

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : HERMANT Prénom : Sandrine

Date et Lieu de naissance : 24/12/1982, Neuilly Sur Seine (92)

Présentée et soutenue publiquement le : 17 Septembre 2013

**ELABORATION ET EVALUATION D'UN FORMULAIRE D'HOSPITALISATION
PROGRAMMEE UTILISABLE EN MEDECINE GENERALE**

Président de thèse : Professeur NOUGAIREDE Michel

Directeur de thèse : Docteur BECEL Emmanuelle

DES de Médecine générale

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : HERMANT Prénom : Sandrine
Date et Lieu de naissance : 24/12/1982, Neuilly Sur Seine (92)

Présentée et soutenue publiquement le : 17 Septembre 2013

**ELABORATION ET EVALUATION D'UN FORMULAIRE D'HOSPITALISATION
PROGRAMMEE UTILISABLE EN MEDECINE GENERALE**

Président de thèse : Professeur NOUGAIREDE Michel

Directeur de thèse : Docteur BECEL Emmanuelle

DES de Médecine générale

REMERCIEMENTS

Au Professeur Michel Nougairède, pour m'avoir proposé de travailler sur ce sujet et pour avoir accepté la présidence de cette thèse. J'espère avoir répondu à vos attentes.

Aux Professeurs Ronan Roussel et Florence Tubach pour avoir accepté de participer au jury de ce travail.

Au Docteur Emmanuelle Becel. Tu m'as réconcilié avec la médecine générale et c'est grâce à toi que j'ai poursuivi dans cette voie. Je t'en serais toujours reconnaissante.

Au Professeur Isabelle Mahé, pour avoir accepté la mise en place de ce projet dans son service.

Aux Docteurs Anne Grasland, Saskia Foucart-Carion et Maya Touam, pour avoir répondu à toutes mes sollicitations. Le projet n'aurait jamais pu fonctionner sans votre implication.

A tous les médecins généralistes du PSU-GVLG qui ont participé à l'élaboration de ce nouvel outil et à Jean-Marie Nougairède pour ses conseils.

A tous les membres du réseau Arès 92 grâce à qui cette idée a vu le jour.

A Cédric. Merci pour ton soutien tout au long de ces années et pour l'aide que tu m'as apporté dans ce travail.

A Mathilde et Chloé, mes petits rayons de soleil.

A mes parents qui m'ont probablement transmis cette vocation.

A mon frère que j'ai toujours admiré.

A mes beaux parents, pour avoir gardé les filles pendant ces longues journées de travail.

A mes amis avec qui j'ai passé toutes ces années à Bichat : Claire, Armand, Suonara et Jennifer.

Au cabinet rue Marcel Lamour : Martine, Nadja, Ouassila, Delphine mais surtout Claire pour m'avoir fait confiance à mes débuts de remplaçante.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION..... | 6 |
| CONTEXTE..... | 8 |
| I. <u>Les hospitalisations en France : problème d'inadéquation</u>..... | 8 |
| 1. <u>Etat des lieux</u> | 8 |
| 2. <u>Causes de l'inadéquation</u> | 8 |
| 3. <u>Solutions</u> | 9 |
| II. <u>Communication ville-hôpital</u> :..... | 10 |
| 1. <u>La qualité des courriers d'admission</u> | 10 |
| 2. <u>Améliorer le contenu des courriers d'admission</u> | 11 |
| III. <u>Le territoire de santé des Hauts-de-Seine</u> : | 12 |
| 1. <u>Contexte sociodémographique</u> | 13 |
| 2. <u>L'offre de soins dans les Hauts-de-Seine</u> | 15 |
| 2.1. Les médecins généralistes | 15 |
| 2.2. Les réseaux de santé | 15 |
| 3. <u>L'offre de soin hospitalière</u> | 16 |
| METHODE | 18 |
| I. <u>Description de l'étude</u> : | 18 |
| II. <u>Choix de la population interrogée</u> : | 18 |
| 1. <u>Les médecins généralistes</u> | 18 |
| 2. <u>Les services hospitaliers</u> | 19 |
| III. <u>Recueil et analyse de données</u> : | 19 |
| 1. <u>Enquête préalable</u> | 19 |
| 2. <u>Entretiens semi-directifs</u> | 19 |
| 3. <u>Test du formulaire de demande d'hospitalisation</u> | 21 |
| PREMIERE PARTIE: Elaboration du formulaire de demande d'hospitalisation | 23 |
| RESULTATS..... | 24 |
| I. <u>Enquête préalable</u> : | 24 |
| 1. <u>Médecine interne et gériatrie - Louis Mourier</u> | 25 |
| 2. <u>Gériatrie - Bichat-Beaujon</u> | 25 |
| II. <u>Entretiens semi-directifs</u> : | 26 |
| 1. <u>Ce que pensent les médecins généralistes des hospitalisations programmées</u> | 26 |
| 1.1. Les représentations positives | 26 |
| 1.2. Les représentations négatives | 26 |
| 2. <u>Habitudes des médecins généralistes devant un besoin d'hospitalisation</u> | 28 |
| 2.1. Absence de programmation | 28 |
| 2.2. Programmation des hospitalisations | 29 |
| 3. <u>Critiques des fiches de demande d'hospitalisation</u> | 30 |
| 3.1. Informations à rajouter | 30 |
| 3.2. Informations à retirer | 31 |
| 3.3. Problèmes de mise en forme | 32 |

| | | |
|---|---|-----------|
| 4. | <u>Le remplissage et l'adressage du formulaire</u> | 33 |
| 4.1. | Comment remplir la demande ? | 33 |
| 4.2. | Comment adresser la demande ? | 33 |
| 5. | <u>Problème de communication ville-hôpital lors d'une hospitalisation</u> | 34 |
| III. | <u>Entretiens avec les chefs de service</u> | 36 |
| 1. | <u>Médecine Interne</u> | 36 |
| 2. | <u>Gériatrie</u> | 36 |
| DISCUSSION | | 38 |
| I. | <u>Critique de la méthode</u> | 38 |
| 1. | <u>Recrutement</u> | 38 |
| 2. | <u>Recueil de données</u> | 39 |
| 3. | <u>Analyse</u> | 39 |
| II. | <u>Enquête préalable</u> | 39 |
| III. | <u>Entretiens</u> | 40 |
| 1. | <u>Identifier les problèmes rencontrés lors d'une demande d'hospitalisation</u> | 40 |
| 1.1. | Temps passé à organiser l'hospitalisation | 41 |
| 1.2. | Difficulté à joindre le bon interlocuteur | 41 |
| 1.3. | Délai d'attente pour l'hospitalisation | 42 |
| 1.4. | Refus d'hospitalisation | 43 |
| 1.5. | Perte d'informations entre la demande et l'hospitalisation | 44 |
| 1.6. | Absence d'avancée dans la prise en charge du patient | 45 |
| 1.7. | Absence de retour sur l'hospitalisation | 46 |
| 1.8. | Les patients : adhésion | 49 |
| 2. | <u>Les formulaires de demande d'hospitalisation</u> | 50 |
| 2.1. | Le contenu administratif | 50 |
| 2.2. | Données concernant le patient | 52 |
| 2.3. | Contenu médical | 54 |
| 2.4. | Spécificités de la gériatrie | 57 |
| 3. | <u>Mode d'envoi du formulaire</u> | 58 |
| SYNTHESE | | 60 |
| DEUXIEME PARTIE: Evaluation du formulaire de demande d'hospitalisation | | 61 |
| RESULTATS | | 62 |
| I. | <u>Utilisation du formulaire</u> | 62 |
| 1. | <u>Hospitalisations à Louis Mourier</u> | 62 |
| 1.1. | Les demandes d'hospitalisation | 62 |
| 1.2. | Mode d'envoi des demandes d'hospitalisation | 63 |
| 2. | <u>Hospitalisations dans les autres établissements de santé</u> | 63 |
| II. | <u>Utilité du formulaire</u> | 64 |
| 1. | <u>Délai de réponse à la demande</u> | 64 |
| 2. | <u>Respect du délai d'hospitalisation demandé</u> | 65 |
| 3. | <u>Prise en charge du patient</u> | 65 |
| 4. | <u>Retour sur l'hospitalisation</u> | 66 |
| 5. | <u>Satisfaction des médecins</u> | 66 |
| DISCUSSION | | 67 |
| I. | <u>Améliorer la qualité des informations transmises à l'hôpital</u> | 67 |
| II. | <u>Améliorer la communication avec l'hôpital</u> | 69 |

| | |
|---|-----------|
| III. Délais d'hospitalisation | 70 |
| CONCLUSION | 72 |
| BIBLIOGRAPHIE | 73 |
| ANNEXES : | 79 |
| ANNEXE 1: Le territoire de santé 92-3 Hauts-de-Seine Nord | 79 |
| ANNEXE 2 : L'offre de soins sur le territoire de santé 92-3 | 80 |
| ANNEXE 3 : Guide d'entretien | 81 |
| ANNEXE 4: Focus group..... | 82 |
| ANNEXE 5 : Liste des UMS..... | 114 |
| ANNEXE 6 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes | 129 |
| ANNEXE 7 : Réponses à l'enquête préalable..... | 131 |
| ANNEXE 8 : Formulaire de demande d'hospitalisation en médecine interne – version initiale..... | 132 |
| ANNEXE 9 : Formulaire de demande d'hospitalisation en gériatrie – version initiale | 134 |
| ANNEXE 10 : Fiche de sortie de médecine interne Louis Mourier..... | 136 |
| ANNEXE 11 : Formulaire d'hospitalisation en médecine interne Louis Mourier..... | 137 |
| ANNEXE 12 : Formulaires de demande d'hospitalisation – version corrigée | 138 |
| ANNEXE 13: Réponses au questionnaire de fin d'étude | 142 |
| ANNEXE 14 : Formulaires de demande d'hospitalisation – version finale | 145 |

INTRODUCTION

En 2010 selon les estimations du réseau Sentinelles, les médecins généralistes métropolitains ont eu recours à 1,55 million d'hospitalisations soit 13% des hospitalisations. (9)

La plupart se font dans le cadre de l'urgence. Or selon une étude menée en 2001 au CHU de Nantes (7), 10% des patients hospitalisés après leur passage aux urgences auraient pu être directement admis dans un service.

Le principal problème est la démarche des médecins généralistes face à une hospitalisation non urgente. 48,5% d'entre eux adressent le patient aux urgences de manière quasi-systématique après avoir rédigé une lettre d'admission (8). Cette procédure est responsable d'un engorgement des services d'urgences et d'une diminution de la qualité de prise en charge des patients.

Seules 12,4% des hospitalisations ont été programmées (9). Ce chiffre paraît assez faible puisque la programmation des hospitalisations est souhaitable « fréquemment ou systématiquement » pour 90% des médecins hospitaliers et 76% des médecins généralistes (8).

En effet, la programmation entraîne un bénéfice dans la prise en charge des patients à plusieurs niveaux :

- Pour le motif d'hospitalisation : admission dans un service adapté au problème,
- Pour l'organisation de l'hospitalisation : optimisation de la prise en charge par une collaboration entre le médecin libéral et hospitalier, programmation des examens complémentaires et consultations spécifiques,
- Pour la préparation des modalités de sortie (8-10).

Elle est encore plus bénéfique dans le cas des personnes âgées car elle entraînerait une réduction de la durée moyenne de séjour et du nombre d'examen complémentaires et donc des coûts d'hospitalisation (11). La baisse de la durée moyenne de séjour est également responsable d'une diminution des risques d'évènements indésirables (infections nosocomiales, chutes, escarres, malnutrition), de désocialisation, de perte de bien être.

Des études ont également montré que la programmation des hospitalisations entraînerait pour le même acte, une réduction des coûts de 60% (12).

Si la programmation des hospitalisations est bénéfique pour le patient et pour le système de santé, pourquoi sont-elles si peu réalisées ? Le principal problème semble lié à une difficulté de communication entre la ville et l'hôpital, comme suggéré par plusieurs hôpitaux qui ont mis en place des lignes d'astreinte téléphonique afin de faciliter cette communication (38).

Ce travail a pour but de créer et d'évaluer un support standardisé de demande d'hospitalisation afin de faciliter les échanges ville-hôpital.

CONTEXTE

I. Les hospitalisations en France : problème d'inadéquation

1. Etat des lieux :

En 2008, la DRESS a relevé 11,9 million d'hospitalisations complètes (plus de 24 heures), tout secteur confondu (1). Cela représente une hausse de 0,5% par rapport à 2007, et ce malgré une diminution de la capacité d'accueil des services hospitaliers par la baisse du nombre de lits (-1,7% sur la même période).

Selon une étude de 2009 de la DGOS (2), il existe en France une inadéquation hospitalière en médecine et chirurgie.

Cette étude a été menée sur 166 services de médecine et de chirurgie de France métropolitaine ayant une activité d'hospitalisation complète. Un recueil de données sur la journée en cours et un recueil rétrospectif sur l'admission a été réalisé à un jour donné, pour les patients de 15 ans et plus. L'adéquation a été jugée selon les critères de la grille AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) ainsi qu'une grille spécifique (âge, mode de vie, degré de dépendance, etc.).

Les résultats révèlent que 10,3% des lits occupés le sont de manière inadéquate à un jour donné, avec une forte proportion pour la médecine (17,5% contre 5% en chirurgie). En termes de séjours, 7% présentent une inadéquation à l'admission (service inapproprié) ou au cours du séjour, et 3% des admissions sont inadéquates.

2. Causes de l'inadéquation :

Les causes des hospitalisations inadéquates sont nombreuses. Elles peuvent se produire dès l'admission ou au cours du séjour.

L'inadéquation à l'admission est liée par ordre décroissant de fréquence à :

- Une orientation par le médecin de ville,
- Une attente d'un avis diagnostique de l'hôpital,
- Un retour à domicile impossible,
- Une décision du patient ou de l'entourage (2-3).

La bonne forme physique du patient et la présence de troubles mentaux seraient également des facteurs de risque d'inadéquation à l'admission (3).

On remarque que les arrivées programmées après consultation hospitalière et l'orientation par un service d'urgences ont le plus fort taux d'adéquation en médecine, ce qui est probablement lié à leur présence au sein de l'établissement de santé.

L'inadéquation pendant le séjour est liée (4):

- A un problème d'organisation interne au service : attente d'un avis diagnostic ou thérapeutique, attente d'examens complémentaires, protocoles et habitudes du service (9,8%). Ce faible taux est peut-être lié à la sensibilisation de la gestion des coûts par la tarification à l'activité (T2A) ;
- A un problème lié au patient et à son entourage (12,7%) ;
- Aux causes externes à l'établissement : manque de structure relais (77,5%) soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile, maisons de retraite, soins à domicile.

3. Solutions :

Une modélisation économique a permis d'estimer le coût de ces inadéquations à plus de deux milliards d'euros annuels (2), les dépenses de soins et biens médicaux étant de 175 milliards d'euros en 2010 (IRDES). Ce montant est représenté à 82% par la médecine.

Des solutions pourraient éviter les surcoûts :

- Tout d'abord, favoriser l'organisation en amont des hospitalisations avec un échange entre les médecins de ville et hospitaliers afin de discuter de l'intérêt de l'hospitalisation et des investigations à mener afin de les programmer en ville ou à l'hôpital.
- Ensuite, améliorer l'organisation interne des services par une meilleure programmation des examens, l'anticipation des sorties, la gestion de disponibilité des places d'aval.

- Enfin, réorganiser les filières d'aval. Les solutions suggérées dans l'étude de la DGOS (2) sont soit une redistribution des lits au niveau régional avec redistribution de l'enveloppe financière (changement d'un lit de court séjour en un lit de soins de suite et de réadaptation par exemple), soit la création de nouveaux lits d'aval, avec l'augmentation des coûts qu'elle entraînerait.

Pendant la réduction totale de ses coûts est impossible puisque la mise en œuvre des solutions engendre elle-même un coût supplémentaire.

II. Communication ville-hôpital :

La communication ville-hôpital est capitale dans ce contexte. Depuis la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004, le médecin traitant a pris une place centrale dans le parcours de soins de chaque patient en coordonnant l'ensemble des soins reçus par celui-ci. Il est responsable de l'orientation du patient vers un médecin spécialiste ou un service hospitalier.

Sa position lui permet d'avoir une vision globale de l'état de santé de son patient et de centraliser les informations le concernant.

Lorsqu'il juge nécessaire d'adresser le patient à un confrère, son rôle est alors de contribuer à la continuité des soins en transmettant les informations nécessaires à la bonne prise en charge de son patient (Article 4127-45 du Code de Santé Publique).

1. La qualité des courriers d'admission :

La communication de ces éléments prend souvent la forme d'un courrier. Ces courriers sont jugés, par les médecins recevant les courriers, comme insatisfaisants et ne contenant pas les informations nécessaires à la prise en charge optimale des patients (13-14). Ainsi, le renseignement de critères pouvant sembler simples tels que l'âge ou la date de naissance du patient, l'histoire de la maladie, le traitement habituel, les antécédents et les données

sociales, est jugé comme mauvais par 29% et moyen par 37% des médecins hospitaliers recevant ces lettres (15).

La mauvaise qualité des lettres d'admission n'est pas une spécificité des lettres d'admission à l'hôpital. Il s'agit aussi du cas des lettres écrites pour des consultations avec les spécialistes (16-17) ou pour une admission aux urgences (18).

Or, la mauvaise qualité de ce type de lettre a de nombreuses conséquences :

- Un retard au diagnostic,
- La répétition d'examens complémentaires,
- Une polymédication,
- Une augmentation du coût des soins (19).

2. Améliorer le contenu des courriers d'admission :

Plusieurs études ont suggéré l'utilisation de lettres types afin d'en améliorer leur contenu. Leurs résultats convergent puisqu'ils montrent une amélioration de la qualité de l'information que ce soit pour une orientation aux services urgences (20-21), ou pour les consultations spécialisées (22).

Ainsi, lors d'une orientation vers les urgences, l'utilisation d'un formulaire pré-rempli conduit à un meilleur remplissage des critères avec une différence statistiquement significative en ce qui concerne :

- La personne de confiance, (100% des lettres type contre 19% des lettres standards),
- Les antécédents (100% contre 48%),
- L'histoire de la maladie (89% contre 66%),
- Le traitement en cours (100% contre 86%).

Il n'y a en revanche pas de différence pour les critères qui sont déjà bien renseignés avec des lettres standards c'est-à-dire l'identité du patient et le motif de la demande (20).

Une autre piste a été étudiée à l'Imperial College de Londres (23). Les enseignants ont développé un nouveau cursus en deuxième année des études médicales. Il s'agit d'un cours de deux heures portant sur la communication écrite. Il aborde l'utilisation de la

communication écrite dans le système de santé, et demande aux étudiants une analyse critique de différentes lettres. Au terme de cet enseignement, ainsi que quatre mois après, les étudiants ayant suivi l'enseignement ont un meilleur niveau de connaissance concernant la communication écrite en médecine, et seraient par conséquent plus apte à écrire des lettres de bonne qualité. Cependant, la participation à ce cours se fait sur la base du volontariat. On peut supposer que les étudiants inscrits ont un attrait pour ce type de communication, ce qui a pu réaliser un biais dans l'étude.

Bien que plusieurs études aient analysé la qualité des lettres d'adressage, aucune n'a fait le lien entre la qualité du contenu de ces lettres avec la qualité des soins dispensés aux patients.

Une enquête de ce type vient de débiter fin 2011 en Norvège. Elle cherche à identifier si de meilleures lettres d'adressage améliorent la prise en charge des patients, ainsi que leur satisfaction. Pour ce faire, deux groupes de patients vont être comparés : un groupe ayant des lettres d'adressage « classiques » et un autre ayant des lettres types créées grâce aux données de la littérature ainsi qu'à l'aide des médecins de chaque spécialité. Ces modèles de lettre concernent uniquement des demandes d'hospitalisation pour dyspnée, BPCO ou suspicion de BPCO, douleur thoracique et suspicion de cancer du colon.

L'évaluation sera faite grâce à un score indicateur de qualité des soins déjà validé dans la littérature internationale. Les résultats seront connus début 2014 (24).

Cependant, l'amélioration de la qualité des soins est vérifiable chez les personnes âgées pour lesquelles l'historique médical peut être difficile à retracer, notamment en raison des troubles mnésiques et de l'absence d'entourage. Les personnes âgées sont souvent poly-pathologiques et poly-médiquées. Une mauvaise connaissance des antécédents ou du traitement habituel peut conduire à des effets indésirables, parfois mortels. (25-26).

III. Le territoire de santé des Hauts-de-Seine :

Il est important de présenter le bassin de santé des Hauts-de-Seine dans lequel s'est déroulée notre étude.

En 2010, L'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France a divisé la région en huit territoires de santé correspondant aux huit départements de la région. Ce découpage a pour but d'améliorer la santé de la population et de rendre le système de santé plus efficace grâce à une meilleure répartition territoriale de l'offre de soins.

Le département des Hauts-de-Seine est subdivisé en 3 bassins de santé qui regroupent les communes suivantes (Annexe 1) :

- Le 92-1 (au sud) : Antony, Bagneux, Bourg-la-Reine, Chatenay-Malabry, Chatillon, Clamart, Fontenay-aux-Roses, Issy-les-Moulineaux, Malakoff, Meudon, Montrouge, Le Plessis-Robinson, Sceaux et Vanves ;
- Le 92-2 (au centre) : Boulogne-Billancourt, Chaville, Garches, Marnes-la-Coquette, Puteaux, Rueil-Malmaison, Saint-Cloud, Sèvres, Suresnes, Vaucresson et Ville-d'Avray ;
- Le 92-3 (au nord) : Asnières sur Seine, Bois Colombes, Clichy, Colombes, Courbevoie, La Garenne Colombes, Gennevilliers, Levallois Perret, Nanterre, Neuilly sur Seine et Villeneuve la Garenne.

1. Contexte sociodémographique :

Au 1^{er} janvier 2010, l'Ile-de-France compte 11 746 000 habitants, soit 19% de la population française. La répartition se fait comme suit :

| | Paris | Seine-et-Marne | Yvelines | Essonne | Hauts-de-Seine | Seine-Saint-Denis | Val-de-Marne | Val-d'Oise | Ile-de-France | France métropolitaine |
|------------------------------|-----------|----------------|-----------|-----------|----------------|-------------------|--------------|------------|---------------|-----------------------|
| Population | 2 211 297 | 1 303 702 | 1 406 053 | 1 205 850 | 1 549 619 | 1 506 466 | 1 310 876 | 1 165 397 | 11 659 260 | 62 134 866 |
| Poids dans la région | 19,0% | 11,2% | 12,1% | 10,3% | 13,3% | 12,9% | 11,2% | 10% | 18,76% | |
| Superficie km ² | 105 | 5915 | 2284 | 1804 | 176 | 236 | 245 | 1246 | 12 011 | 543 963 |
| Densité hab/ km ² | 20 980,0 | 220,4 | 615,5 | 668,3 | 8 824,2 | 6 377,9 | 5 349,9 | 935,4 | 970,6 | 114,2 |

INSEE : Populations légales 2009 par départements

Il s'agit d'une région particulièrement dynamique en raison de l'attrait économique de l'Ile-de-France qui est le premier bassin d'emploi à l'échelle européenne.

Le bassin d'emploi qu'elle forme attire donc les personnes de moins de 40 ans, ce qui en fait une région particulièrement jeune (56,6% de moins de 40 ans contre 51,8% au niveau national selon l'INSEE). Mais contrairement au reste de l'Ile-de-France, les Hauts-de-Seine tout comme le Val-de-Marne se caractérisent par une proportion de personnes de plus de 75 ans supérieure à celle des autres départements de la région, mais n'atteignant pas le niveau national (7% dans les Hauts-de-Seine contre 8,1% au niveau national).

L'Ile-de-France est certes la région la plus riche de France, mais elle est également la plus inégalitaire. Il existe une importante disparité de santé qui s'organise selon une ligne Nord-Ouest/Sud-Est. La situation sanitaire est globalement favorisée dans la partie sud et défavorisée au nord. Or, cette ligne correspond à l'existence de fortes inégalités socio-économiques dont on sait que certains indicateurs influent sur l'état de santé de manière négative :

- Revenus : les écarts de revenus sont particulièrement importants. Les revenus médians les plus bas s'observant sur le territoire qui couvre le nord de Paris, la Seine-Saint-Denis, le nord des Hauts-de-Seine et le sud du Val d'Oise.
- Précarité : selon l'enquête de l'INSEE de 2002 (27), 14% des ménages franciliens vivent sous le seuil de pauvreté. Ces ménages sont le plus souvent constitués d'une famille monoparentale (16% contre 9% pour la moyenne nationale). Le référent est au chômage dans 33% des cas, mais le plus inquiétant est qu'il est actif dans 58% des cas, ce qui souligne l'importance des travailleurs « pauvres » qui exercent un emploi salarié à temps partiel ou précaire.

La région concentre à elle seule les $\frac{3}{4}$ des bénéficiaires de l'AME et 16,3% des bénéficiaires de la CMU mais 31% des bénéficiaires n'ont pas fait valoir leurs droits (28).

- Logement : la crise du logement touche durement la région et bloque l'accès au logement des ménages modestes et d'une grande partie de la classe moyenne. En 2006, le loyer moyen est supérieur de 56% à celui du reste du pays alors que le revenu n'est supérieur que de 23%. En conséquence, 36% des ménages franciliens les plus pauvres sont logés dans le parc social.

Par ailleurs, la région se caractérise par une problématique spécifique liée à l'insalubrité (5% des logements).

L'état de santé de la population est meilleur que celui de la population française, que ce soit en ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance ou la mortalité toutes causes. Il existe, principalement en raison des caractéristiques socio-démographiques présentées ci-dessus une spécificité régionale vis-à-vis de l'épidémie de VIH et de l'importance de cas de tuberculose, saturnisme et de toxicomanie, mais cette constatation n'atteint pas le taux de mortalité prématurée dans les Hauts-de-Seine, qui reste inférieur à la moyenne nationale (27).

2. L'offre de soins dans les Hauts-de-Seine :

2.1. Les médecins généralistes :

En 2010, selon les données de l'Assurance maladie, 8109 médecins généralistes exercent en Ile-de-France, ce qui représente 15,2% des médecins généralistes métropolitains.

Leur densité dans la région est inférieure à la moyenne nationale mais il existe une importante disparité au sein même des Hauts-de-Seine. Les communes de Neuilly-sur-Seine, Levallois, Courbevoie et Asnières ont des taux supérieurs à la moyenne nationale contrairement aux communes de Gennevilliers et Villeneuve-la-Garenne (29).

| | Paris | Seine-et-Marne | Yvelines | Essonne | Hauts-de-Seine | Seine-Saint-Denis | Val-de-Marne | Val-d'Oise | Ile-de-France | France métropolitaine |
|-----------------------|-------|----------------|----------|---------|----------------|-------------------|--------------|------------|---------------|-----------------------|
| Médecins généralistes | 1 863 | 870 | 991 | 773 | 1 021 | 904 | 912 | 775 | 8 109 | 53 422 |
| Densité / 100000 hab | 83,0 | 65,4 | 69,5 | 63,1 | 64,7 | 58,9 | 68,4 | 65,5 | 68,4 | 84,6 |

INSEE : Démographie et conventionnement par département 2010

2.2. Les réseaux de santé :

Un réseau de santé "a pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires" (Article L6321-1 Code de la santé publique). Par leur interdisciplinarité, ils regroupent des professionnels de santé libéraux et salariés exerçant en ville ou à l'hôpital.

Les Hauts-de-Seine regroupent une vingtaine de réseaux de santé qui aident à la prise en charge globale des patients, sur les thématiques suivantes :

- Accès aux soins : ARES 92 et ASDES ainsi que le réseau RESSOURCE (au sud du 92) et le Réseau Ville-Hôpital Val de Seine (au centre du 92) ;
- Maladies chroniques : DIABETE 92, RECUP'AIR (réseau de santé qui propose un programme de réadaptation à l'effort aux patients porteurs de maladie respiratoire chronique), REVHEPÄT, RENIF (réseau de néphrologie) ;
- Pédiatrie : Réseau Bronchiolites, REPOP (réseau de prise en charge et de prévention de l'obésité pédiatrique), ROFSED (réseau de prise en charge de proximité des enfants drépanocytaires) ;
- Périnatalité : PERINAT 92 Nord et Sud (réseaux qui proposent un suivi des grossesses et un soutien à la parentalité) et RPSOF (prise en charge des nouveau-nés à risque de troubles du développement) ;
- Personnes âgées : AGEKANONIX Handicaps et Dépendances, REGAL, MEMOIRE ALOIS (réseau de prise en charge des troubles de la mémoire) ;
- Santé mentale : RESADO (au sud du 92) ;
- Troubles du sommeil : MORPHEE ;
- Polythématiques : OSMOSE (prise en charge des cancers, personnes âgées et soins palliatifs sur le sud du 92) et SCOP (réseau de cancérologie et de soins palliatifs sur le nord du 92).

3. L'offre de soin hospitalière :

Il existe une importante densité d'établissements de santé dans les Hauts-de-Seine. Dans le bassin du 92-3, sont implantés (29-Annexe 2):

- en médecine, chirurgie, obstétrique : 2 établissements AP-HP, 2 établissements publics, 1 établissement PSPH (participant au service public hospitalier), 8 établissements privés à but lucratif ;
- en soins de suite et de réadaptation : 6 établissements privés à but non lucratif ou PSPH (dont 2 pédiatriques) et 2 établissements privés à but lucratif exclusivement orientés en soins de suite. Par ailleurs, 3 établissements publics disposent de soins de suite sans y être spécifiquement dédiés ;
- pour la psychiatrie sectorisée, 3 établissements publics desservent le territoire (dont 2 implantés hors territoire : Moisselles et Clermont de l'Oise). Pour la psychiatrie non sectorisée, 3 structures associatives en psychiatrie adulte et infanto-juvénile.

L'accueil des urgences s'effectue dans 5 sites d'accueil dont 3 disposent d'un accueil pédiatrique.

METHODE

I. Description de l'étude :

L'objectif de cette étude était de créer un outil de communication entre la ville et l'hôpital, un formulaire de demande d'hospitalisation, qui faciliterait les démarches de programmation des hospitalisations, dans le but d'aboutir à une meilleure prise en charge des patients.

Pour cela, nous avons fait appel aux médecins généralistes du pôle de santé universitaire de Gennevilliers-Villeneuve-la-Garenne (PSU-GVLG) adhérant aux nouveaux modes de rémunération, ainsi qu'aux médecins hospitaliers.

L'étude a débuté par des entretiens semi-directifs permettant de recueillir les difficultés rencontrées lors d'une demande d'hospitalisation et leur opinion sur le contenu du formulaire.

L'analyse qualitative des points problématiques soulevés et de leur opinion a permis d'élaborer un formulaire de demande d'hospitalisation destinée aux services les plus sollicités par les médecins généralistes, ainsi que le mode de transmission de celle-ci.

L'utilité de cette fiche a ensuite été évaluée par son utilisation sur une période de trois mois.

II. Choix de la population interrogée :

1. Les médecins généralistes :

L'idée initiale de ce travail est apparue lors d'une réunion de réseau Arès 92, à laquelle assistaient médecins hospitaliers et médecins généralistes dont la plupart font partie du PSU-GVLG. Nous avons donc poursuivi ce travail sur le territoire de santé du nord des Hauts-de-Seine avec les médecins du PSU-GVLG participant aux nouveaux modes de rémunération (NMR).

Le groupement de professionnels de Gennevilliers-Villeneuve-la-Garenne était composé de 16 médecins généralistes au début de l'étude puis 17 lors de la deuxième partie de l'étude.

2. Les services hospitaliers :

Le choix des services hospitaliers a été effectué en fonction des réponses à l'enquête préalable.

III. Recueil et analyse de données :

1. Enquête préalable :

Dans un premier temps, les médecins ont été contactés par courrier électronique afin de savoir vers quels services hospitaliers ils souhaiteraient organiser des hospitalisations programmées. Les médecins devaient citer 5 services (type de service et hôpital) par ordre décroissant de préférence.

Les réponses des médecins étant données par ordre décroissant de préférence, des points de 5 à 1 ont été attribués à chaque réponse.

Cette partie du travail avait pour objectif de sélectionner les 4 services pour lesquels les hospitalisations programmées étaient les plus demandées, de préparer les questions pour les entretiens semi-directifs ainsi que les modèles de fiches de demande d'hospitalisation.

2. Entretiens semi-directifs :

Le recueil de données a été effectué lors d'entretiens de groupe réalisés dans les cabinets des médecins. L'intérêt de ce type d'entretien est de faire émerger de nouvelles idées grâce à l'interaction entre les participants.

L'objectif initial était d'interroger tous les médecins généralistes du PSU-GVLG.

Sur les 16 médecins sollicités, 1 a refusé de participer, 4 n'ont pas pu se rendre disponibles aux dates proposées. Au total, 11 des 16 médecins généralistes ont accepté de réaliser ces entretiens.

Nous avons ainsi réalisé 3 focus group en fonction de la disponibilité des médecins.

- Le groupe 1 était constitué de 3 médecins généralistes, 2 femmes et 1 homme. L'entretien s'est déroulé à Gennevilliers, le 14 mai 2012 dans un cabinet médical. Tous les médecins étaient présents. L'entretien a duré 58 minutes.
- Le groupe 2 était constitué de 4 médecins généralistes, 3 femmes et 1 homme. L'entretien s'est déroulé à Gennevilliers le 4 juin 2012 dans un cabinet médical. Un des médecins était absent. L'entretien a duré 42 minutes.
- Le groupe 3 était constitué de 4 médecins généralistes, 2 femmes et 2 hommes. L'entretien s'est déroulé à Villeneuve-la-Garenne le 20 juin 2012 dans un cabinet médical. Tous les médecins étaient présents. L'entretien a duré 53 minutes.

Le guide d'entretien (Annexe 3) a été établi en fonction des données recueillies lors de l'enquête préalable.

Il était composé de plusieurs questions ouvertes :

- Mise en place du sujet, faisabilité, fréquence et obstacles rencontrés lors des hospitalisations ;
- Opinion sur la mise en place d'un formulaire de demande d'hospitalisation ;
- Soumission des exemples de formulaires préparés et recueil des critères jugés pertinents à intégrer dans les formulaires ;
- Préférences sur le mode d'envoi de la fiche à l'hôpital.

Suite à la réalisation du premier entretien et aux problèmes soulevés par la communication ville-hôpital, une question sur ce thème a été rajoutée pour les entretiens suivants (Annexe 3).

Les mêmes entretiens ont été effectués de manière individuelle avec les chefs de services des services sélectionnés par l'enquête préalable.

Chaque entretien a été enregistré et retranscrit par écrit en annexe (Annexe 4). La retranscription s'est faite avec la partie verbale et non verbale selon les conventions écrites par Michel Billig (30).

Ils ont été analysés selon la méthode verbatim qui consiste à découper le texte en unités minimales de signification (UMS – Annexe 5). Chaque lambeau de phrase correspond à un thème qui est ensuite classé dans une catégorie.

Afin de rendre le travail plus compréhensible, les catégories correspondent aux questions du guide d'entretien. Elles regroupent les similarités et les différences de point de vue des médecins.

3. Test du formulaire de demande d'hospitalisation :

Le formulaire de demande d'hospitalisation a été évalué sur une période de 3 mois échelonnée de mi-décembre 2012 à mi-avril 2013. Au cours de l'étude, chaque médecin généraliste envoyant une demande d'hospitalisation devait garder une copie de celle-ci, sur papier ou sur son ordinateur.

L'objectif de cette période était d'évaluer :

- L'utilisation de l'outil. Elle sera évaluée par le pourcentage d'utilisation du formulaire pour les demandes d'hospitalisations faites dans les services sollicités par l'étude.
- L'utilité de l'outil. Elle sera jugée sur plusieurs points : le respect du délai d'hospitalisation demandée, la réalisation des examens et consultations demandés, la réponse à la problématique, le retour sur l'hospitalisation ainsi que la satisfaction des médecins.

Pour cela, un questionnaire a été envoyé aux médecins généralistes à la fin de l'étude (Annexe 6).

L'ensemble des formulaires envoyés par chaque médecin a ensuite été récupéré afin de permettre l'analyse de l'utilité de l'outil. Les données indiquées dans les formulaires ont été

comparées de manière qualitative avec les données présentes dans le compte-rendu d'hospitalisation du patient, ou en l'absence de rédaction de celui-ci, avec les données contenues dans le dossier hospitalier du patient.

Première partie :

Elaboration du formulaire de demande d'hospitalisation

RESULTATS

I. Enquête préalable :

Parmi les 5 services ayant été les plus cités, nous avons sélectionné les 4 services obtenant le meilleur rang de classement (résultats en Annexe 7) :

- Médecine interne de l'hôpital Beaujon,
- Médecine interne de l'hôpital Louis Mourier,
- Endocrinologie de l'hôpital Bichat,
- Gériatrie de l'hôpital Bichat-Beaujon.

Sur les services sélectionnés, 3 ont donné leur accord de principe suite à cette enquête : les services de médecine interne de Beaujon et de Louis Mourier et le service de gériatrie Bichat-Beaujon.

Un contact avec le cadre infirmier du service d'endocrinologie de l'hôpital Bichat, nous a permis d'apprendre qu'il existait un formulaire de demande d'hospitalisation de jour mis en place en 2008 par les endocrinologues du réseau Paris-Diabète. Cette fiche n'est plus utilisée à l'hôpital Bichat, peut être en raison de son manque d'utilisation par les médecins généralistes.

Le service n'a pas fait suite à notre proposition de créer un nouvel outil de communication.

Après entretien avec les chefs de service concernés, seuls les services de médecine interne de Louis Mourier et la gériatrie Bichat-Beaujon ont accepté la mise en place d'un nouveau mode de programmation des hospitalisations.

En effet, le service de médecine interne de l'hôpital Beaujon dispose déjà d'un système de programmation. Il s'agit d'une liste de numéro de téléphone diffusée aux médecins ayant déjà adressé des patients dans le service. Ce numéro permet d'avoir un contact 24 heures sur 24 avec un médecin hospitalier. Celui-ci juge l'urgence de la situation :

- Si la demande est urgente, le patient doit être adressé aux urgences afin de réaliser les premiers examens rapidement,

- Si la demande n'est pas urgente, une consultation est programmée. Le médecin hospitalier peut ainsi mieux comprendre la problématique et programmer les examens nécessaires. Une fiche est alors remplie pour programmer les examens.

Les médecins n'ayant jamais adressé un patient dans le service doivent passer par le standard pour joindre un correspondant.

Après le refus de 2 des services sollicités, nous avons choisi de demander au cinquième service sollicité, le service de gériatrie de l'hôpital Louis Mourier, de participer à l'étude. Celui-ci a donné son accord.

1. Médecine interne et gériatrie - Louis Mourier :

Le service de médecine interne de l'hôpital Louis Mourier est composé de 3 parties : médecine interne, gériatrie et cancérologie.

Les habitudes du service concernant les demandes d'hospitalisation sont les suivantes :

- Contact téléphonique : il existe un numéro de téléphone permettant de joindre directement un médecin dédié à ce type de demande. Ce numéro est joignable du lundi au samedi de 8h30 à 18h et le dimanche de 9h à 13h.
- Fiches de programmation : une fiche de demande d'hospitalisation en hôpital de jour est utilisable. Elle peut être envoyée par fax ou mail (messagerie non sécurisée).

Il existait également une fiche de demande d'hospitalisation en hôpital de semaine qui était adressée par fax, mais ce type d'hospitalisation a été abandonné. Les lits disponibles pour ces hospitalisations étaient des lits d'hospitalisation traditionnelle, ils restaient donc « ouverts » le week-end alors qu'aucun patient n'était présent. Le faible taux d'occupation en résultant, le service a dû mettre fin à ce type d'hospitalisation.

Les unités de gériatrie et de cancérologie disposent également d'un numéro de téléphone direct.

2. Gériatrie - Bichat-Beaujon :

Il s'agit d'un seul service réparti sur 2 sites : 20 lits de court séjour sur le site Bichat et 8 lits de court séjour sur le site Beaujon, faute de budget pour ouvrir des lits supplémentaires.

Le service réalise très peu d'hospitalisations programmées. Les hospitalisations se font :

- Suite au passage aux urgences : 50% pour Bichat et plus de 90% pour Beaujon
- Sur appel du médecin traitant : 30% pour Bichat. Un des médecins du service doit répondre aux appels des médecins de ville en plus de ses activités quotidiennes. Il note les principales informations (coordonnées, problématique) et convoque le patient dès qu'une place est disponible. Aucun examen n'est programmé.
- Sur programmation : 7% pour Bichat, principalement des coloscopies.

II. Entretiens semi-directifs :

1. Ce que pensent les médecins généralistes des hospitalisations programmées :

1.1. Les représentations positives :

L'ensemble des médecins s'accordent sur le fait que la programmation des hospitalisations représente un atout (UMS 3, 10, UMS'52, 55, UMS''10), en particulier pour le patient (UMS' 54, UMS''33), que ce soit en évitant un passage aux urgences (UMS' 53, UMS''4, 14, 15) ou par le gain de temps sur la durée d'hospitalisation (UMS''3, 34).

1.2. Les représentations négatives :

Elles sont nombreuses. La programmation des hospitalisations est vécue comme quelque chose de compliqué (UMS 2, 4, 7, 12, 48, 49, UMS'6) qui demande beaucoup de travail (UMS 26, 42, 43, UMS'7, 13, UMS''25) et qui ne semble pas fonctionner (UMS 24, UMS'21, 63, UMS''35, 47).

Les causes de ces représentations négatives sont liées :

- A la contrainte de temps. Le terme de chronophage est celui qui revient le plus souvent. La programmation d'une hospitalisation demande du temps (UMS 5, 8, 9, 11, 43, UMS'22, 26, 35, UMS''20, 21, 23, 26). Cet investissement en temps est dû à la fois au temps passé à joindre un correspondant (UMS 48, UMS'25, 28, 33, UMS''22) et au temps passé à rédiger un courrier contenant le maximum d'informations concernant le patient (UMS 44, 50, UMS'82, UMS''85).
- Aux patients. Les patients peuvent être convaincus (UMS'30) et demandeurs d'hospitalisations (UMS'47, 92). Mais ils représentent parfois un obstacle (UMS 4, 49, 147, UMS'29, 36), soit en raison de leur manque d'adhésion à l'hospitalisation (UMS 149) soit en raison de contraintes d'emploi du temps (UMS 6) obligeant le médecin à renouveler sa demande d'hospitalisation (UMS 147, UMS'31).
- Aux services. Il s'agit du point le plus problématique (UMS 1, 4, 58, 59, UMS''36, 75, 76).

On distingue :

- Les difficultés à joindre un correspondant (UMS 48, UMS'33, UMS''76) : en raison de l'absence de correspondant dédié à ce type de demande (UMS'9, 32) ou de numéro spécifique permettant un contact rapide (UMS'34)
- Le refus de la programmation de l'hospitalisation (UMS''8, 9, 11, 17)
- Le délai d'attente pour l'hospitalisation (UMS'3, 4, 12, 50, UMS''28)
- La perte d'information entre la demande et l'hospitalisation : soit car la lettre d'admission est perdue (UMS 25, 130) ou parce que ce n'est pas la même personne qui accepte l'hospitalisation et qui reçoit le patient. Les informations communiquées par téléphone peuvent alors ne pas être transmises (UMS 52)
- L'absence d'avancée dans la prise en charge du patient (UMS'41) :
 - Soit par l'absence de réponse au problème posé (UMS 13, 34, UMS'42, 56)
 - Soit par l'absence de réalisation des examens complémentaires (UMS 18, 20, UMS'43, 163, UMS''48) ce qui oblige à les faire en ville après l'hospitalisation alors qu'ils auraient pu être réalisés directement en ville avant (UMS 18, 21)
- L'absence de retour sur l'hospitalisation (UMS 28, 29, 30, 31, 33, 45).

2. Habitudes des médecins généralistes devant un besoin d'hospitalisation :

2.1. Absence de programmation :

Certains médecins ne réalisent pas d'hospitalisations programmées soit par habitude d'avoir des échecs dans la programmation des hospitalisations (UMS'8) soit parce qu'ils ne pensent pas que ce type d'hospitalisation soit possible (UMS'19, 40, UMS''35), ou simplement pour éviter d'hospitaliser les patients (cf. éviter les hospitalisations).

D'autres ne le font pas car ils ne savent pas quand y avoir recours (UMS'1). Il faut d'abord savoir dans quelles situations la programmation des soins est possible (UMS'44, UMS''37, 38), puis faire la différence entre la programmation d'une consultation ou une hospitalisation (UMS''31, 78, 79, 80).

Dans ces différentes situations, les habitudes sont les suivantes :

a. Eviter l'hospitalisation :

Parfois, l'hospitalisation est évitée (UMS'58). Les examens complémentaires sont réalisés en externe (UMS'45, 59). Cela peut nécessiter un contact préalable avec un médecin spécialiste afin d'orienter les investigations (UMS 19, 22, 55, 73).

Cette étape permet de gagner du temps avant de compléter le bilan en hospitalier (UMS 19, 55) et est parfois demandée par le service (UMS 56).

b. Programmer une consultation avec un médecin hospitalier :

D'autres préfèrent programmer une consultation avec un spécialiste hospitalier (UMS ''16, 40, 41, 80, 84) qui lui pourra juger de la nécessité d'une hospitalisation (UMS'39, UMS''27, 43) et programmer les examens complémentaires nécessaires (UMS''13). Cette démarche semble bien fonctionner (UMS''44).

Parfois, ce passage par la consultation est exigé par le service en question (UMS''11, 18, 83) ce qui est jugé comme dommage (UMS''12). En effet, l'inconvénient de ce système est l'allongement du délai de prise en charge en raison du temps nécessaire à l'obtention d'un rendez-vous puis d'une hospitalisation (UMS''45, 46, 82).

c. Envoyer le patient aux urgences :

Enfin, certains préfèrent adresser leurs patients aux urgences. Ce système est considéré comme plus simple (UMS 51). Il est cependant souvent utilisé sous la contrainte (UMS''55) faute de temps pour programmer l'hospitalisation (UMS 54) ou pour avoir une prise en charge plus rapide (UMS'14, 38, UMS''53, 54).

Cette étape peut être demandée par le service (UMS'17), faute de place (UMS''52) ce que les médecins trouvent désagréable (UMS'18).

Il s'agit d'une démarche non satisfaisante (UMS 23, UMS'15, 16, UMS''49, 50, 51) car elle ne permet pas une prise en charge globale du patient (UMS 14, 16) et il n'y a souvent qu'une réponse à l'urgence de la situation (UMS 15).

2.2. Programmation des hospitalisations :

Parmi les médecins qui programment des hospitalisations, ils le font rarement (UMS'33 UMS''1, 2), parfois (UMS'11, UMS'' 5), ou souvent (UMS'2, 62, UMS''19).

Pour cela, ils communiquent par le biais :

- Du téléphone : en appelant le service souhaité (UMS 47, 52, 128, UMS'17, 24, 62, UMS'' 14, 22, 24, 39, 81) ou un correspondant direct (UMS'10, 20, 51, 57, 60, 61, UMS''6, 7) ce qui facilite les démarches (UMS'49, UMS'' 59)
- Du fax : par une demande explicite du service (UMS 128, 131, UMS'65, 73). Il ne s'agit pas d'un moyen de communication apprécié des médecins car cela prend du temps en raison de la multiplication des étapes (écrire un courrier, l'imprimer, le faxer (UMS 135)). Ce système est également surtout utilisable en cas de demande d'hospitalisation non urgente (UMS'74).
- Du mail (UMS 133, UMS'66): cette méthode est jugée comme plus simple et rapide (UMS 134). Elle est parfois exigée par le service pour avoir un premier contact avec le médecin (UMS'69, 72), ce qui constitue un obstacle pour certains (UMS'70, 71).

Pour toutes ces demandes, le support écrit est indispensable (UMS 44, 50, 53, 76, 112, 128, 130, UMS'68, 82, 113, 123, UMS''40, 42, 85, 117). Un double du courrier est parfois donné au patient (UMS 129, 152, 153, UMS'68).

3. Critiques des fiches de demande d'hospitalisation :

Le modèle initial du formulaire de demande d'hospitalisation a été créé lors d'une réunion Arès 92, à partir du contenu habituel des lettres des médecins généralistes et des informations nécessaires aux médecins hospitaliers. (Annexe 8)

Un deuxième formulaire spécifique à la gériatrie a ensuite été créé en partant du même modèle et en s'inspirant des autres formulaires retrouvés dans la littérature. (Annexe 9)

3.1. Informations à rajouter :

Les médecins ont souhaité rajouter les points suivants :

- **Numéro de sécurité sociale** du patient (UMS 62, UMS''102).
- **Coordonnées du médecin hospitalier référent** (UMS 63, 65, UMS''129, 130, 136). Il faut signaler que les coordonnées du service n'étaient pas notées sur les formulaires car à ce stade de l'étude, nous ne pouvions pas savoir quelles seraient les modalités de communication du formulaire et donc quelles coordonnées seraient nécessaires.
- **Coordonnées du médecin généraliste** (UMS''95). Certains médecins désirent préciser leur numéro de téléphone direct ou leur adresse électronique (UMS''96) afin de pouvoir être joint plus facilement. Ces informations peuvent être précisées dans la case coordonnées (UMS''97, 98, 100).
- **Personne de l'entourage** à contacter (UMS 64, UMS'88).
- **Personne de confiance** (UMS 143, UMS''112, 113).
- **Mode de vie** (UMS'84): une précision doit être apportée sur le lieu de vie en distinguant maison de retraite et EHPAD (UMS 95, 96, UMS''111). L'entourage du patient doit également être mentionné (UMS'83).

- **Restrictions liées au patient** : les patients ont des contraintes d'emploi du temps qu'il est important de mentionner pour améliorer leur adhésion à l'hospitalisation (UMS 89, 90, 91, 92, 93). Il n'est ainsi pas nécessaire de noter le degré d'adhésion du patient à l'hospitalisation (UMS 145, 146).

- **Correspondants impliqués dans la prise en charge** : il faut préciser qui sont les médecins spécialistes (UMS 66), mais cela pourrait apparaître dans les comptes-rendus d'hospitalisation (UMS 67), et également les coordonnées de l'infirmier, du pharmacien (UMS 68). Ceci est surtout valable pour les personnes âgées (UMS 104').

- **Aides** : les informations à renseigner étaient initialement l'aide à domicile, l'aide familiale, le portage des repas, les soins infirmiers et la mise en place d'une hospitalisation à domicile. Les médecins interrogés souhaitent d'abord faire une distinction dans les aides à la personne entre aide ménagère (qui s'occupe des courses et du ménage) et auxiliaire de vie (qui s'occupe de la personne elle-même) (UMS''109, 110).
Ils jugent également important de mentionner si le patient est déjà pris en charge dans un réseau (UMS'101) et si il est bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (UMS'' 108).

- **Autonomie** : un médecin souhaite préciser ce point par le GIR (UMS 97) et la présence ou non d'une démence (UMS 99). Selon ses confrères, le GIR pourrait être précisée en détaillant la perte d'autonomie (UMS 101, 102, 103) et les troubles mnésiques mentionnés dans l'histoire de la maladie ou les antécédents (UMS 100).

- **Traitement** : il faudrait pouvoir le préciser en joignant une ordonnance (UMS 98).

- **Comptes-rendus d'hospitalisations** : afin de permettre la transmission du maximum d'informations, il faudrait pouvoir joindre les principaux comptes-rendus d'hospitalisation en copie lors de la demande (UMS'81, 110).

3.2. Informations à retirer :

Les médecins interrogés ne trouvent pas d'intérêt aux informations suivantes :

- **Type d'hospitalisation demandée** (UMS 88): puisque ce sont les médecins hospitaliers qui décident du meilleur type d'hospitalisation (hôpital de jour, hospitalisation de semaine ou plus longue)
- **Hospitalisations précédentes** (UMS 75): cette information était présente afin de faciliter le travail des hospitaliers pour la recherche des anciens comptes-rendus d'hospitalisation. Si ceux-ci sont joints à la demande par le médecin généraliste, ce point n'a plus besoin d'être précisé.

3.3. Problèmes de mise en forme :

- **Motif d'hospitalisation** : il manque une problématique à la demande (UMS 17, UMS'87 UMS''103, 104), qu'il faudrait différencier du motif d'hospitalisation (UMS 69, 70, 71, 72) et qui permettrait de préciser les investigations souhaitées par le médecin demandeur (UMS 79, 82, UMS' 86).

La problématique pourrait être mise après le motif d'hospitalisation (UMS 74) en précisant ensuite les antécédents et le traitement (UMS 79). Mais la problématique nécessite d'avoir compris l'histoire de la maladie (UMS 80, 85). Elle peut donc être placée à la fin de la demande (UMS 81, 84, 86, 87), en laissant le motif d'hospitalisation au début de celle-ci (UMS 94, 112).

- **Traitement** : le tableau du traitement en cours est problématique. Il est correct pour certains (UMS'107, UMS''115, 116), ne comprend pas assez de cases pour d'autres (UMS''114), ou ne convient pas du tout (UMS'102, 104). Pour ces derniers, il est difficile à remplir (UMS'103, 106) car le médecin prescripteur ne sait pas forcément à quelle heure sont pris les médicaments (UMS'105, 109). Le tableau ne permet pas non plus de mettre les traitements dispensés en cas de besoin (UMS'108).

Le traitement sera finalement explicité dans une case non préformée laissant la possibilité de le renseigner comme dans un tableau (par exemple, Paracétamol: 1-1-1).

- **Délai d'hospitalisation** : les médecins pensent qu'une limite supérieure doit être fixée (UMS''89, 90, 92). Cette limite est fixée à moins de quinze jours (UMS''91, 94).

Par ailleurs, la date souhaitée semble optimale, surtout pour les patients mais peu réalisable en pratique (UMS'91). Elle n'a donc pas été gardée dans le formulaire définitif, d'autant plus que des précisions sur les contraintes du patient auront été précisées.

4. Le remplissage et l'adressage du formulaire :

4.1. Comment remplir la demande ?

Afin de remplir leurs demandes, les médecins veulent utiliser l'ordinateur (UMS'114, 126, 127, 129, 130, 132, 133, UMS''138, 140, 142, 144, 148) car la demande est plus lisible (UMS'114, 125) et une copie est ainsi facilement gardée dans le dossier informatique du patient (UMS'114).

Certains préféreraient la remplir à la main (UMS'112, 121, 131) en raison d'un mauvais fonctionnement de leur outil informatique (UMS'122).

L'utilisation de l'ordinateur permet un remplissage automatisé de la demande (UMS 77, 78, 106, 109, 116, 118, UMS'111, 112, 113). Cela évite de renseigner l'intégralité du formulaire par soi-même (UMS 108, 110) et permet ainsi de gagner du temps.

Il faudrait que les différentes demandes soient remplies sous forme de formulaire, comme celui qui a été proposé (UMS 77, 78, UMS''143, 145, 146, 147, 149, 150) ou de lettre type (UMS 106, 112, 120) et qu'elles aient une trame identique (UMS 105, 107, 111, 117, 119, 120, 121, 123, UMS'89) afin de faciliter leur remplissage.

4.2. Comment adresser la demande ?

Les médecins souhaitent communiquer :

- Par mail (UMS 132, UMS''124, 139, 141) mais uniquement si la messagerie est sécurisée (UMS'116, 128, UMS''123, 125, 127, 128, 133). En effet, les médecins généralistes ont

conscience qu'il est facile d'intercepter des données transmises par messagerie non sécurisée (UMS'67, 79, 80).

C'est un mode de communication considéré comme rapide (UMS 134) et qui permet facilement d'avoir un accusé de réception (UMS 132, UMS''134, 135).

- Par fax (UMS'75, 117, 120, 127) qui est plus simple d'utilisation en cas d'utilisation de dossier papier (UMS 122) car il permet de garder facilement une copie dans le dossier (UMS'118), ou en cas de remplissage de la demande à la main (UMS'119). Il est jugé comme plus sécurisé (UMS'76, 77, 78) en l'absence de messagerie cryptée (UMS'115).

5. Problème de communication ville-hôpital lors d'une hospitalisation :

Il existe un manque global de communication entre les médecins généralistes et l'hôpital (UMS 124, 125, UMS'134).

Il est principalement ressenti durant l'hospitalisation. Les médecins ne s'estiment pas informés de la prise en charge des patients hospitalisés (UMS 26, 31, UMS'135, 137, 143, 145, 146, 148). L'hôpital prend rarement contact avec le médecin de ville (UMS 46, UMS'141, UMS''119) alors que cela pourrait les aider à préparer le retour à domicile de leurs patients (UMS 31, 142, UMS'138, 139, UMS''122).

Ce problème de communication est lié au manque de disponibilité à la fois des médecins généralistes (UMS 36, 37) mais aussi des médecins hospitaliers (UMS 32, 41, 127, UMS'147). Cependant, les médecins généralistes s'estiment plus disponibles que les hospitaliers (UMS 38, 39, 40).

Un numéro de téléphone pour le contact avec le médecin de ville a été mis en place par plusieurs services de l'AP-HP. Il est censé faciliter ce contact et pallier à la difficulté d'obtenir un correspondant. Mais il ne semble pas fonctionner (UMS'153, 154, UMS''72, 73, 74).

Le manque d'information persiste après la sortie du patient puisque certains médecins généralistes trouvent que le compte-rendu d'hospitalisation est trop tardif (UMS 33, 136, 137, UMS'159, UMS''152, 153, 172) ce qui peut entraîner des erreurs, notamment dans le renouvellement de médicaments modifiés pendant l'hospitalisation (UMS''173).

Il existe des solutions envisagées par les médecins généralistes pour améliorer la communication ville-hôpital :

- Avoir un référent dédié au contact avec le médecin de ville (UMS 126, UMS'149, 150, UMS''131, 132) avec un numéro de téléphone direct (UMS'151, 152 155, UMS''59, 137).

Ce type de numéro existe dans certains services mais le médecin hospitalier qui en a la charge le fait en plus de son activité quotidienne. Il peut donc ne pas être joignable par moments. La prise en compte de cette activité de contact avec le médecin de ville dans la tarification à l'acte, au même titre qu'une consultation par exemple, pourrait peut être améliorer les choses (UMS 57, 60, 61).

Certains médecins soulignent qu'il est plus facile de contacter un médecin hospitalier lorsqu'on le connaît (UMS''58, 59, 67, 77). Cette possibilité est facilitée par l'adhésion à des réseaux de santé (UMS''61) et la participation à des réunions (UMS''62) mais cela demande encore une fois un investissement en temps (UMS''66). Il est par ailleurs impossible d'avoir un contact dans chaque service (UMS''68, 69), surtout quand celui-ci est très spécialisé (UMS''70).

- Rendre systématique le contact de l'hôpital durant l'hospitalisation d'un patient (UMS 27, 35, 142, UMS'95, 96, 97), surtout au moment de la sortie (UMS'94, 95, 97). Cette tâche formatrice pour l'apprentissage de la communication avec le médecin de ville (UMS'100) pourrait être effectuée par les externes des services hospitaliers (UMS'98, 99).

- Avoir une fiche de retour lors de la sortie du patient (UMS 113, UMS'140, UMS''151, 154, 157) dans l'attente du compte-rendu d'hospitalisation (UMS'93). Cette fiche devrait contenir des informations simples et être concise (UMS''165, 167, 174) :

- Réponse à la problématique (UMS 114,139, UMS'140, 156, 162, 165, 166, UMS''160, 162, 166, 168) ;
- Traitement de sortie (UMS 138, UMS'140, 156, 157, 160, 165, 166, UMS''155, 161, 163, 171) ;
- Examens complémentaires réalisés (UMS''156) et ceux restant à faire (UMS 140, UMS'163, UMS''176) afin de les programmer (UMS'164) ou de vérifier leur exécution (UMS 141) ;
- Anomalies à surveiller (UMS''164, 169, 170, 175) ;
- Réponse au problème social (UMS''177) ;
- Mode de sortie (UMS'158, 161).

Ce type de fiche de sortie existe déjà dans le service de médecine interne de l'hôpital Louis Mourier (Annexe 10).

Le manque d'informations semble également présent pour les patients. Si les médecins généralistes estiment leur donner les informations nécessaires (UMS 151, 152, 153), ils pensent que les médecins hospitaliers ne communiquent pas assez avec les patients et ne s'assurent pas de la bonne compréhension de leur prise en charge (UMS 154, UMS'136). Ils aimeraient donc savoir quelles informations ont été données aux patients (UMS 144).

III. Entretiens avec les chefs de service :

1. Médecine Interne :

Le formulaire a été présenté lors d'une réunion de service où étaient présents tous les médecins du service.

Seuls deux critères devaient être rajoutés : la disponibilité du médecin traitant afin de pouvoir le joindre facilement, et la mention d'hospitalisations précédentes dans l'hôpital, en plus de celle déjà demandée sur les hospitalisations précédentes dans le service.

2. Gériatrie :

Les modifications suivantes ont été souhaitées par les deux services :

- Mode de vie : préciser si le patient vit seul et s'il est entouré.
- Aides à domicile : il semble préférable de ne renseigner que les aides professionnelles à domicile, les aides familiales résultant la plupart du temps de la présence ou de l'absence d'entourage présent. Le rythme de ces aides doit également être précisé si possible.
- Autonomie : il s'agit d'une notion capitale en gériatrie, il faut donc la préciser en mentionnant :
 - La motricité : lit-fauteuil, à l'intérieur du domicile, sort du domicile

- Les fonctions cognitives : normales, troubles mnésiques, troubles cognitifs sévères, troubles du comportement
- Fragilité : c'est un élément qui est systématiquement recherché au début de chaque hospitalisation. Il comporte les critères suivants :
 - Troubles des fonctions cognitives depuis plus de 6 mois,
 - Echelle ADL-IADL,
 - Chutes,
 - Altération de l'état général.

En revanche, les mesures de protection juridique ainsi que le mode de sortie n'ont pas été jugés utiles par les deux services.

Par ailleurs, selon les médecins du service de gériatrie de l'hôpital Bichat, il ne faut pas chercher à mettre trop de renseignements dans ce formulaire. La plupart des informations sont de toute façon reprises lors de l'hospitalisation. Les renseignements donnés doivent uniquement aider à la programmation de l'hospitalisation, en termes d'adéquation d'hospitalisation et de délai.

DISCUSSION

I. Critique de la méthode :

1. Recrutement :

Cette étude ayant été proposée par un médecin du PSU-GVLG. Les autres médecins participant au pôle de santé universitaire de cette région ont donc été sollicités. Parmi eux, ce sont les médecins qui adhèrent aux Nouveaux Modes de Rémunération qui ont été choisis.

Les médecins participants à cette expérimentation constituent un échantillon non représentatif des médecins généralistes concernés par la problématique des hospitalisations programmées mais particulièrement impliqués dans l'amélioration des pratiques.

L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération a débuté en 2010. Elle s'inscrit dans le cadre de l'article 44 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2008.

Ses objectifs sont de moderniser l'offre de soins de premier recours, d'adapter les modes de rémunération aux nouveaux modes d'organisation des professionnels de santé libéraux (maisons médicales, réseaux de santé) et de valoriser certaines missions de prévention, de suivi de pathologies chroniques, d'éducation thérapeutique et de coordination. Ces actions sont actuellement peu prises en compte dans le système de rémunération des médecins par paiement à l'acte.

Toute structure pluri-professionnelle peut demander à participer aux NMR dès lors qu'elle répond à certains critères (exercice de premier recours, dans une même zone géographique...).

La rémunération s'effectue sous forme d'une somme forfaitaire allouée à l'équipe de soins. Elle est calculée en fonction du nombre de patients ayant inscrit un médecin traitant parmi les médecins généralistes de la structure et du nombre de professionnels travaillant dans la structure, ainsi que par l'évaluation à partir d'indicateurs choisis par la structure.

2. Recueil de données :

Les biais ayant pu influencer le recueil de données lors des focus group sont liés :

- Au faible nombre de participants à chaque focus group. Celui-ci doit normalement être de 5 à 10 afin de favoriser une dynamique de groupe. En fait, les 16 médecins recrutés ont été repartis en 3 groupes mais seuls 11 médecins étaient présents, ce qui représente des groupes de 3 et 4 personnes.
- Au rôle double du modérateur-observateur. Lors des entretiens réalisés, le rôle du modérateur chargé d'animer la séance et de l'observateur chargé de noter les comportements non verbaux était réalisés par la même personne. Ainsi, si la totalité des expressions verbales a pu être retranscrite grâce à l'enregistrement des focus group, certains comportements non verbaux ont pu être négligés.

3. Analyse :

L'analyse des données a été effectuée par un seul chercheur. L'analyse étant un processus nécessitant de faire des choix, il peut exister un biais lié à l'interprétation du chercheur. La reproductibilité des résultats n'est donc pas démontrée.

II. Enquête préalable :

Les services sollicités sont des services assurant une prise en charge globale des patients, la médecine interne et la gériatrie.

Cela concorde avec les données des études portant sur la programmation des hospitalisations : 33 à 42% des hospitalisations programmées s'effectuent dans un service de médecine interne (7-10). L'âge moyen des patients est de plus de 70 ans dans 66% des cas (10).

La médecine interne est avant tout une médecine globale. Selon une enquête sur les attentes des médecins généralistes vis-à-vis d'un service de médecine interne, ceux-ci

considèrent que la médecine interne est adaptée à la prise en charge de signes et symptômes de cause inconnue, d' « incidentalomes » (biologiques ou imagerie), et de tous les problèmes diagnostics et thérapeutiques ne relevant pas d'une spécialité définie (31).

Or de la même manière qu'il existe des critères d'admission en urgence liés à un état de gravité clinique immédiat ou potentiel ou lorsqu'un traitement immédiat est nécessaire, certaines situations relèvent d'une hospitalisation programmée (7). Il s'agit de :

- Pathologie non identifiée sur le plan étiologique (altération de l'état général, fièvre chronique) ;
- Pathologie identifiée mais sur terrain fragilisé ou une évolution compliquée ;
- Anomalie d'examens complémentaires sans caractère d'urgence (anémie, hyponatrémie, nodule pulmonaire...).

Ce type de situations correspond à la prise en charge réalisée dans des services de médecine globale, tels que la médecine interne et la gériatrie, qui a les mêmes spécificités mais pour les personnes âgées de plus de 75 ans.

III. Entretiens :

1. Identifier les problèmes rencontrés lors d'une demande d'hospitalisation :

Les médecins généralistes de notre étude ne réalisent pas beaucoup d'hospitalisations programmées.

Le ressenti envers la possibilité de programmer des hospitalisations au décours des trois entretiens a été plutôt négatif. Cela laisse entendre qu'il s'agit d'une démarche compliquée et qu'il existe de nombreuses difficultés responsables des échecs à la programmation. Il s'agirait même selon Cooper et al. d'une démarche anxiogène et responsable de stress professionnel (33).

Une enquête menée en 2002 dans les services de l'AP-HP confirme cette impression puisqu'elle a montré que la programmation de l'hospitalisation ne peut pas se faire dans 60% des cas. Or, dans cette étude, les cas proposés à l'hospitalisation sont des cas simulés, ne relevant que d'une compétence (médecine interne, rhumatologie, gastro-entérologie et

neurologie) et dont l'hospitalisation programmée est justifiée (34). On peut supposer que l'hospitalisation de « vrais patients » est encore plus complexe.

Les résultats de nos entretiens rejoignent les différentes études traitant de ce sujet (8-10-35-36). Quelques notions sont spécifiques à notre étude. Les obstacles sont analysés ci-dessous.

1.1. Temps passé à organiser l'hospitalisation :

Il s'agit du point le plus problématique pour les médecins que nous avons interrogés.

Selon les deux études françaises qui abordent ce sujet (8-10), la programmation nécessite entre 10 et 30 minutes dans 54 à 60% des cas. Elle peut se faire en moins de 10 minutes dans 38 et 39% des cas et seules 2 à 4% des situations requièrent plus de 30 minutes.

L'étude portant sur des cas simulés retrouve un délai moyen de temps passé au téléphone de 5,04 minutes dont 2,50 minutes de temps de discussion pour l'hospitalisation.

Les différences de résultat entre les études s'expliquent par le fait que le temps passé à programmer les hospitalisations est estimé dans les deux premières études alors qu'il est chronométré dans la suivante. Le caractère laborieux du contact téléphonique peut donner le sentiment au médecin généraliste que le temps de programmation est plus long qu'en réalité.

Cependant, la concordance de résultat entre les deux premières études faites sur des cas « réels » et la discordance avec la troisième étude portant sur des cas simulés porte à croire que la réalité est plus proche des 10 à 30 minutes de programmation.

Dans la pratique courante, la durée moyenne d'une consultation en médecine générale est de 16 minutes (37). Passer 10 à 30 minutes au téléphone peut être jugé comme contraignant, les patients suivants attendant pour les prochaines consultations. Le médecin peut alors décider de différer de quelques heures sa demande, afin de la faire en fin de journée par exemple. Mais il s'expose à la possibilité de ne pas pouvoir joindre le praticien hospitalier.

1.2. Difficulté à joindre le bon interlocuteur :

Les médecins regrettent le manque de disponibilité des hospitaliers. Ces propos sont concordants avec ceux retrouvés dans les études puisqu'il s'agit d'un point problématique dans 12 à 41% des demandes d'hospitalisation (8-34-36).

Même si les hospitaliers confirment que la programmation des hospitalisations est bénéfique et permet un gain de temps final, cela demande un investissement de temps initial qui est difficilement trouvable. Les contraintes financières des établissements publics de santé obligent les praticiens à cumuler leurs activités de consultation, d'astreinte dans le service et de permanence téléphonique pour les avis internes et externes à l'établissement. Il est compréhensible que cette prise de contact téléphonique soit compliquée.

Malgré tout, même lorsque la demande s'effectue en semaine, entre 9h45-11h30 et 15h-16h30, le taux d'échec d'hospitalisation pour indisponibilité du médecin est de 52% (34).

Plusieurs hôpitaux ont testé la mise en place de lignes d'astreinte téléphonique afin d'assurer un contact avec les médecins généralistes et de faciliter la programmation des hospitalisations (38-39). Cependant, ces mêmes études révèlent les limites de ce système : les horaires de permanence restent peu étendus et les praticiens hospitaliers manquent parfois de temps pour répondre aux appels.

Comme le suggère un médecin dans nos entretiens, une tarification de l'activité de contact avec le médecin de ville pourrait permettre de développer ce système.

L'autre solution envisagée afin de faciliter les échanges ville-hôpital est de développer les rencontres entre médecins. Ces rencontres peuvent se faire au cours des études médicales car la formation initiale est commune à toutes les spécialités. Elles peuvent ensuite s'étoffer grâce à l'adhésion à des réseaux de soins, à la participation à des réunions de formation, parfois organisées par les services. La relation entre les praticiens devient personnelle, il est facile d'avoir un numéro de téléphone direct. Cependant, comme le fait remarquer un médecin lors de nos entretiens, bien qu'il s'agisse de la meilleure solution pour améliorer les échanges, elle nécessite un investissement en temps et il est impossible de connaître tout le monde.

1.3. Délai d'attente pour l'hospitalisation :

D'après Andronikof et al. (34), un délai est nécessaire dans 55% des cas, principalement pour le service de médecine interne. Le délai entre le premier contact et le rappel de l'hôpital pour confirmer l'hospitalisation n'est pas précisé. Le délai d'hospitalisation est de 46,3 heures après le rappel de l'hôpital.

Cependant, selon Avelyne Le Gall (8), le délai d'attente pour l'hospitalisation est responsable de 28% des causes d'échec à la programmation.

Dans notre étude, le chiffre de quinze jours de délai est cité.

Deux paramètres rentrent en compte dans le délai d'attente : l'organisation des examens complémentaires qui constitue le principal avantage de la programmation et la disponibilité des places d'hospitalisation.

Ces paramètres sont pris en compte de manière différente selon la problématique de l'hospitalisation.

- Soit la demande est urgente et la patient est admis dès qu'une place est disponible en lui évitant simplement le passage aux urgences mais sans programmer d'examens.
- Soit il s'agit d'une prise en charge non urgente, il faut attendre d'avoir les rendez-vous d'examens pour convoquer le patient, ce qui nécessite un délai plus long avant l'hospitalisation.

En effet, en ville comme à l'hôpital, il est difficile d'obtenir des rendez-vous pour des examens complémentaires. Par exemple, lors d'une simulation de demande d'IRM lombaire en urgence dans le cadre d'une recherche d'extension d'un cancer, le délai moyen d'obtention du rendez-vous est de 29,1 jours en 2012 alors qu'il devrait être de 15 jours maximum selon les objectifs du plan cancer 2003-2007 (40).

La différence entre les résultats de ces deux études est probablement liée au fait que les cas simulés nécessitent une hospitalisation rapide pour lesquels les examens ne sont pas programmés alors que l'étude d'Avelyne Le Gall porte sur des cas réels. Les demandes d'hospitalisation « pour bilan » nécessitent une programmation des examens et le temps nécessaire afin de les organiser est plus long.

1.4. Refus d'hospitalisation :

Le refus de programmation est responsable de 34 à 39% (8-34) des échecs. La principale cause du refus est due au manque de place disponible dans le service. Ce manque de disponibilité est significativement plus fréquent pour l'hospitalisation de patients de plus de 75 ans (36).

Il en résulte que plus la programmation est urgente, moins elle a de chance d'aboutir. Selon Géraldine Delorme (10), elles n'aboutissent que dans 44,4% des cas en cas de demande immédiate mais dans 100% des cas si elles sont demandées dans un délai supérieur à 3 jours.

Ce problème de disponibilité s'explique à la fois par le faible nombre de lits sur le territoire d'Ile de France (33,2 pour 100 000 habitants contre 35,1 au niveau national- DRESS 2008) et par leur taux d'occupation important (73,5% de taux d'occupation en Ile-de-France- DRESS 2008).

Les lits occupés de manière inadéquate (problème organisationnel du service, manque de structure relais) provoquent un engorgement des services qui ne peuvent dédier de lits aux hospitalisations programmables. Les services hospitaliers, principalement des hôpitaux publics, devant répondre aux demandes d'admissions des services d'urgences et des médecins de ville, accordent la priorité aux services d'urgences. Cela peut entraîner un allongement des délais de programmation d'hospitalisation voire un refus.

Des solutions alternatives peuvent être proposées au médecin demandeur : adresser le patient aux urgences ou vers une autre structure.

1.5. Perte d'informations entre la demande et l'hospitalisation :

En l'absence de support écrit transmis directement par le médecin généraliste (par fax ou mail), la transmission de l'information dépend :

- Du médecin hospitalier qui a noté les informations. Ceci peut se faire de manière informelle ou sur une feuille de programmation (Annexe 11). Un contact téléphonique ne permettant pas de recueillir toutes les informations nécessaires, la lettre d'admission est un complément d'information indispensable.

- Du patient à qui le médecin demandeur de l'hospitalisation remet un courrier. Celui-ci n'a aucune obligation de transmission de l'information. Selon l'article 226-15 du Code Pénal, "le client recevant une lettre destinée à lui servir d'introduction auprès d'un autre praticien, n'est tenu ni de consulter ce dernier, ni, par suite, de lui remettre ladite lettre d'introduction".

Par ailleurs, l'organisation des services hospitaliers avec la multitude de courriers qui y sont classés, expose parfois à la perte de ceux-ci.

1.6. Absence d'avancée dans la prise en charge du patient :

Les différentes enquêtes de satisfaction des médecins généralistes (31-41) révèlent que ces derniers sont globalement satisfaits de la prise en charge de leurs patients (94% de satisfaction). La prise en charge hospitalière est de bonne qualité notamment dans les hôpitaux universitaires qui représentent des lieux de référence où sont regroupés les moyens humains, scientifiques et techniques. (41-42).

Ce n'est pas l'opinion des médecins généralistes de notre étude qui considèrent que les hospitalisations programmées n'apportent pas toujours une avancée dans la prise en charge du patient.

Cependant, les chiffres présentés sont des chiffres de satisfaction globale, les réponses allant de « assez satisfait » à « très satisfait ». En reprenant l'analyse des chiffres, les médecins sont moyennement ou non satisfaits dans 48% des cas.

L'objectif des hospitalisations programmées étant de répondre à une situation problématique et de pouvoir réaliser des examens sur un temps court, les médecins de notre étude déplorent que l'ensemble de leurs problèmes ne soient pas résolus et que les examens demandés ne puissent pas toujours être réalisés. Ils ne reprochent pas une mauvaise qualité des soins à l'hôpital mais pensent qu'il n'y a pas forcément de bénéfice à la prise en charge hospitalière. Les alternatives à l'hospitalisation (consultation avec un spécialiste et examens faits en ville) peuvent parfois suffire.

Ces lacunes dans la prise en charge résultent à la fois du problème de transmission de l'information et du délai d'obtention des examens complémentaires.

1.7. Absence de retour sur l'hospitalisation :

Les médecins de notre étude regrettent le manque de communication avec l'hôpital au cours d'une hospitalisation. Le nombre conséquent d'études sur le sujet confirme qu'il s'agit d'un point particulièrement problématique.

Selon les médecins de notre enquête, comme pour ceux interrogés par Hubert et al. (43), l'hôpital prend rarement l'initiative de la communication avec le médecin généraliste, ce qui oblige 89% d'entre eux à se renseigner par leurs propres moyens (44), point problématique, nous l'avons vu auparavant, en raison de la difficulté à joindre un médecin hospitalier.

Ils perçoivent l'information reçue de l'hôpital comme une réponse, mais pas comme une communication. Ainsi, 88% des généralistes ne se sentent pas associés au projet thérapeutique de leur patient et 84% ont le sentiment de ne pas exercer le même métier que leurs confrères hospitaliers (43).

Ces données concordent aux dires des médecins de notre étude qui ont le sentiment de ne pas être pris en considération.

Cela renvoie à une relation ville-hôpital décrite dans les années 1990, à savoir une relation d'incompréhension mutuelle sur les enjeux et les rôles de chaque branche de la profession. Les médecins généralistes attendent de l'hôpital d'être traités d'égal à égal et non comme des médecins s'occupant de problèmes mineurs, surtout de nature psychosociale et ne nécessitant pas de connaissance médicale, comme le pensaient les médecins hospitaliers en 1970 (45).

Cependant, selon l'article R.1112-6 du Code de Santé Publique, si les services hospitaliers ont le devoir d'informer le médecin traitant de l'hospitalisation d'un de leur patient, c'est en revanche au médecin traitant de prendre contact avec le service afin d'obtenir des informations : « Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés (...) l'invitent à prendre contact avec le service hospitalier (...) et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier. En cours d'hospitalisation, le chef de service communique au médecin désigné (...) et qui en fait la

demande écrite toutes les informations relatives à l'état du malade. » Lors des décisions essentielles, il doit par contre être informé par le service : « le médecin qui prend en charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le praticien (...). Il doit le tenir informé des décisions essentielles auxquelles ce praticien sera associé dans toute la mesure du possible. » (Article R.4127-63 du code de Santé Publique).

L'absence de contact est également ressentie à la fin de l'hospitalisation. C'est souvent le patient lui-même ou sa famille qui informent les médecins de notre enquête de leur retour à domicile. Seuls 23 à 43% (41-43-44-46-47) des médecins sont avertis de la sortie de leur patient lorsque le médecin est l'initiateur de l'hospitalisation. Ce taux est proche de ceux retrouvés dans la littérature internationale qui se situent entre 17 et 20% (48).

Or, le retour à domicile du patient implique un relais des soins par le médecin généraliste. L'organisation des modalités de sortie permet une meilleure continuité dans la prise en charge, en particulier pour les personnes âgées. Ainsi, la préparation des modalités de retour à domicile permettent une meilleure satisfaction du patient, une amélioration de la qualité de vie, une réduction de la durée de séjour, une prévention des réhospitalisations, une réduction des institutionnalisations et une diminution des coûts (49).

Ce point a d'ailleurs fait l'effet d'une recommandation dans le SROS 3 (46). Une organisation de la sortie dès le début de l'hospitalisation et un contact avec le médecin de ville avant le sortie sont préconisés afin d'assurer la bonne continuité des soins.

Enfin, les généralistes de notre étude se plaignent du délai de réception du compte-rendu d'hospitalisation. En effet, si le compte rendu est généralement reçu, plusieurs études confirment l'insatisfaction concernant les délais de réception, jugés comme trop long pour 94% des médecins généralistes (43-46).

Les délais sont le plus souvent estimés entre 8 jours et 1 mois (entre 52 et 64% des cas (43-48-50)).

De plus, la qualité du contenu du compte-rendu diminue significativement lorsque le délai dépasse 4 semaines (48), ce qui s'explique par le fait que 66 à 88% des médecins généralistes sont alors amenés à voir le patient avant réception du compte-rendu (46-48-51). Le patient et ses proches deviennent la première source d'information.

Le compte-rendu peut également ne jamais être reçu (25-32% des cas) soit à cause des modalités de transmission de l'information (lettre perdue dans l'hôpital, par la poste, par le patricien) ou par dysfonctionnement du service hospitalier (46-48). En effet une étude menée au CHU de Grenoble en 1993 a relevé que 16% des dossiers hospitaliers n'ont pas de compte-rendu d'hospitalisation, sans qu'aucune explication ne soit donnée (50). Le même taux de 15% est retrouvé dans la littérature internationale (48).

Selon l'article R 1112-1 du code de Santé Publique, le délai légal pour que le compte-rendu d'hospitalisation soit envoyé au médecin traitant est de 8 jours maximum. Ce délai est également précisé dans les critères d'accréditation de l'HAS. Il est justifié par l'implication du retard à la transmission d'information dans la prise en charge du patient.

Dans le cadre des hôpitaux publics des Hauts-de-Seine, les critères de qualité recueillis par l'HAS (52) confirment le dire de nos médecins généralistes. En effet, le courrier de fin d'hospitalisation est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours dans 55,9% des séjours (51% pour l'hôpital Louis Mourier).

Ce délai de 8 jours est difficilement réalisable pour les structures publiques en raison des contraintes liées au fonctionnement de l'hôpital public : surcharge de travail et manque de personnel. L'étude faite par l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne confirme cette hypothèse puisque le délai de transmission de l'information au médecin à l'origine de l'hospitalisation est perçu comme « long à trop long » dans 29% des cas pour les structures publiques contre 14,5% pour les structures privées (44). Ces structures qui disposent de plus de moyens humains et matériels utilisent plus le téléphone et le mail contrairement aux structures publiques qui privilégient le support papier.

Une solution afin de faciliter l'échange en fin d'hospitalisation pourrait être d'utiliser un courrier de sortie succinct suivi d'un compte-rendu détaillé dans un deuxième temps. Cette solution est mentionnée dans nos entretiens. Les médecins suggèrent d'y renseigner les informations suivantes :

- Réponse à la problématique
- Examens complémentaires
- Traitement de sortie
- Anomalies à surveiller
- Réponse au problème social

- Mode de sortie

Ce type de fiche a été testé dans plusieurs hôpitaux (53-54-55). La seule ayant été évaluée est celle de Paterson et al. (53). Il s'agit d'un formulaire d'une page, à remplir à la main par le médecin responsable de l'hospitalisation, et à faxer au médecin traitant. Les données mentionnées sur ce formulaire sont : le diagnostic, les comorbidités, les complications et effets secondaires survenus durant l'hospitalisation, les diagnostics associés, les investigations réalisées, la prise en charge réalisée, le suivi à réaliser et le traitement de sortie. L'analyse a porté sur la rapidité de réception du courrier et sur la satisfaction des médecins généraliste concernant le contenu. 83% des médecins ont reçu le fax dont 81% en moins de 48 heures ce qui apporte une nette amélioration en terme de temps par rapport au compte-rendu standard. Par ailleurs, 95% des médecins sont satisfaits du contenu.

Il serait également envisageable de privilégier la transmission par les nouveaux modes de communication afin de permettre une transmission rapide de l'information (31-44).

En revanche, les médecins que nous avons interrogés ont émis peu de remarque sur la qualité du contenu du compte-rendu. Dans les études précédemment citées, la qualité globale du compte-rendu n'est pas remise en question puisque l'information est jugée comme satisfaisante dans 82 à 84% des cas (44-49).

Ils regrettent surtout le manque de communication sur les informations qui ont été données aux patients. De par la relation tissée sur le long terme et la confiance attribuée dans leur médecin traitant, le patient vient souvent s'informer auprès de lui sur sa maladie, son traitement, ses conséquences et sur ce qui s'est déroulé pendant l'hospitalisation (13). Le manque de données dans le compte-rendu concernant les informations délivrées et les justifications thérapeutiques sont ainsi critiquées dans nos entretiens comme dans la littérature (43-45-56).

Mais les médecins hospitaliers et médecins de ville n'ont pas les mêmes attentes concernant ce contenu. Les données présentes sont les réponses au « bilan » effectué. Elles sont souvent chiffrables et objectivables, à l'image du codage des actes obligatoire dans les hôpitaux. L'intégration de données relevant du social et du psychisme est difficile puisqu'il s'agit d'une spécificité de la médecine de ville (43).

1.8. Les patients : adhésion

Les médecins que nous avons interrogés semblent tous avoir fait l'expérience d'avoir un appel de l'hôpital expliquant que le patient ne s'était pas rendu à sa convocation, mais également d'avoir une nouvelle demande d'hospitalisation de la part du patient.

Selon McGlade et al., le pourcentage de patients ne se rendant pas à leurs rendez-vous hospitaliers s'élève à 20%, mais seulement à 5% lors des convocations pour des hospitalisations (57). La différence est probablement liée au fait que les situations relevant d'une hospitalisation et non d'une consultation sont jugées comme plus importantes par les patients qui sont soucieux de leur santé. Plus les symptômes sont considérés comme inquiétants, plus les rendez-vous sont honorés.

Il est possible que les médecins de notre enquête aient surestimé les cas d'échecs, ou qu'ils les aient cumulés avec les échecs de rendez-vous de consultation en raison du caractère frustrant de cette situation.

2. Les formulaires de demande d'hospitalisation :

L'objectif était d'avoir un document conforme aux recommandations du code de déontologie, à savoir se limitant au nécessaire, pertinent et non excessif, n'étant pas une simple copie du dossier médical.

2.1. Le contenu administratif :

- **Date de la demande** : cette information est obligatoire car c'est un élément essentiel pour le suivi du malade et de l'évolution de la maladie. Elle est d'ailleurs obligatoire dans tout courrier médical selon le code de déontologie.

Elle est jugée comme importante par 96,5% des médecins généralistes et spécialistes (56), et notée dans 93 à 94 % courriers d'adressage (58-59).

- **Délai souhaité et contraintes liées au patient** : ces éléments n'ont pas été retrouvés dans la littérature. Les hypothèses pouvant expliquer l'absence de cette donnée dans les lettres d'admission sont :

- Les lettres d'admission analysées dans la littérature sont des lettres qui accompagnent le patient à l'hôpital et non des lettres de demande d'hospitalisation.

Seule l'étude de Rebecca Ritacco a analysé les délais de prise en charge en fonction de la présence ou non d'un délai de prise en charge souhaité dans la lettre d'accompagnement (20). Pour cela, elle a mis au point une lettre type d'admission aux urgences dans laquelle figure une partie concernant le degré de rapidité de prise en charge désirée à l'arrivée aux urgences. Le degré de rapidité est indiqué grâce à une catégorie allant de 1 à 5 (1 : non urgent, 5 : très urgent).

Il existe une amélioration significative et une adéquation du délai de prise en charge des patients pour toutes les catégories : 26 min pour la catégorie 1 (contre 3 minutes avec une lettre standard), 19 minutes en catégorie 2 (contre 35 minutes), 38 minutes en catégorie 3 (contre 79 minutes) et prise en charge immédiate pour la catégorie 4 (contre 67 minutes).

- Le délai peut probablement être jugé à la lecture de la demande.
- Les services ont l'habitude d'accepter l'hospitalisation dès qu'une place est disponible.

Mais dans certains cas, la situation peut être discordante, jugée comme non urgente à la lecture mais perçue autrement par le médecin de ville qui est au contact du patient et de ses souhaits (par exemple, pour la prise en charge d'une douleur, pour l'exploration de symptômes ou d'examens pouvant être anxiogènes)

Par ailleurs, la mention du délai souhaité est complémentaire avec la précision des contraintes de disponibilités liées au patient. Ces précisions pourraient certainement améliorer l'adhésion des patients à l'hospitalisation, puisque rien ne leur serait imposé mais intégré dans leurs habitudes de vie.

- **Coordonnées du service** : il n'existe aucune obligation de mentionner le destinataire dans le code de déontologie. Cependant, il s'agit d'une règle de bienséance, le patient est adressé à quelqu'un ou vers un service particulier. Il est donc utile de le mentionner.

- **Coordonnées et disponibilité du médecin faisant la demande**: selon le code de déontologie, l'auteur d'un courrier doit être parfaitement identifiable, ce qui est confirmé la

mention systématique de ce renseignement sur les courriers d'admission aux urgences (58-60).

Il permet à la fois le retour d'information sollicité par les médecins généralistes mais également aux médecins hospitaliers de contacter le médecin généraliste en cas de besoin d'informations complémentaires.

2.2. Données concernant le patient :

- **Identité du patient** : l'importance de cette information est bien sûr essentielle à toute demande. Elle n'est cependant retrouvée que dans 97 à 100% des lettres d'adressage (20-58-59-60). L'âge ou la date de naissance du patient semble en revanche moins importante puisque dans les mêmes études, elle n'est mentionnée que dans 48 à 72% des cas.

Mais ces études portent sur des courriers d'admission aux urgences. L'âge du patient est renseigné dès son arrivée dans le service, et le praticien peut également l'estimer en voyant le patient.

Pour une demande de consultation ou d'hospitalisation, la prise en charge, que ce soit pour le délai ou pour le type d'investigation, peut différer en fonction de l'âge et des comorbidités du patient. Ainsi, l'âge constitue un critère d'hospitalisation en lui-même pour certaines pathologies courantes, notamment infectieuses.

- **Personne de confiance et personne à contacter** : depuis l'article 1111-6 du code de Santé Publique, créé par loi du 4 mars 2002, la désignation d'une personne de confiance est mentionnée dans le dossier hospitalier. Cette information est obligatoirement recueillie au début de chaque hospitalisation et est valable pour la durée de celle-ci (sauf changement d'avis du patient).

Il peut s'agir d'un parent, d'un proche ou du médecin traitant qui selon les souhaits du patient, pourra l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. De plus, si le patient est incapable de s'exprimer c'est à la personne de confiance que le médecin s'adresse en premier. En effet, selon l'article 1111-4, "lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de

confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté." Cette situation est donc peu adaptée à la médecine ambulatoire.

Il s'agit d'un choix capital pour le patient. La relation médecin-malade devient ainsi lors d'une hospitalisation et selon les situations, une relation à trois. Ce n'est donc pas un simple élément administratif mais une responsabilité éthique que le médecin doit recueillir.

De ce fait, et de par sa relation au long cours, avec sa meilleure connaissance humaine du patient, il pourrait être intéressant que ce soit le médecin traitant qui recueille cette information au cours d'un entretien avec le patient.

Cependant, différentes études montrent que la notion de personne de confiance et les modalités de sa mise en œuvre sont méconnues par 56 à 84% des médecins généralistes interrogés et que 43,5 à 63% ne l'utilisent pas (61).

Ceci s'explique d'abord car il s'agit d'un concept récent et que tous les médecins généralistes n'ont pas été sensibilisés sur ce point. D'autre part, recueillir une telle information nécessite un temps de consultation particulier, au cours duquel peuvent être abordées la perte d'autonomie du patient et la mort, ce qui peut devenir angoissant pour le patient.

Avant de mentionner cette information sur un formulaire de demande d'hospitalisation, il faudrait au préalable s'assurer de la bonne compréhension par les médecins du rôle de la personne de confiance.

La mention de personne à contacter, qui fait appel à un référent pouvant être sollicité en cas de besoin d'informations, sur l'état de santé du patient par exemple, semble plus adapté.

- **Numéro de sécurité sociale, couverture sociale, mode de vie et problématique sociale :** comme nous l'avons décrit dans la première partie, le territoire des Hauts-de-Seine dans lequel s'est déroulée notre étude est particulièrement touché par la précarité. Cette partie de la population, en raison de sa situation sociale, présente des difficultés d'accès aux soins. En l'absence de critère validé pour aider au repérage des personnes en situation de précarité, un groupe de médecins, paramédicaux et administratifs du CHU de Nantes a mis au point un outil de repérage portant sur des éléments simples, objectivables et facilement avouables par les patients (62). Les éléments sont les suivants :

1. bénéficiaire de la CMU ou de l'AME
2. absence de couverture complémentaire
3. difficulté à payer les médicaments ou les examens médicaux

4. perception d'un minima social : revenu minimum d'insertion, allocation adulte handicapé, allocation parent isolé, allocation solidarité spécifique, allocation d'insertion, allocation veuvage, minimum vieillesse et allocation supplémentaire vieillesse
5. recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un premier emploi

Le premier et le quatrième critère définissent à eux-seuls une situation de vulnérabilité. Les autres cas sont repérés par la situation 2+3 ou 3+5.

Il est fondamental de repérer les personnes en situation de précarité avant le début d'une hospitalisation. En effet, au terme de celle-ci, le patient devra s'acquitter, sauf cas particuliers (bénéficiaire de la CMU, de l'AME atteint d'une pathologie prise en charge à 100%), du forfait journalier hospitalier qui s'élève à 18 euros par jour pour une hospitalisation en médecine. Cette somme peut être difficile à payer pour certains, particulièrement pour les 31% de bénéficiaires de la CMU ne faisant pas valoir leurs droits (28). Or, si les praticiens savent si leur patient est bénéficiaire de la CMU ou de l'AME, leur connaissance d'une présence ou absence de mutuelle complémentaire n'est pas systématique. Le remplissage de la partie « couverture sociale » permettra donc au praticien de réaliser un dépistage de ses patients précaires.

Par ailleurs, l'hôpital public est connu pour son rôle social, les démarches d'accès aux droits y sont parfois plus simples qu'en ville grâce au regroupement des professionnels sociaux. Une hospitalisation peut être une opportunité de prise en charge sociale pour certains patients ayant des difficultés.

En revanche, la mention du numéro de sécurité sociale n'apporte pas de bénéfice à la demande d'hospitalisation.

2.3. Contenu médical :

Les médecins que nous avons interrogés ont souhaité mentionner les critères notés dans le tableau ci-dessous. Après avoir réalisé une recherche bibliographique de 1990 à nos jours sur le contenu des lettres d'adressage en consultation, en hospitalisation et vers les services d'urgences, nous avons retrouvé les taux de remplissage suivant pour chaque critère :

| | Nicolas et al. ⁽⁶³⁾ N= 160 | Newton et al. ⁽⁶⁴⁾ N= 39 | Campbell et al. ⁽⁶⁵⁾ N= 306 | Ritacco ⁽²⁰⁾ N= 65 | Fournier ⁽⁵⁸⁾ N= 385 | Mias Verin ⁽⁶⁰⁾ N= 124 | Pujos ⁽⁵⁹⁾ N= 227 |
|--------------------------|--|--|---|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Motif de la demande | 91% | 95% | 89% | 94% | 99% | 100% | 56% |
| Antécédents | 60% | 62% | NR | 48% | 60% | 50% | 35% |
| Histoire de la maladie : | 73% | 95% | 94,5% | 66% | 39% | 73% | 81% |
| Symptomatologie | 57% | 36% | 48% | NR | 20% | 60% | NR |
| Examens complémentaires | NR | 15% | 38% | NR | NR | 10% | NR |
| Traitements entrepris | NR | NR | NR | NR | 30% | 25% | 19% |
| Traitement | 57,5% | 56% | 58,5% | 86% | 50% | 52% | 41,5% |
| Problématique | NR | 5% | 93,5% | NR | NR | NR | NR |
| Problématique sociale | NR | 18% | 26,5% | NR | NR | NR | NR |

Contenu des lettres d'adressage en consultation, hospitalisation et vers les services d'urgences

La revue de la littérature montre que l'ensemble de ces critères correspond à ceux qui sont jugés comme indispensables à la bonne transmission de l'information.

En effet, une enquête de 2003 menée par un groupe de médecins généralistes et spécialistes correspondants régionaux de l'ANAES en Aquitaine et de méthodologistes du Comité de Coordination pour l'Evaluation et la Qualité des Soins en Aquitaine (CCECQA) a permis d'identifier 11 critères obligatoires et 6 critères pertinents à renseigner selon les situations (66). Il s'agit des critères suivants :

- Critères obligatoires : identité du rédacteur, date, identité du patient, âge, identité du destinataire, motif de la demande, histoire de la maladie, antécédents, traitement habituel, traitement récent, détail du traitement (avec au moins 2 posologies détaillées) ;
- Critères pertinents : habitudes de vie, examen clinique, allergies, contexte familial, social et professionnel, examens complémentaires, nom du médecin traitant.

Une autre étude réalisée auprès de médecins généralistes et de spécialistes concernant le contenu des lettres d'adressage estiment que l'ensemble de ces critères sont importants pour 94% des généralistes et 88% des spécialistes (65).

Par ailleurs, deux articles ont mis au point des outils afin de juger de la qualité des lettres d'adressage. La première étude a consisté à mettre au point une échelle de notation concernant 9 critères jugés importants. Ces critères abordant le contenu et le style des lettres ont été identifiés grâce à une revue de la littérature et aux conseils d'experts sur la communication écrite. Il en résulte la liste suivante : histoire de la maladie, examen clinique, orientation diagnostique et prise en charge thérapeutique, ainsi que cinq critères de mise en

forme (brièveté, clarté, organisation de la lettre, qualité instructive et évaluation globale) (14).

La deuxième étude de 2011 consistait à mettre au point une fiche d'autocritique claire et reproductible, qui permet de vérifier la présence de chaque critère lors de la rédaction d'une lettre. Cette fiche a été créée grâce à une analyse du contenu des lettres d'adressage et des souhaits des médecins par une revue de la littérature de 1970 à 2005. Elle comporte les critères suivants : date, service référent, données administratives concernant le patient, phrase initiale expliquant le motif, description de la situation, symptômes associés, comorbidités, antécédents médicaux, chirurgicaux, problèmes psychosociaux, traitement en cours, allergies, examen clinique, investigations réalisées, prise en charge réalisée, hypothèse diagnostique et objectif de la demande. S'en suivent des critères concernant le style et l'appréciation globale (67).

On remarque ainsi que les critères cités par les médecins interrogés dans notre étude correspondent aux critères jugés importants dans les études nationales et internationales. L'objectif de la demande qui est mentionnée dans notre formulaire sous l'intitulé « problématique » n'est cité que dans une seule étude. Cependant, l'analyse des courriers et l'enquête d'opinion faisant suite à la diffusion des critères émis par le CCECQA a mis en évidence qu'il fallait également formuler les attentes du médecin rédacteur.

En revanche, nous n'avons pas mentionné la présence d'allergies dans le formulaire proposé aux médecins. Ceux-ci n'ont pas émis de remarque à ce sujet. Les taux de remplissage de ce critères dans les lettres d'admission est d'ailleurs très faibles (entre 0 et 12,5%) (58-59-63-64-65).

La présence d'allergie est cependant un critère jugé important dans les études du CCECQA, ainsi que pour les médecins interrogés par Nathalie Mias Verin et Campbell et al. (60-65). Ce jugement n'est pas unanime puisque les médecins généralistes et urgentistes interrogés par Emilie Fournier trouvent le critère inutile (58).

Nous avons probablement influencé les médecins de notre étude en ne mentionnant pas sur le formulaire initial la présence d'allergie. Peut-être qu'ils auraient jugé le critère comme utile s'il avait été proposé. Cependant, on peut supposer qu'une allergie importante à la prise en charge (allergie à un antibiotique par exemple) est mentionnée dans les antécédents du patient.

2.4. Spécificités de la gériatrie :

Le contenu des lettres d'admission à l'hôpital a une grande importance pour les personnes âgées puisque les informations obtenues auprès du patient ne sont pas toujours fiables ou sont incomplètes, compte tenu de la fréquence des troubles cognitifs au-delà de 75 ans. Le médecin traitant, par sa connaissance médicale et sociale des patients semble plus apte à fournir ces renseignements.

Selon une revue de la littérature faite en 2004 (68), l'objectif de relever des notions spécifiques à la prise en charge des personnes âgées permet d'individualiser trois catégories de patients : les autonomes, les dépendants et les fragiles. Cette dernière catégorie demande plus d'attention puisque l'admission à l'hôpital représente un événement à haut risque de décompensation et/ou d'évolution péjorative pouvant amener à une perte d'autonomie, une ré-hospitalisation ou une institutionnalisation. Bien qu'il n'existe pas de définition de la fragilité, plusieurs facteurs sont associés à la fragilité des personnes âgées. Il s'agit d'éléments d'ordre :

- Psychologique : dépression, syndrome confusionnel et altération des fonctions cognitives ;
- Environnemental et social : il s'agit de l'autonomie qui représente un reflet de la pathologie organique et psychiatrique, des conditions de vie et du réseau social (entourage et aides professionnelles). Il s'agit du seul critère dont la bonne description est associée de manière significative à un bénéfice à la prise en charge hospitalière par rapport à une prise en charge ambulatoire (25). Cependant, ce critère n'est décrit correctement que dans 22% des cas pour l'autonomie et 8% des cas pour le réseau social (25).

Ces informations se retrouvent dans les critères souhaités par les médecins de notre étude puisqu'on retrouve :

- Le mode de vie et l'entourage,
- Les aides professionnelles à domicile,
- L'autonomie,
- La fragilité.

3. Mode d'envoi du formulaire :

Le contact téléphonique est de loin le moyen de communication le plus utilisé par les médecins généralistes pour programmer une hospitalisation (entre 85 et 100% des réponses selon les études) (8-10). Il s'agit d'un moyen facile d'accès et d'utilisation qui permet également de recueillir des informations complémentaires et de discuter des modalités d'hospitalisations (examens complémentaires, consultations spécialisées, modalités de sortie...).

Il serait également corrélé à un plus grand nombre d'hospitalisations en urgence (69).

Lors des demandes d'hospitalisations, les autres moyens de communication (fax, courrier) ne sont cités que de manière anecdotique, et souvent en complément du contact téléphonique.

Contrairement aux données retrouvées dans la littérature, les médecins interrogés préfèrent utiliser le mail ou le fax à défaut d'avoir une messagerie sécurisée. Il s'agit probablement d'une façon de limiter les difficultés de communication avec l'hôpital en utilisant une communication asynchrone.

On peut supposer que l'utilisation de la messagerie électronique n'est pas plébiscitée par les médecins des études analysées en raison de l'obligation réglementaire de crypter les informations : « En cas de transmission par voie électronique entre professionnels, les mesures mises en œuvre pour garantir la confidentialité des informations échangées, le cas échéant, par le recours à un chiffrement en tout ou partie de ces informations. » Décret n° 2007-960 du 15 mai 2007. Pour cela, il existe un ensemble de messageries sécurisées homologuées par GIP-CPS.

Or, l'ensemble des médecins ayant participé aux focus group, ainsi que 14 des 17 médecins participants à notre étude, disposent d'une messagerie sécurisée, ce qui a pu représenter un biais sur le choix du mode de communication.

Par ailleurs, selon Chen et al., le fax et le mail représentent les moyens de communication qui permettent le meilleur taux de réception des comptes-rendus : 74% de réception pour les mails, 70% pour les fax contre seulement 44% par la poste et 24% par le patient. Le délai de transmission de l'information est également rapide puisque le délai moyen entre l'envoi et la lecture du compte-rendu d'hospitalisation est de moins de 8 heures pour 43% des

médecins, moins de 24 heures pour 24% et moins de 48 heures pour 14%, alors que ces délais ne prennent pas en compte les jours où les médecins ne sont pas présents à leur cabinet (70).

Le fax n'échappe pas à cette règle de confidentialité des données puisque comme l'indiquent le conseil national de l'ordre et la CNIL, il nécessite d'être utilisé « par la seule personne ou son personnel habilité à qui sont envoyés les messages ». En revanche, son efficacité en terme de rapidité de transmission de l'information est semblable à celle d'une messagerie électronique.

SYNTHESE

Les points problématiques pouvant être modifiées par une meilleure organisation des hospitalisations sont :

- La difficulté à joindre un correspondant et le temps passé à programmer l'hospitalisation ;
- La perte d'information entre la demande et l'hospitalisation du patient et l'absence d'avancée dans la prise en charge du patient.

Tandis que l'utilisation d'un support écrit préformé permettra de résoudre les problèmes de la qualité et de la transmission de l'information, l'utilisation d'un mode de communication asynchrone permettra de diminuer les difficultés à joindre un correspondant.

Les formulaires initiaux ont été modifiés grâce à l'analyse des remarques faites par les médecins généralistes et hospitaliers (Annexe 12).

La messagerie électronique a été plébiscitée par les médecins généralistes et les hospitaliers interrogés.

Il a donc été convenu que les médecins généralistes enverraient leurs demandes par mail. Après réception de chaque demande, un accusé de réception serait envoyé au médecin généraliste puis une réponse à l'hospitalisation dans le délai le plus rapide possible.

Pour des raisons de confidentialité, une messagerie sécurisée devait être utilisée. Nous avons effectué des essais concluants avec Apycript sur l'hôpital Louis Mourier.

En revanche, nous avons eu des difficultés à mettre en place une adresse de messagerie sécurisée avec l'hôpital Bichat. Pour cette raison, l'étude n'a pas été poursuivie avec le service.

Deuxième partie :

Evaluation du formulaire de demande d'hospitalisation

RESULTATS

I. Utilisation du formulaire :

1. Hospitalisations à Louis Mourier :

1.1. Les demandes d'hospitalisation :

En 3 mois, 10 des 17 médecins participant à l'étude ont demandé une hospitalisation pour un patient dans les services de médecine interne et de gériatrie de l'hôpital Louis Mourier. Parmi eux, 9 ont utilisé le formulaire de demande d'hospitalisation mais pas pour toutes les demandes.

Les caractéristiques des médecins ayant utilisé le formulaire sont présentées ci-dessous :

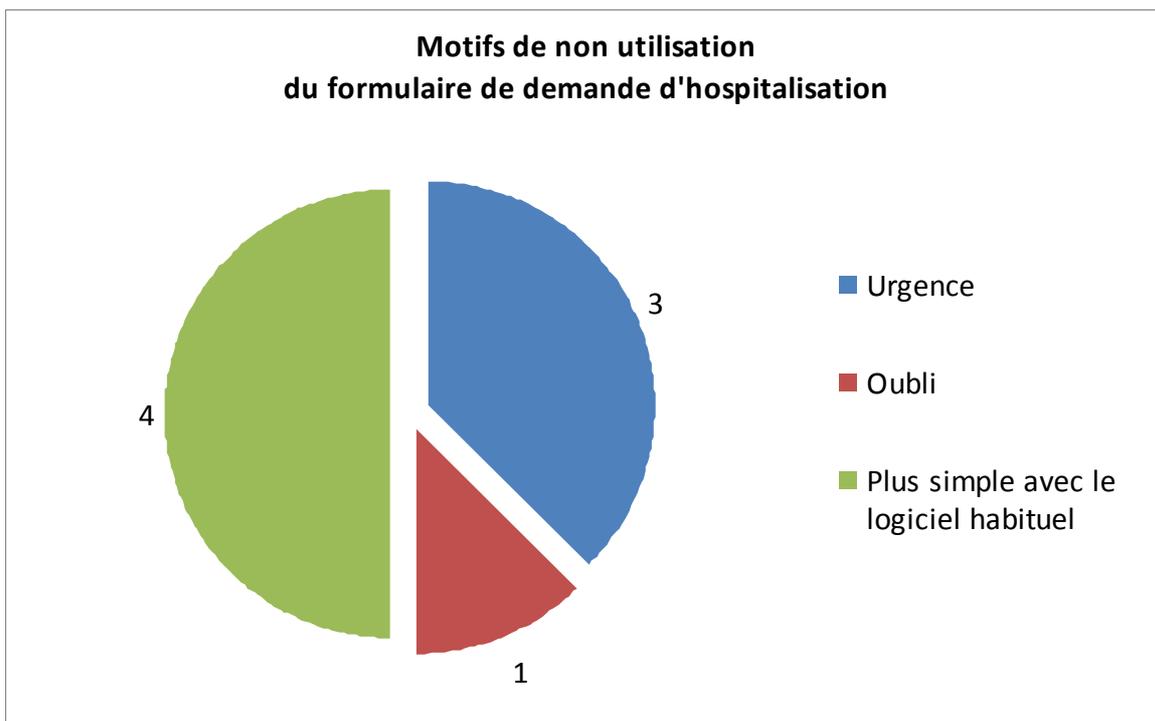
| | |
|--|--------|
| Médecins ayant une activité hospitalière | 11% |
| Médecins adhérents à un réseau de santé | 100% |
| Nombre moyen de réseaux | 3,7 |
| Durée moyenne d'installation | 14 ans |

14 des 22 demandes d'hospitalisation ont été réalisées à l'aide du formulaire (Annexe 13) :

- 9 demandes d'hospitalisation en médecine interne,
- 5 demandes d'hospitalisation en gériatrie.

Un formulaire n'a pas été pris en compte dans ces chiffres car il a été envoyé en complément d'informations alors que la patiente était déjà hospitalisée.

Les causes d'hospitalisation sans utilisation du formulaire sont représentées ci-dessous :



1.2. Mode d'envoi des demandes d'hospitalisation :

Les demandes ont été adressées par mail et fax.

- Le mail : il a été utilisé pour 12 des 14 demandes faites avec le formulaire ainsi que pour 4 demandes réalisées sans le formulaire.

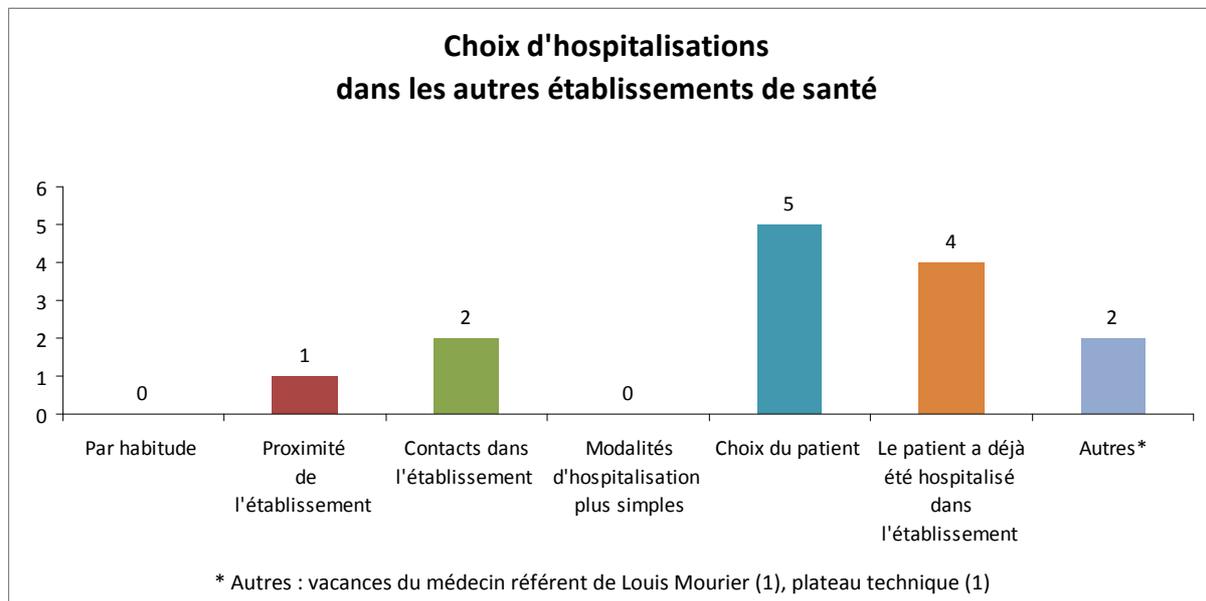
L'adresse mail dédiée aux demandes d'hospitalisation a été utilisée systématiquement pour les demandes réalisées avec le formulaire et pour 2 demandes réalisées sans le formulaire, ce qui porte son taux d'utilisation à 73,7%.

L'envoi de la demande à l'adresse mail créée s'est fait pas messagerie sécurisée à l'exception de 5 cas :

- Le médecin ne sait pas se servir de la messagerie sécurisée (3 cas)
 - Echec du cryptage lors de l'envoi (1 cas)
 - Erreur d'adresse mail (1 cas)
- Le fax : il a été utilisé dans 2 cas, pour raison de simplicité et d'erreur d'adresse mail.

2. Hospitalisations dans les autres établissements de santé :

14 des 17 médecins ont eu recours à une hospitalisation dans un service de gériatrie ou médecine interne d'un autre établissement de santé. Les raisons étaient les suivantes :



II. Utilité du formulaire :

Pour chaque critère étudié, les médecins ont dû attribuer une note de satisfaction allant de 1 à 5 (1 : très satisfait, 5 : pas du tout satisfait).

1. Délai de réponse à la demande :

La note de satisfaction attribuée par les médecins de notre enquête est de 1,63.

Lors de l'envoi du formulaire par mail, il était convenu avec le service hospitalier qu'un accusé de réception soit adressé au médecin demandeur. Il a été reçu dans 100% des demandes faites par mail dans un délai moyen 2 jours (délai prenant en compte les week-ends et jours fériés).

2. Respect du délai d'hospitalisation demandé :

La note attribuée est de 1,86. Cependant les délais demandés n'ont pas pu être systématiquement respectés comme indiqué dans le tableau suivant :

| | | | | |
|----------------------|---------|-----------|------------|----------|
| Délai demandé | < 48h | < 7 jours | < 14 jours | < 1 mois |
| Délai effectif moyen | 4 jours | 17 jours | 14,5 jours | 27 jours |

Le délai moyen pour qu'une hospitalisation aboutisse est en moyenne de 1,97 fois supérieur au délai demandé avec une majoration du délai plus importante pour les hospitalisations rapides (délai multiplié par 2 en cas de demande < 48 heures, et par 2,42 en cas de demande < 1 semaine).

Un appel téléphonique simultané à l'envoi du formulaire a été réalisé 3 fois pour une hospitalisation souhaitée en moins de 48 heures et une fois pour une hospitalisation souhaitée en moins de 4 jours. Les hospitalisations ont eu lieu en 24 et 48 heures.

Un appel a également été réalisé au terme du délai demandé pour 2 demandes souhaitées en moins d'une semaine et 1 demande souhaitée en moins de 2 semaines. Les hospitalisations ont eu lieu en 1 mois pour les 2 premières et 3 semaines pour la suivante.

2 des 14 demandes d'hospitalisation n'ont pas abouties, c'est-à-dire que le patient n'a pas été hospitalisé. Les raisons étaient :

- Le décès de la patiente avant l'hospitalisation,
- Le patient n'a pas pu être joint pour confirmer l'hospitalisation.

3. Prise en charge du patient :

La note attribuée par les médecins généralistes pour la réalisation des examens et consultations demandés est de 1,71. Celle concernant la prise en charge globale du patient est de 1,6.

Les attentes des médecins généralistes formulées sur les demandes d'hospitalisation ont été comparées avec les données figurant dans les comptes-rendus d'hospitalisation. On retrouve :

- La forte proportion de réalisation des examens et consultations demandées. Dans un seul cas, une consultation spécialisée n'a pu être faite lors de l'hospitalisation. Il s'agissait d'une hospitalisation semi-urgente (patient hospitalisé au bout de 3 jours).
- La réponse systématique à la problématique.

4. Retour sur l'hospitalisation :

Les médecins généralistes ont trouvé le délai de réception relativement long, ce qui correspond à la note de satisfaction de 2,8. En effet, le délai moyen pour que le compte-rendu soit tapé est en moyenne de 5,11 jours et de 13,71 jours pour qu'il soit validé.

Au moment du recueil de données, 8 comptes rendu d'hospitalisation avaient été reçus par les médecins, ce qui correspond à 72,7% des hospitalisations effectives.

Sur les 3 comptes-rendus manquants :

- Un compte-rendu a été reçu une semaine après le recueil de données.
- Un compte rendu était disponible mais n'avait pas été envoyé au médecin ayant fait la demande d'hospitalisation.
- Un compte rendu n'avait toujours pas été dicté plus de 2 mois après l'hospitalisation de la patiente.

Par ailleurs, aucun médecin n'a reçu la fiche de résumé d'hospitalisation.

5. Satisfaction des médecins :

12 sur 13 médecins trouvent un bénéfice à l'utilisation de ce type de formulaire, que ce soit pour eux ou pour les patients. Ils souhaitent donc continuer à utiliser ce type d'outil.

DISCUSSION

L'analyse des demandes d'hospitalisation a été faite en fusion pour les deux unités du service en raison du faible nombre de données.

I. Améliorer la qualité des informations transmises à l'hôpital :

63,6% des demandes ont été faites à l'aide du formulaire. En retirant les hospitalisations urgentes, ce chiffre atteint 73,7%.

Il s'agit d'un bon résultat contrairement à ceux des autres études de ce type. En effet, plusieurs hôpitaux ont proposé la mise en place d'une fiche d'hospitalisation programmée (8-32-71) :

- La première étude (8) s'est déroulée en 2006 dans la région de Macon. Son objectif était de tester une fiche de demande de réhospitalisation dans l'hôpital de Macon, tout service confondu. Elle est partie du constat du réseau local selon lequel 15% des patients du réseau sont réhospitalisés mais la programmation de celles-ci est passée de 60 à 37% entre 2002 et 2003.

Cette fiche de programmation a été testée sur 1 an, elle était adressée par mail ou fax.

Elle n'a été utilisée que 2 fois sur les 22 réhospitalisations.

- La seconde étude (71) s'est déroulée en 2008 à Béziers. Elle a testé l'utilisation d'une lettre type d'admission à l'hôpital diffusée par courrier. Cette lettre a été mise au point selon 15 critères jugés pertinents par le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA). Les critères étaient les suivants : motif d'hospitalisation, histoire de la maladie, examens complémentaires réalisés, antécédents, traitement habituel, traitement récent, traitement précis (posologie), allergies, mode de vie, orientation à la sortie, identité du rédacteur, médecin traitant, identité du patient, destinataire, date.

Elle a été testée sur 6 mois, le mode d'envoi n'était pas précisé.

Elle n'a été utilisée qu'une seule fois mais le nombre moyen de critères dans les lettres d'admission des médecins est passé de 7,5 à 10 pendant cette période, preuve que la lecture

de cette lettre type a permis de sensibiliser les médecins à améliorer le contenu de leurs courriers.

- La troisième étude s'est déroulée en 2010 à Paris (32). Il s'agissait de réaliser une enquête de satisfaction auprès des médecins adhérents au réseau Paris-Diabète vis-à-vis de la fiche de demande d'hôpital de jour de Bichat-Lariboisière. Cette fiche avait été élaborée en 2008 par les endocrinologues du réseau.

Il s'en suivait une analyse quantitative de l'utilisation sur 6 mois. La fiche était adressée par fax ou courrier.

Cette fiche a été peu utilisée et l'enquête de satisfaction qui avait pour but de sensibiliser les médecins à son utilisation n'avait pas modifié son usage.

Il existe un point commun à ces 3 études. Les médecins généralistes s'accordent pour dire que la mise au point d'un tel outil est utile, même si ils ne l'utilisent pas. Ces fiches sont considérées comme une paperasse supplémentaire.

Les différences avec notre étude peuvent s'expliquer par plusieurs points :

- La diffusion des formulaires : contrairement aux études précédemment citées, elle ne s'est pas faite par courrier mais par un entretien individuel au cabinet de chaque médecin.

- La disponibilité des formulaires et la possibilité de les remplir par informatique. Les médecins participant à notre étude étant tous informatisés, les formulaires pu être enregistrés dans les ordinateurs de chaque médecin dans le dossier du PSU-GVLG. Il s'agit de liens directs vers des outils aidant à la pratique (par exemple, aide pour le prêt de matériel d'automesure tensionnelle).

Les médecins généralistes sont satisfaits de la prise en charge de leurs patients ainsi que de la réponse à leur problématique. Les données recueillies dans les comptes-rendus d'hospitalisation confirment que les attentes des médecins ont été prises en compte.

Les résultats concernant l'amélioration de la prise en charge des patients également sont positifs puisque 90% des médecins ayant utilisé le formulaire s'accordent pour dire que cet outil est bénéfique pour le patient. Cela lui évite d'abord de passer par les urgences et les médecins hospitaliers ont le maximum d'informations nécessaires à sa prise en charge.

Mais il s'agit d'une évaluation subjective ne permettent pas de savoir si l'utilisation d'un tel formulaire a apporté un bénéfice à la prise en charge des patients par rapport aux autres modes de transmission de l'information utilisés auparavant.

Par ailleurs, cela n'a pas permis d'amélioration du retour sur l'hospitalisation. Ce point a été discuté avec les médecins hospitaliers. Le délai légal de 8 jours pour envoyer le compte-rendu au médecin initiateur de l'hospitalisation semble non réalisable compte tenu des étapes entre la dictée et l'envoi du compte-rendu (correction, validation, tâches administratives relatives aux correspondants et service postal) qui nécessitent en général 1 à 2 semaines supplémentaires. Au total, le délai entre la sortie du patient et la réception du compte-rendu approche les 30 jours.

Le manque d'information lié au délai de réception du compte-rendu devait être compensé par l'envoi de la fiche « résumé d'hospitalisation » mais celle-ci n'a été retrouvée dans aucun dossier des médecins généralistes. Cette fiche est pourtant remise systématiquement au patient lors de sa sortie, c'est à lui de la présenter à son médecin traitant.

Afin de régler ce problème, plusieurs solutions ont été envisagées avec les médecins hospitaliers :

- Envoyer cette fiche par mail,
- Insister auprès du patient sur la nécessité de transmettre cette fiche à son médecin.

La deuxième solution a finalement été choisie pour des raisons techniques.

II. Améliorer la communication avec l'hôpital :

L'adresse mail créée afin de recevoir les demandes d'hospitalisation a été fortement utilisée, ainsi que le système de messagerie sécurisée.

Or les médecins ayant utilisé le formulaire disposent de contacts avec les médecins hospitaliers (téléphonique ou adresse mail personnelle) grâce aux relations tissées au cours des années et par leur adhésion à de nombreux réseaux de santé. Cela démontre :

- La nécessité d'une communication asynchrone entre les médecins de ville et hospitaliers.
- L'importance de disposer d'une adresse mail spécifique à ce type de demande. En effet, en envoyant une demande à un médecin hospitalier spécifique, le médecin généraliste prend le risque que celui-ci soit absent (congrès, congés...) et que sa demande ne soit pas prise en compte immédiatement.
- La sensibilisation des médecins à la nécessité du cryptage des informations. Le taux d'essai d'envoi des formulaires par messagerie sécurisée est d'ailleurs de 75%.

Cependant, ces résultats concernent un échantillon de médecins généralistes qui sont tous informatisés et équipés d'une messagerie sécurisée.

III. Délais d'hospitalisation :

Deux problèmes ont été identifiés pendant cette évaluation :

- Pour les hospitalisations souhaitées en moins de 48h, celle-ci a plus de chance d'aboutir rapidement en cas d'appel téléphonique simultané à la demande.
- Pour les demandes souhaitées en moins d'une semaine, les délais ont souvent été plus longs. Les médecins généralistes n'ayant pas d'information sur l'avancée de leurs demandes se sont sentis obligés de rappeler le service.

Les médecins hospitaliers expliquent cette difficulté à respecter les délais demandés par deux points :

- Le délai des rendez-vous pour les examens programmés. Ils sont identiques à ceux attribués aux patients réalisant des examens en externe.
- Les places disponibles dans le service dépendent de l'activité du service d'urgence.

Afin de régler ces points problématiques, il a été convenu avec les médecins hospitaliers responsables des hospitalisations programmées que :

- Pour les demandes souhaitées en moins de 48 heures, il est préférable que le médecin joigne le service simultanément à l'envoi de sa demande.

- Pour les demandes souhaitées en moins d'une ou deux semaines, les médecins hospitaliers enverront un mail de rappel aux médecins généralistes si celle-ci nécessite un temps de programmation plus long que prévu.

Les formulaires ont donc été modifiés afin de rajouter les informations nécessaires à cette amélioration (Annexe 14).

CONCLUSION

Le but de ce travail était de créer et d'évaluer un formulaire de demande d'hospitalisation.

Les entretiens semi-directifs réalisés auprès des médecins généralistes ont révélé un ressenti plutôt négatif en ce qui concerne la programmation des hospitalisations, la principale difficulté ressentie étant la communication avec les services hospitaliers.

Ils ont permis l'élaboration de formulaires d'hospitalisation à utiliser avec les services de médecine interne et de gériatrie de l'hôpital Louis Mourier.

Un des points importants de l'étude est l'utilisation très fréquente des formulaires et l'adresse mail mis en place, ce qui confirme la nécessité de disposer d'un support préformé afin d'assurer la transmission de l'information et d'avoir un moyen de communication asynchrone entre la ville et l'hôpital.

A la vue de l'efficacité de l'utilisation de ces formulaires, les médecins hospitaliers ont souhaité poursuivre la diffusion de ces formulaires. Cette étape débutera par la diffusion à tous les membres du PSU-GVLG.

L'évaluation de l'efficacité des formulaires a révélé la difficulté à prendre en compte les délais d'hospitalisation désirés par les médecins, ainsi que la persistance de difficultés à obtenir des informations en retour par l'hôpital.

Si les médecins participant à l'étude sont satisfaits de cette nouvelle procédure, il serait intéressant de réaliser une étude comparative entre les hospitalisations utilisant cet outil et les hospitalisations standards (par les urgences ou programmées sans utilisation de cet outil) afin de rechercher une amélioration des pratiques. Cette étude pourrait avoir comme critères d'évaluation : la durée moyenne des séjours, la réalisation des examens demandés et la réponse à la problématique du médecin ainsi que la satisfaction des patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Le panorama des établissements de santé- édition 2001. Document disponible sur <http://www.sante.gouv.fr>
2. CHOPARD P., PERNEGER T., GASPOZ J-M., et al. Predictors of inappropriate hospital days in a department of internal medicine. *Int J Epidemiol.* 1998, 27 (3): 513-519
3. PAILLE-RICOLLEAU C., HAMIDOU M., LOMBRIL P., et al. Revue de pertinence des journées d'hospitalisation en médecine et chirurgie : un tiers de journées inappropriées au CHU de Nantes. *Presse Med.* 2009, 38 (4): 541-550
4. LETRILLIART L., FLAHAULT A. Une hospitalisation sur dix est décidée par le généraliste. *Réseau Sentinelles. Le quotidien du médecin.* 26 avril 2001, 6906: 8
5. Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France. Schéma régional d'organisation sanitaire d'Ile-de-France 2010. Juin 2010. Document disponible sur <http://www.ars.iledefrance.sante.fr>
6. Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) Ile-de-France. Bilan de l'activité en 2008 des services d'urgences en Ile-de-France. Septembre 2009. Document disponible sur www.parhtage.sante.fr
7. DERAME G., EL KOURI D., HAMIDOU M., et al. Les passages non justifiés au service d'accueil urgences : proposition d'une offre de soins différenciée. *Presse Med.* 2004, 33 (12): 780-783
8. 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 mâconnaise. Thèse de Médecine. Université de Bourgogne, 2006, 181p.
9. Réseau Sentinelles. Bilan annuel 2010. Document disponible sur <http://zwebsenti.b3e.jussieu.fr/sentiweb>
10. DELORME G. Hospitalisation par le médecin généraliste à Paris : modalités et obstacles rencontrés. Thèse de Médecine. Université Descartes-Paris 5, 2009, 75p.
11. HOUAID C., CHANSIAUX C., TROUILLET J-L., et al. Les personnes âgées consultant aux urgences médecine d'un centre hospitalo-universitaire : conséquences de l'ouverture d'une unité d'accueil et d'orientation (UAOPA). *Réan Urg.* 1995, 4 (1): 9-14
12. Fédération Hospitalière de France (FHF). DUCREUX J-C., CAUSSE D. Guide-annuaire d'amélioration des relations entre médecine de ville et médecine hospitalière. Mars 2007. Document disponible sur <http://www.fhf.fr/>

13. PITERMAN L., KORITSAS S. General practitioner-specialist referral process. *Intern Med J.*, 2005, 35 (8): 491-496
14. KEELY E., MYERS K., DOJEJI S. et al. Peer assessment of outpatient consultation letters- feasibility and satisfaction. *BMC Med Educ.* 2007, 7 (13): 1-5
15. SALATHIA K., MCLLWAINE W.J. General practitioner and hospital letters. *Ulster Med J.* 1995, 64 (1): 46-50
16. KNOTTNERUS J.A., JOOSTEN J., DAAMS J. Comparing the quality of referrals of general practitioners with high and average referral rates: an independent panel review. *Br J Gen Pract.* 1990, 40 (334): 178-181
17. MONTALTO M., HARRIS P., ROSENGARTEN P. Survey of Australian emergency physicians' expectations of general practitioner referrals. *Br J Gen Pract.* 1993, 43 (372): 277-280
18. BERTRAND F., PIERROT V., FOURNIER J.P., et al. La lettre d'admission : étude comparative aux urgences et dans des services de spécialités. *Réan Urg.* 1999, 8 (2): 140-184
19. EPSTEIN R.M. Communication between primary care physicians and consultants. *Arch Fam Med.* 1995, 4 (5): 403-409
20. RITACCO R. Réseau ville hôpital : mise en place d'un "courrier type" d'admission aux urgences de Moulins : impact et intérêt d'un tel outil. Thèse de Médecine. Université Clermont Ferrand 1, 2010, 50p.
21. COUPER ID, HENBEST RJ. The quality and relationship of referral and reply letters. The effect of introducing a pro forma letter. *S Afr Med J.* 1996, 86 (12) : 1540-1542
22. JENKINS S., ARROLL B., HAWKEN S., et al. Referral letters: are form letters better? *Br J Gen Pract.* 1997, 47 (415): 107-108
23. NESTEL D., KIDD J. Teaching and learning about written communications in a United Kingdom Medical School. *Educ Health.* 2004, 17 (1): 27-34
24. WAHLBERG H., VALLE P.C., MALM S., et al. Practical health co-operation - the impact of a referral template on quality of care and health care co-operation: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials.* 2013, 14 (7): 1-8
25. GARASEN H., JOHNSEN R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. *BMC Health Serv Res.* 2007, 7 (133): 1-7
26. EBBESEN J., BUAJORDET I., ERIKSEN J., et al. Drug-related deaths in a department of internal medicine. *Arch Intern Med.* 2001, 161 (19): 2317-2323

27. Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France. Eléments synthétiques de diagnostic sur l'état de santé de la population francilienne en vue du Plan stratégique régional de santé. Janvier 2011. Document disponible sur <http://www.ars.iledefrance.sante.fr>
28. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Augmentation du nombre des bénéficiaires du RSA et de la CMU-C. Regards sur l'année économique 2010. Juin 2011. Document disponible sur <http://www.insee.fr/>
29. Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) Ile-de-France. Projet médical de territoire expérimental des Hauts de seine-Nord (92-3). Octobre 2008. Document disponible sur <http://www.parhtage.sante.fr>
30. DUSCHESNE S., HAEGEL F. L'enquête et ses méthodes. L'entretien collectif. Armand Colin, 2005.
31. CHARMION S., PIATEK I., BENCHARIF L., et al. Qu'attendent les médecins généralistes de la médecine interne? Résultats d'une enquête postale sur le secteur de le Loire et des départements limitrophes. Rev Med Int. 2002, 23 (10): 840-846
32. ANIA H. Evaluation d'un outil de communication ville-hôpital auprès des médecins généralistes membres du Réseau Paris Diabète : exemple de la fiche d'hospitalisation de jour. Thèse de Médecine. Université Paris Diderot-Paris 7, 2010, 95p.
33. COOPER C.L., ROUT U., FARAGHER B. Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. BMJ. 1989, 298 (6670): 366-370
34. ANDRONIKOF M., THALMANN A. Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste : évaluation de l'organisation de 4 spécialités par l'utilisation de cas simulés. Presse Med. 2005, 34 (12): 847-850
35. BOUVERET M. Organisation des hospitalisations : enquête auprès des médecins libéraux du bassin de Carcassonne. Thèse de Médecine. Université Montpellier 1, 2009, 42p.
36. JENKINS C., BARTHOLOMEW J., GELDER F., et al. Arranging hospital admission for acutely ill patients: problems encountered by general practitioners. Br J Gen Pract. 1994 (44): 251-254
37. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). BREUIL-GENIER P., GOFFETTE C. Etudes et résultats. La durée des séances des médecins généralistes. Avril 2006. Document disponible sur <http://www.sante.gouv.fr>
38. PERLAT A., FRIN M., DECAUX O., 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. 2010, 31 (11): 776-779
39. GOUBIN C. Admissions directes en médecine polyvalente : un outil à la disposition des médecins généralistes. Thèse de Médecine. Université de Nantes, 2008, 84p.

40. DETOURNAY B., COUROUVE L. Les insuffisances en matière d'équipements d'imagerie médicale en France : étude sur les délais d'attente pour un rendez-vous IRM 2012. Etude pour Imagerie Santé Avenir. 2012.
41. JOURDAIN J. A propos de la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de l'hôpital. Enquête concernant le CHU de Poitiers. Thèse de Médecine. Université de Poitiers, 2009, 54p.
42. BERTRAND D., FRANCOIS P., ROMANET P. Le point de vue des médecins généralistes sur l'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital. Santé Publique. 1999; 11 (4): 453-63.
43. HUBERT G., GALINSKI M., RUSCEV M., et al. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant? Presse Med. 2009, 38 (10): 1404-1409
44. Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne. Le retour d'information au médecin libéral lors de l'hospitalisation de l'un de ses patients. Ressource. 2004 (5): 1-4. Document disponible sur <http://www.urps-med-bourgogne.org/>
45. MARSHALL M.N. How well do general practitioners and hospital consultants work together? A qualitative study of cooperation and conflict within the medical profession. Br J Gen Pract. 1998, 48 (432): 1379-1382
46. Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France. Enquête Sortie Etablissement de Santé : la continuité des soins en ville après une hospitalisation. 2006. Document disponible sur <http://www.urml-idf.org>
47. MANDIN F. Etude des relations entre médecine libérale et médecine hospitalière : l'exemple de Montaigu. Thèse de Médecine. 2007, Université de Nantes, 83p.
48. KRIPALANI S., LE FEVRE F., PHILLIPS C.O., et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. Implications for patient safety and continuity of care. JAMA. 2007, 297 (8): 831-841
49. NAYLOR M., BROOTEN D., JONES R., et al. Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. A randomized clinical trial. Ann Intern Med. 1994, 120 (12): 999-1006
50. SEGYO-SAUNIER A. Compte-rendu d'hospitalisation: évaluation selon la réglementation, point de vue des médecins généralistes. Thèse de Médecine, 2012, Université de Rouen, 69p.
51. HIRAUX E., FONTAINE A., POUCHOT J., et al. Attentes des généralistes, objectifs des hospitaliers, et contenu des compte-rendus d'hospitalisation. Rev Med Int. 1996, 17 (6) : 516
52. PLATINES : PLATeforme d'INformations sur les Etablissements de Santé. Document disponible sur <http://www.platines.sante.gouv.fr/>

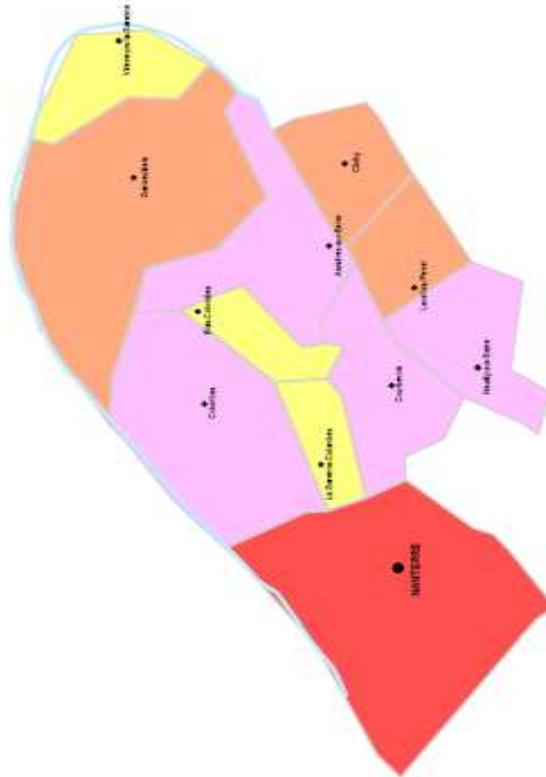
53. PATERSON J.M., ALLEGA R.L. Improving communication between hospital and community physicians. *Can Fam Phys.* 1999, 45: 2893-2899
54. <http://www.ulb.ac.be/erasme/fr:renseignementspratiques/medecintraitants/charte.htm>
55. http://www.chi-frejus-saint-raphael.fr/site/entre_prof/medecine_ville.htm
56. NEWTON J., ECCLES M., HUTCHINSON A. Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain? *BMJ.* 1992, 304 (6830): 821-824
57. MCGLADE K.J., BRADLEY T., MURPHY G.J.J., et al. Referrals to hospital by general practitioners: a study of compliance and communication. *BMJ.* 1988, 297 (6658): 1246-1248
58. FOURNIER E. Les courriers des médecins généralistes : la lettre d'admission au Service d'Accueil des Urgences. Thèse de Médecine, 2011. Université de Poitiers, 60p.
59. PUJOS L. Qualités et apports du courrier d'admission de la médecine libérale dans un service d'urgences. Thèse de Médecine, 2004, Université de Bordeaux 2, 109p.
60. MIAS VERIN N. Communication ville-hôpital : intérêt de la lettre d'admission aux urgences. Thèse de Médecine, 2007, Université de Toulouse 3, 77p.
61. DAIRE R., COLOMBIER B., MOULIAS S., et al. La personne de confiance en médecine générale. *Soins Gérontol.* 2012, 17 (98): 30-33
62. PASCAL J., ABBEY-HUGUENIN H., AGARD C., et al. Elaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital. *Presse Med.* 2004, 33 (11): 710-715
63. NICOLAS X., GRANIER H., LABORDE J.P., et al. Contenu informatif des courriers d'admission en service de médecine interne : lecture critique de 160 lettres. *Rev Med Int.* 2001, 22 (12): 576-577
64. NEWTON J., HUTCHINGSON A., HAYES V., et al. Do clinicians tell each other enough? An analysis of referral communication in two specialties. *Fam Pract.* 1994, 11 (1): 15-20
65. CAMPBELL B., VANSLEMBROEK K., WHITEHEAD E., et al. Views of doctors on clinical correspondence: questionnaire survey and audit of content of letters. *BMJ.* 2004, 328 (7447): 1060-1061
66. Union d'Aquitaine. Correspondance médicale entre médecins de ville et hospitaliers : des référentiels pour les praticiens. *Journal des Médecins Libéraux d'Aquitaine.* 2004, 38: 4-5. Document disponible sur <http://urpsmla.org>
67. FRANCOIS J. Tool to assess the quality of consultation and referral request in family medicine. *Can Fam Phys.* 2011, 57 (5): 574-575

68. PRINCIPE A. Quels sont les informations et les éléments immédiats nécessaires à la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans à l'arrivée au service d'urgences ? JEUR. 2004, 17 (3): 303-309
69. MONTALTO M., HARRIS P., ROSENGARTEN P., Survey an Australian emergency physician's expectations of general practitioner referrals. Br J Gen Pract. 1993, 43 (372): 277-280
70. CHEN Y., BRENNAN N., MAGRABI F. Is email an effective method for hospital discharge communication ? A randomized controlled trial to examine delivery of computer-generated discharge summaries by email, fax, post and patient hand delivery. Int J Med Inform. 2010, 79 (3): 167-172
71. GRANIER J. Correspondance médicale et mode d'admission dans le service de Médecine interne au Centre hospitalier de Béziers : étude comparative de 2 groupes de 100 patients admis ou non par les Urgences. Médecine. Université Montpellier 1, 2008, 102p.

ANNEXE 1 :

Le territoire de santé 92-3 Hauts-de-Seine Nord

| | |
|------------------------------|-----------------------------|
| Département : | 92 |
| Territoire de santé : | 923 |
| Population : | 589 000 hab. |
| Superficie : | 57 km ² |
| Densité : | 10 379 hab./km ² |
| Pourcentage population IDF : | 5,32 % |
| Pourcentage superficie IDF : | 0,47 % |
| Densité Ile de France : | 922 hab./km ² |



| Population Totale | |
|-------------------|-------------------------------|
| Light Blue | < 5 000 habitants |
| Light Green | de 5 000 à 10 000 habitants |
| Yellow | de 10 000 à 20 000 habitants |
| Orange | de 20 000 à 40 000 habitants |
| Red | de 40 000 à 100 000 habitants |
| Dark Red | de 60 000 à 100 000 habitants |
| Dark Red | > 100 000 habitants |



ANNEXE 2 :

L'offre de soins sur le territoire de santé 92-3



ANNEXE 3 : Guide d'entretien

Focus group 1 :

1. Que pensez-vous de la programmation des hospitalisations ?
2. Quelles sont actuellement vos habitudes concernant la programmation des hospitalisations ?
3. Avez-vous des problèmes pour les organiser ?
4. Voici des fiches de demande d'hospitalisation programmée. Que pensez-vous de chacune d'elle ?
5. Comment voudriez-vous que cette fiche soit communiquée à l'hôpital ?
6. Voyez-vous d'autres critères à ajouter ?

Focus group 2 et 3 :

1. Que pensez-vous de la programmation des hospitalisations ?
2. Quelles sont actuellement vos habitudes concernant la programmation des hospitalisations ?
3. Avez-vous des problèmes pour les organiser ?
4. Voici des fiches de demande d'hospitalisation programmée. Que pensez-vous de chacune d'elle ?
5. Comment voudriez-vous que cette fiche soit communiquée à l'hôpital ?
6. Avez-vous déjà rencontré des problèmes de communication avec l'hôpital ?
7. Voyez-vous d'autres critères à ajouter ?

ANNEXE 4: Focus group

Focus group 1

M : aujourd'hui nous allons parler des hospitalisations programmées par les médecins généralistes et je voudrais que nous débutions par un tour de table sur votre ressenti dans votre pratique quotidienne sur les hospitalisations programmées ? {les médecins se regardent} (9)

A : ça dépend où (.) on hospitalise les gens. {rires} Voilà. De temps en temps c'est le grand bazar et euh... de temps en temps ça se passe très bien.

B : ça peut être compliqué euh... d'une part à cause des services en question, mais parfois aussi à cause des patients. (.) Ce n'est pas que la faute des services.

M : c'est-à-dire ?

B : bah ça m'est arrivé il n'y a pas très longtemps de passer... presque une demi journée entière sur une hospitalisation programmée d'une patiente (.) et à la fin j'ai réussi enfin à trouver euh ce que je voulais pour la patiente et la fille de la patiente m'a expliqué que ça ne l'arrangeait pas (.) cet après midi là, parce que faire l'aller-retour ça ne l'arrangeait pas trop trop et que ce serait plutôt pour le lendemain. Donc là (.) c'est compliqué {rires} et là bah... elle s'est débrouillée toute seule parce que ça allait bien quoi. Parce que ça prend un temps fou, c'est extrêmement chronophage, ça c'est certain. (.) Après, c'est plus satisfaisant, mais c'est très très très chronophage. (2)

C : moi ce qui me pose problème dans les hospitalisations des patients, c'est que j'ai souvent l'impression qu'on ne répond pas à l'ensemble des problèmes que je me pose euh... C'est-à-dire souvent en définitive que les patients passent par les urgences (.) et puis tout compte fait, on... on a une réponse à une question urgente ou à un symptôme urgent ou... mais au total, euh ça ne m'avance pas pour la prise en charge globale du patient assez souvent. Et (.) je reste avec tout un tas de questions sur les bras donc je me disais qu'en organisant des hospitalisations programmées je pourrais poser les questions que je me pose, l'ensemble des questions, (.) et essayer d'obtenir qu'on y réponde. Je ne suis pas certain d'ailleurs que ça marche puisque j'ai souvent vu euh une hospitalisation programmée, je pose mes questions et les gens ressortent avec tout un ensemble de rendez-vous pour la suite, qu'en définitive, j'aurais peut être pu organiser plus vite. Donc j'en suis même au point de me demander, ce qui ne serait pas plus utile pour un patient, ce serait que je discute avec des spécialistes euh, qu'on ait un petit staff et qu'on... discute de la situation d'un patient, qu'on se mette bien d'accord sur les examens à programmer et qu'éventuellement (.) on les réalise euh... avant de refaire le point sur ce qu'il faudrait faire.

B = type hôpital de jour

C : bah ça peut être hôpital de jour mais ça peut être les faire en ville même parce que je vois que t'hospitalise même en HDJ en définitive tous les examens ne sont pas fait, on les reconvoque un mois après pour voir autre chose alors que si tu l'avais fait en ville, tu l'aurais peut être eu. Le problème c'est que... souvent avant de se lancer dans tout un... ensemble d'exams, on aimerait bien avoir l'avis d'un spécialiste de la question qui... qui nous donne son point de vue, voir si c'est raisonnable ou... complètement délirant pour une personne âgée de se lancer dans tout un tas de choses. (2) Bon, donc les envoyer aux urgences, que ce soit les personnes des maisons de retraite ou les autres, c'est pas du tout satisfaisant. [B : Pour personne] {rires} Mais on a pas l'impression que les hospitalisations programmées telles qu'on essaie de les réaliser, ça se passe souvent très bien. On a l'impression que notre lettre est perdue, quand les patients arrivent enfin dans le service voulu, il n'y a même plus notre lettre! Euh... ça demande un effort considérable pour... pour suivre l'affaire quand les patients sont hospitalisés. Je trouve que si il doit y avoir hospitalisation programmée, normalement au bout d'un ou deux jours, on devrait faire obligatoirement, ou alors au cours ou à l'issue de la journée, on devrait faire le point avec le médecin traitant pour dire « bah vous avez demandé une hospitalisation dans des circonstances spéciales, voilà ou l'on en est, et... »

A : ça on a quasiment jamais de retour, enfin moi en tout cas, j'en ai rarement des retours. C'est euh... (2) ah bah tiens c'est le patient qui appelle ou la maison de retraite quand c'est des gens de maison de retraite, pour dire euh...

M : lorsque l'hospitalisation a été programmée ou pour toutes les hospitalisations ?

A : oui programmée, et zéro retour quoi. Pas un coup de fil « votre patient est sorti, il va sortir, voilà ce qu'on a fait, voilà ce qu'on a trouvé ». Et de toute façon quand on appelle euh..., enfin moi ça m'est arrivé d'appeler pour prendre des nouvelles de mes patients et régulièrement c'est euh... « j'ai pas le temps de parler au médecin traitant », donc honnêtement...

C : le retour est trop tardif. Une fois sur deux, ça ne répond pas aux questions qu'on a posées, (.) c'est pour ça qu'on dit qu'éventuellement on aimerait bien qu'au cours de l'hospitalisation il y ait un petit dialogue avec le médecin traitant. [B : Avant la sortie!] Alors après, il faudrait que nous on soit disponible. Parce que c'est vrai que si on m'appelle au milieu de mes consultations pour parler de madame trucmuche, euh..., c'est compliqué pour moi

B = oui mais ça nous on se rend disponible franchement {protestant}

A : on se rend quand même plus facilement disponible

B : franchement beaucoup plus disponible qu'à l'hôpital

A : en général quand l'hôpital appelle, même si je suis en consultation, je dis au patient « écoutez, je suis désolée, je prends au moins les grandes infos » [B: Moi aussi] ou j'essaie de voir quand est-ce qu'on peut rappeler, euh..., voilà et je dis « voilà est-ce que vous êtes disponible dans vingt minutes ? » et je rappelle entre deux euh.... Mais euh... enfin je les trouve quand même moins dispo. [B : Je trouve qu'on se rend disponible] Peut être que je ne suis pas assez surbookée (rires) du coup voilà euh... (2) Mais je trouve que l'effort que ça demande et l'investissement que ça demande en temps, en..., même faire une lettre correcte parce qu'on y passe du temps à faire des courriers pour que justement ils aient toutes les infos dont ils ont besoin, et qu'on essaie de faire des synthèses et tout. Pour le retour qu'on a..., quand on a un retour euh...

C : enfin c'est pas toujours le cas, il y a des cas où on est appelé pendant l'hospitalisation ou au décours..., où on nous demande des précisions, ça arrive. Mais disons que ce n'est pas le cas le plus fréquent quoi.

M : donc globalement comment procédez vous pour programmer l'hospitalisation ?

B : on appelle dans le service directement. Bah oui, on appelle directement dans le service. Ce qui fait que c'est déjà un peu compliqué de trouver la bonne personne déjà. C'est extrêmement compliqué, souvent on peut y passer vingt minutes, déjà {souplesse}. Après on arrive enfin à trouver la bonne personne, il faut lui expliquer hein... comment ça se passe avec le patient, que la personne soit d'accord, et qu'après, dans un second temps en général, elle me rappelle pour me proposer une date. Donc après il faut que le patient soit aussi d'accord, et c'est encore plus compliqué. Et après, il faut faire une lettre, les machins, donc ça prend un temps... fou quoi. C'est sûr que dans ces conditions, adresser un patient aux urgences c'est quinze fois plus simple hein, y a pas photo.

M : vous procédez tous de la même façon ? Il y a à la fois le contact oral et le support écrit ?

C : bah oui

A : oui

B : parce que le patient ne va pas pouvoir prendre tout seul rendez-vous dans le service

C : moi mes patients ne savent ni lire ni écrire et ils n'ont pas le téléphone

B : et puis ils ne savent pas où aller

A : de toute façon euh..., entre le moment où c'est le PH qui dit « OK, je vous le prend en hospitalisation euh... tel jour à telle heure », c'est pas le PH qui va le recevoir hein, c'est l'interne et l'interne, souvent euh..., il n'a pas forcément les infos euh... dont dispose la personne que nous on a eu au téléphone. Donc euh... le support écrit est indispensable.

B : oui

M : donc tout ça, le fait de passer du temps au téléphone, que la lettre soit perdue, au final, est-ce que ce sont des freins à l'hospitalisation et est-ce que vous envoyez donc plus aux urgences ou non ?

B : non!

A : non, on continue {rires}, un peu maso.

C : bah moi si, j'envoie plus aux urgences parce que voila quoi (.), les bras me tombent. (2) J'ai moins de temps. (2) Je suis plus surbooké.

A : c'est ça, tu es plus surbooké, nous on a encore un peu de temps

B : alors l'autre possibilité c'est parfois d'essayer de... d'éviter l'hospitalisation dans la mesure ou c'est possible quand c'est pas grave et puis de prendre l'avis oral au moins justement du... du spécialiste pour essayer d'organiser un peu à l'avance, de faire avancer un peu les choses avant euh... l'hospitalisation, histoire de gagner un peu de temps parfois

A : mais ça, il y a des services qui demandent. Genre à l'hôpital X, en médecine interne, quand je l'avais eu pour un de mes patients, elle me dit « là je n'ai pas de place tout de suite, il faudrait lui faire tel bilan en ville, [B : comme ça au moins on avance] et puis bah, je vous rappelle », enfin voila et elle m'a rappelé trois jours après et ça a eu le temps de faire avancer pas mal de choses euh... Donc ça c'est pas mal mais c'est des services avec lesquels euh...

B : ou en gériatrie aussi à... l'hôpital Y parfois ils peuvent faire ça

C : ce que ça nécessiterait, c'est que le temps de travail des hospitaliers qui nous serviraient d'experts soit pris en compte dans la tarification, parce qu'autrement, ça ne marchera jamais, mais...

B : mais c'est très personne dépendant quoi. Ca dépend de la bonne volonté

C : oui, mais ça ne dépendrait plus de la bonne volonté si tu avais une tarification de la consultation à distance pour une synthèse autour d'un cas euh.... Ca changerait tout hein

A : je ne suis pas convaincu (2)

C : bah si, je suis persuadé que si

A : mais peut être hein... mais...

C : regarde pour les urgences, ils ont tous crié en disant « oui, on en a trop etc. » et les maisons médicales qui ont organisé des urgences elles ferment les unes après les autres, [A : Oui, je sais] parce qu'avec la T2A, pour les hôpitaux ça devient rentable de pratiquer des consultations aux urgences. (3) Bah, je pense qu'il faut les deux, il faut à la fois une équipe dynamique etc. mais si ce n'est pas reconnu au niveau du paiement, comme ils sont débordés, au bout d'un moment, euh... Donc là il faudrait carrément une expérimentation au niveau de la sécu. {rires}

M : mais ça sort un petit peu du cadre de mon petit projet {rires}

C : on ne sait pas, ça peut être une proposition

A : on peut élargir ton projet {rires}

B : voila, conclusion

M : OK, nous allons passer au vif du sujet. Je vais vous donner à tous les feuilles de demande d'hospitalisation programmées. Donc ce sont les trois services qui ont été les plus demandés lors de l'enquête préalable. On commence par celle de médecine interne. Là, j'ai pris l'exemple de celle de Louis Mourier parce qu'on avait déjà travaillé à une fiche.

C : est-ce que tu sais que Louis Mourier à mis au point un truc pour l'hospitalisation programmée pour euh... deux jours ? C'est tout récent hein, ils ont un protocole pour l'hospitalisation programmée de 2 jours. Mais je ne suis pas sûr, tu pourras demander aux autres médecins si ils savent. Vous vous en êtes servez vous ?

B : moi jamais, je ne savais pas

A : je savais, tu m'avais dit mais je ne m'en suis jamais servi

M : donc nous avons 3 services, la médecine interne, la gériatrie et la diabéto. On va commencer par la médecine interne. Je voudrais des remarques sur ce que vous pensez des fiches, sur le fond, sur la forme, ce que vous enlèveriez, ce que vous rajouteriez...

C : bah je mettrai le numéro de sécu du patient, autrement, ce n'est même pas la peine d'aller plus loin.

A : oui (4)

B : en fait ça se ferai en lien avec Arès ?

M : en fait cette fiche avait été créée au début avec le réseau Arès, donc c'est pour ça qu'on a laissé les coordonnées du réseau Arès

B : d'accord

C : enfin, c'est pas grave, c'est les moyens qu'on a pour mettre en place le système mais...

A : il faudrait le nom du référent, enfin du...

B : oui, en fait il y en a sur certains, la personne à contacter (4)

A : le nom du médecin... à qui on adresse ouai

C : bah, moi, sur le truc de médecin interne euh..., j'aurais peut être bien mis euh... les correspondants impliqués dans la prise en charge. (.) Peut être que c'est intéressant de leur dire que le cardiologue c'est le docteur X, que le néphrologue une fois de temps en temps ils vont à l'hôpital Z, voir X, ou que... [B : Oui] Bon, probablement ça apparaîtra dans les comptes-rendus etc., nous avec l'ordinateur ça va ressortir. Mais peut être qu'il faudrait identifier quand même les correspondants impliqués dans la prise en charge ou mettre qu'il y a une infirmière, si on peut avoir les coordonnées de l'infirmière ou du pharmacien ou... Je trouve ça pourrait être intéressant.

A : et après il y a les mêmes de l'hôpital euh... en retour pour le médecin ?

M : c'est une idée

C : il y a motif d'hospitalisation, c'est la problématique quoi ?

A et B : oui, c'est la problématique.

A : tu préfères problématique

C : bah, enfin les questions qu'on se pose oui. Parce que en réalité elles ne nécessitent pas toutes une hospitalisation mais comme on regroupe un paquet de questions euh..., la réponse ça pourrait être « bah de toute manière il n'y a pas besoin d'hospitaliser pour les questions que vous vous posez, on peut faire comme ceci et comme cela. » (.)

A : oui

C : toutes les questions que je me pose ne sont pas des motifs d'hospitalisation pour être franc.. (.) Mais leur regroupement fait que je me sens dans l'incapacité de le faire, soit j'ai besoin d'un soutien psychologique pour qu'un grand médecin hospitalier me dise « tu vas y arriver, fais-le tout seul » {rires}, soit qu'il me dise « ce n'est pas la peine de le faire », soit qu'il me dise « bah je vais m'en occuper à ta place » mais après tout, il pourrait y avoir les trois non ?

A : après tu peux mettre motif d'hospitalisation, un slash et puis problématique avec un s entre parenthèses. Ca te va comme ça ?

B : comme ça c'est un peu des deux. (3)

B : moi je trouve ça pas mal. (5)

C : bah les lieux et les dates des précédentes hospitalisations, ça ça va être plus compliqué (.) d'avoir le détail des lieux et des dates des précédentes hospitalisations c'est plus compliqué. Il faudrait vraiment qu'ils nous disent que c'est absolument nécessaire, pour qu'on s'organise pour l'avoir systématiquement parce que à l'heure actuelle ce n'est pas le cas

A : oui. (3) Après je peux poser une question débile ? Enfin, faire une remarque débile mais euh... ça c'est très très bien pour les gens qui sont pas... informatisés ou autre mais globalement, nous dans les courriers qu'on fait c'est ça quoi.

B : oui c'est un peu ça

A : enfin, peut être pas dans cet ordre là mais euh... il manque peut être des petites choses mais...

C : c'est pas grave, ça nous demanderait juste de modifier notre formulaire automatisé ça c'est pas grave

B : donc on va faire ça

A : mais autrement, c'est bien

C : bah nous on peut très bien avoir ce formulaire là automatisé dans notre logiciel

B : oui, ça serait très bien, oui

C : moi j'aurais plutôt mis ça {montrant les examens complémentaire} dans la problématique mais vous vous dites qu'il faut les individualiser pour qu'on repère bien les... [A et B : oui] (6) Bah, pff... Pourquoi vous le mettez en bas, moi je l'aurais mis juste après la problématique. (.) Quand tu écris ta lettre, tu vas dire « je vous l'envoie pour son gnagnagna » et puis à la fin tu dis « bah voilà euh..., je vous propose de faire tel et tel truc » et puis après tu fais. Enfin je prends par rapport à notre système d'ordinateur, pour les autres collègues ça ne sera peut être pas pareil. Et puis après tu fais insérer le traitement, insérer l'historique, insérer les antécédents

B : oui mais c'est pas mal de comprendre l'histoire de la maladie quand même au début, [A : oui, avant de...] sinon tu comprends rien.

C : alors dans ce cas là faut mettre motif d'hospitalisation plus bas alors

A : bah non

B : bah pas forcément mais euh...

A : moi je trouvais ça logique mais...

B : oui moi aussi. Tu les adresses, je ne sais pas euh..., tu mets avis néphrologique euh machin

C : les examens complémentaires que je souhaite, c'est typiquement, ça fait partie du motif d'hospitalisation

A : ou alors tu le mets les examens complémentaires, tu les mets euh... après l'histoire de la maladie si tu veux. (.) Mais je trouve que de les mettre avant de raconter

C = bah non, le traitement en cours. Alors dans ce cas là, à problématique il faut mettre en bas, les examens complémentaires. Parce que tu as du mal à comprendre la problématique si tu ne connais pas l'histoire de la maladie, le traitement en cours, les antécédents, si on suit ta logique

A : d'accord, alors tu laisses le motif là, (.) oui ou tu le mets à la fin, oui. Tu peux mettre le motif à la fin alors

C : juste avant les examens complémentaires. C'est mon point de vue hein

A : oui oui. C'est un point de vue intéressant {rires}

B : OK

C : après le type d'hospitalisation je m'en fou un peu, c'est plutôt à eux de me dire

A : oui

C : sauf que parfois c'est le patient qui a euh... euh... des restrictions des... Donc là, il faudrait mettre un petit carré sur les conditions du patient. Parce que par exemple, j'ai des patients maghrébins qui sont là pour 15 jours. Donc il faudrait que je puisse inscrire « il a son billet de retour pour l'Algérie tel jour » ou alors je peux dire « le patient acceptera une hospitalisation d'une journée mais euh... n'accepte pas pour le moment une hospitalisation

A = mais au lieu euh... de mettre type d'hospitalisation, euh... tu peux mettre à ce moment là un truc du genre remarque ou...

B : oui une petite case blanche

C : oui, il faudrait juste rajouter une case remarque, (.) pour qu'on puisse euh... [A : oui] Voilà ou je peux lui dire « moi j'en sais rien ce qui convient le mieux et choisissez comme vous voulez, suivant les examens que vous me dites de faire en ville, c'est à vous de choisir. » (3) Alors ça ça impliquerait dans ce cas là que ce soit la même personne chez eux qui gère les 3 types d'hospitalisation ce qui n'est pas gagné. C'est-à-dire que ça va être XX qui va faire vite fait l'hôpital de jour et si c'est un hôpital de semaine ou traditionnel, c'est quelqu'un d'autre

B : oui

A : en même temps, après ils verront tu vois. Si dans les remarques tu mets euh..., je sais pas moi, « le patient peut être hospitalisé 24 ou 48 heures pas plus pour raisons familiales » enfin j'en sais rien pour quelle raison, enfin voilà, eux ils vont regarder ton problème et puis il va te dire « oui je peux te le faire en 24 heures, je te le prend » ou « je peux pas et je... je bascule »

C : j'ai changé d'idée pour les trucs. Je vous propose motif principal d'hospitalisation

A : d'accord

C : ou je dis juste « voilà, c'est un diabète déséquilibré » et puis après ou on a mis tout le baratin, on met problématique « bah voilà, il faut lui apprendre ceci, cela cela et voilà les examens demandés » est-ce que ça vous irait comme ça ?

A : oui, c'est bien

B : oui

C : parce que je vois bien que si vous n'avez pas le motif principal d'hospitalisation vite fait, ça va vous déstabiliser

A : ça va nous perturber {en riant} (2)

B : alors pour la gériatrie peut être mettre si il est en maison de retraite ou pas

A : oui

C : il y a retraite et EHPAD, c'est pas pareil

B : et peut être aussi l'autonomie, ah oui, tu as mis précisez. Oui ou non, précisez, genre comment il se déplace quoi... Enfin (.) tu n'es pas obligé de tout dire quoi... si il court comme un lapin ou si il a besoin de canne ou déambulateur

C : peut être qu'on peut mettre le GIR quand même

A : oui

C : si on a le GIR et que c'est tu vois, GIR pas grand-chose

A : oui, c'est intéressant

C : le GIR pas grand-chose ça renseigne quand même {rires}. (2) Alors là le traitement en cours il a pris des colonnes d'un seul coup

A : ouai. Et euh...traitement en cours on peut aussi (.) joindre une ordonnance quoi

B : et est-ce que démence « oui-non » ça serait intéressant ? (2)

A : mmm {réfléchit}. Le problème c'est qu'après dans les déments t'as les très déments, les moyens déments, les peu déments, et...

C : non mais faut pas pousser quand même. J'approche de l'âge fatidique, et moi ça me gonfle si vous m'hospitalisez en cochant une case « pas dément » {rires}. Mais tu te vois devant tes patients dire « ah bah tiens, toi tu n'es pas dément, toi tu iras à l'hôpital avec la case pas dément »

A : bah, le problème c'est que ...

C = t'as autonomie

A : moi c'est autre chose, c'est que si tu mets dément, ils le mettent en bas de la pile quoi. {rires} Alors que de temps en temps, ils sont déments mais gentils et ils méritent quand même d'être hospitalisés {rires}

B : oui tout à fait, après on peut le mettre dans histoire de la maladie sinon (.) ou dans les antécédents (.)

C : bah autonomie ça... recouvre un peu les démences quand même

B : un peu. (2)

A : un peu mais pas toujours. (.) Moi j'ai des patients en EHPAD qui sont pas du tout déments mais qui sont pas du tout autonomes

C : oui, mais comme tu vas détailler la perte d'autonomie. [A : oui, c'est ça, très bien.] Tu diras « le cerveau fonctionne mais il n'y a plus de chocolat »

A : c'est ça {rires} exactement

B : euh... bah...

C : c'est quoi l'institutionnalisation par rapport aux soins de suite ?

M : c'est le placement en maison de retraite

C : d'accord. (3) Bah pour les petits vieux, les remarques qu'on a fait sur qui s'en occupe etc les correspondants, ça prend encore plus toute sa valeur

A et B : ouai, c'est vrai. (5)

A : alors là du coup euh..., il y a plus tout ce que vous voulez faire comme examens, (.) en gériatrie

C : oui, je comprends pas elles ne sont pas pareille, de toute manière il faudrait qu'il y ait un seul modèle de fiche parce que...on va pas s'y retrouver si c'est différent pour les vieux. On veut bien une ou deux cases de plus spécifiques pour les petits vieux mais au total il faut que ça suive un peu la même hiérarchisation, d'autant plus que normalement ça va nous obliger euh... à créer des modèles de lettre dans nos dossiers médicaux pour que ça se fasse d'une manière automatique. On ne va pas taper tout ça

A : oui, donc je pense qu'il faut que tu gardes le modèle là et que tu rajoute des cases euh... spécifiques à la gériatrie en fait. Autonomie, les aides à domicile, la protection juridique, tout ça

C : après moi ça me dérange pas que la demande d'hospitalisation pour la diabétologie ça soit comme ça mais dans ce cas là nous on reverra le modèle de suivi du patient diabétique, le DBS, et on se débrouillera pour que ça ressemble à cette demande la mais on ne va pas au dernier moment, c'est impossible d'aller rechercher tous ces renseignements la dans le dossier. Là ce qu'il nous suggère c'est une manière d'organiser notre dossier médical pour pouvoir remplir très vite une lettre mais si au dernier moment il faut qu'on renseigne tout ça, c'est infernal non ? (8)

A : oui, alors sur le diabète euh

B : le problème qu'on a déjà eu avec le diabète c'est que y a des patients qui ressortent, on les envoyait pour mise sous insuline et ils reviennent sous autre chose que de l'insuline et on n'est pas d'accord. Et c'est un peu pénible

C : t'es pas d'accord parce que c'est pas expliqué le pourquoi dans le compte rendu

B : oui, ils n'expliquent pas et puis on fait quand même une hospitalisation en demandant explicitement la mise sous insuline et ils ne sortent pas sous insuline

A : et personne ne t'a prévenu. A la limite qu'ils ne ressortent pas sous insuline si il y a de bonnes raisons et qu'on t'appelle en te disant « bah écoutez voila, pourquoi vous pensez qu'il faut mettre de l'insuline, nous on pense plutôt qu'il faut faire ci, ça enfon voila ». Très bien mais, c'est comme quand les patients s'obstinent à aller voir les diabéto de ville et qu'ils ressortent avec un traitement complètement modifié et que

B : que t'es pas d'accord avec ce traitement là

A : que tu n'es pas d'accord et puis que tu rechange après

C : bon, en gros, pour moi, la fiche d'hospitalisation du diabétique, ça ne va pas.

A : oui

C : moi je pense que toutes elles devraient avoir à peu près le même format. Et avec cette idée essentielle que d'accord, pour commencer la lettre on met le premier motif d'hospitalisation et la fin de la lettre ça se termine par notre problématique, les examens éventuellement qu'on souhaite ou les modifications thérapeutiques qu'on propose. Et nous on veut une réponse sur ça, c'est-à-dire on est tout à fait capable de modifier notre point de vue et de comprendre les explications qu'on nous donne mais on n'est pas d'accord pour qu'une hospitalisation de jour, de semaine ou traditionnelle se termine sans qu'on ai une argumentation sur notre proposition initiale.

B : c'est ça (5)

C : ça pose la question fondamentale du fait que quand on hospitalise quelqu'un, si ils décident de le revoir en consultation après, faut qu'on nous explique pourquoi. C'est-à dire c'est inconcevable de nos jours d'accepter, comme ça existe très souvent, qu'on envoie quelqu'un en cardiologie et à la sortie, régulièrement, c'est convocation etc. avec renouvellement des traitements, enfin une prise en charge complète de l'hypertension artérielle, à l'hôpital, sans qu'il y ait la moindre justification à ça

B : à leur sauce

A : oui, avec des délais de rendez-vous

B : oui et avec les traitements que eux ont décidé et avec lesquels on n'est pas forcément d'accord. Là ça pose problème

A : oui. Après pour la diabéto j'entends bien qu'il y a des infos qui leurs sont utiles dans tout ce que tu notes

C : mais ça on pourrait mettre en dessous qu'il leur faut tout ça et c'est à nous de nous organiser pour soit le remplir sur leur feuille, soit à une manière de l'intégrer de manière automatique

A : après si tu l'intègres de façon automatique tu peux effectivement faire une espèce de trame commune et puis ensuite dire, voila si hospit en gériatrie remplir ça, si diabéto, la suite quoi: et puis après il suffit juste d'effacer ce dont tu n'as pas besoin quand tu fais ton courrier

B : oui

C : bah c'est-à dire nous de toute manière on ferait notre modèle à nous, on n'est pas obligé de travailler tous sur le même formulaire. Ceux qui ont Eo comme on a les DBS, on pourrait automatiser la procédure non ?

A : oui

C : disons que si on pouvait sortir ça de manière automatique, nous ça nous semble un objectif raisonnable sur la tenue de nos dossiers. Après quand on les a pas rentrer, bah faut chercher (4)

M : donc vous en fait ce qui vous dirait, ce serai que cette fiche soit un modèle et qu'avec votre informatique, vous arriviez à transposer directement les informations, comme ça ça sortira une sorte de courrier type

B : exactement

A : en fait il faudrait qu'il y ait une trame commune pour tout pour que après, selon le logiciel avec lequel tu travailles, on puisse créer une lettre type en suivant la trame commune

C : mais après on est d'accord pour entendre que si le service de diabéto nous dit que ça c'était une super idée et qu'il faut que tout ça figure, faut que tu nous mettes un rappel parce que tout le monde n'aura pas notre logiciel. Il y a d'autres endroit où les gens ont des dossiers papiers alors il faut bien leur rappeler ce qu'on souhaite avoir et eux ils auront à remplir les cases

A : mais après ce n'est pas très compliqué de faire un truc type de choses que tu demandes pour toutes les hospitalisations, et puis je ne sais pas mais à la page 3 tu mets, si hospitalisation en gériatrie et puis tu rajoutes les choses spécifiques à la gériatrie et puis la page 4 c'est si hospitalisation en diabéto. Comme ça les gens qui ont les dossiers papiers ils vont faxer que les parties correspondantes. Donc je pense qu'il faut que tu fasses vraiment les premiers trucs en trame commune et après les trucs spécifiques

M : merci pour les remarques sur ces fiches. Pour ce qui est de la communication avec l'hôpital, comment voudriez-vous communiquer ? Parce que vous êtes informatisés et vous avez apicrypt

A : bah déjà juste communiquer tout court {rires} ça serait bien. Est-ce qu'ils savent ce que ça veut dire, je ne sais pas

C : si. Donc faudrait qu'il y ait un référent pour les hospitalisations. Si possible, que ce soit le même qui traite l'hôpital de jour, la semaine ou le traditionnel et puis qu'il nous rappelle. Après ils peuvent se passer le relais

A : oui c'est ça

B : mais c'est sûr qu'ils ne rappelleront pas

M : et du coup pour l'envoi de la lettre, vous la laissez au patient ?

A : ça dépend par exemple en gériatrie à bichat, quand je demande une hospitalisation, j'ai toujours un médecin qui me laisse son nom et qui me demande de lui faxer le courrier directement et j'imprime le courrier, je le faxe au médecin et je le donne au patient pour son hospitalisation programmée. Comme ça si jamais, ce qui arrive 9 fois sur 10, la lettre est perdue, je suis sûre qu'il y a un double

B : souvent ils aiment bien qu'on leur faxe quand même, ils ont au moins quelque chose tout de suite

C : oui mais moi je pense qu'internet c'est beaucoup mieux parce que ça permet qu'on envoie un courrier et qu'on reçoive une réponse, qu'on ait une confirmation qu'ils l'ont bien reçu. Enfin moi je fais ça avec certains services et donc j'ai des nouvelles régulièrement de mes patients

B : oui c'est vrai

C : en plus quand on a pris l'habitude, vous revoyez le patient en consultation, on peut très bien faire un petit mail pour dire « impeccable, tout se passe bien ». Ça prend 2 minutes de faire un mail en consultation, tandis que préparer une lettre, l'imprimer, aller la faxer, s'est plus compliqué. Ceci dit ce qui est une solution pour moi ne l'est peut être pas pour d'autres.

M : tout à l'heure vous avez parlé de retour par rapport à l'hôpital, ça vous intéresserait qu'on ait une lettre type qui soit renvoyée soit par mail, soit quand le patient revient vous voir avec toutes les informations principales de l'hospitalisation avant que le compte rendu arrive

B : bah oui, ce sera bien oui. Il y en a qui le font quand même

A : je sais qu'en pédiatrie à LM, enfin j'ai des souvenirs en tant qu'interne et externe, des espèces de papier carbone qu'on remplissait rapidement et qu'on mettait dans le carnet de santé en attendant le compte rendu

B : je crois qu'au franco britannique ils font ça, en gériatrie

A : parce que c'est vrai que moi j'ai reçu des comptes rendu genre 2 mois et demi après

B : ça c'est vraiment un vrai problème

A : le patient il a été réhospitalisé 3 fois

C : on veut bien se fatiguer mais en échange on veut, quel est le traitement de sortie et pourquoi certains des traitements ont été supprimés ou modifiés ou ajoutés, on veut une justification par rapport aux modifications thérapeutiques, on veut une réponse aux questions qu'on a posé dans la problématique ou dans les examens complémentaires, on veut la liste des examens qui ont été programmés avec l'heure exacte des rendez vous parce que pour nos patients qui ne savent ni lire ni

écrire, souvent c'est nous qui devons surveiller qu'ils y aillent, faire les bons de transport etc. On voudrait pardon

A : oui c'est ça. Et puis éventuellement même dans la mesure du possible un coup de fil avant la sortie du patient. Ca ça serait vraiment du luxe mais

B : surtout pour les personnes âgées en fait

C : non, pour tout le monde

A : oui pour tout le monde

C : attend il faudrait rajouter la personne de confiance, on a oublié. Et en échange quand ils sortent on voudrait un petit mot sur ce qui a été dit au patient, infos données au patient. Et moi personnellement je ne suis pas opposé à ce qu'on leur envoie le compte rendu mais ce n'est pas très clair pour eux de lire le compte rendu

A : oui

C : mais peut être que si les médecins savaient que le compte rendu est lu par le patient ou sa famille, ils réfléchiraient à une autre manière de le remplir

B : c'est sur

M : est ce que vous voyez d'autres choses à rajouter, auxquelles je n'aurais pas pensé

C : dans la case commentaires sur quel type d'hospitalisation, j'aurai bien rajouté entre parenthèse éventuellement degré d'adhésion du patient à l'hospitalisation

A : oui mais si tu fais ça, il sera jamais pris alors ça je pense que ce n'est pas une bonne idée

C : ça dépend. Par exemple, nous on en a une a chaque fois elle n'y va pas mais l'un dans l'autre on continue à lui donner des rendez vous d'hospitalisation. Mais c'est un cas particulier

A : non mais parce que si tu notes le patient ne souhaite pas être hospitalisé, là tu passes pas en dessous de la pile mais dans les archives tu vois {rires}

B : surtout que le problème c'est que parfois tu le sais après parce que sur le moment il ose trop rien te dire, il dit bon bah oui

A : et puis il n'y va pas

B : et puis toi tu as l'air d'un con

A : après ils sont responsables aussi

B : oui, tu ne vas pas les emmener par la main (5)

C : bon, au total, reprenons nos petites fiches. Nous on essaie d'envoyer des renseignements au mieux de ce qu'on a et en échange de quoi on voudrait qu'on prenne en compte notre questionnement. On va essayer d'informer donc il faut que ça apparaisse quelque part sur est ce que le patient a été clairement informé de notre démarche, est ce que la personne de confiance, enfin il t a peut être tout un truc autour du patient qu'il faut regrouper ou pas j'en sais rien. Mais

A : je pense que c'est bien de le mettre effectivement mais honnêtement ça t'arrive souvent d'hospitaliser des gens sans leur en parler

C : mais les gens savent tout, on leur donne la lettre

B : bah donc qu'est ce que ça apporte ?

C : non mais moi je ne comptais pas mettre une case « j'ai détaillé au patient l'hospitalisation » mais qu'on lui remette la lettre de l'hospitalisation en lui expliquant bien qu'on a demandé ceci cela et que les questions qu'on se pose c'est ça et en lui disant vous n'oubliez pas de demander si ils répondent aux questions ça me paraît une bonne idée

A : tu peux leur dire sauf que 9 fois sur 10 ils ne vont jamais oser poser la question

B : ils diront c'est pas notre problème

Focus group 2

M : que pensez-vous des hospitalisations programmées

A : bah il faudrait nous dire ce que c'est déjà {rires}

B : bah si, moi je fais ça souvent mais euh. [A : dis moi ce que c'est une hospitalisation programmée] C'est-à dire quand t'appelles l'hôpital, euh, un des médecins d'un des services pour lui demander à ce qu'il prenne un patient [A : directement ?] en hospitalisation directement sans passer par les urgences

A = sans passer par les urgences. Tu y arrives ?

B : oui

A : il va avec sa valise dans le service ?

B : oui (...) mais avec un délai plus ou moins court. Enfin il ne faut pas que ce soit très urgent quoi

C : et c'est toi qui programme les examens que tu dois lui faire faire ou...

B : bah non. Si je leur donne le motif d'hospitalisation, ils verront eux en fonction de ce que c'est. Soit ils ont prévu à l'avance des examens, soit les gens sont hospitalisés et puis au fur et à mesure de l'hospitalisation...

A : alors tu fais ça avec quel hôpital parce que... Et avec quel délai ? Parce que l'hôpital Louis Mourier moi je trouve que c'est trop long, c'est au moins quinze jours

B : Non pas toujours, ça dépend des fois. [A : ouai] La ils ont eu des problèmes parce qu'il y a eu une bactérie multirésistante là. Ils ont fermé tout une partie du service mais euh...

A : t'arrives à avoir en moins de quinze jours ?

B : mais euh... oui moins de quinze jours oui (...) une semaine. Mais genre Mme F par exemple, elle est... ça fait une semaine qu'elle est hospitalisée aujourd'hui, oui ça fait une semaine

M : je vais revenir après sur le type de service que vous contactez etc. mais l'idée est de savoir ce que vous en pensez

C : c'est pas facile

B : une contrainte

A : moi j'y crois plus {rires}. A un moment, je trouvais, enfin surtout avec euh.... Moi je ne sais pas dans quels hôpitaux c'est possible. Alors comme dans le réseau Ares là, il y a l'hôpital Louis Mourier que je connais le docteur X, j'avais compris qu'avec elle c'était possible et je l'ai fait un certain nombre de fois mais j'ai trouvé que le délai était important. C'était quinze jours trois semaines à chaque fois, donc euh, c'est vrai que pff, je me suis dit la prochaine fois que j'en ai besoin, bah oui c'est un peu, c'est une contrainte quoi. (...) Des fois je préférerais peut être envoyer à un service de médecine interne qui prend plus euh..., enfin un hôpital où il y a un bon service de médecine interne où les gens vont aux urgences mais tu sais qu'ils seront pris un peu plus vite. Mais bon (...) mais ça marche pas bien

C : ça sous entend qu'il faut qu'il soit reçu aux urgences et hospitalisé après, s'est compliqué

A : oui c'est ça. Mais j'ai pas eu... alors par ailleurs, en plus, en hôpital de semaine ils font ça, mais quand tu programmes. Parce que t'as l'hôpital de semaine à Im qui fait ça. Mais si tu veux programmer dans le service de médecine interne, euh, soit en téléphonant à la surveillante pour savoir si il y a de la place gnagnagna, et ben ils te disent qu'il faut quand même qu'il passe par les urgences. Pour faire le premier bilan et tout ça, je trouve ça désagréable. Nous on l'a beaucoup utilisé au moment du SIDA. Au moment du SIDA, on hospitalisait les gens dans l'aile ouest là qui est devenue l'hôpital de semaine mais qui était euh, une aile un peu réservée, mais là en effet on faisait des hospitalisations programmées ou ils allaient directement dans le service. Et puis après ça s'est perdu, après il y a eu l'hôpital de semaine, (...) et en fait, moi j'arrive pas à imaginer que c'est possible. A Bichat par exemple tu sais faire ça ? [B : ah non, non moi à Bichat je le fais pas]. Il faut avoir un correspondant

C = ça ça marche pas. Moi j'ai essayé un jour en gériatrie à Bichat, et je suis tombée sur une fille adorable qui m'a dit euh... comment, à Gennevilliers vous ne dépendez pas de Bichat mais bougez pas j'appelle l'hôpital Louis Mourier, c'est elle qui m'a trouvé une place à Louis Mourier, pour une dame qui a finalement été transféré à Bichat [A : ça c'était à Bichat]. Oui

A : c'était quel genre de problème

C : mmm, de la gériatrie euh je sais plus, (...) c'était vraiment de la gériatrie

M : B vous disiez contrainte pour les hospitalisations programmées ? Vous pouvez préciser ?

C : contrainte au niveau du temps que ça nous prend surtout

B : mais ça prend pas tant de temps que ça parce qu'en fait maintenant dans les deux services ils ont un médecin qui s'occupe de ça (A : ???)

Ah bah non, c'est jamais les mêmes personnes. Ils changent sur la semaine. Donc moi chaque fois que j'appelle, on me demande euh, enfin on me passe au médecin qui s'en occupe, je raconte mon histoire (...) et puis ils me disent « et bah d'accord, on va le prendre ». Je donne les coordonnées du patient et puis... [A : d'accord]

M : donc en quoi c'est une contrainte ?

A : le temps au téléphone quoi

B : bah c'est une contrainte en terme de temps euh, voilà, c'est tout mais pour moi c'est pas vraiment une contrainte. Enfin moi j'ai pas trouvé ça très contraignant, il faut que tu prennes le temps d'appeler mais... voilà. Moi ce qui m'embête beaucoup c'est euh... les deux dernières fois, j'ai eu deux patients pour lesquels j'ai appelé plusieurs fois parce que les gens n'y sont pas allés. Et ça ça arrive. Et donc euh Louis Mourier m'a rappelé... [A : Ah ouai, ils sont pas convaincus ?] Si si ils sont très convaincus mais d'ailleurs ils viennent pleurer tous les jours dans mon bureau pour que je {rires A et C} reprogramme une hospitalisation mais euh... voilà ils y sont pas allés

M : et vous C ?

C : moi je sais pas mais, en fait je ne sais pas qui appeler alors euh... Enfin les rares fois où j'ai fait ça ça m'a pris un temps fou pour réussir à parler à quelqu'un euh... qui écoute mon histoire quoi [A : oui c'es ça] J'ai pas de numéro direct euh... de quelqu'un que je puisse appeler euh...pour... Alors ça m'est déjà arrivé de le faire sur mes jours de repos, le mardi euh... en partant avec le dossier sous le bras et en... Je me rappelle avoir fait ça une fois ça m'avait pris euh... une demi heure quoi [A-C : ouai] sur un jour [B : ça prend toujours du temps] qu'est censé être un jour de congé [A : oui moi aussi je l'ai fait] et à l'époque donc j'étais passée par Fantin et la dame avait effectivement pas été à son hospitalisation après

A : oui mais ils le savent aussi la bas je pense

B : ah mais ils le savent très bien mais c'est un peu énervant quoi

A : ça fait partie du truc. Mais je sais pas, moi j'ai l'impression soit (4) zut comment dire (...) soit c'est urgent, enfin soit t'as besoin que ce soit rapide et à ce moment là vaut mieux passer par les urgences, {C acquiesce}, soit c'est pas urgent et moi j'aurais plutôt tendance à envoyer en consultation à un correspondant qui lui va pouvoir hospitaliser, tu vois ? [B : ah oui] Moi j'ai un peu oublié que c'était possible de programmer une hospitalisation, c'est marrant. Alors il y a aussi que les gens que j'ai hospitalisé à LM les dernières fois c'était pour du diabète et moi ça me va pas ce qu'ils font la bas {rires}. Non mais c'est vrai ils changent les traitements, ils font pas gaffe que la bouffe à la maison est pas du tout la même chose qu'à l'hôpital, et quand les gens sont ils sont tout déséquilibré [B : à Nanterre ils font ça par contre]. Ah oui, par contre à Nanterre en diabète ça par contre ça marche très bien [B mais c'est pareil au 5^{ème} à Louis Mourier c'est pareil honnêtement] oui t'as raison, oui sauf que...

C : oui après t'es pas d'accord avec ce qu'ils font mais ça c'est un autre débat

A : à l'hôpital Y, ça fait partie de... quand même pour un diabète que tu veux explorer ou équilibrer, c'est vrai que c'est vachement bien, ils te le prennent dans les 15 jours {B acquiesce}, euh, ça marche très bien en général les gens y vont, ils ont toute l'éducation sur une semaine mais ça c'est la diabète. Mais la diabète à l'hôpital Louis Mourier, enfin moi la dame en question je l'avais hospitalisée pour une pneumopathie interstitielle tu sais mais elle avait aussi un diabète, et je voulais qu'ils voient si il fallait pas la mettre à l'insuline dans l'idée qu'elle aurait de la cortisone après. Et ben, ils l'ont laissée sortir avec un autre traitement qui était pas le même que celui que je lui avais mis et qui était pas mieux (...) toujours oral, sans la mettre à l'insuline et tout à fait déséquilibré parce que elle mange pas pareil chez elle que la bas, enfin bref euh. Novonorm, je sais pas pourquoi ils ont

mis une connerie comme ça, ça n'a aucun sens chez une dame qui a besoin d'insuline. Tu vois c'était, parce que la bas

B = oui mais ça c'est l'éternel débat de la diabéto en général

C : ça on peut faire une thèse la dessus {rires}

A : mais j'envoyais pas pour la diabéto mais du coup ils ont foutu le bordel dans mon truc. J'envoie pour autre chose, ils trouvent pas la solution, ils foutent le bordel dans le traitement {rires}

B : ce qui se passe c'est que très vite, enfin moi deux fois j'ai eu ça, tu l'adresses pour un motif de consultation, ils sont pris en hospitalisation, ils restent un certain nombre de jour et ils ressortent sans diagnostic [A : et rien n'est résolu], rien n'est résolu [A : les examens que tu voulais n'ont pas été fait] et souvent c'était des choses graves d'ailleurs

M : mais pour n'importe quel service ?

A : non mais un peu partout tu vois parce que pareil, Mme D elle est sortie puis elle a du faire le scanner et voir le pneumologue à Bichat [B : voila]. Donc son problème de pneumopathie n'était pas résolu euh... son problème de diabète non plus, enfin tu vois le truc c'est le fiasco complet. Donc je me suis dit bof

B : en pneumo à Nanterre aussi, ils hospitalisent vachement facilement et c'est hyper simple de les avoir au téléphone, je l'ai fais plusieurs fois

A : mais la question c'est quand est ce qu'il faut hospitaliser les gens, c'est ça la question. Tu vois parce que je trouve qu'on peut faire beaucoup beaucoup de choses en externe quand même

B : moi a chaque fois que j'ai demandé, bien souvent c'était soit parce que c'était des trucs euh... j'arrivais plus du tout tu vois ou que j'avais plus d'idées, {A acquiesce} genre euh, des fièvres prolongées ou tout ça et c'est la ou ça a merdé à chaque fois d'ailleurs, euh..., soit des diabéto, [C : d'accord] et en pneumo euh..., soit des gens qui te le demandent. Et la par exemple, les deux derniers que j'ai hospitalisé, ils demandent [A : mais c'était pour quoi ? pour sevrage ? non] euh... un monsieur qui a des troubles euh... anxiodépressifs dans un contexte de troubles euh... cognitifs euh... [A : problème psy quoi] euh... chez un vieux monsieur avec un antécédent de cancer {C : acquiesce} pour faire le point de son cancer et

C : et comment tu présentes ça pour qu'ils te le prennent

B : ah bah, ils le prennent facilement, enfin (...) enfin j'ai aucun problème, [C : parce que c'est compliqué] ils m'ont jamais répondu non

A : alors après tu as aussi les gens qui sont déjà suivis et dont t'as l'impression qu'en externe ça suffit pas et qu'il faut qu'ils soient hospitalisés pour un certain nombre de choses tu vois, de suivi en cancéro par exemple ou pour un traitement de la douleur ou je sais pas quoi. Bon ça ça fonctionne pas trop mal, ça fonctionne pas immédiatement mais en général le réseau est déjà constitué, du coup on a des correspondants, on leur expose le problème de fond (...) mais (...)

M : vous citez beaucoup de points négatifs mais ça représente un plus de pouvoir programmer les hospitalisations ?

C : ah bah oui

A : ah bah quitte à hospitaliser, autant que ce soit programmé. Si on peut faire éviter les urgences aux gens quand il y a pas besoin

B : bah les gens sont ravis [A : bien sur, c'est l'idéal] quand tu leur dit vous avez un rendez-vous à l'hôpital [A : c'est vrai]. Mais c'est vrai que souvent ça résoud pas notre problème, mais ça c'est un autre (...)

A : mais tu vois j'ai un copain dont la femme est hollandaise et son... le père de sa femme a un cancer de la prostate et ils ont du faire un certain nombre de... et il m'a dit mais la bas, qu'est ce que ça marche mieux qu'ici quoi. Ils ont programmé, ils ont tout fait dans un temps record, tout dans l'ordre et tout ça, il est sorti tout le bilan était fait, il y avait... Bon voila {rires} et il disait « j'ai vu la différence avec la France ». C'est vrai que ça marche pas bien quand même non ? (...) Je sais pas

C : mmm

M : et du coup, comment gérez vous la programmation ?

B : moi j'appelle mes correspondants

C : moi j'évite l'hospitalisation par tous les moyens {rires}. J'essaie de faire faire en externe tout ce que je peux faire en externe. Non après c'est vrai que j'ai des correspondants. Par exemple, Quelqu'un qui veut un sevrage, j'appellerai le docteur Y, enfin j'ai des correspondants dont on sait qu'ils sont capables de programmer des hospitalisations. Pareil le docteur X, je peux l'utiliser à un certain moment pour un problème de médecine interne, enfin c'est vrai

M : mais du coup pour hospitaliser un patient, vous passez plus par les urgences ?

C : ah bah on est plus dans l'hospitalisation programmée quand on passe par les urgences

M : mais quand vous avez un patient à hospitaliser qui peut relever de la programmation ?

B : mais moi ça m'arrive aussi d'appeler en fait dans ce cas là. [C : d'appeler] Bah si j'ai un truc qui me paraît urgent ça m'arrive très souvent de les appeler [A : dans le service ?]

C : Ah oui, dans le service, ah oui bien sûr

B : et puis ça marche, pas tout le temps mais euh...

C : oui oui, moi aussi, ça ça m'est déjà arrivé

M : donc finalement vous passez plutôt par le téléphone ?

C - B : oui

A : ah oui ça c'est sûr mais alors attend, ouai des fois ils demandent après de faxer

C : un mail ! le docteur X, moi je suis déjà passée par elle et elle veut des mails

A : moi je ne veux pas de mail, moi je ne veux pas communiquer par mail. C'est pas crypté, c'est pas crypté

B : moi je leur donne un courrier et ils y vont avec leur courrier

C : oui mais pour pouvoir discuter avec elle il fallait je lui envoie un mail

B : ah bon

A : oui c'est vrai, oui oui elle fait comme ça. Mais ça ça commence à faire pas mal d'obstacles quand même

C : oui, j'ai pas pu enfin c'était il y a longtemps mais j'ai pas pu lui parler directement, sa secrétaire faisait complètement barrage, elle m'a dit « oui oui, il y a pas de souci mais vous m'envoyez un mail d'abord »

A : après t'as les trucs ou c'est codifié, tu sais les...J'ai essayé de placer une dame en psy par exemple, dans une clinique psychiatrique. Alors là c'est vrai que j'ai envoyé vachement de trucs par fax, tu sais t'envoie les certificats d'admission {B et C acquiescent}. Les sorbiers, t'as la demande d'admission type que t'envoie et puis après, bon, ça ça marche bien mais ça prend, enfin c'est à plus long terme quoi, c'est pas pour l'aigu. Mais ça marche pas trop mal

C : Alors les sorbiers c'est différent parce que là en général c'est des hospitalisations, enfin... les gens ils viennent te voir en consultation, tu fais le dossier avec eux au cours de la consultation donc ça te prend du temps mais ça te prend le temps sur euh... sur une consultation [A : oui], donc euh... ça te prend pas du temps à côté

A : oui et puis le truc est bien codifié, on a le papier [C : oui s'est simple], on sait quels examens il faut faire. Bon alors après de temps en temps faut qu'on les rappelle pour savoir ou ça en est tout ça quoi

C : bah les gens s'en chargent, oui enfin moi j'ai pas eu de soucis jusque là

A : tu sais moi j'envoie les gens pour se faire prendre en charge la bas quand ils sont sdf ou..., ou en difficulté euh psychosociale. Enfin après comme ils ont tous des problèmes de poids, il y a pas de problème {rires}. Maintenant faut que je prenne les rendez vous pour eux et après que j'arrive à convaincre les gens la bas que ils ont des problèmes psy mais pas trop graves {rires}

M : l'idée de la thèse est donc d'essayer de créer un nouveau moyen de communication avec l'hôpital pour faciliter la programmation des hospitalisations, et du coup nous sommes parti sur un système de fiches. Donc on a sélectionné 3 types de services, la médecine interne, la gériatrie et la diabète en fonction des réponses que vous m'aviez données lors de l'enquête préalable. Donc je voudrai des remarques sur le fond et la forme

A : ah bah voilà, c'est faxé, faxé ça me va

C : tu considère que c'est crypté quand s'est faxé ?

A : non mais faxé, ça arrive dans un service et puis après ça disparaît. Tu vois, c'est pas un truc qui peut être intercepté sur les ondes {C dubitative}. Bah si, si il y a des gens qui peuvent regarder tes mails, il peut y avoir des

C = bah le fax aussi

A : non, mais le fax il disparaît, le mail il reste dans ta boîte mail [C : mmm]. A moins que tu le supprime etc. mais tu vois, il peut y avoir des erreurs, enfin le secret médical par mail, moi je...fais pas confiance

M : on va reparler après des modes de contact avec l'hôpital. Je voudrais pour l'instant vos remarques sur le contenu des fiches

A : bah tu vois, moi je viens de faire un truc pour intégration dans le réseau SCOP la. Donc c'est une fiche d'inclusion. Et ben, ils mettaient, il fallait remplir pas mal de trucs et puis ils mettaient joindre le compte rendu d'hospitalisation [B : ouai]. Bah je trouvais ça pas mal parce que j'avais pas envie de tout raconter la... ça me fatigue

M : et quand il y a plusieurs hospitalisations ?

A : bah on prend le dernier. Ou le plus {rises}...

C : et ça s'est sensé nous prendre moins de temps qu'un coup de fil ?

A : ouai c'est un peu long quand même

B : bah en même temps t'es bien obligé de... le dire quoi

A : bah tu notes ce que t'as envie, t'es pas obligé de tout remplir quoi

C : oui non mais... oui parce que de toute façon tu fais une lettre

B : bah moi ça me prend du temps quand même de faire des lettres [C : oui oui mais bien sûr]. Donc si t'as pas besoin de faire la lettre euh... (3)

A : il faudrait mettre quand même, c'est marrant ça, ils nous le demandent, s'il vit tout seul, s'il a de la famille, si... ou il retourne après. Tu vois ? c'est important, s'il est sdf, ça change un peu les choses. Mais d'habitude en plus ils le demandent à l'hôpital [C : Oui] (5)

A : bah c'est marrant, s'est mis en gériatrie mais c'est pas mis pour le... Moi je mettrai quelque chose sur euh...

B : bah parce que la gériatrie c'est vraiment la problématique principale de l'hospitalisation {rises}. Faut mettre « comment est-ce qu'on fait ? »

A : je mettrai sur euh... tu vois t'as la mutuelle, couverture sociale, mutuelle mais je mettrai conditions de...de vie quoi

B : Comme mode de sortie quoi

C : et donc c'est à nous de savoir quels examens il faut faire

A : on les demande, c'est pas pour demander des examens

C : je sais pas il y en a pour toutes

B : bah c'est bien !

A : non mais c'est ça, le but s'est de faire

C : oui je sais bien mais le but ça peut être aussi de demander un truc qui te dépasse, de demander un avis spécialisé [A : oui] et pas forcément

B : mais si il y a des examens particuliers auxquels tu as pensé...

A : oui, elle a raison, il faudrait mettre, ah oui, c'est motif d'hospitalisation, il faudrait mettre quelque part la demande... en clair tu vois, est ce qu'on veut faire un diagnostic [B : bah motif d'hospitalisation]. Oui je pense c'est pas mal motif d'hospitalisation [C : oui]. Oui et tu leur demandes c'est ça « faites moi le diagnostic je ne comprends rien »

C : au secours je comprends plus

A : voilà, ça « au secours je ne comprends rien, faites un diagnostic » {C acquiesce}. Et puis après les examens, ceux auxquels tu penses quoi {C acquiesce}. Et puis tu dis c'est l'occasion qu'il ait son ECG d'effort euh... qu'il aura pas mais bon

B : moi je trouve ça bien

C : oui mais comme on te demande de te justifier en plus sur la prescription de tes trucs comme [A : où ça ?]

B : sur la dernière feuille

A : et alors pourquoi des fois il faut justifier et d'autres fois il faut pas ? Ah parce que c'est pas des trucs qu'on fait automatiquement chaque année. Oui, c'est parce qu'il y a une bonne raison pour

C : oui, d'accord (3), oui

A : oui c'est pour faire remarquer qu'on fait pas à tout le monde

B : mais par contre faut pas avoir à refaire une lettre derrière quoi. Faut que toutes les infos dans la première demande d'hospit et puis qu'il y aille uniquement avec ça (3)

M : d'autres remarques ?

A : alors attend, ça c'était médecine interne après faut voir pour les autres... euh gériatrie.... Identité, Personne à contacter, c'est marrant qu'il y ait pas personne à contacter dans les autres, il y a que les vieux

B : bah parce que euh... les personnes à contacter pour euh...

A : mais tu vois si, j'hospitaliserai Mr Y, je mettrai le nom de sa fille enfin tu vois c'est logique, ils l'auront déjà comme ça

B : bah oui mais de toute façon, ça va être repris euh...

A : bah oui mais pourquoi, enfin tu vois ?

C : oui on pourrait le mettre de façon systématique quitte à ne pas avoir à le remplir

A : bah oui. Comme les courriers ? enfin comme le fait qu'il loge dans sa famille, ou qui soit seul ou qu'il soit à l'hôtel tu vois, Mme F, ils seraient content qu'ils sachent qu'elle est à l'hôtel, c'est pas...

B : enfin ils en tiennent pas beaucoup compte

A : bah oui bah justement tu vois (rires)

C : t'écris deux fois au secours

A : alors a-t-il déjà été hospitalisé dans le service ça sert à quoi ça, ils vont le retrouver

M : c'était à la demande des médecins de Louis Mourier

A : donc la c'est assez simple (...) traitement en cours alors la c'est pareil traitement en cours ça y est sur les autres aussi

C : après délai souhaité nous on veut toujours que se soit vite fait hein, alors son va toujours cocher moins de 48h

B : pourquoi, ah non [A : c'est où], ça dépend des fois

A : ou date souhaitée. Tu crois que ça va marcher ça ?

B : date souhaité c'est optimal ça

A : c'est gentil ça date souhaitée

C : les gens sont toujours très en demande dans ces cas là

B : oui mais c'est toi qui juge. Donc c'est... tu peux juger objectivement si c'est très urgent quoi (6)

A : non mais c'est pas mal hein, ça fait pas trop...

B : bas c'est ce qu'on remplit quand on remplit des dossiers d'admission pour la plupart des structures euh...

A : mais alors moi j'aimerais qu'il sorte avec compte rendu [B : ah ouai, alors ça par exemple...] et que je sois prévenue de la sortie. Tu vois, on pourrait pas mettre quelque chose comme ça euh... demande à être prévenu du jour de la sortie oui comme ça tu mets oui ou non, et puis on va tous mettre oui. En bas, tu vois {rires C}

B : non mais ça pourra être une espèce de contrat moral [A : oui voilà c'est ça exactement], quand ils sont envoyé par nous et ils nous préviennent quand ils sortent et ils nous donnent des infos parce que c'est insupportable

A : ouai, ouai, faudrait rajouter ça mais ça ça serait pour eux tu vois. ah oui, souhait d'être prévenu de la sortie

C : et voir même ils nous passent un coup de fil pendant qu'ils sont hospitalisés. Ca arrive hein des internes qui le font

A : oui moi j'adorerai qu'ils m'appellent pour au milieu de l'hospitalisation pour dire ce qu'ils ont fait voilà. Faudrait qu'ils nous appellent au milieu de l'hospitalisation pour dire ce qu'ils ont fait, ou ils en sont et qu'ils préviennent de la sortie

B : ouai, ça pourrait être le travail de l'externe, ça serait très simple [A : c'est vrai !]. Ils ont 250000 externes qui devraient apprendre à faire un résumé du dossier et communiquer par téléphone [A : voilà c'est ça]. Moi je trouve que ça serait vachement bien

A : ouai, apprendre à communiquer avec le médecin de ville ça leur apprendra qu'ils existent, que ce sont pas tous des clampins, mmm (3)

A : bon, alors il faudrait mettre la pour la gériatrie, faudrait mettre s'il est déjà suivi par un réseau. Tu vois, autres, précises mais ça serait peut être mieux réseau parce que tu vois. Alors la c'est vrai qu'on aurait dit Agekanonix mais bon (4)

A : et est ce qu'on pourrait pas mettre non seulement nécessité d'un entretien de suivi social, nécessité d'un... de voir un psy, non ? je sais pas, je dis ça comme ça

C : bah tu peux le marquer dans les...

A : parce que c'est pas un truc hyper simple à organiser si ?

B : bah à Louis Mourier plus [A : ouai], il y a un service quand même

C : mais c'est marqué examens complémentaires et consultations spécifiques que vous souhaitez réaliser lors de l'hospitalisation

A : alors on le met la, oui d'accord. Oui, suivi social c'est un peu particulier oui

A : bon... Non c'est pas mal

B : moi je trouve que c'est très bien

C : euh, moi c'est le coté tableau la pour les traitements en gériatrie, je trouve pas ça... Je sais pas

A : ah oui c'est marrant ouai. Ah oui, ça ça va être dur à remplir parce que...

C : moi j'aime pas les tableaux, j'aime pas me sentir limitée dans les... dans les cases

A : oui puis en plus la tu vois c'est... enfin c'est la famille ou les infirmiers qui savent quand ils prennent le matin, le midi, le soir. [C : ouai] Nous on met deux fois par jour et puis... Ca va être un peu compliqué à... bah a moins de le remplir n'importe comment mais euh... Mais c'est bien, c'est vrai et c'est bien pour pas troubler les gens mais... [C : on aime pas les cases]

B : mais moi je prescris comme ça alors... je fais 1-0-1 {rires}

C : oui mais tu peux le faire, ça te laisse le choix ! Mais tu vois, le truc que tu donnes euh... en cas de besoin, tu l'écris ou la dessus ton en cas de besoin, tu vois. Bah voilà. Je trouve ça un peu trop restrictif. (...) La t'as pas le médicament que tu donnes a 10h ou a 18, tu vois

A : on devrait quand même mettre histoire de la maladie, noter euh... entre parenthèses joindre les comptes rendu si vous... enfin tu vois des... des dernières hospitalisations parce que s'est dommage que vous vous priviez de ça si ils sont allé ailleurs, tu vois. Enfin que vous vous priviez, que les correspondants se privent de ça c'est... (2) Alors après est ce qu'il ne faut pas mettre ?

C : après, est ce que, autre question. Si jamais on avait tous un peu le même logiciel informatique [A : quelle drôle d'idée], il pourrait pas y avoir justement un truc ou euh... [rires A], un truc juste euh... [A : ne donne pas le bâton, franchement]. Non mais je cherche un truc super facile. Dans mon truc, le truc il se remplirait ou il commencerait, tu vois

B : mais si ? tu peux faire des lettres euh...

A : mais comment ? par fax ?

C : tu l'imprime [A : ah je l'imprime !, moi je l'imprime] tu l'imprimes et en fait ça te rempli, tu vois [A : d'accord] déjà un certain nombre de choses, après tu complètes ce que tu veux compléter, tu vois mais euh ...

A : non mais on aura ça un jour, pas de problème {rires}

B : je pense que c'est déjà possible {rires}, je veux pas avoir l'air désagréable

M : mais comment voudriez vous utiliser cette fiche ? Sous cette forme ou sous forme de lettre type ?

B : bah, la lettre type c'est déjà ce qu'on fait

C : ça déjà, le fait de le faire en informatique ça a l'avantage d'être laissé en trace dans le dossier et d'être lisible quoi. (...) tu vois de pas être euh...

B : ah oui tu veux dire

A : bah oui, de tout ça dépend le logiciel qu'on a quoi. Tout ça dépend du logiciel

B : mais on pourrait même le faire avec Medicawin

A : ouai je crois

B : ouai, c'est sur même {rires}

A : bon, mais euh... moi tant que c'est pas crypté je ferai en fax. Mais le jour où c'est crypté je ferai par mail

B : moi je trouve c'est ? en fax, en plus, tu gardes

A : oui en fax c'est bien. En fax en plus tu le gardes en papier donc pour ceux qui ont pas de dossiers papiers, sinon faut que tu le scannes pour le mettre en document joint tel que c'est notre truc, donc ça fait encore une démarche en plus à faire mais bon ça fait rien [B : ouai]. Mais c'est vrai que pour le moment fax c'est pas mal mais pourquoi l'hôpital se crypte pas, ils sont quand même bizarre hein

C : il y a des hôpitaux qui se cryptent hein

A : ça fait 20 ans qu'avec Louis Mourier on parle de ça. Depuis qu'on parle d'apycrypt, on dit euh... il faudrait

B : mais je croyais que y en avait qu'ils l'avaient du coup, non ?

A : écoute c'est en cours depuis 20 ans

C : à Saint Joseph ils l'ont parce qu'il faut d'ailleurs qu'on, faut qu'on les appelé. Moi j'ai reçu un compte rendu de..... de comment d'ortho et a la fin de sa lettre, il y a marqué euh... que maintenant ils sont sur apycrypt et que...

A : le CCN quand il nous envoie des trucs, est ce que c'est crypté le CCN

C : moi je comprends rien [B : moi non plus], moi j'ai jamais réussi à ouvrir leur truc

A : ah bon, t'arrive pas à ouvrir [C : non]. Par principe j'ouvre pas parce que j'imagine que c'est crypté

C : non non, mais parce que tu l'ouvres et après ça te donne des codes, enfin t'es censé effectivement et j'ai jamais réussi

B : moi j'ai jamais... non plus

A : ah bah alors ça va pas non plus

C : enfin j'ai essayé ça a pas marché

M : mais du coup vous préféreriez le remplir a la main ou plutôt sur ordi ?

A : a la main

B : tel qu'est notre dossier actuel a la main, très clairement, parce que euh... pour faire un... par exemple les courriers que je fais pour les gens que j'envoie à l'hôpital, je les fais en dehors du logiciel. Parce qu'autrement j'y arrive pas, parce que une fois que tu as ouvert le courrier, tu peux plus avoir accès euh...

C : oui mais c'est parce que notre logiciel est... merdique

B : oui, voilà mais

C : sinon moi j'aime bien l'idée de... tu vois que y ait pas... parce que le problème d'écrire à la main, c'est que euh... t'es plus ou moins lisible en fonction du temps que tu vas mettre à t'appliquer pour écrire, le fait de pouvoir être euh... relu sans ... sans qu'il y ai aucun risque de biais euh... sur ton déchiffrement d'écriture, ça a beaucoup d'importance. Et je pense que pour celui qui reçoit en face c'est très important. De la même façon, moi je déteste recevoir un courrier manuscrit que je mets deux heures à déchiffrer quoi

A : comme le docteur Y

C : euh... ça dépend, des fois elle le fait

B : moi le docteur Y, j'arrive même pas à lire le nom [A : non t'arrives même pas à lire le nom]. Mais elle écrit tout le temps à la main

C : si si de temps en temps elle tape mais...voilà. Mais après faut que ce soit des... des trucs corrects aussi parce que on reçoit des compte rendus, des cardiologues du CMS euh... ah ouai ils sont tapés euh... [B : ah ouai] mais il y a rien dedans quoi [A : c'est chiant]

A : ouai, alors moi l'idéal mais je sais pas comment ça se fait informatiquement, ça serait que j'ai, comme la fiche de pharmacovigilance la sur... euh... je le mets sur mon bureau, que j'ai ce modèle la sur mon bureau, enfin à un endroit que je le trouve très facilement, et que je puisse l'ouvrir, le remplir, en tapant, et voilà. Et tu vois en faire un document en lui donnant le nom de mon patient que ce soit ?

B : mais ça par exemple, sous Word [A : oui dans Word]

C : oui d'accord

A : et du coup, la, la on le taperait et je le tire et je le faxe [C : d'accord]. Et après le jour où c'est crypté, je le joins en... en mai. Ca c'est pas mal, en Word quoi

C : oui parce qu'en plus tu peux te le sauvegarder en document et après le... l'intégrer

A : non parce que le truc de... la pharmacovigilance, c'est apycrypt, donc je peux pas faire comme ça, tu vois. Mais ça serait bien en fait. Parce qu'à chaque fois, je le tire, je le rempli gnagnagna et... finalement à la limite, on pourrait faire un copier coller avec le dossier, tu vois ?

B : bah oui oui oui, c'est pour ça, c'est plus facile de le faire en dehors de Medicawin par contre

A : oui c'est ça, sur un autre document, un document informatique [C : mmm]. Enfin c'est pas très compliqué ça {rires}

M : OK, on a fait le tour pour les fiches. Et tout à l'heure vous parliez des soucis de communication avec l'hôpital durant l'hospitalisation

A : personne ne nous appelle

B : parfois on sait même pas ce qui c'est passé pendant l'hospitalisation et les gens n'ont rien compris...

C : et parfois on a appelé nous même pendant l'hospitalisation pour savoir un peu ce qui se passait en leur disant « appelez moi quand il sort pour que je puisse programmer et aller le voir à la maison » et... c'est finalement deux jours après sa femme qui t'appelle en disant « on est rentré, c'est urgent » [B : faut venir tout de suite]

A : non non moi attend, moi j'ai une dame avec un traitement compliqué d'insuffisance cardiaque, ils avaient changé un truc, je savais pas quoi, je suis allée à Louis Mourier puisque j'y travaille, et je suis allée voir avec le médecin de l'aile, dans le logiciel le compte rendu qui était en train d'être fait, et il y avait une erreur sur le compte rendu, alors ah.... là... c'était la croix et la bannière

B : alors dans certains services maintenant ils donnent des.... Des feuilles manuscrites au patient avec le diagnostic et euh... le traitement de sortie

C : à Louis Mourier, même à Beaujon je crois, on reçoit un papier qui te dit pourquoi ils sont hospitalisés

B : et c'est de façon pas complètement... systématique

C : ah non, parfois. C'est « nous vous informons que Mr machin truc est hospitalisé dans notre service pour euh... tel motif »

A : donc si il était passé par les urgences sans te voir par exemple, t'étais prévenu dès l'entrée

C : ça ne te dis rien d'autre hein. Donc du coup, tu peux effectivement toi téléphoner derrière pour euh... pour avoir des informations

M : mais aimeriez vous avoir un retour sur l'hospitalisation et que le patient sorte avec une sorte de compte rendu provisoire ?

A : ou l'envoyer par fax ! Mais aussi en cours d'hospitalisation si elle est longue, tu vois. Parce que si il reste trois semaines euh...

C : oui, qu'on soit tenu un peu au courant de l'évolution des choses euh...

A : et des choix qui sont faits même pour les patients à la limite. Attend ça m'est arrivé un jour quelqu'un qui me demandait mon avis, alors la j'étais sur le cul !

C : parce que des fois on essaie d'appeler aussi et c'est la croix et la bannière pour réussir à avoir quelqu'un et avoir des informations hein

B : et le pire c'est en chirurgie ou dans les services où ils sont ailleurs que dans le service, c'est insupportable, t'arrive jamais à avoir des nouvelles des gens. Faudrait qu'il y ait quelqu'un qui soit... enfin je sais pas

A : ouai dont ce soit le boulot de communiquer, enfin je sais pas qui soit disponible, ou alors que les...

B : un mec qui reste près du téléphone quoi ! {rires}

A : non mais avec les téléphones portables... ils se le passent

C : maintenant avec les DECT.

A : oui, un téléphone pour l'extérieur. Ca ils pourraient le faire quand même

C : qu'il y ait toujours un téléphone, qui... effectivement serve à recevoir les appels de l'extérieur

A : oui, dans l'annuaire de l'AP, il y a théoriquement « relations avec les praticiens », il y en a toujours un, il y a toujours un numéro mais il marche pas. [B : ah bon]. Oui pour chaque service, pour chaque euh...

B : moi j'ai jamais essayé

A : oui, c'est relation avec le médecin de ville, il y a un numéro mais... je crois pas qu'il marche très bien

B : en tout cas le numéro en 06 du docteur Z, il marche très bien

A : ah oui, mais t'arrive direct chez le docteur Z [B : ah bah oui] donc tu le dérange, donc tant pis, tu t'en fou. Sinon faut pas le déranger pour rien

B : bah, c'est pas toujours le docteur Z, il le passe le téléphone donc...

A : ah oui c'est ça, c'est un 06 qui se ballade d'un... ouai mais c'est bien. Oui ils devraient faire ça, chaque service devrait avoir un numéro de portable pour l'extérieur, que celui qui est disponible prend

M : et quelles informations aimeriez vous avoir en retour ?

C : le diagnostic déjà peut être {rires}, les changements et modifications de traitement

A : les changements de traitement ! [B ah ouai], si ils ont changé le traitement en cours, il faut qu'on sache quand même. Et puis... s'ils décident de l'envoyer en maison de repos par exemple. Tu les perds complètement de vue parce qu'ils ont décidé de faire quelque chose et puis voilà, bon... C'est gentil, tu le sais un mois et demi après, ils sont déjà en train de sortir de... la ou on les a envoyé ! Changement de traitement, adressé quelque part, diagnostic, quoi d'autre ?

B : ah c'est tout, ou...

A : si quand même les examens qu'ils prévoient qu'il fasse en externe, qu'ils ont pas fait euh... tu vois ? qu'il reste à faire, si quand même, les examens qu'il reste à faire. Ca arrive souvent ça quand même

B : oui c'est vrai

A : tu vois, c'est il fera tel truc, tel truc en externe. T'as des gens qui sont pas foutu de prendre leur rendez vous euh... ça peu durer des années hein

B : c'est vrai. Mais si déjà on arrivait à avoir le diagnostic et le traitement

A : ouai, le diagnostic et les changements de traitement, ça serait vachement bien

C : parce que moi j'ai eu il y a pas longtemps, un patient, c'était au..., il était hospitalisé au CCN, euh... il est sorti, euh... on lui a donné une ordonnance à la sortie, un monsieur qui est diabétique, entre autres. Et euh... il va a la pharmacie avec son ordonnance de sortie et la pharmacie m'appelle en me disant ils ont oublié de marquer euh... je sais plus euh... la Metformine ou... l'Amarel qu'il prend d'habitude. Est-ce que je peux.... Est-ce que je peux lui... donner et puis vous régularisez après. Bah bien sur ! Mais en l'occurrence c'était un changement de traitement, le monsieur avait été mis sous insuline

A : bah oui, tu pouvais pas savoir

C : donc euh... voilà. Après j'ai eu le compte rendu ou ils disaient bien on l'arrête compte tenu de la fonction rénale etc.... Bon alors en l'occurrence le monsieur je l'ai vu deux jours après et le compte rendu je l'avais mais euh... voilà, c'est

A : oui mais c'est un cas a part, c'est vrai. Ou alors le truc qui a pas été mis sur l'ALD 30 et tout ca... Les ordonnances de sortie...

B : et puis les ordonnances de sortie il y a souvent des erreurs en plus. Elles sont faites un peu euh...

A : qu'est ce qu'il y a d'autre ?

Focus group 3

M : j'aimerais qu'on commence par un tour de table sur ce que vous pensez des hospitalisations programmées.

A : euh... les hospitalisations programmées... euh... moi j'en fais pas énormément d'hospitalisations programmées.

B : je réfléchis.

C : pareil, j'en fais pas beaucoup, pas beaucoup, et...

D : je vais relever le niveau {rires}

A : elle ne fait que des hospitalisations programmées

D : l'intérêt des hospitalisations programmées c'est qu'on peut avoir un certain nombre d'exams euh, sur un temps court euh, et que les gens se retrouvent pas euh par les urgences pour aller euh...

Alors je vais te dire que comme mes collègues, j'en fais pas beaucoup, mais que ça arrive quand même, et qu'en général je m'adresse euh, chez quelqu'un à chez qui je veux l'envoyer

M : donc vous avez des correspondants particuliers ?

D : il y a des correspondants particuliers, ça dépend des... de ce qu'on cherche

M : des gens avec qui vous avez l'habitude de travailler ?

D : oui

B = alors l'habitude c'est relatif parce que quand on a trop d'idées ils aiment pas. Par exemple tu vois, de temps en temps, les gastro, quand on demande des bilans, ils veulent pas. Voilà, parce que moi je trouve qu'on pourrait prévoir des hospitalisations de jour, ça pourrait être intéressant. Et bah si ils ont pas vu le médecin, alors pour la programmer il faut l'envoyer où on hospitalise, qui lui peut prévoir ça. Alors il peut être d'accord avec toi mais faut qu'il le voit d'abord. Et ça c'est dommage. Enfin c'est dommage, peut être qu'il faut qu'ils vérifient absolument que ce qu'on demande c'est intelligent, ils peuvent aussi rajouter des exams auxquels on aurait pas pensé, ça ça peut être bien. Mais pour l'hospitalisation de jour, je pense que ce serait encore plus intéressant que les ?. Sinon après, quand je demande euh pour shunter les urgences, quand c'est quelqu'un à qui il faut faire un bilan, je parle au médecin et il me dit « d'accord, je le prends » mais rien n'est prévu je crois. Mais ça évite les urgences

C : je crois que les seuls services que j'utilise c'est les services de médecine interne, et pour les autres, effectivement gastro, je passe par euh [B : la consult] la consult ...

B : en diabète, faire un HDJ de diabète c'est pas possible

C : c'est consult

B : ils veulent pas [A : ah oui oui oui] alors que quand même. Ca reste une..., ça pourrait être standard

D : diabète ils veulent passer par la consult

B : ah oui ils veulent pas hein, dès le début...

C : dans quelle structure ?

B : même avec le réseau quoi. Qu'est ce qu'il y a d'autre après ?

D : médecine interne moi ça m'arrive régulièrement

A : enfin quand même pour apporter une pierre à l'édifice quand même c'est chronophage, ça prend du temps d'organiser ce genre de chose. Faut passer du temps entre le mec que tu vas avoir au téléphone, pour qu'il accepte de te prendre ton patient, ça te prend quand même du temps

B : en psy. Parfois on fait des hospitalisations programmées en psy ! On appelle, on dit faudrait vraiment hospitaliser, dès que j'ai une place, je le prends (3). Ca peut être ça, mais bon, genre des cas spéciaux mais moi c'est comme ça que je fais. A la clinique d'Epinais...

A : oui, à la clinique d'Epinais ça marche bien

B : quand ils ont une place, ils prennent [A : voilà]. Si ils disent oui, OK c'est bon, après ils font

A : Epinais fonctionne comme ça, ça marche assez bien Epinais

B : mais c'est un peu spécial. Sinon...

D : c'est arrivé une ou deux fois avec Moisselles, mais un passage à Beaujon aux urgences, vois un psy et en disant au psy de Beaujon d'urgences qu'il y avait une place prévue à Moisselles. Mais c'est arrivé euh, exceptionnellement. Deux cas

B : oui et puis t'es obligé...

C : et t'as passé deux jours et demi...

D : et j'ai passé deux jours et demi à...

B : c'est du travail !

M : et vous C, vous avez dit que vous utilisiez peu souvent les hospitalisations programmées, parce que ?

C : parce que c'est chronophage et qu'effectivement ça passe plutôt par le biais des consultations euh... ensuite c'est euh... proposé par le spécialiste. La seule fois où je l'utilise, effectivement il y a les psy euh... enfin les hospitalisations en psy mais de toute façon il y a toujours un délai, soit c'est une urgence absolue, là ça se discute pas, soit euh... c'est du euh..., c'est pour des problèmes de psy ou du sevrage des choses comme ça et c'est à peu près programmable quand ils ont une place ou des disponibilités. Mais le seul autre service que j'utilise c'est le service de médecine interne quand j'ai un truc un petit peu difficile à... Et c'est même plus restrictif que ça parce que à part euh... Beaujon, je sollicite très peu les autres services de médecine interne.

D : par contre le truc, on est bien d'accord que, ça a rien à voir avec quand on envoie quelqu'un en consultation pour avoir un avis. Là on souhaite envoyer quelqu'un pour un bilan et que le bilan peut pas se faire en externe, mais euh... ne peut se faire que en... en... Nous notre intérêt c'est que ça puisse se faire sur un temps..., enfin l'intérêt du patient plutôt, c'est que ça puisse se faire en temps court. (3) Et ça, c'est pas réaliste.

A : mais pour ça, il y a des services de médecine en ville qui sont beaucoup plus réactifs par rapport à ça, pour prendre les gens.

D : tu penses à qui ?

A : je sais pas, à la clinique de l'Estray euh... où ils sont assez euh... ils te prennent assez facilement les gens pour faire des bilans.

B : bon alors après, c'est ça la question, c'est euh... quand est-ce qu'on en a besoin quoi.

D : ça c'est la vraie question.(3)

M : et du coup, comment vous procédez pour hospitaliser un patient ?

D : alors, pour faire hospitaliser quelqu'un. On élimine l'urgence.

M : oui

D : donc on retombe sur la question où il y a une hospitalisation programmée possible.

C : on s'entretient avec les médecins du service (2)

B : ou une consult avec une lettre (2), ça peut être ça aussi hein.

A : enfin souvent ça passe par une consultation, en demandant, en mettant dans ma jolie lettre que je pense que ça serait peut être bien de faire un bilan euh... soit en hôpital de jour soit en quelques jours et que..., voilà que moi ça m'est difficile d'organiser en ville, la consultation je sais pas où euh..., l'examen euh... le scanner à tel endroit..., la consultation truc... c'est ça quoi. Et généralement ça se passe assez bien quand c'est comme ça. Mais euh, mais ça veut dire que euh... c'est quand même..., il y a déjà un délai pour avoir la consultation, d'accord, ça fait déjà le problème consultation euh, si c'est pas toi qui la prend t'as déjà dans pas mal de trucs un délai qui est relativement long et après auquel se rajoute le délai euh... que eux ils ont pour euh, pouvoir le prendre comme ça en fonction de ce qu'il jugent quoi

D : et moi quand tu dis ça arche pas toujours bien non plus c'est que par exemple quelqu'un qui est envoyé en hospitalisation de jour après une consultation, ça veut pas dire que eux, en une journée ils ont pu prévoir euh... Souvent les gens ressortent avec un examen externe

A : {rires} Pas de chance, vous allez aller faire votre scanner ailleurs parce que justement aujourd'hui il y a... il marche pas

B : il y avait pas de place

A : ce genre de choses

M : et est-ce que ça vous arrive des les adresser par les urgences ?

D : non

B : non, c'est pas un bon plan ça

A : non

D : ça marche plus, ça marche pas, ça marche euh...

B : ça dépend sur qui on tombe et puis de toute façon comme l'idée c'est pas... c'est pas l'urgence

C : c'est déjà arrivé, c'est déjà arrivé, quand t'appelles en... surtout en gastro, ou un samedi, pour une patiente qui était suivie euh... la seule réponse c'était euh... on n'a pas de place machin, envoyez la aux urgences et on verra là bas quoi. C'est une côte mal taillée parce que...

B : bah oui

C : prendre un avis un peu rapide euh, donc t'appelles les urgences et ? qu'est ce qu'on va faire si il y a pas de place derrière. Mais t'as quand même besoin d'un avis, tu vas pas attendre quinze jours qu'ils se décident à faire des places. Parfois ça se fini quand même aux urgences un petit peu en force... avec un transfert derrière

B : pourtant hein, les services ils les programment vachement leurs... leurs hospi hein. Je me souviens quand j'étais en gastro, ils faisaient sortir les gens, ils faisaient une permission de week-end là et ils disaient qu'il sortait le lundi matin parce qu'ils se gardaient toutes leurs places pour euh... pour leurs urgences pour la semaine tu vois. Ils faisaient des hospis de semaine finalement hein.

D : c'était quand ça ?

B : bah c'est vieux mais c'était quand même un système là... ça marchait bien, ça a peut être changé

D : à mon avis ça a dû changer

B : tu parles au contraire, ils doivent éviter au maximum les urgences. C'est un peu la hantise

D : la hantise c'est d'avoir du monde aux urgences mais...

B : non, la hantise c'est de récupérer des patients par les urgences. C'est horrible. Voilà donc en fait euh, forcément les gens qu'on envoie aux urgences c'est des gens qui n'ont pas besoin d'y aller quoi (3) ou des gens qui y vont tout seul et qui n'ont pas besoin d'y aller, c'est un peu un principe. Ils ont très peur de tomber sur un vieux ? qui va rester trois plombes chez eux quoi. Mais ça a changé ça avec les soins de suite.

A : moi ce qui me semble en tout cas par rapport avec toutes ces histoires là, c'est que ce qui nous manque beaucoup, c'est de connaître les gens. Je crois que la vraie simplification, c'est que quand tu connais des gens à un endroit etc. et que tu as déjà pu discuter avec eux trois, quatre, cinq fois etc. , c'est cent fois plus facile d'envoyer, de téléphoner, d'avoir un contact rapide euh, plus facile, ils peuvent te donner leur numéro personnel, donc ça c'est quand même des choses qui aident beaucoup. Tant qu'on restera comme on est, un peu toujours tous cloisonnés, sans trop se connaître, finalement euh... c'est un sacré problème pour nous. Toi par exemple, peut être que toi, comme t'es à l'hôpital Louis Mourier, ou toi D, comme vous avez fait des formations pour je sais pas... les réseaux de gynéco, de truc... etc, que ça aide peut être par exemple par rapport à prendre en charge euh... en hospitalisation quelqu'un parce que tu as le téléphone relativement plus facilement et tout ça quoi. Mais quand on connaît pas du tout les gens... voilà quoi. Je crois que c'est... moi ce qui me manque c'est ça je pense

B : mais pourquoi, tu fais pas partie d'un réseau toi ?

A : moi non. Enfin si mais {rires}

B {en riant} : tu vas jamais aux réunions ? Parce qu'une fois que tu y vas, après tu les connais les gens

D : il y a à l'hôpital Beaujon, c'est le service de médecin interne qui avait fait des portes ouvertes, où on avait été... je sais pas si tu y avait été aussi ? [A : oui] Ça a quand même nettement amélioré les choses quoi

B : moi j'y était pas allé

A : mais il faudrait que les choses se refassent régulièrement quoi, d'après moi. Tu perds autrement

B : ouai enfin tu vois, c'est quand même un problème parce que...

A : moi tu vois par exemple quand ma mère avait été hospitalisée à Beaujon en urgences en médecine interne (2), je connaissais une des chefs de clinique qui s'était occupée de ma mère, c'était super, après je lui téléphonais pour apprendre des choses {rires}

B : mais c'est un problème, pourquoi est-ce qu'il faudrait connaître quelqu'un ? Je suis d'accord que ça simplifie les affaires mais ça veut dire quoi ? Si t'appelles, t'es généraliste, t'as ça, ça comme problème, pourquoi est-ce qu'ils feraient la fine bouche, sans te connaître ? Ils peuvent croire ce que tu dis quand même. Parce que bon, on va pas aller s'amuser non plus à aller rencontrer tous les gens

de tous les services. Enfin moi je veux bien hein, mais ça demande du temps c'est pas normal quand même

A : non mais moi ça me... ça me... moi idéalement j'aimerais bien connaître les gens quoi [B : oui mais moi je suis d'accord]. Les gens à qui j'aimerais envoyer, les gens que... que j'aime bien que... je trouve sympa etc. quoi

B : bah d'ailleurs c'est ce qu'on essaie de faire un peu quand on envoie consulter mais [A : après euh...]. Oui non mais d'accord mais c'est pas possible ça

A : bah c'est difficile, sûrement

B : c'est pas possible de connaître tout le monde. Si t'envoie à La Pitié pour un sujet hyper pointu, tu vas pas... forcément connaître le mec (2). Moi ce que j'aimerais bien, c'est que oui, j'aimerais bien qu'on me prenne en considération mais ça c'est encore différent tu vois (rires). Sous prétexte qu'ils nous connaissent pas euh...

A : d'une manière générale tout le... le numéro... j'ai l'impression que chaque fois que j'ai fait le numéro qu'il y a à l'assistance publique-hôpitaux de paris, où il y a euh... le cadre relation avec les médecins de ville etc., je veux dire la plupart du temps, ça mène à rien quoi. Ça veut dire que tu as théoriquement dans chaque service des trucs prévus pour être relativement facilement en relation avec le médecin de ville et truc, je sais pas si c'est..., je sais pas ce qui..., ce que les gens en disent mais ça me semble extrêmement caduque comme histoire, je crois que ça marche pas. C'est vrai non ? Je sais pas si vous le faites mais... ça m'est arrivé pas mal de fois de le faire et tu dois théoriquement tomber sur quelqu'un d'un peu sympa, et ça répond pas libre ou... des trucs ou... il y a une personne au bout du fil, soit... soit t'as pas quelqu'un qui est particulièrement... on va dire briffé pour euh... pour t'aider... pour aider effectivement les médecins de ville à trouver un correspondant relativement rapidement etc. Et puis souvent, c'est comme toujours, c'est extrêmement euh... chef de service dépendant, c'est-à-dire que... c'est toujours euh... c'est... si c'est un chef de service qui fait tourner son service, et après, ça fonct... ça dépend de l'opinion qu'il a de la médecine de ville, de sa relation avec les médecins de ville etc. Il y a des gens qui font gaffe, d'autres qui s'en foutent euh... et puis voilà quoi, ça fonctionne un peu comme ça je pense. Donc il y a pas mal de... il y a des services où euh... tu sens bien que... tu peux avoir des gens relativement facilement et des services où s'est une galère quoi. Enfin moi c'est mon opinion

B : enfin moi je suis d'accord que quand on connaît les gens c'est vachement plus simple. Ça c'est vrai (3)

D : c'est pas vrai

B : c'est évident... C'est sûr. (2). Bon alors si on leur fait une petite feuille en disant voilà ce qu'on pense, ce qu'on cherche, voilà c'est ça l'idée

A : il y avait cette idée qui avait été dite dans les NMR

M : voilà, en fait l'idée était de cibler les services avec lesquels vous aimeriez organiser plus souvent des hospitalisations et d'essayer de créer un moyen de communication avec ces services, donc on était parti sur l'idée d'une fiche de demande d'hospitalisation programmée. C'est cet outil qu'on essaie de mettre au point d'abord avec les médecins généralistes puis avec les médecins hospitaliers. Donc j'ai pris les services les plus cités, la médecine interne, la gériatrie et la diabéto.

D : et il y a eu une sorte listing des hospitalisations programmées. Dans quel cas on voudrait une hospitalisation programmée parce que je trouve qu'il y a un peu une difficulté dans la... dans la formulation, c'est-à-dire qu'on est entre les urgences, entre la consultation ou on veut un avis euh... de spécialiste et puis un intermédiaire au milieu où on voudrait une hospitalisation soit... soit d'un jour, soit d'une semaine euh... dans le cadre d'un bilan bien... bien euh... Voilà, faire un diagnostic sur une maladie qui est un peu euh... Ça me gêne un peu parce que... je... j'arrive pas bien à voir dans les trois trucs euh où on est quoi, dans le... dans la consult. Je trouve qu'on est beaucoup plus dans la consultation de spécialiste. Je sais pas, l'autre jour j'ai envoyé quelqu'un pour éventuellement sarcoïdose euh... je me doutais bien que... sarcoïdose elle y est mais que il va falloir faire tout un bilan pour voir si il faut un traitement ou pas ou etc. euh... là on rentre pas dans une hospitalisation ? programmée ? ou est-ce qu'on reste sur la consultation ?

C : bah si ! si c'est un bilan en hôpital de jour euh... ils voient justement si ils peuvent faire ça en hôpital de jour ou euh... une hospitalisation sur quelques jours. Mais ce genre de choses, ça c'est... t'es obligé de décrocher ton téléphone, euh... enfin, t'as parlé au docteur directement pour euh...

D : la conclusion ça a été euh... Bon si on prend l'exemple de la sarcoïdose, ça a été... j'ai dit à la dame de chercher... de prendre une consultation. Je l'avais adressée plutôt vers le docteur X, euh... le rendez-vous était deux mois après ! Deux mois après ! donc j'ai changé de tac-tic, j'ai appelé euh... Louis Mourier où elle avait été euh... une fois il y a six, sept ans et euh... et en fait ce que j'ai obtenue c'est n'est qu'une consultation mais c'est moi qui ai appelé. Pour après rappeler la dame pour lui dire c'est tel jour, euh... mais j'ai pas fait une... une hospitalisation programmée. J'ai fais une consult, j'ai juste pris un rendez vous de consultation qui a été plus tôt que ce qu'elle avait eu à beaujon mais qui était euh... (2). Après tu te tapes une belle lettre, tu mets une heure...

M : le but de cette fiche n'est pas de shunter le contact avec le médecin hospitalier. C'est-à dire que votre demande sera lue par un praticien hospitalier qui vous réorientera si besoin vers une consultation si l'hospitalisation n'est pas adéquate. Ca n'empêche pas le dialogue.

C : mais ça permet d'avoir le premier contact, et de voir ensuite le... le

B : quoi la fiche ou le téléphone ?

C : bah non, déjà si on fait une fiche, qu'on envoie un truc un petit peu motivé avec l'orientation qu'on souhaiterait avoir, le type peut rectifier le tir en disant « moi je pense qu'une consultation dans un premier temps permettrait de... de cibler un peu le... justement... la chose, pour voir si techniquement on peut le faire en hôpital de jour euh... une journée ou si il faut programmer les examens avant de faire l'hospitalisation. C'est effectivement une fiche de premier contact. C'est une demande euh...

A : et les demandes elles pourraient être faites par mail ?

M : ça on en reparlera après. Du coup je voudrais des remarques sur ce que vous pensez des fiches, ce que vous rajouteriez, ce que vous enlèveriez...

D : inférieur à 48 heures, une semaine, supérieur à une semaine...

B : on peut peut être faire euh, oui. Plus d'une semaine, il y a pas de limite, j'aime pas ça

D : mais c'est pas la durée, c'est le délai

B : oui mais plus d'une semaine, si ils te donnent dans un mois, t'es content ?

D : oui, tu trouves que c'est pas bien euh... délai souhaité il pourrait être...

B : je sais pas il faudrait qu'on fixe un maximum non ?

A : oui, moi je serais plutôt de l'avis de B là, c'est-à-dire je resterais avec des moins quoi. Moins de 48 heures, moins d'une semaine, moins de quinze jours et puis tu te dis que si c'est dans quinze jours et que tu as besoin d'autre chose, tu vas ailleurs quoi mais que... non ?

B : oui oui moi ça me plait pas ça. Enfin ça me plait pas...

C : c'est pas non plus un truc, c'est pas on-off euh avec la petite case, tu peux marquer euh... tu peux cocher supérieur à une semaine quand t'as pas de degré d'urgence mais euh... tu peux annoter en disant si c'est dans trois mois, c'est pas la peine, merci ! Mais dites le moi assez vite

B : non mais c'est parce que je pense que de ce petit truc là, on a un peu envie d'avoir une réponse

C : bah oui

B : alors si tu mets plus d'une semaine et qu'ils te répondent un mois plus tard, ça va pas être plaisant

C : non délai souhaité pour l'hospitalisation, c'est pas délai souhaité pour la réponse

B : oui d'accord, mais si c'est pas pressé euh... on va pas te donner la date tout de suite, parce que ça dépend du turn over et tout ça...

C : c'est logique que le deal quand même avec les services, c'est qu'ils te donnent une réponse dans les 48 heures. Qu'ils te donnent la réponse sur la faisabilité du truc. Si ils te disent bah on est blindés jusqu'à... jusqu'à l'an prochain euh... bah d'accord OK

B : non, bah je suis d'accord, moi je mettrai plutôt inférieur à... quinze jours

D : ça c'est une fiche qu'on envoie comme ça ?

M : le mode d'envoi on en reparlera après

D : d'accord mais il y a pas un coup de fil avant ?

M : non

D : on enverrait une fiche

C : en on se contacte après, c'est pas mal, ça fait pas... tu te tapes pas les quatre saisons de Vivaldi à la recherche de... tu vois

B : oui {rires}

C : tu perds en musicologie mais tu gagnes en nervosité

D : ça mériterait quand même qu'il y ait euh... moi je trouve qu'il faudrait qu'il y ait euh... soit pour le... soit le mail, soit le téléphone, soit le truc euh...

M : du service ou du médecin qui l'envoie ?

D : bah du médecin qui l'envoie. Parce que là, t'as pas l'impression, enfin j'imagine le... le chef de service... je sais pas qui qui reçoit ça, euh....

C : bah, nom et coordonnées du médecin demandeur [B : nom et coordonnées]

D : oui, mais il pourrait y avoir deux trois précisions, par exemple on peut nous appeler au direct, sans passer par le secrétariat, on peut nous envoyer éventuellement un mail

C : ça tu peux le renseigner dans le truc avec les coordonnées

B : un peu petit, un peu petit

D : bah pas du tout dans mes... dans mes... [B : c'est pas sur le tampon] sur le tampon, moi j'ai pas euh... moi je mets pas...

C : ah oui d'accord, sauf que là, si t'as un outil euh... informatique, c'est pas une demande écrite. Enfin ça on sait pas encore

M : on va en reparler après

C : si c'est pas une demande écrite, il y a pas de.... Mais effectivement oui. Tu peux le noter, avec un petit stylo ça marche

B : c'est pareil, après il faut que nous on soit joignable. Si ils nous appellent ?

D = nom du patient, est ce que ça les intéresserait le numéro de sécu du patient par exemple

A : bah tu leur donne ton numéro de portable.

B : ah oui, écoute {en soupirant}. Tu réponds tout le temps ?

A : bah maintenant tu as un portable

B : quand je suis en consult, c'est simple, j'ai retiré le son. Ils peuvent toujours m'appeler je répondrais pas

C : ils laissent des messages, ils sont quand même... ils savent aussi euh...

B : bah oui mais du coup...

C : ça sera plus rapidement que si tu passes par le fixe

B : bon d'accord, on va dire oui et puis on va réfléchir...

D : euh... numéro de sécu du patient, il y a pas besoin ? Euh... deuxièmement le motif d'hospitalisation c'est par rapport à « le patient a-t-il déjà été hospitalisé à Louis Mourier » ? ou...

M : non, c'est votre demande

D : donc c'est motif de la demande. Ca serait peut être mieux... de le formuler... ou motif de la demande d'hospitalisation (15). Ce qui est intéressant, c'est qu'on a quand même ce qui a déjà été fait (2), ce qui a déjà été fait, et ce qu'on... on souhaite chercher, ça nous donne quand même une ouverture sur euh...

B : bah ça t'oblige à être clair aussi hein !

D : voilà, ça t'oblige un peu à être euh... et puis ... alors la je vois venir « nécessité d'une évaluation ou d'un entretien de suivi social », c'est là ou je retrouve euh... c'est quoi la notion d'hospitalisation programmée quoi, c'est euh...

B : parce que ? [A : c'est-à-dire ?]

D : bah je sais pas, est-ce que c'est en gériatrie ? euh...

C : c'est médecine interne

D : là c'est médecine interne mais est-ce que t'as euh... « nécessité d'une évaluation ou d'un entretien de suivi social »

B : bah... si c'est quelqu'un qui peut avoir la CMU, l'AME ou une complémentaire santé ou je sais pas quoi hein. Ca peut être utile. Ca peut être l'occas de profiter de l'assistante sociale du coin quoi, de l'hôpital

A : oui c'est plutôt une bonne idée d'avoir mis ça

B : oui c'est vachement bien oui

D : non je pense que c'est une bonne idée mais euh...

B : tu penses qu'il faut expliciter ?

D : non, c'est que je... {hésitant} c'est au démarrage, je sais pas quels sont les... les cas. Par exemple en gériatrie, on connaît bien ce coup la du euh... du... il faudra peut être prévoir euh... [A : une demande d'APA] une demande d'APA, machin truc, une EHPAD euh... Bon médecine interne aussi parce que...

C : enfin là tu renseignes que si ça te paraît nécessaire, t'es pas obligé non plus de répondre euh... Là c'est pour un diagnostic, c'est pas pour...

D : non mais c'est bien, il y a écrit oui-non, c'est bien

C : ça paraît assez euh... il y a l'essentiel qu'on a sur nos dossiers hein

D : alors gériatrie, gériatrie (36)

A : {rires}

B : qu'est ce qui te fais rire ?

A : je me marre parce que, je me dis que il y a plein de choses que... ça va nous obliger à structurer notre dossier {rires}. Parce que euh... [B : nombre d'heures d'aide ménagère] le nombre d'heures d'aide ménagère par semaine, le portage de repas, l'aide familiale, les soins infirmiers, etc etc, je te dis pas !

B : faut le remplir avec les gens en face

A : on va mettre les gyrophares pour savoir ou on en est {rires}

B : vous avez quoi comme ressources ?

A : c'est l'intérêt de choisir un bon logiciel hein, qui va nous obliger à remplir tous ces trucs là parce que... on est mort autrement ! On pourra jamais demander d'hospitalisation ! {rires} On n'osera pas, on n'osera pas, on va dire non, on peut pas faire ça

C : là c'est pareil, ils... c'est pas comme à la sécu, ils rejettent pas les dossiers si tout n'est pas coché

A : si si si, c'est comme ça {rires}. Si tu sais pas si t'es en tutelle ou curatelle euh...

B : moi à mon avis la question fatidique c'est mode de sortie envisagé, parce que si tu demandes une institutionnalisation, là ça va pas être urgent hein

D : alors dans les trucs, pour moi, peut être qu'il manque APA justement, peut être il manque APA dans les euh... aide, enfin, rajouter. Deuxièmement euh... je vous raconte un peu à tous parce que... je suis allé à Agekanonix l'autre jour et il y a un gros sujet sur... normalement on devrait plus dire aide ménagère, on devrait dire aide à domicile et dans aide à domicile, t'as des aides ménagère mais t'as aussi des auxiliaires de vie [B : des auxiliaires de vie]. Et en fait euh... leur formation est pas la même et ce qu'elles peuvent faire, enfin elles parce que c'est souvent des filles, ce qu'elles peuvent faire, c'est pas la même chose non plus. J'ai raconté comment j'ai vexé terriblement une auxiliaire de vie chez Mr et Mme... le couple qu'on connaît en commun, et la fille elle m'a dit mais moi je peux donner les médicaments {rires}

B : alors c'est auxiliaire de vie et l'autre c'est quoi ?

D : euh... qu'est ce que j'ai dit ? Aide euh... aide à la personne

B : ah bon, aide à la personne elle fait le ménage ?

C : non, elle fait la personne

D : dans aide à la personne tu peux avoir aide ménagère et euh auxiliaire de vie

B : voilà c'est ça, c'est ça que j voulais {en prenant un stylo pour noter sur sa fiche}

A : t'as noté C ?

C : ouai j'ai noté !

B : non mais c'est intéressant parce que je suis en train de me dire est-ce que j'ai demandé la bonne personne...

A : oui non mais c'est ça parce que maintenant, je suis dans un truc là justement, c'est pas Agekanonix mais santé service, par exemple, initialement ils faisaient que aide ménagère

D : non ils ont des auxiliaires de vie

A : mais maintenant ils ont des auxiliaires de vie mais au tout début il y a dix ans quand Santé Service existait, c'était uniquement un service d'aide ménagère

D : attend Santé Service, c'est l'HAD du euh... 92 là

B : ça fait aussi, oui HAD

D : attention A, ça c'est de l'HAD ça

B : tu penses pas famille et santé ?

A : oui Famille et Santé. Avant ils faisaient que le truc et tout ça et maintenant ils font euh... ils font les auxiliaires de vie

D : justement c'était à ce propos là, ils devraient écrire un article dans le journal, la lettre des familles et euh...

A : donc t'as aide ménagère et auxiliaire de vie

B : voila, et tout ça c'est de l'aide à la personne

A : tout ça c'est de l'aide à la personne. Donc l'aide ménagère elle est aide ménagère...

D : oui mais justement, l'aide ménagère, elle est pas là que pour laver les carreaux.

A : elle est pas là que pour laver les carreaux, elle est là pour faire les courses éventuellement, sortir les gens etc et l'auxiliaire de vie, elle, elle fait...

D : et deuxièmement il serait bien qu'elle soit formée

A : et l'auxiliaire de vie elle fait ?

D : et l'auxiliaire de vie elle est plus que aide ménagère, elle aide [A : toilette ? euh...], toilette, médicaments...

B : mais est-ce qu'elle fait aussi le ménage ?

D : au prime abord, non. Enfin, au prime abord non

A : enfin voila, donc famille et santé maintenant ils font tout ça

C : ensuite euh est-ce que c'est à nous de faire la demande de la spécificité de l'intervenant ?

B : bah oui ! tu sais ce dont ils ont besoin

D : bah ça permet quand même à l'hôpital d'avoir un... voilà. Et il y a un truc aussi que je voulais demander, c'est que quelques fois on fait des hospitalisations programmées pour des gens qui sont en... en EHPAD, et là ça sort pas que leur origine c'est l'EHPAD

B : et retour en EHPAD, oui faudrait peut être le mettre, si jamais ils pensent que c'est bien, oui c'est retour à domicile quoi

A : on a les aides à domicile mais on met pas les trucs comme le biotel, les trucs comme ça

C : il y a l'adresse du patient, personne à contacter

D : quoi ?

C : adresse du patient, identité du patient avec adresse, tu peux marquer EHPAD hein

D : ah oui dans personne à contacter

C : même une personne en institution, tu mets son domicile à l'EHPAD

B : oui mais tu vas peut être donner les coordonnées de la famille quand même

D : oui de la... t'as raison, personne à contacter c'est l'EHPAD. Donc là, on le voit

B : c'est où personne à contacter ?

D : ça peut être une méthode de... bien que personne à contacter euh... [B : bah moi je veux mettre la famille quand même !] c'est quand même la famille quoi... ou ce qu'on appelle selon la loi de deux mille... Euh

C : la personne de confiance ?

D : la personne de confiance ! (5) Histoire de la maladie, antécédents, alors... autonomie, traitement en cours...

A : c'est un peu juste non, le nombre de cases pour traitement en cours ? Faudrait peut être... quinze non ?

D : nécessité d'instauration ou de modification des aides en place, mode de sortie envisagé.

B : dix ça suffit, si t'en as plus, ça veut dire qu'il faut en supprimer ! Enfin faut mettre à jour ton dossier. Parce que dix c'est pas euh...

A : si il y en a plus de dix, il faut que j'en supprime

C : maintenant vous avez l'habitude de mâcher le travail pour la sécurité sociale, là c'est comme une demande pour la MDPH. Si on commence à leur préparer clef en main, leur compte rendu d'hospitalisation [D : il va râler], tu peux marquer effectivement 25 cases... Là ils auront qu'à pomper ce qu'on a marqué (B : je te sens critique là). Pas du tout mais euh... effectivement, si on fait un truc très bien... ça c'est une demande d'hospitalisation, c'est pas un brouillon de compte-rendu d'hospitalisation où ils auront simplement à marquer la conclusion en disant vous vous êtes planté, c'est n'importe quoi, c'est pas la peine, il faut supprimer tous les médicaments. Donc c'est pas un compte-rendu, c'est une demande. Ca peut être développé après sur une belle lettre j'imagine... Parce que ça commence comme ça et ensuite ils vont demander des compléments d'informations, enfin pour motiver non ?

B : peut être pas, puisque t'auras tout bien rempli. Justement l'idée c'est que t'ai tout pour qu'ils te demandent pas des trucs

C : mais si tu passes deux jours et demi à remplir, c'est aussi chronophage que...

B : t'exagères ! c'est quand même pas compliqué

D : il y a un truc, euh, Beaujon je trouve fait des progrès, c'est le service des urgences, maintenant ils nous appellent

A : ils sont réactifs, ils envoient vite fait aussi un compte rendu, c'est vite fait hein. La majorité des gens, ils repartent de Beaujon avec une lettre tapée, ce qu'ils ont fait

B : parce qu'ils ont tous le logiciel

A : oui mais, non mais c'est vachement bien ça

D : mmm. Mais moi pour certaines personnes âgées qui ont été aux urgences comme ça par hasard, ils me rappellent, le service de gériatrie aigue aussi ils ont rappelé. Par contre je leur avais demandé d'appeler quand il sortait mais ça, ça c'est trop compliqué {rires}. Mais... mais quand même ils demandent euh... ce que nous on a dans nos... dans notre truc quoi.

A : on regardait les diabéto là, c'est ça hein

D : diabéto ?

A : oui t'as diabéto là

B : tu crois qu'il y a un autre type de diabète que le 1 et le 2 ? un insipide ? qu'est ce que ça pourrait être d'autre ?

M : post pancréatectomie par exemple

B : ah oui d'accord, d'accord.

A : c'est trop compliqué pour nous

B : ils sont déjà dans le circuit ceux-là. Enfin bon, on sait jamais

D : éducation thérapeutique, optimisation du traitement, est ce que là dedans par exemple on met, parfois il y a des gens qu'on arrive... qu'on veut passer sous insuline et que c'est pas gérable à domicile

C : optimisation du traitement ça s'appelle

D : c'est ça

B : ouai mais ils vont pas vouloir les mettre sous insuline. Moi je voudrais mettre mise sous insuline

A : et tu mets précisez, là, en dessous, t'as une case précisez

B : insuline et rien d'autre. Sinon ils ressortent ils ont tout ça {en montrant une grande page} mais ils ont pas d'insuline (2)

D : toit tu mettrais mise sous insuline c'est ça ?

B : ah mais optimisation du traitement, moi je mettrais mise sous insuline hein parce que... et j'aimerais bien qu'ils en tiennent compte hein parce que vraiment... j'en ai marre d'envoyer les gens pour les mettre sous insuline, ils ressortent ils ont des médocs et pas d'insuline. On a l'impression qu'ils traînent des pieds, hein ? ils font chier

A : rétinopathie, neuropathie, néphropathie, plaie du pied...

D : traitement actuel tu peux baisser un peu la case {rires} parce que en général si tu les... t'as pas beaucoup de place

B : pour quoi tu dis ?

D : de baisser un peu la case de traitement actuel

B : oui, parce qu'il y a plein de place en dessous

D : t'as de la place en dessous

B : neuropathie, néphropathie, plaie du pied... (4)

D : que vous souhaitez voir effectués lors de l'hospitalisation... bilan bio, ecg, scinti, fond d'œil... Angio ! angiographie. Consultations spécifiques, autres, écho cardiaque, doppler (5). C'est marrant parce que ça aurait pu aussi rajouter euh... tu vois par exemple, par rapport au CCN[A : mmm], nous ça nous arrive de... de d'avoir de gens de temps en temps euh... bon c'est plutôt toledano par exemple qui le fait mais...

C : le bilan cardio ?

D : oui

B : et ben ? ah oui quand on les envoie en hospi programmée ?

D : mmm

B : ouai, ça on pourrait peut être... Et il faudrait mettre diététicienne quand même dans consultations et examens spécifiques

C : dans autres ?

B : c'est vraiment très spécifique mais c'est...

C : bah autres

B : non mais moi je veux qu'on écrive juste à cocher, je vais le demander à chaque fois. C'est vrai, c'est bien ce qui manque. Qu'est ce qu'il manque... les pieds, et pourquoi pas le podologue ?

A : euh... groupe de parole, participation à un réseau de... de... de diabétologie

B : le patient ?

D : de quoi ? dans groupe... éducation thérapeutique ?

A : dans consultations spécifiques, qu'il soit inscrit dans un groupe de parole

C : c'est dans autres

B : dans un groupe de parole ?

D : mmm. Enfin c'est pas groupe de parole auquel tu penses mais euh... mais groupe de... de diabétiques qui se...

A : voila, voila !

B : une association

D : bah pff...

A : c'est pas une association, c'est groupe de diabétiques qui discutent de leurs problèmes

D : mais c'est... l'intérêt de éducation thérapeutique c'est qu'en général ça en fait partie

A : mmm

D : mais c'est pas sûr, ça dépend des services hein.

B : mais c'est écrit là euh... éducation thérapeutique ?

M : dans la demande

A : c'est à... Nanterre ils font des trucs pas mal par rapport à ça je crois.

B : groupe de parole, moi je vais le mettre quand même, si il y en a (4)

A : bon bah ça y est on a fait tout le travail ! on a mâché tout ! {rires}

M : OK, merci beaucoup pour toutes ces remarques. Et du coup, je voulais reparler de la communication de cette fiche à l'hôpital. Comment est-ce que vous voudriez procéder ?

D : apycrypt

A : mail ! par mail !

B : oui mais apycrypt se serait bien

M : vous êtes tous informatisés ? Vous avez apycrypt déjà ?

D : oui

C : comme tout le monde !

B : et Louis Mourier l'a. Figure toi qu'il l'a mais il s'en sert pas

A : {en parlant de C} il sait pas s'en servir, il l'ouvre pas {rires}

B : mais si on sait

C : ça dépend, si il est affiché et pré-programmé

D : avec un problème quand même euh... parce que ça veut dire que nous, on enverrait cette fiche par mail, moi ça me gêne beaucoup

B : par apycrypt !

C : apycrypt, c'est crypté

D : par mail apycrypt, oui mais en fait, ce que je voulais exprimer c'est que bon, je suis devant quelqu'un, on va prendre l'exemple du diabétique, j'aimerais bien euh... qu'il passe deux jours, une semaine ou trois jours, alors je sais pas à qui je vais l'adresser. Bon, si je prends Bichat, est ce que l'adresse au docteur Y ou est ce que je l'adresse à... à Tintin ou... qui va gérer ça

M : ça c'est moi qui vais l'organiser. J'ai rendez vous avec les différents chefs de service justement pour voir qui serait le correspondant, est ce qu'on pourrait avoir une adresse spécifique...

C : bah il y aura un référent j'imagine, un référent

D : qu'il y ait un référent voilà !

C : qu'il y ait un référent pour recueillir les...

D : il faut qu'il y ait un référent qui ait apycrypt

B : et un accusé de réception, pour qu'on sache qu'ils ont lu la fiche. Après ils nous ont pas encore répondu mais elle est arrivée la fiche [D : oui]. Si on l'envoie tu vois par... apycrypt. Oui je l'ai bien reçue, je l'ai lue, je vous réponds dès que je peux, enfin bon, dans le délai imparti quoi

D : mais je pense quand même que se serait bien qu'il y ait un numéro de téléphone du référent, parce que... nous on va probablement...

A : un portable qu'il a sur lui

C : en permanence

B : qui sonne tout le temps, et puis après un jour, on ira le voir, on fera une réunion NMR avec le référent {ironique}

A : on l'invitera à manger

B : et comme ça, alors là ça va être génial, ça va tout combiner. C'est vrai ça serait bien ça

A : et ça ça serait des fiches euh... qu'on pourrait remplir ?

D : oui alors c'est ça

M : alors est-ce que vous voudriez les remplir à la main et après les scanner les envoyer par mail ou bien les remplir directement sur ordinateur ?

A : moi je préférerais si c'est possible remplir directement quoi

B : on peut l'avoir en pièce jointe ce machin là et qu'on puisse écrire dessus. Alors évidemment, il faut prévoir un truc, et puis après pareil, clic tu peux envoyer une pièce jointe

A : mmm

B : mais... par contre, oui il faut pouvoir écrire sur le support

A : non mais ce que je veux dire c'est qu'il faut que tu aies une trame faite, réellement, que t'ai plus qu'à... que tu puisses cocher euh... type 1 ou type 2, je sais pas quoi euh...

M : mais vous voudriez donc que ça reste sous forme de fiche ou convertir tout ça sous forme de lettre type ?

B : oh non ! c'est bien la fiche

D : non une fiche c'est bien

A : et ça veut dire qu'il faut que ce soit fait sous forme de tableau avec des cases que tu puisses cocher quoi. Que t'ai pas euh... truc euh... après traitement ça tu... tu fais un copier-coller

C : bah ça c'est très bien, ça suffit

D : c'est très... il y a beaucoup de cochage, c'est pratique

B : c'est pour ça qu'on a dit que on veut des choses à rajouter pour cocher

A : non mais des cases dans lesquelles tu puisses rentrer et écrire des trucs

C : mais en plus là t'as même pas besoin d'être poli, tu mets pas de formule de politesse

D : ce qui va être intéressant, c'est voir ce que les chefs, enfin ce que dans les services, eux ce qu'ils veulent. Ça ça va être euh... aussi intéressant (3)

M : et vous n'avez pas abordé le problème de communication avec l'hôpital notamment au niveau du retour sur les hospitalisations. Est-ce que vous rencontrez des problèmes ?

B : alors on pourrait leur demander, nous on fait une demande comme ça et eux ils nous font une fiche de retour. C'est intelligent ça ! C'est à noter

C : non mais la demande d'hospitalisation c'est pas pour le retour

M : non mais vous êtes souvent amenés à revoir le patient après une hospitalisation

D : en général, en général, pas toujours

M : est ça peut être utile d'avoir des informations avant de recevoir le compte rendu

C : ça c'est valable pour tout type de compte rendu

B : c'est pas obligé, si c'est une hospitalisation programmée pour diagnostic, t'es pas obligé de le voir tout de suite (3). En général euh...

C : c'est le même délai, [D : oui enfin je trouve qu'il y a eu beaucoup de cas où euh...] c'est le même délai que les consultations et les hospitalisations qui passent par le biais des consultations et qu'on reçoit le compte rendu. Tout à l'heure j'ai reçu un compte rendu de... de justement du diabétologue de Bichat pour une dame que j'ai envoyé en consultation et ils l'ont prise en hôpital, et là je viens d'avoir le compte rendu qui fait trois pages et que j'ai pas eu le temps de lire avant. Mais euh... ça met un certain temps, c'est, enfin, pour la plupart des choses que ce soit une évaluation gériatrique ou diabète ou machin, on n'a pas forcément non plus besoin d'être au courant dans les trois jours après leur sortie quoi. on n'est pas pressé de savoir ce qui a été fait

B : bah ils pourraient nous faire un petit truc voilà,

C : par contre ceux qui sont hospitalisés dans un cadre un peu plus urgent, là par contre j'aimerais bien que... ceux qui passent par les urgences on n'a pas souvent, qui sont hospitalisés, là pour le coup, on n'a pas souvent de retour dans les délais, ils sont chez eux et... voilà, on sait pas ce qu'ils ont eu. Bon alors ça c'est... bien sûr les hospitalisations programmées, oui il faut du truc, de la substance, faut que ce soit détaillé mais ça on l'a mais dans un délai qu'est pas... Enfin, éventuellement ils peuvent nous envoyer une petite fiche en nous disant ouai on a commencé à faire des trucs, on voit le complément mais grossièrement euh... on a mis sous insuline euh... on a fait trois examens dont on donnera tous les détails, mais ça c'est peut être un petit retour euh... enfin ce qu'il y a à faire pour eux, mais c'est pas non plus...

B : mais il y en a ils viennent dès qu'ils sortent aussi, alors t'as l'air neuneu quand tu sais pas. T'as les deux (2)

C : ou alors qu'à l'hôpital ils leur donne un... une fourchette euh... en disant vous consulterez votre docteur. On lui envoie le compte rendu euh sous quinze jours, allez-y dans les quinze jours

B : oui mais si ils l'ont mis sous insuline par exemple, tu vas peut être le voir plus tôt (4)

A : mais il y a certains services qui ont fait des progrès quand même par rapport aux délais hein

D : ouai, moi je trouve hein

A : il y en a quand même quelques uns, tu les as super vite les comptes rendus. J'étais surpris là euh...

M : mais du coup si on part sur le principe d'une fiche retour soit qui serait communiquée par mail, soit que le patient aurait avec lui à la sortie, quelles informations aimeriez-vous avoir ?

B : bah qu'est-ce qu'ils ont fait

A : le traitement qu'ils ont déjà, si il y a un traitement de sortie éventuel ça nous aiderai

C : la même chose que la fiche d'hospitalisation ça serait bien {rires}. Le motif de la sortie, les traitements

M : c'est pas le compte rendu

B : qu'est ce qu'ils on fait, les anomalies éventuelles euh...

C : en trois lignes euh... ils peuvent répondre à nos questions. Enfin là on leur dit euh motif d'hospitalisation ou... pour quoi...

D : mais je comprends quand même la question. C'est-à-dire est-ce qu'on a besoin d'avoir le compte-rendu ou est-ce que il y aurait une fiche retour, genre euh... suite à notre fiche euh, qu'ils nous la renvoie avec on a pensé ça, ça et ça

A : moi j'ai besoin de trucs très simple, moi je trouve qu'il y en a qui le font, ça me va à moi les compte rendus des urgences avec euh diagnostic retenu ou pas de diagnostic retenu, oui-non euh...

c'est ça etc euh... [B : et puis les anomalies à surveiller], mettre les anomalies à suivre euh... on les a foutu sous anticoagulants, on lui a fait une ordonnance de truc euh et il faut que vous le surveilliez, et puis euh, on a introduit tel médicament, on a supprimé tel médicament, que si tu as le compte rendu dans deux mois euh... tu represcrit pas le même traitement que tu avais et tout ça. Moi c'est de ça dont j'ai besoin, c'est des choses très simples. C'est euh, voilà, diagnostic, pas de diagnostic, euh, et puis après ça suivra quoi

B : et puis si il y a des anomalies à suivre, on le sait quoi

A : et que si vraiment, comme de plus en plus maintenant ils ont pas euh, ils peuvent pas faire tous les examens à l'hôpital et qu'ils nous demandent éventuellement euh, de compléter en ville par le scanner, l'échographie euh, la prise de sang, le truc {en riant} parce qu'en fait ils ont pu, ils ont pas eu le temps de l'examiner non plus mais {rires} ils pensent quand même qu'il faudrait faire ça ! Donc on peut... qu'on sache ce qu'ils pensent.

M : avez-vous d'autres idées ?

B : il faut qu'ils nous répondent aussi, si il y a eu une évaluation ou entretien social, il faut qu'ils nous disent, ce qu'ils on fait. Non mais c'est vrai parce qu'il y a des trucs, tu vois éducation thérapeutique par exemple, vois ce qu'ils proposent parce que sinon après t'es en porte à faux

A : à Bichat là, en consultation de... de mémoire à l'hôpital XY, je la trouve vachement bien faite moi. Ils ressortent, ils ont tout. [D : où ça ?]. En consultation neuro euh... mémoire à Bichat. Ils listent vraiment tout quoi, ils te font des super compte rendus en te disant qu'ils se sont occupé de ceci de cela. Je sais pas si tu en as déjà vu {s'adressant à M} mais vraiment les compte rendus de Bichat c'est pas mal fait quoi. Tu vois le côté social, le truc euh, le machin chose, la kiné le... ceci le cela. Je trouve c'est... c'est vraiment c'est...

D : ceux de d'Argenteuil aussi, consultation mémoire d'Argenteuil

A : mais moi j'en ai eu des consultations mémoire à Argenteuil qui se sont pas très bien passées. J'avais pas de compte rendu vrai euh...

ANNEXE 5 : Liste des UMS

Liste des UMS – Focus group 1

UMS 1 : ça dépend où (.) on hospitalise les gens.

UMS 2 : de temps en temps c'est le grand bazar

UMS 3 : de temps en temps ça se passe très bien.

UMS 4 : ça peut être compliqué euh... d'une part à cause des services en question, mais parfois aussi à cause des patients.

UMS 5 : ça m'est arrivé il n'y a pas très longtemps de passer... presque une demi journée entière sur une hospitalisation programmée

UMS 6 : la fille de la patiente m'a expliqué que ça ne l'arrangeait pas (.) cet après midi là

UMS 7 : c'est compliqué

UMS 8 : ça prend un temps fou

UMS 9 : c'est extrêmement chronophage

UMS 10 : c'est plus satisfaisant

UMS 11 : c'est très très très chronophage.

UMS 12 : ce qui me pose problème

UMS 13 : j'ai souvent l'impression qu'on ne répond pas à l'ensemble des problèmes que je me pose

UMS 14 : souvent en définitive que les patients passent par les urgences (.) et puis tout compte fait, on... on a une réponse à une question urgente ou à un symptôme urgent ou...

UMS 15 : mais au total, euh ça ne m'avance pas pour la prise en charge globale du patient

UMS 16 : je reste avec tout un tas de questions

UMS 17 : je me disais qu'en organisant des hospitalisations programmées je pourrais poser les questions que je me pose, l'ensemble des questions, (.) et essayer d'obtenir qu'on y réponde.

UMS 18 : j'ai souvent vu euh une hospitalisation programmée, je pose mes questions et les gens ressortent avec tout un ensemble de rendez-vous pour la suite, qu'en définitive, j'aurais peut être pu organiser plus vite.

UMS 19 : j'en suis même au point de me demander, ce qui ne serait pas plus utile pour un patient, ce serait que je discute avec des spécialistes euh, qu'on ait un petit staff et qu'on... discute de la situation d'un patient, qu'on se mette bien d'accord sur les examens à programmer et qu'éventuellement (.) on les réalise euh... avant de refaire le point sur ce qu'il faudrait faire.

UMS 20 : même en HDJ en définitive tous les examens ne sont pas faits

UMS 21 : si tu l'avais fait en ville, tu l'aurais peut être eu.

UMS 22 : avant de se lancer dans tout un... ensemble d'examen, on aimerait bien avoir l'avis d'un spécialiste de la question qui... qui nous donne son point de vue

UMS 23 : les envoyer aux urgences, que ce soit les personnes des maisons de retraite ou les autres, c'est pas du tout satisfaisant.

UMS 24 : on n'a pas l'impression que les hospitalisations programmées telles qu'on essaie de les réaliser, ça se passe souvent très bien.

UMS 25 : notre lettre est perdue

UMS 26 : ça demande un effort considérable pour... pour suivre l'affaire

UMS 27 : si il doit y avoir hospitalisation programmée, normalement au bout d'un ou deux jours, on devrait faire obligatoirement, ou alors au cours ou à l'issue de la journée, on devrait faire le point avec le médecin traitant

UMS 28 : on a quasiment jamais de retour

UMS 29 : j'en ai rarement des retours.

UMS 30 : zéro retour quoi.

UMS 31 : Pas un coup de fil « votre patient est sorti, il va sortir, voila ce qu'on a fait, voila ce qu'on a trouvé ».

UMS 32 : quand on appelle euh..., enfin moi ça m'est arrivé d'appeler pour prendre des nouvelles de mes patients et régulièrement c'est euh... « j'ai pas le temps de parler au médecin traitant »

UMS 33 : Le retour est trop tardif.

UMS 34 : Une fois sur deux, ça ne répond pas aux questions qu'on a posées

UMS 35 : on aimerait bien qu'au cours de l'hospitalisation il y ait un petit dialogue avec me médecin traitant.

UMS 36 : il faudrait que nous on soit disponible.

UMS 37 : Parce que c'est vrai que si on m'appelle au milieu de mes consult pour parler de madame trucmuche, euh..., c'est compliqué pour moi

UMS 38 : nous on se rend disponible franchement

UMS 39 : On se rend quand même plus facilement disponible

UMS 40 : quand l'hôpital appelle, même si je suis en consult, je dis au patient « écoutez, je suis désolée, je prends au moins les grandes infos » [B: Moi aussi] ou j'essaie de voir quand est-ce qu'on peut rappeler

UMS 41 : je les trouve quand même moins dispo.

UMS 42 : l'effort que ça demande

UMS 43 : l'investissement que ça demande en temps

UMS 44 : faire une lettre correcte parce qu'on y passe du temps à faire des courriers pour que justement ils aient toutes les infos dont ils ont besoin, et qu'on essaie de faire des synthèses et tout.

UMS 45 : Pour le retour qu'on a..., quand on a un retour euh...

UMS 46 : c'est pas toujours le cas, il y a des cas où on est appelé pendant l'hospitalisation ou au décours..., où on nous demande des précisions, ça arrive. Mais disons que ce n'est pas le cas le plus fréquent quoi.

UMS 47 : On appelle dans le service directement.

UMS 48 : c'est déjà un peu compliqué de trouver la bonne personne déjà. C'est extrêmement compliqué, souvent on peut y passer vingt minutes

UMS 49 : il faut que le patient soit aussi d'accord, et c'est encore plus compliqué.

UMS 50 : il faut faire une lettre, les machins, donc ça prend un temps... fou

UMS 51 : dans ces conditions, adresser un patient aux urgences c'est quinze fois plus simple

UMS 52 : entre le moment où c'est le PH qui dit « OK, je vous le prends en hospitalisation euh... tel jour à telle heure », c'est pas le PH qui va le recevoir hein, c'est l'interne et l'interne, souvent euh..., il n'a pas forcément les infos euh... dont dispose la personne que nous on a eu au téléphone

UMS 53 : le support écrit est indispensable.

UMS 54 : j'envoie plus aux urgences parce que voilà quoi (.), les bras me tombent. (2) J'ai moins de temps. (2) Je suis plus surbooké.

UMS 55 : l'autre possibilité c'est parfois d'essayer de... d'éviter l'hospitalisation dans la mesure où c'est possible quand c'est pas grave et puis de prendre l'avis oral au moins justement du... du spécialiste pour essayer d'organiser un peu à l'avance, de faire avancer un peu les choses avant euh... l'hospitalisation, histoire de gagner un peu de temps parfois

UMS 56: il y a des services qui demandent.

UMS 57 : Ce que ça nécessiterait, c'est que le temps de travail des hospitaliers qui nous serviraient d'experts soit pris en compte dans la tarification

UMS 58: c'est très personne dépendant

UMS 59 : Ca dépend de la bonne volonté

UMS 60 : ça ne dépendrait plus de la bonne volonté si tu avais une tarification de la consultation à distance pour une synthèse autour d'un cas

UMS 61: je pense qu'il faut les deux, il faut à la fois une équipe dynamique etc. mais si ce n'est pas reconnu au niveau du paiement, comme ils sont débordés, au bout d'un moment, euh...

UMS 62 : je mettrai le numéro de sécu du patient

UMS 63 : Il faudrait le nom du référent

UMS 64 : la personne à contacter

UMS 65 : Le nom du médecin... à qui on adresse

UMS 66 : j'aurais peut être bien mis euh... les correspondants impliqués dans la prise en charge...

UMS 67 : Bon, probablement ça apparaîtra dans les comptes-rendus

UMS 68 : mettre qu'il y a une infirmière, si on peut avoir les coordonnées de l'infirmière ou du pharmacien ou... Je trouve ça pourrait être intéressant.

UMS 69 : Il y a motif d'hospitalisation, c'est la problématique quoi ?

UMS 70 : Tu préfères problématique ?

UMS 71 : enfin les questions qu'on se pose oui.

UMS 72 : toutes les questions que je me pose ne sont pas des motifs d'hospitalisation pour être franc. (.) Mais leur regroupement fait que je me sens dans l'incapacité de le faire

UMS 73 : soit j'ai besoin d'un soutien psychologique pour qu'un grand médecin hospitalier me dise « tu vas y arriver, fais-le tout seul » (rires), soit qu'il me dise « ce n'est pas la peine de le faire », soit qu'il me dise « bah je vais m'en occuper à ta place »

UMS 74 : tu peux mettre motif d'hospitalisation, un slash et puis problématique avec un s entre parenthèses.

UMS 75 : Bah les lieux et les dates des précédentes hospitalisations, ça ça va être plus compliqué (.)

UMS 76: globalement, nous dans les courriers qu'on fait c'est ça quoi.

UMS 77 : ça nous demanderait juste de modifier notre formulaire automatisé

UMS 78 : on peut très bien avoir ce formulaire là automatisé dans notre logiciel

UMS 79 : j'aurai plutôt mis ça (montrant les examens complémentaires) dans la problématique ... Bah, pff... Pourquoi vous le mettez en bas, moi je l'aurais mis juste après la problématique. ... Et puis après tu fais insérer le traitement, insérer l'historique, insérer les antécédents

UMS 80 : oui mais c'est pas mal de comprendre l'histoire de la maladie quand même au début

UMS 81: dans ce cas là faut mettre motif d'hospitalisation plus bas alors

UMS 82 : les examens complémentaires que je souhaite, c'est typiquement, ça fait partie du motif d'hospitalisation

UMS 83 : alors tu le mets les examens complémentaires, tu les mets euh... après l'histoire de la maladie si tu veux.

UMS 84 : dans ce cas là, à problématique il faut mettre en bas, les examens complémentaires.

UMS 85 : Parce que tu as du mal à comprendre la problématique si tu ne connais pas l'histoire de la maladie, le traitement en cours, les antécédents, si on suit ta logique

UMS 86: alors tu laisses le motif là, (.) oui ou tu le mets à la fin, oui. Tu peux mettre le motif à la fin alors

UMS 87 : Juste avant les examens complémentaires

UMS 88 : le type d'hospitalisation je m'en fou un peu

UMS 89 : parfois c'est le patient qui a euh... euh... des restrictions

UMS 90 : il faudrait mettre un petit carré sur les conditions du patient.

UMS 91 : tu peux mettre à ce moment là un truc du genre remarque ou...

UMS 92 : une petite case blanche

UMS 93 : il faudrait juste rajouter une case remarque

UMS 94 : Je vous propose motif principal d'hospitalisation ... après ou on a mis tout le baratin, on met problématique « bah voilà, il faut lui apprendre ceci, cela cela et voilà les examens demandés »

UMS 95 : pour la gériatrie peut être mettre si il est en maison de retraite ou pas

UMS 96: retraite et EHPAD, c'est pas pareil

UMS 97 : peut être qu'on peut mettre le GIR

UMS 98 : traitement en cours on peut aussi (.) joindre une ordonnance quoi

UMS 99 : est-ce que démence « oui-non » ça serait intéressant ?

UMS 100 : oui tout à fait, après on peut le mettre dans histoire de la maladie sinon (.) ou dans les antécédents

UMS 101: autonomie ça... recouvre un peu les démences quand même

UMS 102 : un peu mais pas toujours. (.) Moi j'ai des patients en EHPAD qui sont pas du tout déments mais qui sont pas du tout autonomes

UMS 103 : mais comme tu vas détailler la perte d'autonomie.

UMS 104 : pour les petits vieux, les remarques qu'on a fait sur qui s'en occupe etc. les correspondants, ça prend encore plus toute sa valeur

UMS 105: il faudrait qu'il y ait un seul modèle de fiche parce que...on va pas s'y retrouver si c'est différent pour les vieux. On veut bien une ou deux cases de plus spécifiques pour les petits vieux mais au total il faut que ça suive un peu la même hiérarchisation

UMS 106 : ça va nous obliger euh... à créer des modèles de lettre dans nos dossiers médicaux pour que ça se fasse d'une manière automatique.

UMS 107 : je pense qu'il faut que tu gardes le modèle là et que tu rajoute des cases euh... spécifiques à la gériatrie en fait. Autonomie, les aides à domicile, la protection juridique

UMS 108 : au dernier moment, c'est impossible d'aller rechercher tous ces renseignements là dans le dossier.

UMS 109 : ce qu'il nous suggère c'est une manière d'organiser notre dossier médical pour pouvoir remplir très vite une lettre

UMS 110 : si au dernier moment il faut qu'on renseigne tout ça, c'est infernal non ?

UMS 111 : je pense que toutes elles devraient avoir à peu près le même format.

UMS 112 : pour commencer la lettre on met le premier motif d'hospitalisation et la fin de la lettre ça se termine par notre problématique, les examens éventuellement qu'on souhaite ou les modifications thérapeutiques qu'on propose.

UMS 113 : on veut une réponse sur ça

UMS 114 : on n'est pas d'accord pour qu'une hospitalisation de jour, de semaine ou traditionnelle se termine sans qu'on ai une argumentation sur notre proposition initiale.

UMS 115: quand on hospitalise quelqu'un, si ils décident de le revoir en consultation après, faut qu'on nous explique pourquoi.

UMS 116 : tu l'intègres de façon automatique

UMS 117 : tu peux effectivement faire une espèce de trame commune et puis ensuite dire, voilà si hospit en gériatrie remplir ça, si diabéto, la suite quoi, et puis après il suffit juste d'effacer ce dont tu n'as pas besoin quand tu fais ton courrier

UMS 118 : si on pouvait sortir ça de manière automatique, nous ça nous semble un objectif raisonnable sur la tenue de nos dossiers

UMS 119 : il faudrait qu'il y ait une trame commune pour tout

UMS 120 : selon le logiciel avec lequel tu travailles, on puisse créer une lettre type en suivant la trame commune

UMS 121 : ce n'est pas très compliqué de faire un truc type de choses que tu demandes pour toutes les hospitalisations, et puis je ne sais pas mais à la page 3 tu mets, si hospitalisation en gériatrie et puis tu rajoutes les choses spécifiques à la gériatrie et puis la page 4 c'est si hospitalisation en diabéto.

UMS 122 : Comme ça les gens qui ont les dossiers papiers ils vont faxer que les parties correspondantes.

UMS 123 : il faut que tu fasses vraiment les premiers trucs en trame commune et après les trucs spécifiques

UMS 124 : juste communiquer tout court (rires) ça serait bien

UMS 125 : Est-ce qu'ils savent ce que ça veut dire, je ne sais pas

UMS 126 : faudrait qu'il y ait un référent pour les hospitalisations. Si possible, que ce soit le même qui traite l'hôpital de jour, la semaine ou le traditionnel et puis qu'il nous rappelle.

UMS 127 : c'est sur qu'ils ne rappelleront pas

UMS 128 : quand je demande une hospitalisation, j'ai toujours un médecin qui me laisse son nom et qui me demande de lui faxer le courrier directement et j'imprime le courrier, je le faxe au médecin

UMS 129 : je le donne au patient pour son hospitalisation programmée.

UMS 130 : ce qui arrive 9 fois sur 10, la lettre est perdue

UMS 131 : ils aiment bien qu'on leur faxe quand même

UMS 132 : je pense qu'internet c'est beaucoup mieux parce que ça permet qu'on envoie un courrier et qu'on reçoive une réponse, qu'on ai une confirmation qu'ils l'ont bien reçu.

UMS 133 : Enfin moi je fais ça avec certains services et donc j'ai des nouvelles régulièrement de mes patients

UMS 134 : Ca prend 2 minutes de faire un mail en consultation

UMS 135 : préparer une lettre, l'imprimer, aller la faxer, c'est plus compliqué.

UMS 136 : moi j'ai reçu des comptes rendu genre 2 mois et demi après

UMS 137 : ça c'est vraiment un vrai problème

UMS 138 : en échange on veut, quel est le traitement de sortie et pourquoi certains des traitements ont été supprimés ou modifiés ou ajoutés, on veut une justification par rapport aux modifications thérapeutiques,

UMS 139 : on veut une réponse aux questions qu'on a posées dans la problématique ou dans les examens complémentaires,

UMS 140 : on veut la liste des examens qui ont été programmés

UMS 141 : souvent c'est nous qui devons surveiller qu'ils y aillent, faire les bons de transport

UMS 142 : éventuellement même dans la mesure du possible un coup de fil avant la sortie du patient.

UMS 143 : il faudrait rajouter la personne de confiance

UMS 144 : on voudrait un petit mot sur ce qui a été dit au patient, infos données au patient.

UMS 145: j'aurai bien rajouté entre parenthèse éventuellement degré d'adhésion du patient à l'hospitalisation

UMS 146: je pense que ce n'est pas une bonne idée

UMS 147: nous on en a une a chaque fois elle n'y va pas mais l'un dans l'autre on continue à lui donner des rendez vous d'hospitalisation.

UMS 148: le problème c'est que parfois tu le sais après parce que

UMS 149: sur le moment il ose trop rien te dire, il dit bon bah oui [A : et puis il n'y va pas]

UMS 150: on voudrait qu'on prenne en compte notre questionnement.

UMS 151: On va essayer d'informer donc il faut que ça apparaisse quelque part sur est ce que le patient a été clairement informé de notre démarche

UMS 152: mais les gens savent tout, on leur donne la lettre

UMS 153: je ne comptais pas mettre une case « j'ai détaillé au patient l'hospitalisation » mais qu'on lui remette la lettre de l'hospitalisation en lui expliquant bien qu'on a demandé ceci cela et que les questions qu'on se pose c'est ça et en lui disant vous n'oubliez pas de demander si ils répondent aux questions ça me paraît une bonne idée

UMS 154: 9 fois sur 10 ils ne vont jamais oser poser la question

Liste des UMS – Focus group 2

UMS' 1: il faudrait nous dire ce que c'est déjà

UMS' 2: moi je fais ça souvent

UMS' 3: mais avec un délai plus ou moins court. Enfin il ne faut pas que ce soit très urgent

UMS' 4: moi je trouve que c'est trop long, c'est au moins quinze jours

UMS' 5: Non pas toujours, ça dépend des fois.

UMS' 6: c'est pas facile

UMS' 7: une contrainte

UMS' 8: moi j'y crois plus

UMS' 9: je ne sais pas dans quels hôpitaux c'est possible

UMS' 10: je connais le docteur X, j'avais compris qu'avec elle c'était possible

UMS' 11: et je l'ai fait un certain nombre de fois

UMS' 12: mais j'ai trouvé que le délai était important. C'était quinze jours trois semaines à chaque fois

UMS' 13: c'est une contrainte quoi.

UMS' 14: je préférerais peut être envoyer à un service de médecine interne qui prend plus euh..., enfin un hôpital où il y a un bon service de médecine interne ou les gens vont aux urgences mais tu sais qu'ils seront pris un peu plus vite.

UMS' 15 : Mais bon (...) mais ça marche pas bien

UMS' 16: ça sous entend qu'il faut qu'il soit reçu aux urgences et hospitalisé après, c'est compliqué

UMS' 17: si tu veux programmer dans le service de médecine interne, euh, soit en téléphonant à la surveillante pour savoir si il y a de la place gnagnagna, et ben ils te disent qu'il faut quand même qu'il passe par les urgences. Pour faire le premier bilan et tout ça

UMS' 18 : je trouve ça désagréable.

UMS' 19: j'arrive pas à imaginer que c'est possible

UMS' 20: Il faut avoir un correspondant

UMS' 21: ça marche pas.

UMS' 22: contrainte au niveau du temps que ça nous prend

UMS' 23: ça prend pas tant de temps que ça

UMS' 24: moi chaque fois que j'appelle, on me demande euh, enfin on me passe au médecin qui s'en occupe, je raconte mon histoire

UMS' 25: le temps au téléphone quoi

UMS' 26: c'est une contrainte en terme de temps

UMS' 27: pour moi c'est pas vraiment une contrainte. Enfin moi j'ai pas trouvé ça très contraignant,

UMS' 28: il faut que tu prennes le temps d'appeler mais... voilà.

UMS' 29: ce qui m'embête beaucoup c'est euh... les deux dernières fois, j'ai eu deux patients pour lesquels j'ai appelé plusieurs fois parce que les gens n'y sont pas allés.

UMS' 30: ils sont très convaincus mais

UMS' 31: d'ailleurs ils viennent pleurer tous les jours dans mon bureau pour que je {rires A et C} reprogramme une hospitalisation

UMS' 32: je ne sais pas qui appeler

UMS' 33: les rares fois où j'ai fait ça ça m'a pris un temps fou pour réussir à parler à quelqu'un

UMS' 34: J'ai pas de numéro direct

UMS' 35: Je me rappelle avoir fait ça une fois ça m'avait pris euh... une demi heure quoi

UMS' 36: la dame avait effectivement pas été à son hospitalisation après

UMS' 37: c'est un peu énervant quoi

UMS' 38: soit c'est urgent, enfin soit t'as besoin que ce soit rapide et à ce moment là vaut mieux passer par les urgences,

UMS' 39: soit c'est pas urgent et moi j'aurais plutôt tendance à envoyer en consultation à un correspondant qui lui va pouvoir hospitaliser

UMS' 40: j'ai un peu oublié que c'était possible de programmer une hospitalisation

UMS' 41: J'envoie pour autre chose, ils trouvent pas la solution, ils foutent le bordel dans le traitement

UMS' 42: tu l'adresses pour un motif de consultation, ils sont pris en hospitalisation, ils restent un certain nombre de jour et ils ressortent sans diagnostic [A: et rien n'est résolu], rien n'est résolu

UMS' 43: les examens que tu voulais n'ont pas été fait

UMS' 44: la question c'est quand est ce qu'il faut hospitaliser les gens, c'est ça la question.

UMS' 45: je trouve qu'on peut faire beaucoup beaucoup de choses en externe quand même

UMS' 46: moi à chaque fois que j'ai demandé, bien souvent c'était soit parce que c'était des trucs euh... j'arrivais plus du tout tu vois ou que j'avais plus d'idées, {A acquisse} genre euh, des fièvres prolongées ou tout ça et c'est là ou ça a merdé à chaque fois d'ailleurs, euh..., soit des diabéto, [C : d'accord] et en pneumo euh...,

UMS' 47: soit des gens qui te le demandent.

UMS' 48: tu as aussi les gens qui sont déjà suivis et dont t'as l'impression qu'en externe ça suffit pas et qu'il faut qu'ils soient hospitalisés pour un certain nombre de choses tu vois, de suivi en cancéro par exemple ou pour un traitement de la douleur ou je sais pas quoi.

UMS' 49: Bon ça ça fonctionne pas trop mal

UMS' 50 : ça fonctionne pas immédiatement

UMS' 51 mais en général le réseau est déjà constitué, du coup on a des correspondants,

UMS' 52: quitte à hospitaliser, autant que ce soit programmé.

UMS' 53: Si on peut faire éviter les urgences aux gens quand il y a pas besoin

UMS' 54: les gens sont ravis

UMS' 55: c'est l'idéal

UMS' 56: souvent ça résoud pas notre problème

UMS' 57: j'appelle mes correspondants

UMS' 58: j'évite l'hospitalisation par tous les moyens {rires}

UMS' 59: J'essaie de faire faire en externe tout ce que je peux faire en externe.

UMS' 60: c'est vrai que j'ai des correspondants.

UMS' 61: j'ai des correspondants dont on sait qu'ils sont capables de programmer des hospitalisations.

UMS' 62: si j'ai un truc qui me paraît urgent ça m'arrive très souvent de les appeler ...

UMS' 63: et puis ça marche, pas tout le temps mais euh...

UMS' 64: moi aussi, ça ça m'est déjà arrivé

UMS' 65: des fois ils demandent après de faxer

UMS' 66: un mail !

UMS' 67: je ne veux pas de mail, moi je ne veux pas communiquer par mail. C'est pas crypté, c'est pas crypté

UMS' 68: je leur donne un courrier et ils y vont avec leur courrier

UMS' 69: mais pour pouvoir discuter avec elle il fallait je lui envoie un mail

UMS' 70: Mais ça ça commence à faire pas mal d'obstacles quand même

UMS' 71: mais j'ai pas pu lui parler directement, sa secrétaire faisait complètement barrage,

UMS' 72: elle m'a dit « oui oui, il y a pas de souci mais vous m'envoyez un mail d'abord »

UMS' 73: j'ai envoyé vachement de trucs par fax,

UMS' 74: t'as la demande d'admission type que t'envoie et puis après, bon, ça ça marche bien mais ça prend, enfin c'est à plus long terme quoi, c'est pas pour l'aigu. Mais ça marche pas trop mal

UMS' 75: c'est faxé, faxé ça me va

UMS' 76: faxé, ça arrive dans un service et puis après ça disparaît.

UMS' 77 : Tu vois, c'est pas un truc qui peut être intercepté sur les ondes

UMS' 78: le fax il disparaît, le mail il reste dans ta boîte mail [C : mmm]. A moins que tu le supprime etc.

UMS' 79 : mais tu vois, il peut y avoir des erreurs, enfin le secret médical par mail, moi

UMS' 80: je... fais pas confiance

UMS' 81: joindre le compte rendu d'hospitalisation

UMS' 82: moi ça me prend du temps quand même de faire des lettres

UMS' 83: il faudrait mettre quand même, c'est marrant ça, ils nous le demandent, si il vit tout seul, si il a de la famille

UMS' 84: je mettrais sur euh... tu vois t'as la mutuelle, couverture sociale, mutuelle mais je mettrai conditions de...de vie quoi

UMS' 85: le but ça peut être aussi de demander un truc qui te dépasse, de demander un avis spécialisé

UMS' 86: il faudrait mettre quelque part la demande... en clair tu vois, est ce qu'on veut faire un diagnostic [B : bah motif d'hospitalisation] ; Oui je pense c'est pas mal motif d'hospitalisation... Et puis après les examens, ceux auxquels tu penses quoi {C acquiesce}.

UMS' 87: par contre faut pas avoir à refaire une lettre derrière quoi. Faut que toutes les infos dans la première demande d'hospit et puis qu'il y aille uniquement avec ça

UMS' 88: c'est marrant qu'il y ait pas personne à contacter dans les autres, il y a que les vieux

UMS' 89: on pourrait le mettre de façon systématique quitte à ne pas avoir à le remplir

UMS' 90: délai souhaité nous on veut toujours que se soit vite fait hein, alors on va toujours cocher moins de 48h [B : pourquoi, ah non] [A : c'est ou], ça dépend des fois

UMS' 91: date souhaitée. Tu crois que ça va marcher ça ? B : date souhaité c'est optimal ça

UMS' 92: les gens sont toujours très en demande dans ces cas là

UMS' 93: moi j'aimerais qu'il sorte avec compte rendu

UMS' 94: et que je sois prévenue de la sortie.

UMS' 95: ça pourra être un espèce de contrat moral [A : oui voila c'est ça exactement], quand ils sont envoyé par nous et ils nous préviennent quand ils sortent et ils nous donnent des infos parce que c'est insupportable

UMS' 96: ils nous passent un coup de fil pendant qu'ils sont hospitalisés

UMS' 97: j'adorerais qu'ils m'appellent pour au milieu de l'hospitalisation pour dire ce qu'ils ont fait voila. Faudrait qu'ils nous appellent au milieu de l'hospitalisation pour dire ce qu'ils ont fait, où ils en sont et qu'ils préviennent de la sortie

UMS' 98: ça pourrait être le travail de l'externe, ça serait très simple

UMS' 99: Ils ont 250000 externes qui devraient apprendre à faire un résumé du dossier et communiquer par téléphone [A : voila c'est ça]. Moi je trouve que ça serait vachement bien

UMS' 100: apprendre à communiquer avec le médecin de ville

UMS' 101: pour la gériatrie, faudrait mettre si il est déjà suivi par un réseau.

UMS' 102: le coté tableau la pour les traitements en gériatrie, je trouve pas ça...

UMS' 103: ça ça va être dur à remplir parce que...

UMS' 104: j'aime pas les tableaux, j'aime pas me sentir limitée dans les... dans les cases

UMS' 105: c'est la famille ou les infirmiers qui savent quand ils prennent le matin, le midi, le soir. [C : ouai] Nous on met deux fois par jour et puis...

UMS' 106 : Ca va être un peu compliqué

UMS' 107: moi je prescris comme ça alors... je fais 1-0-1 {rires}

UMS' 108: mais tu peux le faire, ça te laisse le choix ! Mais tu vois, le truc que tu donnes euh... en cas de besoin, tu l'écris où la dessus ton en cas de besoin, tu vois. Bah voila. Je trouve ça un peu trop restrictif.

UMS' 109: La t'as pas le médicament que tu donnes à 10h ou à 18, tu vois

UMS' 110: on devrait quand même mettre histoire de la maladie, noter euh... entre parenthèses joindre les comptes rendu si vous... enfin tu vois des... des dernières hospitalisations parce que c'est dommage que vous vous priviez de ça si ils sont allé ailleurs

UMS' 111: Si jamais on avait tous un peu le même logiciel informatique, il pourrait pas y avoir justement un truc ou euh... Non mais je cherche un truc super facile. Dans mon truc, le truc il se remplirait ou il commencerait, tu vois

UMS' 112: tu l'imprimes et en fait ça te rempli, tu vois [A : d'accord] déjà un certain nombre de choses, après tu complètes ce que tu veux compléter, tu vois mais euh ...

UMS' 113: la lettre type c'est déjà ce qu'on fait

UMS' 114: le fait de le faire en informatique ça a l'avantage d'être laissé en trace dans le dossier et d'être lisible quoi.

UMS' 115: tant que c'est pas crypté je ferai en fax.

UMS' 116 : Mais le jour où c'est crypté je ferai par mail

UMS' 117 : je trouve c'est bien en fax, en plus, tu gardes

UMS' 118: en fax c'est bien. En fax en plus tu le gardes en papier donc pour ceux qui ont pas de dossiers papiers,

UMS' 119: sinon faut que tu le scannes pour le mettre en document joint tel que c'est notre truc, donc ça fait encore une démarche en plus à faire

UMS' 120: c'est vrai que pour le moment fax c'est pas mal

UMS' 121: à la main

UMS' 122: tel qu'est notre dossier actuel à la main

UMS' 123: les courriers que je fais pour les gens que j'envoie à l'hôpital,

UMS' 124 : je les fais en dehors du logiciel

UMS' 125: le problème d'écrire à la main, c'est que euh... t'es plus ou moins lisible en fonction du temps que tu vas mettre à t'appliquer pour écrire, le fait de pouvoir être euh... relu sans ... sans qu'il y ait aucun risque de biais euh... sur ton déchiffrement d'écriture, ça a beaucoup d'importance. Et je pense que pour celui qui reçoit en face c'est très important. De la même façon, moi je déteste recevoir un courrier manuscrit que je mets deux heures à déchiffrer

UMS' 126: l'idéal mais je sais pas comment ça se fait informatiquement, ça serait que j'ai, comme la fiche de pharmacovigilance la sur... euh... je le mets sur mon bureau, que j'ai ce modèle la sur mon bureau, enfin à un endroit que je le trouve très facilement, et que je puisse l'ouvrir, le remplir, en tapant, et voilà.

UMS' 127: du coup, là, là on le taperait et je le tire et je le faxe

UMS' 128: Et après le jour où c'est crypté, je le joins en... en mail.

UMS' 129 : Ca c'est pas mal, en word quoi

UMS' 130: oui parce qu'en plus tu peux te le sauvegarder en document et après le... l'intégrer

UMS' 131: à chaque fois, je le tire, je le rempli gnagnagna et...

UMS' 132 : finalement à la limite, on pourrait faire un copier coller avec le dossier, tu vois ?

UMS' 133: c'est ça, sur un autre document, un document informatique [C : mmm]. Enfin c'est pas très compliqué

UMS' 134: personne ne nous appelle

UMS' 135: parfois on sait même pas ce qui c'est passé pendant l'hospitalisation

UMS' 136: et les gens n'ont rien compris...

UMS' 137: parfois on a appelé nous même pendant l'hospitalisation pour savoir un peu ce qui se passait

UMS' 138 : en leur disant « appelez moi quand il sort pour que je puisse programmer et aller le voir à la maison » et...

UMS' 139 : c'est finalement deux jours après sa femme qui t'appelle en disant « on est rentré, c'est urgent »

UMS' 140: dans certains services maintenant ils donnent des.... Des feuilles manuscrites au patient avec le diagnostic et euh... le traitement de sortie

UMS' 141 : reçoit un papier qui te dit pourquoi ils sont hospitalisés

UMS' 142 : donc si il était passé par les urgences sans te voir par exemple, t'étais prévenu dès l'entrée

UMS' 143: ça ne te dis rien d'autre hein. Donc du coup, tu peux effectivement toi téléphoner derrière pour euh... pour avoir des informations

UMS' 144: l'envoyer par fax ! Mais aussi en cours d'hospitalisation si elle est longue, tu vois.

UMS' 145 : qu'on soit tenu un peu au courant de l'évolution des choses

UMS' 146 : et des choix qui sont faits même pour les patients

UMS' 147: des fois on essaie d'appeler aussi et c'est la croix et la bannière pour réussir à avoir quelqu'un et avoir des informations

UMS' 148: c'est insupportable, t'arrive jamais à avoir des nouvelles des gens.
UMS' 149 : Faudrait qu'il y ait quelqu'un qui soit... enfin je sais pas
UMS' 150: ouai dont ce soit le boulot de communiquer, enfin je sais pas qui soit disponible
UMS' 151 : un téléphone pour l'extérieur.
UMS' 152 : qu'il y ait toujours un téléphone, qui... effectivement serve à recevoir les appels de l'extérieur
UMS' 153 : il y a théoriquement « relations avec les praticiens », il y en a toujours un, il y a toujours un numéro mais il marche pas.
UMS' 154 : c'est relation avec le médecin de ville, il y a un numéro mais... je crois pas qu'il marche très bien
UMS' 155 : chaque service devrait avoir un numéro de portable pour l'extérieur, que celui qui est disponible prend
UMS' 156: le diagnostic déjà peut être {rires}, les changements et modifications de traitement
UMS' 157: les changements de traitement !
UMS' 158 : si ils décident de l'envoyer en maison de repos
UMS' 159 : tu le sais un mois et demi après, ils sont déjà en train de sortir de... là où on les a envoyé !
UMS' 160 : Changement de traitement,
UMS' 161: adressé quelque part,
UMS' 162: diagnostic
UMS' 163: les examens qu'ils prévoient qu'il fasse en externe, qu'ils ont pas fait euh... tu vois ? qu'il reste à faire, si quand même, les examens qu'il reste à faire. Ca arrive souvent
UMS' 164: T'as des gens qui sont pas foutu de prendre leur rendez vous euh... ça peut durer des années
UMS' 165: si déjà on arrivait à avoir le diagnostic et le traitement
UMS' 166: le diagnostic et les changements de traitement, ça serait vachement bien

Liste des UMS – Focus group 3

- UMS'' 1: j'en fais pas énormément d'hospitalisations programmées.
- UMS'' 2: j'en fais pas beaucoup, pas beaucoup, et...
- UMS'' 3: l'intérêt des hospitalisations programmées c'est qu'on peut avoir un certain nombre d'exams euh, sur un temps court
- UMS'' 4: les gens se retrouvent pas euh par les urgences
- UMS'' 5: j'en fais pas beaucoup, mais que ça arrive quand même
- UMS'' 6: en général je m'adresse euh, chez quelqu'un à chez qui je veux l'envoyer
- UMS'' 7: il y a des correspondants particuliers
- UMS'' 8: quand on a trop d'idées ils aiment pas.
- UMS'' 9: quand on demande des bilans, ils veulent pas.
- UMS'' 10: je trouve qu'on pourrait prévoir des hospitalisations de jour, ça pourrait être intéressant.
- UMS'' 11: si ils ont pas vu le médecin, alors pour la programmer il faut l'envoyer où on hospitalise, qui lui peut prévoir ça. Alors il peut être d'accord avec toi mais faut qu'il le voie d'abord.
- UMS'' 12: Et ça c'est dommage.
- UMS'' 13: peut être qu'il faut qu'ils vérifient absolument que ce qu'on demande c'est intelligent, ils peuvent aussi rajouter des exams auxquels on n'aurait pas pensé, ça ça peut être bien.
- UMS'' 14: quand je demande euh pour shunter les urgences, quand c'est quelqu'un à qui il faut faire un bilan, je parle au médecin et il me dit « d'accord, je le prends » mais rien n'est prévu
- UMS'' 15: ça évite les urgences
- UMS'' 16: je passe par euh [B : la consult] la consult ...
- UMS'' 17: ils veulent pas [A : ah oui oui oui] alors que quand même. Ca reste une..., ça pourrait être standard
- UMS'' 18: ils veulent passer par la consult
- UMS'' 19: ça m'arrive régulièrement
- UMS'' 20: c'est chronophage,
- UMS'' 21: ça prend du temps d'organiser ce genre de chose
- UMS'' 22: Faut passer du temps entre le mec que tu vas avoir au téléphone, pour qu'il accepte de te prendre ton patient,
- UMS'' 23 : ça te prend quand même du temps
- UMS'' 24: On appelle, on dit faudrait vraiment hospitaliser, dès que j'ai une place, je le prends
- UMS'' 25: c'est du travail !
- UMS'' 26: c'est chronophage
- UMS'' 27: ça passe plutôt par le biais des consultations euh... ensuite c'est euh... proposé par le spécialiste.
- UMS'' 28: il y a toujours un délai,
- UMS'' 29: soit c'est une urgence absolue, là ça se discute pas, soit euh... c'est du euh..., c'est pour des problèmes de psy ou du sevrage des choses comme ça et c'est à peu près programmable quand ils ont une place ou des disponibilités.
- UMS'' 30: le seul autre service que j'utilise c'est le service de médecine interne quand j'ai un truc un petit peu difficile à...
- UMS'' 31: ça a rien à voir avec quand on envoie quelqu'un en consultation pour avoir un avis.
- UMS'' 32: on souhaite envoyer quelqu'un pour un bilan et que le bilan peut pas se faire en externe
- UMS'' 33: notre intérêt c'est que ça puisse se faire sur un temps..., enfin l'intérêt du patient plutôt,
- UMS'' 34: c'est que ça puisse se faire en temps court.
- UMS'' 35: Et ça, c'est pas réaliste.
- UMS'' 36: il y a des services de médecine en ville qui sont beaucoup plus réactifs par rapport à ça, pour prendre les gens.
- UMS'' 37: c'est ça la question, c'est euh... quand est-ce qu'on en a besoin quoi.
- UMS'' 38: ça c'est la vraie question.
- UMS'' 39: on s'entretient avec les médecins du service

UMS'' 40: une consult avec une lettre

UMS'' 41: souvent ça passe par une consultation, en demandant,

UMS'' 42: en mettant dans ma jolie lettre

UMS'' 43: que je pense que ça serait peut être bien de faire un bilan euh... soit en hôpital de jour soit en quelques jours et que..., voilà que moi ça m'est difficile d'organiser en ville

UMS'' 44: généralement ça se passe assez bien quand c'est comme ça.

UMS'' 45: il y a déjà un délai pour avoir la consultation

UMS'' 46: un délai qui est relativement long et après auquel se rajoute le délai euh... que eux ils ont pour euh, pouvoir le prendre comme ça en fonction de ce qu'ils jugent

UMS'' 47: ça marche pas toujours bien non plus

UMS'' 48: Souvent les gens ressortent avec un examen externe

UMS'' 49: c'est pas un bon plan ça

UMS'' 50: ça marche plus, ça marche pas

UMS'' 51: ça dépend sur qui on tombe et puis de toute façon comme l'idée c'est pas... c'est pas l'urgence

UMS'' 52: c'est déjà arrivé, c'est déjà arrivé, quand t'appelles en... surtout en gastro, ou un samedi, pour une patiente qui était suivie euh... la seule réponse c'était euh... on n'a pas de place machin, envoyez la aux urgences et on verra là bas quoi.

UMS'' 53: prendre un avis un peu rapide euh, donc t'appelles les urgences et qu'est ce qu'on va faire si il y a pas de place derrière.

UMS'' 54: Mais t'as quand même besoin d'un avis, tu vas pas attendre quinze jours qu'ils se décident à faire des places.

UMS''55: Parfois ça se fini quand même aux urgences un petit peu en force... avec un transfert derrière

UMS'' 56: les services ils les programment vachement leurs... leurs hospi

UMS'' 57: les gens qu'on envoie aux urgences c'est des gens qui n'ont pas besoin d'y aller quoi (3) ou des gens qui y vont tout seul et qui n'ont pas besoin d'y aller

UMS'' 58: ce qui nous manque beaucoup, c'est de connaître les gens.

UMS'' 59: la vraie simplification, c'est que quand tu connais des gens à un endroit etc. et que tu as déjà pu discuter avec eux trois, quatre, cinq fois etc. , c'est cent fois plus facile d'envoyer, de téléphoner, d'avoir un contact rapide euh, plus facile, ils peuvent te donner leur numéro personnel, donc ça c'est quand même des choses qui aident beaucoup.

UMS'' 60: Tant qu'on restera comme on est, un peu toujours tous cloisonnés, sans trop se connaître, finalement euh... c'est un sacré problème pour nous.

UMS'' 61: les réseaux de gynéco, de truc... etc., que ça aide peut être par exemple par rapport à prendre en charge euh... en hospitalisation quelqu'un parce que tu as le téléphone relativement plus facilement

UMS'' 62: le service de médecin interne qui avait fait des portes ouvertes, où on avait été... je sais pas si tu y avais été aussi ? [A : oui] Ça a quand même nettement amélioré les choses quoi

UMS'' 63: mais il faudrait que les choses se refassent régulièrement

UMS'' 64: c'est quand même un problème parce que...

UMS'' 65: c'est un problème, pourquoi est-ce qu'il faudrait connaître quelqu'un ? Je suis d'accord que ça simplifie les affaires mais ça veut dire quoi ? Si t'appelles, t'es généraliste, t'as ça, ça comme problème, pourquoi est-ce qu'ils feraient la fine bouche, sans te connaître ? Ils peuvent croire ce que tu dis quand même.

UMS 66 : Parce que bon, on va pas aller s'amuser non plus à aller rencontrer tous les gens de tous les services. Enfin moi je veux bien hein, mais ça demande du temps c'est pas normal quand même

UMS'' 67: moi idéalement j'aimerais bien connaître les gens quoi

UMS'' 68: d'accord mais c'est pas possible ça

UMS'' 69: c'est difficile, sûrement

UMS'' 70: c'est pas possible de connaître tout le monde.

UMS'' 71: j'aimerais bien qu'on me prenne en considération

UMS'' 72: chaque fois que j'ai fais le numéro qu'il y a à l'assistance publique-hôpitaux de paris, où il y a euh... le cadre relation avec les médecins de ville etc., je veux dire la plupart du temps, ça mène à rien quoi.

UMS'' 73: tu as théoriquement dans chaque service des trucs prévus pour être relativement facilement en relation avec le médecin de ville ... mais ça me semble extrêmement caduque comme histoire, je crois que ça marche pas.

UMS'' 74: ça m'est arrivé pas mal de fois de le faire et tu dois théoriquement tomber sur quelqu'un d'un peu sympa, et ça répond pas libre ou... des trucs ou... il y a personne au bout du fil, soit... soit t'as pas quelqu'un qui est particulièrement... on va dire briffé pour euh... pour t'aider... pour aider effectivement les médecins de ville à trouver un correspondant relativement rapidement etc.

UMS'' 75: c'est extrêmement euh... chef de service dépendant

UMS'' 76: il y a des services où euh... tu sens bien que... tu peux avoir des gens relativement facilement et des services où s'est une galère

UMS'' 77: je suis d'accord que quand on connaît les gens c'est vachement plus simple.

UMS'' 78: Dans quel cas on voudrait une hospitalisation programmée parce que je trouve qu'il y a un peu une difficulté dans la... dans la formulation, c'est-à-dire qu'on est entre les urgences, entre la consultation ou on veut un avis euh... de spécialiste et puis un intermédiaire au milieu où on voudrait une hospitalisation soit... soit d'un jour, soit d'une semaine euh... dans le cadre d'un bilan bien... bien euh... Voilà, faire un diagnostic sur une maladie qui est un peu euh... Ca me gêne un peu parce que... je...

UMS'' 79 : j'arrive pas bien à voir dans les trois trucs euh où on est quoi, dans le... dans la consult.

UMS'' 80: Je trouve qu'on est beaucoup plus dans la consultation de spécialiste.

UMS'' 81: ce genre de choses, ça c'est... t'es obligé de décrocher ton téléphone, euh... enfin, t'as parlé au docteur directement pour euh...

UMS'' 82: le rendez-vous était deux mois après ! Deux mois après !

UMS'' 83: j'ai appelé euh... LM où elle avait été euh... une fois il y a six, sept ans et euh... et en fait ce que j'ai obtenue c'est n'est qu'une consultation mais c'est moi qui ai appelé.

UMS'' 84: j'ai juste pris un rendez vous de consultation

UMS'' 85: tu te tapes une belle lettre, tu mets une heure...

UMS'' 86: ça permet d'avoir le premier contact,

UMS'' 87: si on fait une fiche, qu'on envoie un truc un petit peu motivé avec l'orientation qu'on souhaiterait avoir, le type peut rectifier le tir en disant « moi je pense qu'une consultation dans un premier temps permettrait de... de cibler un peu le... justement... la chose, pour voir si techniquement on peut le faire en hôpital de jour euh... une journée ou si il faut programmer les examens avant de faire l'hospitalisation.

UMS'' 88: C'est effectivement une fiche de premier contact.

UMS'' 89: Plus d'une semaine, il y a pas de limite, j'aime pas ça

UMS'' 90: B : je sais pas il faudrait qu'on fixe un maximum non ?

UMS'' 91: moi je serais plutôt de l'avis de B là, c'est-à-dire je resterais avec des moins quoi. Moins de 48 heures, moins d'une semaine, moins de quinze jours

UMS'' 92: si tu mets plus d'une semaine et qu'ils te répondent un mois plus tard, ça va pas être plaisant

UMS'' 93: le deal quand même avec les services, c'est qu'ils te donnent une réponse dans les 48 heures.

UMS'' 94: je mettrai plutôt inférieur à... quinze jours

UMS'' 95: moi je trouve qu'il faudrait qu'il y ait euh... soit pour le... soit le mail, soit le téléphone ... du médecin qui l'envoie.

UMS'' 96: mais il pourrait y avoir deux trois précisions, par exemple on peut nous appeler au direct, sans passer par le secrétariat, on peut nous envoyer éventuellement un mail

UMS'' 97: tu peux le renseigner dans le truc avec les coordonnées

UMS'' 98: Tu peux le noter, avec un petit stylo

UMS'' 99: il faut que nous on soit joignable.

UMS'' 100: tu leur donne ton numéro de portable.
UMS'' 101: Ils peuvent toujours m'appeler je répondrais pas
UMS'' 102: numéro de sécu du patient, il y a pas besoin ?
UMS'' 103: le motif d'hospitalisation c'est par rapport à « le patient a-t-il déjà été hospitalisé à Louis Mourier » ? Ou...S : non, c'est votre demande D : donc c'est motif de la demande.
UMS'' 104: Ca serait peut être mieux... de le formuler... ou motif de la demande d'hospitalisation
UMS'' 105: ça va nous obliger à structurer notre dossier
UMS'' 106: faut le remplir avec les gens en face
UMS'' 107: c'est l'intérêt de choisir un bon logiciel hein, qui va nous obliger à remplir tous ces trucs là
UMS'' 108: peut être qu'il manque APA justement, peut être il manque APA dans les euh... aides
UMS'' 109: on devrait plus dire aide ménagère, on devrait dire aide à domicile et dans aide à domicile, t'as des aides ménagère mais t'as aussi des auxiliaires de vie
UMS'' 110: dans aide à la personne tu peux avoir aide ménagère et euh auxiliaire de vie
UMS'' 111: quelques fois on fait des hospitalisations programmées pour des gens qui sont en... en EHPAD, et là ça sort pas que leur origine c'est l'EHPAD
UMS'' 112: la personne de confiance ?
UMS'' 113: la personne de confiance !
UMS'' 114: c'est un peu juste non, le nombre de cases pour traitement en cours ?
UMS'' 115: dix ça suffit, si t'en as plus, ça veut dire qu'il faut en supprimer !
UMS'' 116: si il y en a plus de dix, il faut que j'en supprime
UMS'' 117: Ca peut être développé après sur une belle lettre j'imagine...
UMS'' 118 : peut être pas, puisque t'auras tout bien rempli. Justement l'idée c'est que t'ai tout pour qu'ils te demandent pas des trucs
UMS'' 119: le service des urgences, maintenant ils nous appellent
UMS'' 120: ils sont réactifs, ils envoient vite fait aussi un compte rendu, c'est vite fait hein. La majorité des gens, ils repartent de Beaujon avec une lettre tapée,
UMS'' 121: c'est vachement bien ça
UMS'' 122: je leur avais demandé d'appeler quand il sortait mais ça, ça c'est trop compliqué
UMS'' 123: apycrypt
UMS'' 124: mail ! Par mail !
UMS'' 125: apycrypt ce serait bien
UMS'' 126: nous, on enverrait cette fiche par mail, moi ça me gêne beaucoup
UMS'' 127: par apycrypt !
UMS'' 128: apycrypt, c'est crypté
UMS'' 129: ce que je voulais exprimer c'est que bon, je suis devant quelqu'un, on va prendre l'exemple du diabétique, j'aimerais bien euh... qu'il passe deux jours, une semaine ou trois jours, alors je sais pas à qui je vais l'adresser.
UMS'' 130: il y aura un référent j'imagine, un référent
UMS'' 131: qu'il y ait un référent voilà !
UMS'' 132: qu'il y ait un référent pour recueillir les...
UMS'' 133: il faut qu'il y ait un référent qui ai apycrypt
UMS'' 134: et un accusé de réception, pour qu'on sache qu'ils ont lu la fiche.
UMS'' 135: je l'ai bien reçue, je l'ai lue, je vous réponds dès que je peux, enfin bon, dans le délai imparti
UMS'' 136: se serait bien qu'il y ait un numéro de téléphone du référent
UMS'' 137: un portable qu'il a sur lui
UMS'' 138: moi je préférerais si c'est possible remplir directement
UMS'' 139: on peut l'avoir en pièce jointe ce machin là et
UMS'' 140: qu'on puisse écrire dessus.
UMS'' 141: après pareil, clic tu peux envoyer une pièce jointe
UMS'' 142: il faut pouvoir écrire sur le support
UMS'' 143: il faut que tu ais une trame faite, réellement,

UMS''144: que t'ai plus qu'à... que tu puisses cocher euh... type 1 ou type 2,
UMS'' 145: c'est bien la fiche
UMS'' 146: une fiche c'est bien
UMS'' 147: il faut que ce soit fait sous forme de tableau avec des cases que tu puisses cocher quoi.
Que t'ai pas euh... truc euh... après traitement ça tu...
UMS'' 148 : tu fais un copier-coller
UMS'' 149: il y a beaucoup de cochage, c'est pratique
UMS'' 150: des cases dans lesquelles tu puisses rentrer et écrire des trucs
UMS'' 151: on pourrait leur demander, nous on fait une demande comme ça et eux ils nous font une
fiche de retour.
UMS'' 152: Mais euh... ça met un certain temps
UMS'' 153: ceux qui passent par les urgences on n'a pas souvent, qui sont hospitalisés, là pour le
coup, on n'a pas souvent de retour dans les délais,
UMS'' 154: ils peuvent nous envoyer une petite fiche en nous disant ouai on a commencé à faire des
trucs, on voit le complément mais grossièrement euh...
UMS''155: on a mis sous insuline euh...
UMS''156 : on a fait trois examens dont on donnera tous les détails,
UMS''157 : mais ça c'est peut être un petit retour
UMS'' 158: il y a certains services qui ont fait des progrès quand même par rapport aux délais
UMS'' 159: il y en a quand même quelques uns, tu les as super vite les comptes rendus.
UMS'' 160: qu'est-ce qu'ils ont fait
UMS'' 161: le traitement qu'ils ont déjà, si il y a un traitement de sortie éventuel
UMS'' 162: Le motif de la sortie,
UMS''163: les traitements
UMS'' 164: qu'est ce qu'ils on fait, les anomalies éventuelles
UMS'' 165: en trois lignes euh...
UMS''166: ils peuvent répondre à nos questions.
UMS'' 167: moi j'ai besoin de trucs très simple, moi je trouve qu'il y en a qui le font, ça me va à moi
les compte rendus des urgences avec euh
UMS'' 168: diagnostic retenu ou pas de diagnostic retenu, oui-non euh... c'est ça etc. euh...
UMS'' 169: et puis les anomalies à surveiller
UMS'' 170: mettre les anomalies à suivre euh... on les a foutu sous anticoagulants, on lui a fait une
ordonnance de truc euh et il faut que vous le surveilliez, et puis euh,
UMS'' 171: on a introduit tel médicament, on a supprimé tel médicament,
UMS'' 172: que si tu as le compte rendu dans deux mois euh...
UMS''173: tu represcris pas le même traitement que tu avais et tout ça.
UMS''174 : Moi c'est de ça dont j'ai besoin, c'est des choses très simples.
UMS'' 175: si il y a des anomalies à suivre,
UMS'' 176: si vraiment, comme de plus en plus maintenant ils ont pas euh, ils peuvent pas faire tous
les examens à l'hôpital et qu'ils nous demandent éventuellement euh, de compléter en ville par le
scanner, l'échographie euh, la prise de sang, le truc (en riant) parce qu'en fait ils ont pu, ils ont pas eu
le temps de l'examiner non plus mais (rires) ils pensent quand même qu'il faudrait faire ça !
UMS'' 177: il faut qu'ils nous répondent aussi, si il y a eu une évaluation ou entretien social

ANNEXE 6 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes

Hospitalisations programmées

Les formulaires de demande d'hospitalisation pour les services de Médecine Interne et de Gériatrie de l'hôpital Louis Mourier sont utilisables depuis plus de 3 mois. Ils sont disponibles dans l'onglet "hospitalisations programmées" de la barre d'outils PSU-GVLG.

Ce questionnaire a pour but d'évaluer l'efficacité de ces formulaires.

Merci de votre participation.

Sandrine Hermant.

1. Votre activité :

Depuis combien de temps êtes vous installé ?

Exercez-vous une activité hospitalière ? Oui Non

Dans quel hôpital ?

Etes-vous adhérent à un réseau de santé ? Oui Non

Le(s)quel(s) ?

2. Vos demandes d'hospitalisation :

2a. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous demandé une hospitalisation pour un de vos patients dans un service de médecine interne ou de gériatrie (hors demande d'hôpital de jour) ?

- De l'hôpital Louis Mourier
- D'un autre établissement de santé
- De l'hôpital Louis Mourier et d'un autre établissement de santé
- Aucun des trois

2b. Si vous avez demandé une hospitalisation dans établissement de santé autre que Louis Mourier, quelles ont été les raisons ? (plusieurs réponses possibles)

- Par habitude
- Par proximité de l'établissement
- Vous avez des contacts dans cet établissement
- Les modalités d'hospitalisation sont simples
- Par choix du patient
- Le patient a déjà été hospitalisé dans cet établissement
- Autre (précisez) :

Si vous avez répondu :

- Hôpital Louis Mourier ou Hôpital Louis Mourier et autre établissement de santé, passez à la question suivante

- Autre établissement de santé seulement ou aucun des trois, le questionnaire est terminé, merci de vos réponses.

3. Les demandes d'hospitalisation à l'hôpital Louis Mourier :

Avez-vous utilisé le formulaire de demande d'hospitalisation ?

- Oui
- Non (passez à la question 5)
- Oui, mais pas pour toutes les demandes

4. Utilisation du formulaire de demande d'hospitalisation :

4a. Au cours des 3 derniers mois, combien de demandes d'hospitalisation avez-vous fait auprès des services de médecine interne et de gériatrie de l'hôpital Louis Mourier à l'aide du formulaire (hors demande d'hôpital de jour) ?

4b. Toutes vos demandes ont-elles abouti (le patient a été hospitalisé de manière programmée) ? Oui Non

4c. Si vous avez répondu non à la question précédente, quelles ont été les raisons de l'échec à la programmation ?

4d. Avez-vous été satisfait :

Attribuez une note de 1 à 5 pour chaque réponse (1: très satisfait, 5: pas du tout satisfait)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Non adapté |
|--|---|---|---|---|---|------------|
| du délai de réponse à votre demande | | | | | | |
| du délai d'hospitalisation | | | | | | |
| de la prise en charge de votre patient pendant l'hospitalisation | | | | | | |
| de la réponse à votre problématique | | | | | | |
| du retour sur l'hospitalisation | | | | | | |

4e. Avez-vous des remarques sur l'utilisation du formulaire ?

5. Non utilisation du formulaire de demande d'hospitalisation :

5a. Au cours de 3 derniers mois, combien de demandes d'hospitalisation dans les services de médecine interne et de gériatrie de l'hôpital Louis Mourier estimez-vous avoir fait sans le formulaire (hors demande d'hôpital de jour) ?

5b. Pourquoi n'avez-vous pas souhaité utiliser le formulaire ?

5c. Comment avez-vous procédé pour effectuer vos demandes ?

Fin du questionnaire, merci de vos réponses.

ANNEXE 7 :

Réponses à l'enquête préalable

| | | Nombre de réponses | Médiane de classement |
|------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|
| Psychiatrie | Beaujon | 2 | 4,5 |
| | Sans précision | 5 | 4 |
| Médecine interne | Beaujon | 11 | 1 |
| | Louis Mourier | 15 | 2 |
| Gériatrie | Bichat-Beaujon | 6 | 4 |
| | Hôpital Nord | 1 | 5 |
| | Louis Mourier | 5 | 4 |
| Endocrinologie | Argenteuil | 1 | 5 |
| | Bichat | 6 | 3 |
| | Nanterre | 4 | 3,5 |
| | Sans précision | 3 | 1 |
| Autres | Cardiologie (CCN) | 1 | 3 |
| | Gynécologie | 1 | 5 |
| | Maladies infectieuses | 1 | 5 |
| | Pédiatrie | 2 | 4 |
| | Pneumologie | 1 | 3 |
| | Bichat sans précision | 2 | 5 |
| | | 67 | |

Histoire de la maladie en indiquant la symptomatologie actuelle, les explorations déjà faites et les traitements. Notez également les lieux et dates des précédentes hospitalisations :

Antécédents :

Traitements en cours :

Examens complémentaires et consultations spécifiques que vous souhaitez voir réalisés lors de l'hospitalisation :

Nécessité d'une évaluation ou d'un entretien de suivi social ?

Oui

Non

Précisez :

Histoire de la maladie en indiquant la symptomatologie actuelle, les explorations déjà faites et les traitements. Notez également les lieux et dates des précédentes hospitalisations :

| |
|--|
| |
|--|

Antécédents :

| |
|--|
| |
|--|

Autonomie :

- Oui
 Non, précisez :

Traitements en cours :

| Médicament | Matin | Midi | Soir | Coucher |
|------------|-------|------|------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Nécessité d'instauration ou de modification des aides en place :

- Oui Non

Mode de sortie envisagé :

- Retour à domicile
 Soins de suite
 Institutionnalisation

ANNEXE 10 :

Fiche de sortie de médecine interne Louis Mourier



178, rue des Renouillers
92701 COLOMBES CEDEX

Standard : 01 47 60 61 62

POLE ADULTE PROXIMITE
SERVICE DE MEDECINE
INTERNE



LOUIS-MOURIER
UNIVERSITE PARIS 7 - DENIS DIDEROT

Colombes, le

M.....
.....
.....

Chef de Service
Pr. I. MAHÉ

Secrétariat médical
Tél : 01 47 60 64 87 ou 67 05
Fax : 01 47 60 64 91

Accueil hospitalisation
Tél : 01 47 60 64 85 ou 64 89
Fax : 01 47 60 67 47

Dr. L. AFFO
Dr. A. BOSQUET
Dr. C. DELBALDO
Dr. S. FOUART-CARON
Dr. A. GRASLAND
Dr. V. MANCERON
Dr. E. MORTIER
Dr. A. M. SIMONPOLI

Dr. C. GONDOIN
Dr. R. STERPU
Dr. D. VOITEL

Dr. G. BERTHIER
Dr. M. BLOCH
Dr. I. CAHITTE
Dr. F. CORDONNIER
Dr. E. HIRAUX
Dr. E. LAFON
Dr. F. LEMAITRE
Dr. D. Q. LIM
Dr. J. PERDRIEU
Dr. RAMBELOARISOA
Dr. M. TOUAM

Cadres de santé :
Mr BARON
Mme LE FLOCH

Assistantes Sociales
Mme C. ELMERICH
Tél : 01 47 60 60 62
Mme N. KEROMNES
Tél : 01 47 60 64 84
Melle C. LEVACHER
Tél : 01 47 60 62 23
Mme M. CHAUVIERE
Tél : 01 47 60 68 81

Cher Confrère,

Votre patient(e), Mr, Mme quitte
le service ce jour.

Les principales conclusions diagnostiques sont les suivantes :

*lombosciatique S1 droit hyperalgique
sur hernie discale -
2 infiltrations épidurales*

Son traitement comporte :

*Paracétamol 1g x 4/j
Aulpan 20mg x 4/j
Traicadel 200mg x 2/j
Apranax x 2/j*

Il (elle) doit être revu(e) en consultation par le Docteur
Avec les résultats des examens revenus après son départ du service ;

Vous recevrez prochainement le compte-rendu de son hospitalisation.

En vous remerciant de votre confiance.

Bien confraternellement.

Professeur Isabelle MAHE

ANNEXE 11 :

Formulaire d'hospitalisation en médecine interne Louis Mourier

**SERVICE DE MEDECINE
INTERNE**



Hôpital Louis-Mourier

Chef de service : Professeur MAHE

DEMANDE D'HOSPITALISATION

| | |
|-------------|--|
| Nom : | Médecin du service ayant donné son accord à l'hospitalisation : Pr/Dr : |
| Téléphone : | |
| Adresse : | |
| Téléphone : | |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Personne à contacter pour convocation | |
|---------------------------------------|--|

| | |
|---------------------------------|--|
| Nom de la personne de confiance | |
|---------------------------------|--|

| | |
|------------------|-------------|
| Médecin traitant | Nom : |
| | Téléphone : |

| | |
|----------------------------|--|
| Motif de l'hospitalisation | |
|----------------------------|--|

| | | |
|--------------------------------------|-------------|--------------------------|
| Degré d'urgence de l'hospitalisation | < 48 heures | <input type="checkbox"/> |
| | 2 à 5 jours | <input type="checkbox"/> |
| | Délai | |

| | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Chambre seule | <input type="checkbox"/> | BMR | <input type="checkbox"/> |
| | | Soins palliatifs | <input type="checkbox"/> |
| | | Problèmes psychologiques | <input type="checkbox"/> |
| | | Sevrage | <input type="checkbox"/> |

| | |
|------------------------------|--|
| Hospitalisation prévue le | |
| Hospitalisation effective le | |

ANNEXE 12 :

Formulaires de demande d'hospitalisation – version corrigée

DEMANDE D'HOSPITALISATION

Service de Médecine interne
Hôpital Louis Mourier
178 rue des Renouillers, 92700 Colombes
direct.hospi@lmr.aphp.fr ou direct.hospi.lmr-aphp@medical.apicrypt.org

Date / / (JJ/MM/AAAA)

Délai souhaité : < 48h
 < 1 semaine
 < 2 semaines

Nom et coordonnées du médecin demandeur

Périodes (jours / heures) pendant lesquelles le médecin peut être joint

Contraintes liées au patient

Identité du patient

Nom Prénom

Date de naissance / / (JJ/MM/AAAA)

Adresse

Tél fixe Tél portable

Personne à contacter

Nom Prénom

Adresse

Tél fixe Tél portable

Couverture sociale

Sécurité sociale Mutuelle ALD CMU AME

Mode de vie

Domicile Maison de retraite Autre

Le patient a-t-il déjà été hospitalisé dans le service ?

Oui Non

Motif de la demande

Principaux antécédents

Histoire de la maladie en indiquant la symptomatologie actuelle, les explorations déjà faites et les traitements. Joindre si possible le dernier compte-rendu d'hospitalisation.

Traitement en cours (ou joindre une ordonnance)

Problématiques, examens et consultations spécialisés que vous souhaitez voir réalisés

Nécessité d'une évaluation ou d'un entretien de suivi social

Oui

Non

Préciser :

DEMANDE D'HOSPITALISATION

Service de Gériatrie
Hôpital Louis Mourier
178 rue des Renouillers, 92700 Colombes
saskia.foucart@lmr.aphp.fr ou saskia.foucart.lmr-aphp@medical.apicrypt.org

Date / / (JJ/MM/AAAA)

Délag souhaité : < 48h
 < 1 semaine
 < 2 semaines

Nom et coordonnées du médecin demandeur

Périodes (jours / heures) pendant lesquelles le médecin peut être joint

Contraintes liées au patient

Identité du patient

Nom Prénom
Date de naissance / / (JJ/MM/AAAA)
Adresse
Tél fixe Tél portable

Personne à contacter

Nom Prénom
Adresse
Tél fixe Tél portable

Couverture sociale

Sécurité sociale Mutuelle ALD CMU AME

Mode de vie

Domicile Vit seul Oui Non
 Résidence service Entourage Oui Non
 EHPAD

Aide professionnelle à domicile (préciser le rythme si possible)

Portage des repas HAD
 Auxiliaire de vie Pharmacie : tél
 Soins infirmiers APA
Tél : Réseau :

Le patient a-t-il déjà été hospitalisé dans le service ?

Oui Non

Motif de la demande

Principaux antécédents

Autonomie

Mobilité :

- Grabataire
- Lit-fauteuil
- A l'intérieur du domicile
- Sort du domicile

Fonctions cognitives :

- Normale
- Troubles mnésiques
- Troubles cognitifs sévères
- Troubles du comportement

Histoire de la maladie en indiquant la symptomatologie actuelle, les explorations déjà faites et les traitements. Joindre si possible le dernier compte-rendu d'hospitalisation.

- Troubles des fonctions cognitives depuis plus de 6 mois
- Chutes
- AEG avec perte de poids

Traitement en cours (ou joindre une ordonnance)

Problématique(s), examens et consultations spécialisés que vous souhaitez voir réalisés

Nécessité d'instauration ou de modification des aides en place

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| Service | Médecine interne | Gériatrie | Gériatrie | Médecine interne |
| Mode de transmission | Mail | Mail + téléphone | Mail | Mail |
| Messagerie sécurisée | Non | Oui | Oui | Non |
| Accusé de réception | 48 heures | Le jour même | 24 heures | 48 heures |
| Délai demandé | < 1 semaine | < 48 heures | < 48 heures | < 1 semaine |
| Délai effectif | 31 jours | 48 heures | 9 jours | 35 jours |
| Motif de la demande | Femme de 74 ans AEG, troubles de transit et poussé hypertensive sur inobservance du traitement ATCD : troubles cognitifs | Femme de 81 ans déséquilibre de diabète et DTS récente | Femme de 81 ans dyspnée et ascite ATCD : cardiopathie valvulaire et rythmique et cirrhose éthylique | Homme de 80 ans Malaises post-prandiaux avec baisse de tonus et perte de contact ATCD : myélome, maladie de Parkinson |
| Examens, consultations demandés Problématique | FOGD, coloscopie Bilan cardiologique Bilan des fonctions cognitives | Equilibration du diabète Exploration des fonctions cognitives | Bilan de dyspnée et ascite | Bilan neurologique, EEG |
| Réalisation des examens | NA | Oui | Oui | Oui |
| Réponse à la problématique | NA | Oui | Oui | Oui |
| Compte-rendu reçu | NA | Oui | Oui | Oui |
| Délai de validation du compte-rendu | NA | 18 jours | ? | 6 jours |
| Remarques | Nécessité d'un deuxième appel Patiente sortie le jour même contre avis médical | | | Nécessité d'un deuxième appel |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| Service | Médecine interne | Gériatrie | Gériatrie | Médecine interne | Médecine interne |
| Mode de transmission | Fax + téléphone | Mail | Mail | Mail | Mail |
| Messagerie sécurisée | NA | Oui | Non | Oui | Oui |
| Accusé de réception | NA | 24 heures | 3 jours | 3 jours | 3 jours |
| Délai demandé | < 48 heures | < 1 semaine | < 48 heures | < 2 semaines | < 1 semaine |
| Délai effectif | 24 heures | 3 jours | 7 jours | 19 jours | 3 jours |
| Motif de la demande | Homme de 62 ans AEG et hématurie ATCD : éthylisme chronique | Homme de 72 ans AEG et lymphoedème de la jambe avec syndrome inflammatoire ATCD : cancer prostate traité par radiothérapie seule | Femme 91 ans AEG depuis 1 mois ATCD : troubles cognitifs | Femme de 72 ans Sclérose en plaques sur canal lombaire étroit | Femme de 71 ans Anémie ancienne, déséquilibre de diabète et troubles cognitifs non explorés ATCD : cardiopathie ischémique |
| Examens, consultations demandés Problématique | Bilan d'AEG Bilan d'éthylisme chronique avec FOGD Soutien psychologique | Compression pelvienne sur récidive du cancer? Scanner abdomino-pelvien Consultation urologue ou oncologue | Recherche d'une cause à l'AEG | Indication chirurgicale ? | Bilan d'anémie +/- transfusion Bilan des fonctions cognitives |
| Réalisation des examens | Oui | Non | NA | NA | Oui |
| Réponse à la problématique | Oui | Oui | | Oui | Oui |
| Compte-rendu reçu | Oui | Oui | NA | Oui | Non |
| Délai de validation du compte-rendu | 23 jours | ? | NA | 17 jours | |
| Remarques | | Consultation urologue programmée | Patiente décédée avant l'hospitalisation | Nécessité d'un deuxième appel | CRH non dicté |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| Service | Médecine interne | Médecine interne | Médecine interne | Médecine interne | Gériatrie |
| Mode de transmission | Mail | Mail | Mail + téléphone | Mail | Fax + téléphone |
| Messagerie sécurisée | Oui | Oui | Non | Oui | NA |
| Accusé de réception | 5 jours | 48 heures | Le jour même | Oui | NA |
| Délai demandé | 1 mois | < 1 semaine | < 48 heures | < 2 semaines | < 4 jours |
| Délai effectif | 27 jours | 28 jours | 24 heures | 10 jours | 2 jours |
| Motif de la demande | Femme de 31 ans Bilan de sarcoïdose | Homme de 52 ans AEG et lombosciatique hyperalgique ATCD : syndrome dépressif | Femme de 71 ans Bilan de dysphagie et anorexie avec déshydratation ATCD : troubles cognitifs | Femme de 77 ans Bilan d'embolie pulmonaire bilatérale | Femme de 99 ans Perte d'autonomie avec ulcère de la malléole ne cicatrisant pas ATCD : démence mixte |
| Examens et consultations demandés Problématique | | Consultation psychiatrique Consultation rhumatologique Consultation anti-douleur | Bilan de dysphagie, réhydratation +/- nutrition par sonde Avis psychiatrique | Bilan biologique Scanner abdominopelvien | Consultation dermatologique Exploration de la perte d'autonomie |
| Réalisation des examens | Oui | NA | Oui | Oui | Oui |
| Réponse à la problématique | Oui | NA | Oui | Oui | Oui |
| Compte-rendu reçu | Non | NA | Non | Oui | Oui |
| Délai de validation du compte-rendu | ? | NA | Immédiat | 25 jours | 6 jours |
| Remarques | | Hospitalisation n'ayant pas abouti | | | |

ANNEXE 14 :

Formulaires de demande d'hospitalisation – version finale

DEMANDE D'HOSPITALISATION

Service de Médecine interne
Hôpital Louis Mourier

178 rue des Renouillers, 92700 Colombes

direct.hospi@lmr.aphp.fr ou direct.hospi.lmr-aphp@medical.apicrypt.org

Date / / (JJ/MM/AAAA)

Délai souhaité : < 48h (joindre le 01 47 60 66 30)
 < 1 semaine
 < 2 semaines

Nom et coordonnées du médecin demandeur

Périodes (jours / heures) pendant lesquelles le médecin peut être joint

Contraintes liées au patient

Identité du patient

Nom Prénom

Date de naissance / / (JJ/MM/AAAA)

Adresse

Tél fixe Tél portable

Personne à contacter

Nom Prénom

Adresse

Tél fixe Tél portable

Couverture sociale

Sécurité sociale Mutuelle ALD CMU AME

Mode de vie

Domicile Maison de retraite Autre

Le patient a-t-il déjà été hospitalisé

Dans l'hôpital Dans le service

Motif de la demande

Principaux antécédents

Histoire de la maladie en indiquant la symptomatologie actuelle, les explorations déjà faites et les traitements. Joindre si possible le dernier compte-rendu d'hospitalisation.

Traitement en cours (ou joindre une ordonnance)

Problématiques, examens et consultations spécialisés que vous souhaitez voir réalisés

Nécessité d'une évaluation ou d'un entretien de suivi social

Oui

Non

Préciser :

DEMANDE D'HOSPITALISATION

Service de Gériatrie

Hôpital Louis Mourier

178 rue des Renouillers, 92700 Colombes

saskia.foucart@lmr.aphp.fr ou saskia.foucart.lmr-aphp@medical.apicrypt.org

Date / / (JJ/MM/AAAA)

Délai souhaité : < 48h (joindre le 01 47 60 60 68)
 < 1 semaine
 < 2 semaines

Nom et coordonnées du médecin demandeur

Périodes (jours / heures) pendant lesquelles le médecin peut être joint

Contraintes liées au patient

Identité du patient

Nom Prénom
Date de naissance / / (JJ/MM/AAAA)
Adresse
Tél fixe Tél portable

Personne à contacter

Nom Prénom
Adresse
Tél fixe Tél portable

Couverture sociale

Sécurité sociale Mutuelle ALD CMU AME

Mode de vie

Domicile Vit seul Oui Non
 Résidence service Entourage Oui Non
 EHPAD

Aide professionnelle à domicile (préciser le rythme si possible)

Portage des repas HAD
 Auxiliaire de vie Pharmacie : tél
 Soins infirmiers APA
Tél : Réseau :

Le patient a-t-il déjà été hospitalisé

Dans l'hôpital Dans le service

Motif de la demande

Principaux antécédents

Autonomie

Mobilité :

- Grabataire
- Lit-fauteuil
- A l'intérieur du domicile
- Sort du domicile

Fonctions cognitives :

- Normale
- Troubles mnésiques
- Troubles cognitifs sévères
- Troubles du comportement

Histoire de la maladie en indiquant la symptomatologie actuelle, les explorations déjà faites et les traitements. Joindre si possible le dernier compte-rendu d'hospitalisation.

- Troubles des fonctions cognitives depuis plus de 6 mois
- Chutes
- AEG avec perte de poids

Traitement en cours (ou joindre une ordonnance)

Problématique(s), examens et consultations spécialisés que vous souhaitez voir réalisés

Nécessité d'instauration ou de modification des aides en place

- Oui
- Non

RESUME

La programmation des hospitalisations est bénéfique pour les patients et pour le système de santé mais elle est rarement réalisée par les médecins généralistes.

L'objectif de ce travail était de créer un outil de communication ville-hôpital qui faciliterait les démarches de programmation.

Après une enquête préalable qui avait pour but de déterminer vers quels services les médecins généralistes voudraient programmer des hospitalisations, nous avons identifié les problèmes qu'ils rencontraient face à cette démarche lors d'entretiens semi-directifs. Les problèmes portent sur les contraintes organisationnelles (difficultés à joindre le correspondant adéquat) et sur la communication des informations (celles nécessaires à la prise en charge du patient lors de l'hospitalisation et celles nécessaires afin d'assurer la continuité des soins à la sortie de l'hôpital).

L'analyse des commentaires des médecins a permis d'élaborer deux formulaires de demande d'hospitalisation à destination des services de médecine interne et de gériatrie de l'hôpital Louis Mourier. Ils ont été complétés et validés par les chefs de services concernés. Nous avons convenu avec eux d'un mode d'envoi des formulaires par messagerie sécurisée.

L'analyse a montré une forte utilisation des formulaires et de l'adresse mail créée afin de recevoir les demandes (73,7%). La satisfaction des médecins généralistes est quasi unanime sur les délais d'hospitalisation et la prise en charge des patients mais l'information à la sortie de l'hôpital reste problématique.

Ces résultats sont à nuancer en raison du biais de sélection des médecins généralistes et de la subjectivité des résultats.

Mots-clés : communication ville-hôpital, hospitalisation, programmation, organisation des soins, formulaire