral behaviour of Belgian general practitioners. BMC Health Services Research. Déc 2010;10(1):202.

14- Williams ES, Jesudason TA, Singh S. Referring patients to geriatric day hospitals : a survey of general practitioners' opinions. JR Coll Gen Pract.1988;38(316):498-9.

15- Donaldson C, Wright KG, Maynard AK, Hamill JD, Sutcliffe E. Day hospitals for the elderly : utilisation and performance. Journal of Public Health.1987;9(1):55-61.

16- Cario T. Les consultations mémoire : attentes des médecins généralistes installés en Ille et Vilaine, analyse qualitative en focus group [thèse de médecine générale]. Université de Rennes 1; 2015.

17- Aspinall F, Addington-Hall J, Hughes R, Higginson IJ. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. Journal of Advanced Nursing. Mai 2003;42(4):324-39.

18- Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. Health Technology Assessment [Internet]. 2002 [cité 17 mai 2020];6(32). Disponible sur: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta6320/>

19- Frappé P. Initiation à la recherche. 2eme éd. CNGE / Global Média Santé; 2018.

20- Conseil national de l'ordre des médecins (page consultée le 14/03/2020). Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2018 [Internet]. Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf

21- Conseil national de l'ordre des médecins (page consultée le 14/03/2020). La démographie médicale en région Bretagne ; situation en 2015 [Internet]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1mi628/atlas_bretagne_2015.pdf

22- Sengler C. L'hôpital de jour gériatrique dans la pratique quotidienne du médecin généraliste : Enquête à propos de l'hôpital de jour gériatrique de Bischwiller [thèse de médecine générale]. Université de Strasbourg; 2006.

23- Obraztsova A. Hôpital de jour diagnostique gériatrique de l'hôpital Albert Chenevier : Bilan, après un an de fonctionnement, de son apport pour les médecins généralistes dans le diagnostic et le suivi des troubles des fonctions supérieures [thèse de médecine générale]. Université de Paris Est Créteil Val de Marne; 2011.

24- Pierron J. Ressenti et perception de l'utilité de l'hôpital de jour de la maison hospitalière Saint-Charles à Nancy: par l'aidant et le médecin traitant de la personne âgée présentant des troubles

cognitifs afin de pouvoir contribuer à son maintien à domicile [thèse de médecine générale]. Université de Nancy; 2016.

25- Canali C, De Montgolfier S, Mohebi A, Harboun M. Satisfaction des médecins généralistes intégrés dans une équipe mobile gériatrique : une étude qualitative. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. Févr 2016;16(91):53-8.

26- Charmion S, Piatek I, Bencharif L, Cathébras P. Qu'attendent les médecins généralistes de la médecine interne ? Résultats d'une enquête postale sur le secteur de la Loire et des départements limitrophes. La Revue de Médecine Interne. Oct 2002;23(10):840-6.

27- Bajwah S, Higginson IJ. General practitioners' use and experiences of palliative care services: a survey in south east England. BMC Palliative Care [Internet]. Déc 2008 [cité 17 mai 2020];7(1). Disponible sur: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-7-18>

28- Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 12 sept 2017 [cité 27 mars 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006211.pub3>

29- Brown L, Forster A, Young J, Crocker T, Benham A, Langhorne P, et al. Medical day hospital care for older people versus alternative forms of care. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 23 juin 2015 [cité 30 mai 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001730.pub3>

30- Martin-Hunyadi C. L'interprofessionnalité en hôpital de jour d'évaluation gériatrique, un puzzle interactif ? Dans : Aubert M, Manière D, Mourey F, Outata S. Interprofessionnalité en gériatrie : travailler ensemble: des théories aux pratiques. Eres. 2005. P 223-227

31- Kleefstra S, Kool R, Zandbelt L, de Haes J. An instrument assessing patient satisfaction with day care in hospitals. BMC Health Services Research [Internet]. déc 2012 [cité 18 févr 2020];12(1). Disponible sur: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-125>

32- Villars H, Oustric S, Andrieu S, Baeyens JP, Bernabei R, Brodaty H, et al. The primary care physician and Alzheimer's disease : An international position paper. The journal of nutrition, health & aging. févr 2010;14(2):110-20.

33- Koskas P, Delpierre S, Sebbagh-Eczet M, Bonnet-Zamponi D, Buzzi J-C, Raynaud-Simon A. Quelle est la place d'un hôpital de jour de suivi gériatrique au sein des structures développées par le Plan Alzheimer 2008/2012? Santé Publique. 2016;28(2):207.

34- Jeandel C. Le référentiel métier de la spécialité de gériatrie. Dans : Livre blanc de la gériatrie

française. Gériatrie 2011

35- Irvine L, Conroy SP, Sach T, Gladman JRF, Harwood RH, Kendrick D, et al. Cost-effectiveness of a day hospital falls prevention programme for screened community-dwelling older people at high risk of falls. *Age and Ageing*. 1 nov 2010;39(6):710-6.

36- Manckoundia P, Gerbault N, Mourey F, d'Athis P, Nourdin C, Monin M-P, et al. Multidisciplinary management in geriatric day-hospital is beneficial for elderly fallers: A prospective study of 28 cases. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. Janv 2007;44(1):61-70.

37- Beynon J, Padiachy D. The past and future of geriatric day hospitals. *Reviews in Clinical Gerontology*. Févr 2009;19(1):45-51.

38- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2018 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731>

39- Mesteig M, Helbostad JL, Sletvold O, Røstad T, Saltvedt I. Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study. *BMC Health Services Research* [Internet]. déc 2010 [cité 6 févr 2020];10(1). Disponible sur: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-1>

40- Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and Primary care physicians : Implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 28 févr 2007;297(8):831.

41- Bolton P, Mira M, Kennedy P, Moses Lahra M. The quality of communication between hospitals and general practitioners: An assessment. *Journal of Quality In Clinical Practice*. Déc 1998;18(4):241-7.

42- Tandjung R, Rosemann T, Badertscher N. Gaps in continuity of care at the interface between primary care and specialized care: general practitioners' experiences and expectations. *International Journal of General Medicine*. 2011;4:773-9.

43- Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. *BMC Health Services Research* [Internet]. déc 2009 [cité 18 mars 2020];9(1). Disponible sur: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-143>

44- Garåsen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. *BMC Health Services Research* [Internet]. déc 2007 [cité 17 mars 2020];7(1). Disponible sur: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-7-133>

45- Piterman L, Koritsas S. Part II. General practitioner-specialist referral process. Internal Medicine Journal. août 2005;35(8):491-6.

46- Chassagne P. DESC de gériatrie et projet de DES de gériatrie. Dans : Livre blanc de la gériatrie française. Gériatrie 2011

47- Dagneaux I, Gilard, De Lepeleire J. Care of elderly people by the general practitioner and the geriatrician in Belgium : a qualitative study of their relationship. Journal of Multidisciplinary Healthcare. janv 2012;17.

48- FHF. Renforcer le lien ville-hôpital. Les éditions de la Fédération Hospitalière de France. 2018.

49- Petermans J. Place du gériatre dans la filière de soins. Revue Médicale de Liège. 2014;69(5-6):233-8.

Glossaire

ADL : Activity of daily living

AEG : Altération de l'état général

ARS : Agence régionale de santé

CHU : Centre hospitalo-universitaire

EGS : Evaluation gériatrique standardisée

DES : Diplôme d'études spécialisées

DESC : Diplôme études spécialisées complémentaires

HAS : Haute autorité de santé

HDJ : Hôpital de jour

Annexes

Tableau I : Caractéristiques des participants (n=78)

	n(%)
<i>Age*</i>	47,2 (12,2/29-77)
<i>Sexe</i>	
Femme	46 (59,0)
Homme	32 (41,0)
<i>Lieu d'exercice</i>	
Urbain	35 (44,9)
Semi-urbain	33 (42,3)
Rural	9 (11,5)
Autres	1 (1,3)
<i>Mode d'exercice</i>	
Seul	13 (16,7)
En cabinet médical de groupe	55 (70,5)
En maison de santé pluri professionnelle	10 (12,8)
<i>Activité gériatrique</i>	
Oui	4 (5,1)
Non	72 (92,3)
Données manquantes	2 (2,6)

* moyenne (écart-type/variations)

Tableau II : Résultats échelles numériques (1 à 5)

	IQ25%	Médiane	IQ75%
Satisfaction globale de l'HDJ	4,0	4,0	4,5
Respect demande initiale	4,0	4,0	4,9
Prise en charge axée troubles cognitifs	4,0	4,0	5,0
Prise en charge pluri professionnelle	3,0	3,0	3,0
Facilité d'orientation des patients vers l'HDJ	3,0	4,0	4,0
Délai de prise en charge	2,0	3,0	4,0
Communication faite par courrier postal	3,0	4,0	5,0
Poursuite envoi des patients à l'HDJ	4,0	4,0	5,0

*IQ25=interquartile à 25% et IQ75=interquartile à 75%

Tableau III : Comparaison des valeurs extrêmes

	p-value
Satisfaction globale	0,33
Respect de la demande initiale	0,57
Orientation troubles cognitifs	0,55
Prise en charge pluri-professionnelle	1,00
Orientation vers l'HDJ	1,00
Délai de prise en charge	1,00
Communication par courrier postal	0,15
Respect de la demande initiale	1,00
Seuil significativité, p-value<0,05	

Tableau IV : Corrélation avec la satisfaction globale

	rho	p-value
Respect de la demande initiale	0,63	<0,001
Orientation troubles cognitifs	0,26	0,02
Prise en charge pluri-professionnelle	0,07	0,54
Orientation vers l'HDJ	0,45	<0,001
Délai de prise en charge	0,23	0,05
Communication par courrier postal	0,16	0,17

Seuil significativité, p-value <0,05 ; rho : coefficient de corrélation Spearman

Tableau V : Questions choix multiples n=78

	n(%)
<i>Motifs d'orientation</i>	
Bilan de troubles cognitifs	67 (85,9)
Bilan de perte d'autonomie	45 (57,7)
Bilan de chutes à répétition	22 (28,2)
Troubles de la marche	12 (15,4)
Bilan d'altération de l'état général	22 (28,2)
Bilan social et réévaluation des aides à domicile	15 (19,2)
Prolongation d'un maintien à domicile	18 (23,1)
Soulagement des aidants	18 (23,1)
Adaptation des traitements	8 (10,3)
Rééducation post-AVC	13 (16,7)
Autres	3 (3,9)
<i>Communication souhaitée avec l'HDJ</i>	
Fax	20 (25,6)
E-mail par messagerie sécurisée	48 (61,5)
Téléphone	33 (42,3)
Courrier postal	26 (33,3)
<i>Connaissance de l'HDJ du CHU de Rennes</i>	
Patients précédemment pris en charge	56 (71,8)
Site internet	1 (1,3)
Communication du CHU	19 (24,4)
Revues, magazines scientifiques	78 (0,0)
Recommandations de confrères	10 (12,8)
Autres	9 (11,5)
<i>Intérêts</i>	
Limiter les hospitalisations	42 (53,9)
Prise en charge pluridisciplinaire	65 (83,3)
Examens complémentaires en un même lieu	64 (82,0)
Avis spécialisé	55 (70,5)
Faciliter les démarches administratives	21 (26,9)
Préparer institutionnalisation	21 (26,9)
Favoriser maintien à domicile	55 (70,5)
Organiser aides à domicile	38 (48,7)
Soulagement familial	22 (28,2)
Autres	2 (2,6)
<i>Freins*</i>	
Délai de prise en charge	45 (57,7)
Entrée indirecte	16 (20,5)
Axe sur troubles cognitifs	10 (12,8)
Inadéquation une fois à domicile	12 (15,4)
Multiplication des interlocuteurs	9 (11,5)
Autres	10 (12,8)
<i>Améliorations souhaitées*</i>	
Communication médecin généraliste et gériatre	34 (43,6)
Réduction du délai de prise en charge	50 (64,1)
Augmentation des motifs	28 (35,9)
Augmentation des paramédicaux	10 (12,8)
Autres	2 (2,6)

* données manquantes pour 5 participants

Tableau VI: Analyses des commentaires libres (n=78)

	n(%)
<i>Motifs d'orientation</i>	
Autres motifs médicaux	1 (1,3)
Non adressés par le médecin traitant	2 (2,6)
<i>Connaissance de l'HDJ du CHU de Rennes</i>	
Formation initiale	3 (3,9)
CHU centre de référence	1 (1,3)
Connaissance médecin gériatre y travaillant	1 (1,3)
Ancienneté exercice	1 (1,)
Fortuite	1 (1,3)
Oubli	1 (1,3)
<i>Avantages de l'HDJ</i>	
Aucun car distance	1 (1,3)
Poser un diagnostic	1 (1,3)
<i>Freins</i>	
Aucun	4 (5,1)
Distance	3 (3,9)
Peur/déni hôpital	1 (1,3)
Isolement patient	1 (1,3)
Famille	2 (2,6)
Modalités administratives	1 (1,3)
<i>Améliorations envisagées</i>	
Implication famille	1 (1,3)
Synthèse bilans paramédicaux	1 (1,3)

Questionnaire

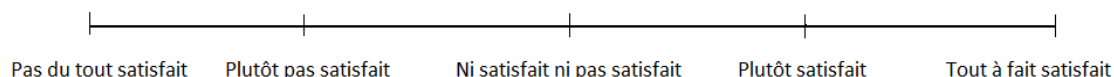
Bonjour,

Je suis interne de médecine générale à Rennes et je réalise un travail de thèse sur l'hôpital de jour gériatrique du CHU de Rennes. L'objectif de ce travail est de recueillir l'avis des médecins traitants ayant au moins un de leurs patients pris en charge sur l'année 2018 à l'hôpital de jour gériatrique du CHU de Rennes. Cette enquête vous concerne puisqu'au moins un de vos patients a été hospitalisé à l'hôpital de jour l'année dernière. Le temps de participation est de 5 minutes. Vos réponses seront anonymisées.

Merci de votre participation,

I- A propos de l'hôpital de jour gériatrique

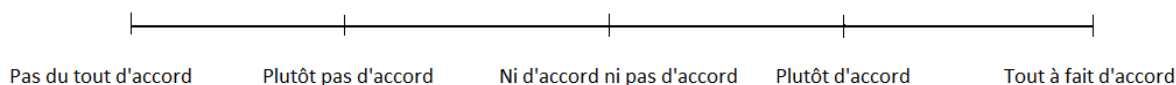
- De manière générale, quel est votre niveau de satisfaction de l'hôpital de jour gériatrique (HDJ) ?
(une seule réponse possible)



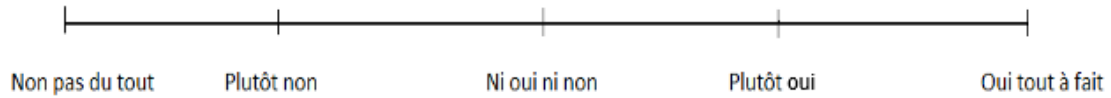
- De manière générale, pour quels motifs adressez-vous vos patients vers l'hôpital de jour gériatrique ?

- Bilan de troubles cognitifs
- Bilan de perte d'autonomie
- Bilan de chutes à répétition
- Troubles de la marche
- Bilan d'altération de l'état général
- Bilan social et réévaluation des aides à domicile
- Prolongation d'un maintien à domicile
- Soulagement des aidants
- Adaptation des traitements
- Rééducation post-AVC
- Autres, commentaires :

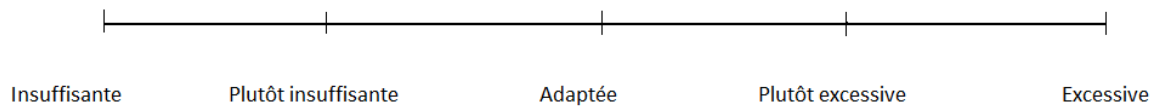
- De manière générale, votre demande initiale a-t-elle été respectée ?



- A l'heure actuelle, l'HDJ prend principalement en charge des troubles cognitifs. Cette orientation vous satisfait-elle ?

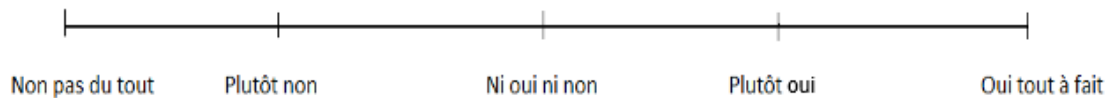


- Estimez-vous la prise en charge pluri-professionnelle ...

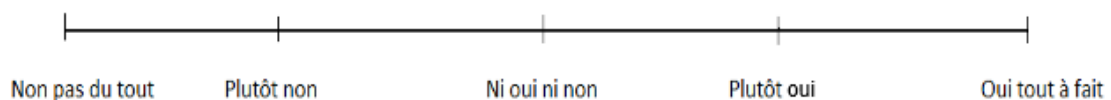


II- Communication

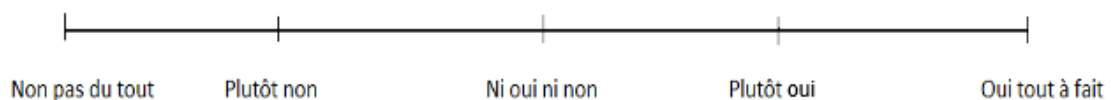
- L'orientation des patients vers l'HDJ vous a-t-elle semblé facile ?



- Le délai de prise en charge des patients vous satisfait-il ?



- A la fin de l'hospitalisation, un compte-rendu médical et paramédical vous parvient par courrier postal. Ce moyen de communication vous convient-il ?



-Quels moyens vous semblent adaptés pour communiquer avec l'HDJ ?

- Fax
- E-mail par messagerie sécurisée

- Téléphone
- Courrier postal

- Comment avez-vous connu l'HDJ du CHU de Rennes ?

- Patients précédemment pris en charge
- Site internet
- Communication du CHU
- Revues, magazines scientifiques
- Recommandations de confrères
- Autres :

III- Intérêts et freins

- Quel est selon vous l'intérêt de l'HDJ en tant que médecin généraliste ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- Limiter les hospitalisations
- Avoir une prise en charge pluridisciplinaire
- Réaliser en un même lieu les différents examens complémentaires
- Avoir accès à un avis spécialisé
- Faciliter les démarches administratives
- Préparer une institutionnalisation
- Favoriser un maintien à domicile
- Organiser les aides à domicile
- Permettre un soulagement familial
- Autres :

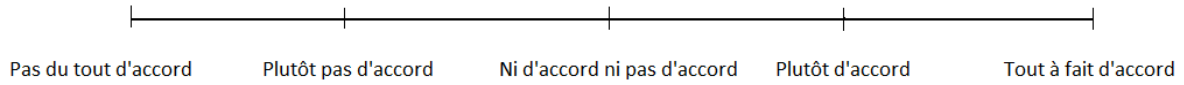
- Quels sont selon vous les principaux freins à l'orientation de vos patients vers l'HDJ ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- Le délai de prise en charge
- L'absence de communication directe avec le médecin gériatre (entrée indirecte)
- Prise en charge axée sur les troubles cognitifs
- Prise en charge pas toujours adaptée une fois à domicile
- Multiplication des interlocuteurs inadaptée aux patients âgés
- Autres :

- Quelles sont les modalités que vous souhaiteriez voir améliorées ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- Communication entre médecin généraliste et gériatre
- Réduction du délai de prise en charge avant l'hospitalisation
- Augmentation des motifs d'hospitalisation
- Augmentation des intervenants paramédicaux
- Autres :

-Continuerez-vous à adresser vos patients à l'HDJ ?



IV- Pratique médicale

En tant que médecin généraliste,

- Vous êtes:

- un homme
- une femme

- Votre lieu d'exercice se situe en milieu :

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

- Quel âge avez-vous ?

- Avez-vous une activité orientée en gériatrie ? (DU / médecin coordonnateur EHPAD, etc.)

- Oui
- Non

- Exercez-vous :

- Seul
- En cabinet médical de groupe
- En maison de santé pluri professionnelle
- En centre de santé

Commentaires des participants

Question 2, proposition 11 :

- Participant 23 : « Transfusion, anémies récurrentes, Chantepie »
- Participant 60 : « Aucun. Je n'adresse aucun patient à l'hôpital de jour. Une patiente y est allée, adressée par la neurologie »
- Participant 67 : « Adressé par service de gériatrie »

Question 10, proposition 6 :

- Participant 12 : « Interne en gériatrie à la Sauvras »
- Participant 24 : « Fortuite »
- Participant 28 : « Usage de passer par le CHU »
- Participant 30 : « Formation initiale »
- Participant 36 : « Stage d'interne en gériatrie »
- Participant 48 : « Je ne me souviens pas »
- Participant 51 : « Amie du Dr Sost »
- Participant 52 : « Installé depuis plus de 30 ans »

Question 11, proposition 10 :

- Participant 60 : « Aucun pour moi, je suis beaucoup trop loin »
- Participant 71 : « Affirmer un diagnostic positif ou d'élimination »

Question 12, proposition 6 :

- Participant 8 : « Aucun »
- Participant 10 : « Isolement du patient »
- Participant 23 : « 1 patient n'a pas pu avoir de RDV ou consultation en gériatrie » ; « Frein du patient ou famille » ; « Peur de l'hôpital, déni »
- Participant 28 : « Distance »
- Participant 34 : « Rien en particulier »
- Participant 40 : « Trajet »
- Participant 51 : « Personnellement je n'ai pas de frein ! »
- Participant 60 : « Distance »
- Participant 74 : « La difficulté inhérente à la spécialité de médecine générale est de communiquer avec la famille pour organiser les premiers rendez-vous. (Ceci n'est donc pas du fait de la gériatrie) »
- Participant 78 : « Je n'en ai pas »

Question 13, proposition 5 :

- Participant 10 : « Impliquer davantage la famille dans l'accompagnement »
- Participant 43 : « Bilans parfois trop descriptifs et pas suffisamment synthétiques »

BOURGEON Pauline. Enquête de satisfaction des médecins généralistes par rapport à l'hôpital de jour gériatrique du CHU de Rennes

35 feuilles, 0 illustration ,0 graphique, 6 tableaux, 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1 ; 2020 ; N° .

Contexte : Nous avons interrogé des médecins généralistes afin de connaître leur satisfaction par rapport à l'hôpital de jour gériatrique du CHU de Rennes. **Méthodes :** Enquête quantitative avec envoi d'un questionnaire aux médecins ayant eu un patient hospitalisé à l'HDJ gériatrique du CHU de Rennes en 2018. **Résultats :** 78 participants. Les médecins généralistes sont satisfaits et souhaitent poursuivre l'envoi des patients. L'aspect pluridisciplinaire, ambulatoire et l'avis spécialisé sont des atouts, notamment pour les patients atteints de troubles cognitifs. Le délai avant l'hospitalisation, la communication avec le médecin gériatre et l'entrée indirecte sont des points pour lesquels une amélioration est souhaitée. **Conclusion :** l'HDJ gériatrique est une structure dont les médecins généralistes sont satisfaits. La collaboration ville-hôpital doit se poursuivre, afin de permettre son développement et une optimisation des hospitalisations. Des études complémentaires sont cependant nécessaires pour préciser des pistes d'amélioration.

General practitioners' satisfaction survey about geriatric day hospital of Rennes' university hospital

Background: We interrogated general practitioners in order to know their satisfaction about geriatric day hospital of Rennes' university hospital. **Method:** Quantitative study with questionnaire sending to doctors who had at least one patient hospitalized in the university hospital during the year 2018. **Results:** 78 participants. General practitioners are satisfied and wish to continue referring patients. The pluridisciplinary aspect, the ambulatory care and the specialized opinion are assets, notably for patients with cognitive disorders. Time before referral, communication with geriatrician and the indirect access are the points for which an improvement is expected. **Conclusion:** GDH is a structure which provides satisfaction to the GPs. The collaboration with hospital must go on, to allow its development and optimize hospitalizations. Complementary studies are needed to precise improvements.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés :
Hôpital de jour gériatrique
Médecins généralistes
Satisfaction
Collaboration ville-hôpital
Personnes âgées

Mots-clés anglais MeSH :
Geriatric day hospital
General practitioners
Satisfaction
General practice and hospital collaboration
Elderly

Président : Monsieur le Professeur Somme

JURY :

Assesseurs :
Mme le Docteur Hanta
Mr le Docteur Allory
Mme le Docteur Corvol