

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

n° _____

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : DELRUE Prénoms : Maxime Rémy François

Date et Lieu de naissance : 8 mars 1987 à Courbevoie

Présentée et soutenue publiquement le 22 septembre 2015

**Hôpital de Jour "Ville-Hôpital",
évaluation de la satisfaction des médecins généralistes**

Président de thèse : Madame le Professeur Anne BOURGARIT-DURAND

Directeurs de thèse : Monsieur le Docteur Thomas CARTIER et

Monsieur le Docteur Emmanuel MORTIER

DES de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Au Professeur Anne BOURGARIT-DURAND, pour m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse

Au Docteur Julien GELLY, pour avoir accepté de participer à ce jury

Aux Docteurs Emmanuel MORTIER et Thomas CARTIER, pour avoir dirigé ce travail et encadré son écriture

Au Professeur Isabelle MAHE, pour avoir guidé ma formation d'interne depuis le début et pour la confiance qu'elle m'accorde

A Caroline, pour cet infatigable binôme que nous formons

A Ulrique et Stéphanie, pour leur expérience et ce qu'elles m'ont appris, pour leur soutien de tous les instants, leur amitié et les mojitos!

A Alain, pour m'avoir fait découvrir l'univers de la recherche et pour sa rigueur bienveillante

A mes parents, soutiens à toute épreuve, sans lesquels rien de tout cela n'aurait été possible

A mon frère, Ludovic, pour son aide et le partage de notre passion commune, l'Équitation

A mes grands-parents, pour ce qu'ils m'ont apporté et ce qu'ils m'apprendront encore

A ma marraine et mon parrain, pour avoir suivi mon parcours

A Félicie et Marine-Astrid, pour leur amitié solide et leur soutien inconditionnel depuis de nombreuses années

A Julie et Annabelle, un peu plus loin aujourd'hui, pour avoir vécu avec moi le début de mes études de médecine

Aux patients que j'ai pu rencontrer, pour la richesse constante de nos échanges.

Table des matières

1.	Introduction.....	6
1.1.	Fréquence de la poly-pathologie en médecine générale.....	6
1.2.	Impact de la poly-pathologie sur les médecins généralistes	8
1.3.	La structure d'Hospitalisation de Jour :	11
1.4.	Justificatif de la création de l'Hôpital de Jour « Ville-Hôpital »	14
1.5.	Contexte local	17
1.5.1.	Démographie locale des habitants du secteur de l'hôpital Louis Mourier (Hauts de Seine) 17	
1.5.2.	Démographie médicale nationale et locale.....	18
1.5.3.	L'hôpital Louis Mourier	19
1.6.	Justification de la mise en place d'un hôpital de jour « Ville-Hôpital » au sein du CHU Louis Mourier	21
1.7.	Organisation du circuit d'un hôpital de jour "Ville-Hôpital".....	23
1.8.	Objectif du travail	24
2.	Méthodologie :.....	24
2.1.	Critères d'inclusion.....	24
2.2.	Relance.....	25
2.3.	Le questionnaire.....	25
2.4.	Statistiques	29
3.	Résultats	29
3.1.	Population médicale.....	29
3.1.1.	Caractérisation de la population médicale.....	30
3.1.2.	Choix de l'HDJ	34
3.1.3.	Programmation de l'HDJ	35
3.1.4.	Satisfaction des médecins ayant adressé un patient	39
3.2.	Population patients.....	45
4.	Discussion-Conclusion	45
4.1.	Discussion des résultats	45
4.2.	L'essor de l'hospitalisation partielle	49
4.3.	Intérêt et limites.....	52
4.3.1.	Pour le patient.....	52
4.3.2.	Pour l'équipe et l'établissement.....	53
4.3.3.	Pour le système de soin	54
	Annexes.....	58

Annexe 1 : Lettre adressée aux médecins traitants	59
Annexe 2 : Questionnaire adressé au médecin traitant	60
Annexe 3 : Lettre d'information	64
RESUME.....	67

« C'est ce que nous pensons déjà connaître
qui nous empêche souvent d'apprendre. »

Claude BERNARD

1. Introduction

L'exercice de la médecine générale amène l'omnipraticien à prendre en charge tous types de patients et à coordonner leurs soins quelles que soient les pathologies qu'ils présentent. Le vieillissement de la population conduit le médecin généraliste à avoir la responsabilité de patients poly-pathologiques, aujourd'hui de plus en plus nombreux (1). En effet, les patients rapportent fréquemment plusieurs antécédents de pathologies traitées ou non, en cours de guérison, aiguës ou chroniques ou encore chroniques avec une décompensation aiguë. Assurer la coordination des soins de ces patients est primordiale (2) (3). La fréquence croissante de la poly-pathologie a, en partie, justifié la mise en place du médecin traitant lors de la réforme de l'assurance maladie instaurée en 2004 et effective au 1^{er} janvier 2006. Le médecin traitant a pour rôle de vérifier la cohérence des soins des patients dans une optique de prise en charge globale médico-psycho-sociale. Ce travail de coordination représente un temps de travail supplémentaire pour le médecin généraliste alors que le temps de consultation est limité (4).

1.1. Fréquence de la poly-pathologie en médecine générale

Selon Fortin, la poly-pathologie peut se définir comme la « cooccurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins deux) chez le même individu sur la même période » (5). Pour l'OMS, « par maladies chroniques, on entend des problèmes de santé qui nécessitent des soins sur le long terme (pendant un certain nombre d'années ou de décennies) et qui comprennent par exemple : le diabète, les maladies cardio-vasculaires, l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive, le cancer, le VIH, la dépression et les

incapacités physiques. Il existe de multiples autres affections chroniques mais leur point commun est qu'elles retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade » (6). Enfin, dans l'article R. 322-6 du Code de la sécurité sociale, créé par décret n°2008-1440 du 22 décembre 2008 publié au JO du 30 décembre 2008, le terme de « poly-pathologie » est employé lorsqu'un patient est atteint de plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois.

Ainsi, chez 93 % des personnes âgées de plus de 70 ans on relève au moins 2 maladies et au moins 3 chez 85% d'entre elles. Une enquête de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (7) a montré que le nombre moyen de maladies présentées par chaque individu dépendait de la tranche d'âge à laquelle il appartenait. Elle révèle qu'avant l'âge de 16 ans, les individus de l'échantillon présentaient 0.8 maladies, 1.7 pour la tranche 16-39 ans, 3.4 entre 40 et 64 ans et 6 à partir de 65 ans.

Cependant, la prise en charge d'un malade ne se résume jamais au traitement d'une seule pathologie mais bien de la globalité du patient. En effet, les progrès diagnostiques, thérapeutiques et le vieillissement de la population expliquent qu'aujourd'hui un patient ne peut rarement se résumer en une pathologie unique.

La poly-pathologie est une situation fréquemment rencontrée par les médecins généralistes ce d'autant que les patients sont âgés. Dans une étude québécoise, Fortin a montré que la prévalence d'avoir au moins deux maladies chroniques dans les classes d'âge 18-44 ans, 45-64 ans et plus de 64 ans était respectivement de 68%, 95% et 99% pour les femmes et de 72%, 89% et 97% chez les hommes (8).

Une étude anglaise d'une cohorte dont le suivi était rétrospectif a montré que 32% des consultations de soins primaires concernaient des patients poly-pathologiques. Elle révélait aussi que la poly-pathologie était fortement liée à l'âge mais également au niveau socio-économique. Enfin, les taux de consultation étaient plus élevés chez les patients poly-pathologiques avec pourtant une moins bonne continuité des soins chez ces derniers (9).

Mais la poly-pathologie ne semble pas toucher uniquement les personnes âgées. Dans l'étude de Barnett, le nombre absolu de personnes poly-pathologiques était plus élevé chez les patients âgés de moins de 65 ans (1).

L'étude menée par Haggerty montre que les parcours des patients poly-pathologiques sont souvent chaotiques et présentent des ruptures de suivi, même en médecine ambulatoire (2). Ainsi, la gestion médicale du parcours de soins chez ces patients est nécessaire et ce rôle incombe au médecin traitant.

1.2. Impact de la poly-pathologie sur les médecins généralistes

Les patients poly-pathologiques sont le quotidien du médecin généraliste et un tiers des consultations concerne des individus présentant plusieurs pathologies. Leur prise en charge comprend notamment la continuité des soins, une approche globale qui combine les dimensions somatiques, psychologiques et sociales, une orientation du patient par une prise de décision partagée, une priorisation des actions et enfin la coordination des soins.

Au cours d'une consultation, un médecin généraliste est confronté à, en moyenne, 4 problèmes de santé chez les patients de plus de 65 ans (10). La prise en charge du patient dans sa globalité permet d'appréhender le risque d'appliquer strictement des recommandations portant sur des pathologies isolées (11). En effet, si on prend l'exemple de

la dyslipidémie, le risque potentiel conféré par l'excès de cholestérol est à évaluer en regard du risque majeur de dénutrition résultant d'un régime mal conduit et des troubles de l'alimentation fréquents chez la personne âgée, ou encore de la tolérance hépatique des traitements hypolipémiants chez des patients présentant déjà une hépatopathie chronique. Dans le même sens, un régime pauvre en lipides et en glucides est indiqué chez les patients ayant une artériopathie périphérique même au stade asymptomatique. Cependant, chez certains patients et notamment les personnes âgées, la prise alimentaire permettant un apport calorique suffisant est compliquée du fait de l'altération de l'appétit, de troubles de l'humeur, ou encore d'une pathologie chronique au traitement lourd comme le cancer ou une maladie inflammatoire. Ce régime pourtant en théorie indiqué peut mener à la dénutrition avec le risque d'amyotrophie avec chutes secondaires ou encore de plaies d'appui assombrissant le pronostic immédiat ou à moyen terme du patient. C'est à ce titre que les recommandations générales se doivent d'être replacées dans le contexte du patient, en prenant en compte son état général, ses antécédents, son environnement et son souhait, afin de ne pas être plus nocif que bénéfique (12) (Schéma 1.).

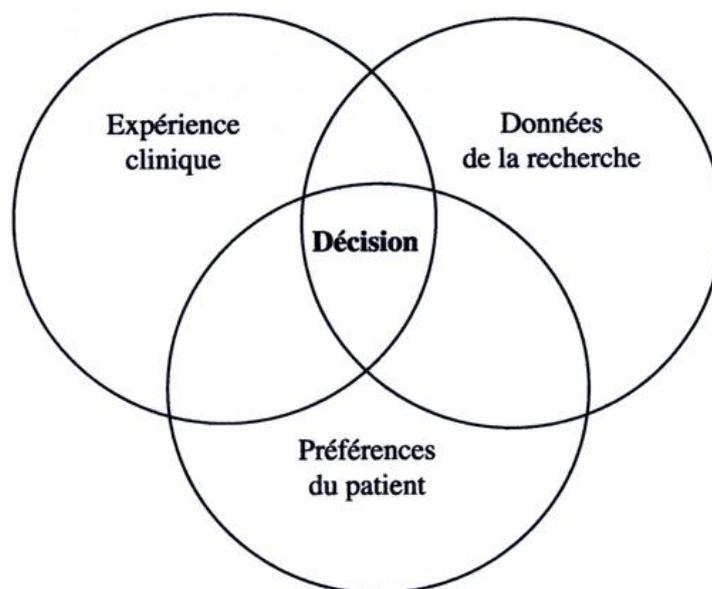


Schéma 1. La médecine fondée sur les preuves (12)

Un autre rôle du médecin traitant est de stratifier la priorité de la prise en charge de telle ou telle pathologie en fonction de sa gravité ou de son retentissement (13).

Par ailleurs, ce contexte de poly-pathologie encourage la collaboration des médecins généralistes avec les spécialistes. Leurs relations en sont renforcées, d'autant qu'ils sont parfois nombreux à avoir la charge du patient, rendant la coordination des soins primordiale.

Ces liens nécessaires ne sont pas toujours faciles, la communication avec les médecins spécialistes d'organe et la gestion des recommandations centrées sur une problématique à appliquer à des patients poly-pathologiques (6) sont parfois délicates. L'implication du médecin généraliste dans la prise en charge des malades atteints de diabète, d'hypertension artérielle ou encore de schizophrénie chronique est appréciée des patients (14). De même, les patients se sentent mieux préparés à sortir de l'hôpital si le médecin traitant a été impliqué dans la stratégie de sortie d'hospitalisation (15).

Ainsi, les soins centrés sur le patient atteint de maladies chroniques comportent l'écoute des besoins psychosociaux et physiques du patient, l'exploration des préoccupations et des priorités en matière de soins, la transmission d'un sentiment de partenariat entre le patient et le médecin, la participation active du patient dans la prise de décision le concernant et la coordination entre les professionnels (16). Cependant, les médecins généralistes ont-ils le temps suffisant pour organiser cette prise en charge (17)? L'association d'autres professionnels serait donc à envisager pour aider le médecin généraliste dans cette mission d'organisation (18).

La présence de cliniciens de proximité, habitués à la poly-pathologie pourrait constituer une aide aux médecins généralistes ayant en charge des patients présentant plusieurs pathologies.

Une des solutions existantes est la création de réseaux de soins au sein desquels des médecins de spécialités différentes mais aussi des professionnels paramédicaux tels que des infirmières, infirmières d'éducation thérapeutique, kinésithérapeutes, podologues, orthoptistes travaillent de concert pour garantir des soins dans la globalité du patient. Prenons pour exemple le diabète non insulino-requérant. Un même patient voit au cours d'une année plusieurs médecins spécialistes autres que son médecin généraliste. Il consulte également un certain nombre de professionnels paramédicaux tels que le pédicure-podologue ou le diététicien par exemple. Le suivi paraclinique de sa pathologie repose au moins sur la réalisation d'une hémoglobine glyquée quatre fois par an, un fond d'œil annuel et un électrocardiogramme. Pour répondre à cet objectif de prise en charge transdisciplinaire et assurer un suivi régulier, des réseaux se sont formés afin d'aider patients et professionnels de santé dans ce parcours de soin.

1.3. La structure d'Hospitalisation de Jour :

Au début des années 60, un nouveau mode d'hospitalisation voit le jour. Entre la ville et l'hôpital, des structures hospitalières accueillent des patients le temps d'une journée. Ces patients relevaient principalement de la psychiatrie. Le décret n°92-1101 publié le 02 octobre 1992 permet de préciser les modalités de ces séjours qui sont de véritables alternatives à l'hospitalisation conventionnelle. Ces structures ont pour but : « une

alternative à l'hospitalisation » pour « éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée ». Les séjours en hospitalisation à temps partiel « permettent la mise en œuvre d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels ou d'investigations à visée diagnostic, de traitements de ré adaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale » (article R. 712-2-1). Alors qu'une tendance à la diminution des lits en hospitalisation complète se dessine, d'autres structures de soins voient le jour et notamment l'hospitalisation de jour ou encore l'hospitalisation à domicile. Le nombre de places en hospitalisation partielle augmente progressivement depuis 2004 (Figure 1). L'hospitalisation à domicile permet, quant à elle, une prise en charge des patients au décours d'une hospitalisation complète, autorisant une sortie plus rapide des patients et un retour à domicile plus encadré sur le plan médical.

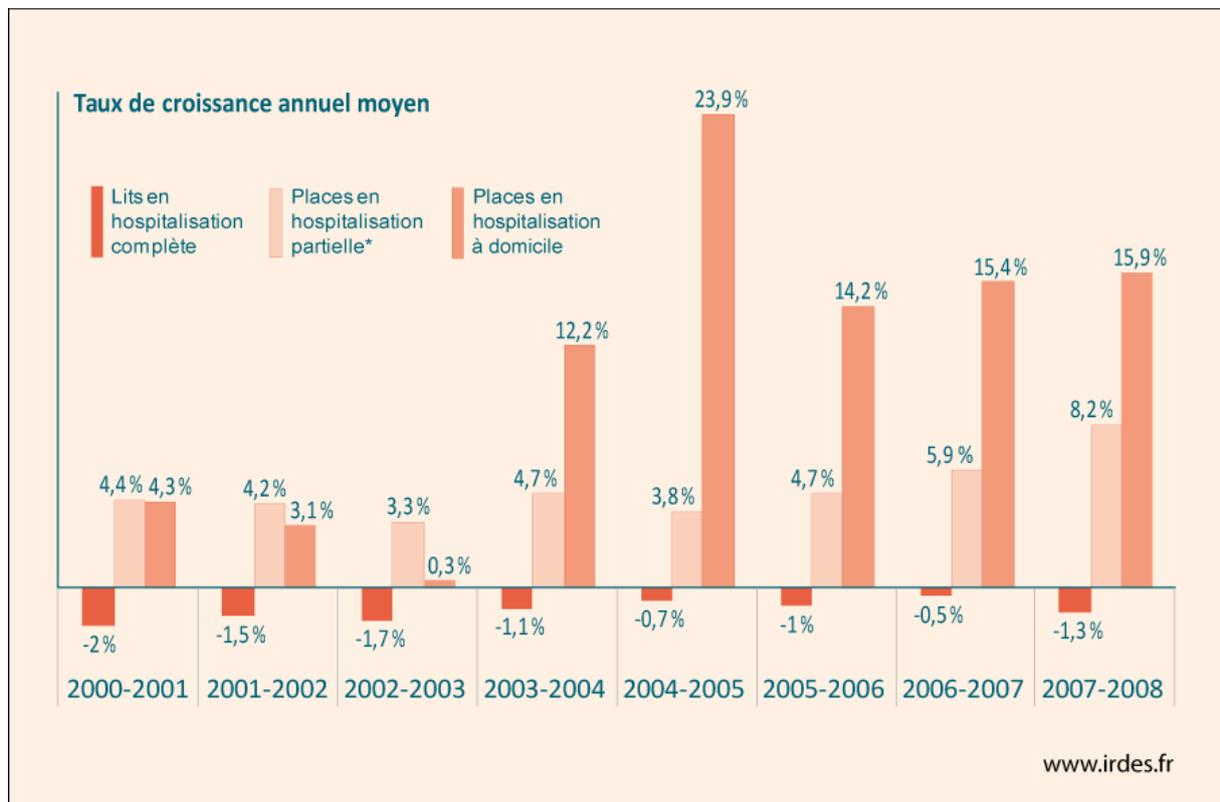


Figure 1. Comparaison de l'évolution de l'hospitalisation complète et de ses alternatives (France, 2000-2008)

En court séjour (Médecine, chirurgie, obstétrique - MCO), on observe une baisse du nombre de lits d'hospitalisation complète (de 240 772 lits en 2000 à 218 116 lits en 2008, soit une diminution de 9 %). Sur la même période, le nombre de places en hospitalisation partielle (de 15 623 à 22 905 places, soit une augmentation de 46 %) a augmenté plus rapidement et plus encore en hospitalisation à domicile (HAD) (de 3 913 places en 2000 à 8 971 places en 2008, soit une hausse de 129 %).

Source Eco-Santé France novembre 2010. Données : Drees, Fichier SAE (Statistiques annuelle des établissements de santé).

Les différents motifs de prise en charge en hospitalisation de jour (HDJ) peuvent être divisés en 3 catégories :

- HDJ centrés sur un acte thérapeutique : dominés par la chirurgie dite ambulatoire, témoins de l'amélioration des techniques chirurgicales et d'anesthésie. On peut citer pour exemple la cure chirurgicale de cataracte, les extractions dentaires réalisées au bloc opératoire ou encore les explorations endoscopiques.
- HDJ centrés sur un traitement séquentiel : l'oncologie est au premier rang, avec des cures de chimiothérapie administrées en une journée (séances de chimiothérapie) ou encore les maladies inflammatoires relevant de la rhumatologie ou de la gastro-entérologie avec l'essor des biothérapies.
- HDJ centrés sur une prise en charge diagnostique, aussi couramment appelés « bilans », ils permettent au patient de réaliser sur la même journée les investigations nécessaires à l'établissement d'un diagnostic précis permettant par la suite une prise en charge thérapeutique adaptée.

La mise en œuvre d'un hôpital de jour est étroitement encadrée par la circulaire N°DHOS/F1/MTAA/2006/376 dite Circulaire Frontière qui fixe les conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalière de moins d'une journée (date de sortie identique à la date d'entrée). Ainsi, il est très explicite que les actes pouvant habituellement

être réalisées en médecine de ville doivent le rester et ne pas donner lieu à une prise en charge hospitalière. Une précision du cas « habituel » stipule que ce terme fait référence « à la pratique communément admises par les professionnels de santé comme étant compatible avec un niveau de sécurité et de confort satisfaisant pour le patient ». Cet aspect rend légitime la mise en place d'une structure permettant aux médecins généralistes d'adresser certains de leurs patients fragiles et/ou poly-pathologiques, pour des explorations à visée diagnostique et éventuellement thérapeutique, à une structure hospitalière sur la même journée plutôt qu'en hospitalisation complète.

Ainsi, les conditions de facturation d'un Groupe Homogène de Séjour (GHS) sont :

- La structure est équipée des moyens matériels et humains pour assurer la sécurité des patients devant les risques potentiels des actes réalisés
- Il existe une équipe médicale et paramédicale coordonnée par un médecin
- L'état du patient nécessite l'utilisation d'un lit ou d'une place pour la durée nécessaire à la réalisation des actes programmés.

Dans le cadre des bilans diagnostiques ou thérapeutiques, la prise en charge ne peut être facturée que si elle comporte plusieurs examens, biologie exclue. Ces actes doivent être réalisés par des professionnels médicaux ou para médicaux de plateaux techniques différents. Il faut également qu'une synthèse diagnostique ou thérapeutique au moins provisoire soit établie par un médecin à la sortie du patient.

1.4. Justificatif de la création de l'Hôpital de Jour « Ville-Hôpital »

En médecine générale, une partie des patients présente, du fait du retentissement de ces pathologies, une limitation de l'autonomie rendant les déplacements et la réalisation

d'examens médicaux difficiles. Les réseaux concernent des pathologies fréquentes et dont le diagnostic a été posé comme le diabète, la démence d'Alzheimer ou les pathologies psychiatriques. En fonction des situations présentées par les patients, le médecin généraliste dispose de plusieurs options pour assurer les soins de son malade (Figure 2). Pour les patients autonomes et non graves, la prise en charge peut être classiquement réalisée en ville avec la réalisation d'examens complémentaires et quelques avis de médecins spécialistes. Les patients présentant une limitation d'autonomie peuvent, quant à eux, bénéficier d'une prise en charge par Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) ou par un réseau. Par exemple dans les hauts de Seine, le réseau ARÈS 92 s'adresse aux personnes ayant des difficultés d'accès aux soins voire exclues du système de soins et/ou présentant une situation clinique nécessitant une prise en charge multi-partenaire. Enfin, pour les patients faisant l'objet d'une situation complexe ou préoccupante, le recours à l'hospitalisation complète est justifié mais certains patients refusent l'hospitalisation complète pour des motifs sociaux, psychologiques ou encore financiers.

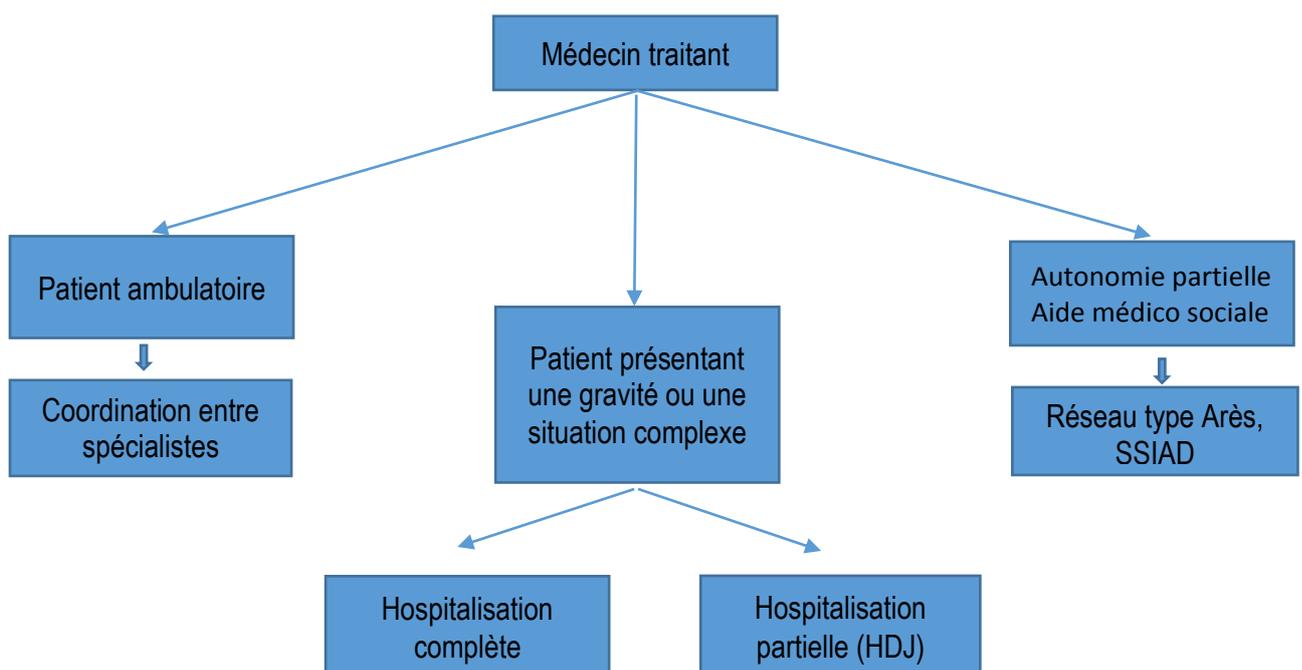


Figure 2. Rôle du médecin traitant dans la prise en charge d'un patient poly-pathologique ou ayant un problème diagnostique aigu, selon son niveau d'autonomie et la gravité du patient

L'HDJ Ville-Hôpital du CHU Louis Mourier, à Colombes (Hauts de Seine) a été créé pour répondre aux difficultés des médecins généralistes de ville face à ces malades complexes chez qui ils voulaient éviter une hospitalisation complète pour des raisons sociales, psychologiques ou encore économiques. Cette structure est proposée aux généralistes comme aide à la prise en charge diagnostique et thérapeutique de patients poly-pathologiques ou plus généralement ceux pour lesquels la réalisation de multiples investigations en ville est délicate et nécessiterait une hospitalisation. Le principe est de réaliser, de manière programmée, une succession de consultations de spécialistes, d'examens biologiques et morphologiques au sein d'une même journée à l'hôpital dans le cadre d'une hospitalisation de jour. Le patient entre le matin et ressort de l'hôpital le soir de sorte que son séjour ne comprenne pas de nuit au sein de l'établissement hospitalier. Ce séjour, ne se limitant pas seulement à l'aspect diagnostique, peut également faire l'objet de soins allant de l'administration de traitements spécifiques (chimiothérapie, biothérapies dans les maladies inflammatoires) à la réalisation d'actes de petite chirurgie ambulatoire.

La circulaire frontière précise donc les situations éligibles à la réalisation d'un HDJ:

- les prises en charge qui, pour des raisons de sécurité liées à la pratique d'actes, nécessitent un environnement technique particulier (« respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie »)
- les prises en charge ne nécessitant pas d'environnement technique particulier mais justifiant le recours à « une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ».

L'HDJ ne permet pas de réaliser des examens sur le seul motif qu'il est plus confortable pour le patient de réaliser ces explorations sur la même journée. Il a vocation à éviter une hospitalisation complète. Il concerne donc les patients qui, en l'absence d'HDJ, auraient dû être hospitalisés mais dont l'état de santé permet néanmoins la réalisation des investigations ou actes nécessaires au cours d'un séjour d'une seule journée en hospitalisation.

Il appartient donc, au médecin hospitalier responsable de l'HDJ, d'organiser le séjour du patient en fonction de la demande du médecin généraliste et de la disponibilité du patient afin de répondre au mieux aux attentes du médecin à l'initiative de l'HDJ et au confort du patient. Ceci dans la mesure où le volume des soins et examens nécessités par l'état du patient justifient la programmation d'une hospitalisation de jour au sens du GHS défini par la circulaire sus détaillée.

Afin de répondre au mieux aux besoins des médecins et des patients du secteur, la mise en place d'une telle structure doit prendre compte de la démographie médicale et générale.

1.5. Contexte local

1.5.1. Démographie locale des habitants du secteur de l'hôpital Louis Mourier (Hauts de Seine)

Le département des Hauts de Seine compte 1 572 490 habitants et sa population représente 13.3% de la population de l'Île de France. 52,32% de la population est féminine. C'est une population vieillissante car 18.5% des habitants ont au moins 60 ans et 7.3% au moins 75 ans contre 6.5% sur le plan régional. L'indice de vieillissement considère le rapport de la

population de 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans. Un rapport autour de 100 indique que les deux populations sont dans les mêmes proportions, au-dessus il est en faveur des personnes âgées. Cet indice est de 53.8 dans les Hauts de Seine contre 48.9 en Ile de France, soulignant ainsi la part importante de personnes âgées dans le département par rapport au niveau régional.

Par ailleurs l'espérance de vie à la naissance est de 81 ans pour les Alto-Séquanais et 86 ans pour les Alto-Séquanaises.

En termes économiques, la région Ile de France consomme à elle seule 16.6% des dépenses nationales de santé publique, 16.5% des dépenses nationales en matière de remboursement de soins de ville et 19.8% des dépenses nationales pour le remboursement des établissements de santé (19).

1.5.2. Démographie médicale nationale et locale

La région Ile de France compte 59520 médecins dont 42227 en activité régulière ce qui représente 22% de l'effectif national. Le nombre de médecins en activité régulière à tendance à baisser (-4.8% entre 2007 et 2013).

Pour le département des Hauts de Seine, la population médicale tend à diminuer pour les médecins généralistes qui passent de 2530 en 2007 à 2344 en 2013. On prévoit 2220 omnipraticiens à l'horizon 2018. En revanche, le nombre de spécialistes d'organe à quant à lui tendance à augmenter puisqu'il est passé de 3281 en 2007 à 3407 en 2013. Cette augmentation devrait se confirmer car 3500 spécialistes sont attendus dans le département pour 2018. Dans les Hauts de Seine, la moyenne d'âge des généralistes est de 53 ans, 40%

sont des femmes et 25% ont plus de 60 ans alors que, chez les spécialistes, l'âge moyen est de 52 ans, 50% sont des femmes et 26% ont plus de 60 ans.

Dans le département, toutes spécialités confondues, 43.2% des médecins exercent une activité libérale stricte, 50.3% sont salariés et 6.5% ont une activité mixte. Les médecins généralistes des Hauts de Seine exercent pour 46.3% d'entre eux une activité libérale, 49.2% une activité salariée et les 4.5% restants ont une activité mixte.

En termes de densité médicale, la région Ile de France compte 366.4 médecins pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale à 299.7 médecins pour 100 000 habitants. Au plan départemental, en 2013, les Hauts de Seine relèvent une densité médicale à 361.8 médecins pour 100 000 habitants, 147.5 sont généralistes et 214.3 sont spécialistes (20).

1.5.3. L'hôpital Louis Mourier

L'hôpital Louis Mourier est un établissement hospitalier faisant partie des 38 établissements de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP). L'AP-HP est un regroupement d'établissements publics d'offre de soins. Le groupe accueille chaque année 7 millions de patients. Le Groupe Hospitalier (GH) des Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine (HUPNVS) est constitué de 5 établissements de l'AP-HP : Louis Mourier, Beaujon, Bretonneau, Bichat et Adélaïde Hautval (ancien Charles Richet). L'orientation est médico-chirurgicale pour 3 d'entre eux (Louis Mourier, Beaujon et Bichat) et gériatrique pour les 2 autres (Bretonneau et Adélaïde Hautval). Ces établissements s'adressent aux patients de tous âges et offrent des soins de proximité, d'expertise et de recours. Le Groupe Hospitalier (GH) est associé pour sa fonction universitaire à la Faculté de Médecine de Paris VII Denis

Diderot. Il accueille en permanence près de 1000 internes et étudiants en médecine. Il possède également des instituts de formations en soins infirmiers et écoles d'aide soignants. Les établissements de Louis Mourier, Beaujon et Bichat comptabilisent 185 410 passages dans les Services d'Accueil des Urgences en 2013.

L'hôpital Louis Mourier compte 502 lits d'hospitalisation classique et 24 lits d'hospitalisation de jour.

Aussi, en termes de recrutement, 78.8% des patients proviennent de la petite couronne de la région parisienne (Hauts de Seine, Seine Saint Denis, Val de Marne) et 16.6% de la grande couronne (Seine et Marne, Yvelines, Essonne et Val d'Oise).

L'établissement compte à lui seul 62 495 passages au SAU et 160 217 actes de consultations (660 880 au niveau du GH, soit 24.2%). On dénombre 19 132 séjours d'hospitalisation de plus de 24 heures (81 141 au niveau du GH, soit 23.6%) et 6 738 hospitalisations de jour pour l'année 2013.

L'âge moyen des patients accueillis au sein des services de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) est de 48 ans (hors patients de pédiatrie). C'est la moyenne la plus basse du GH.

Au sein des services de médecine, le service de médecine interne dispose d'un Hôpital de Jour pluri disciplinaire depuis 1990. Il regroupe des activités d'infectiologie, cancérologie, médecine interne et de gériatrie.

L'hôpital est par ailleurs équipé d'un scanner et une IRM ouverte (un des trois équipements de ce type en Ile de France). 1815 professionnels de santé y travaillent dont 416 médecins. Cet établissement, à la fois généraliste et spécialisé, est doté d'un plateau technique performant composé d'un pôle d'imagerie médicale, d'un laboratoire d'analyses biologiques et d'un service d'explorations fonctionnelles. Ces services fournissent, au patient adressé en

hospitalisation de jour, la plateforme nécessaire à la réalisation des explorations nécessaires à sa prise en charge.

1.6. Justification de la mise en place d'un hôpital de jour « Ville-Hôpital » au sein du CHU Louis Mourier

En médecine interne, certains patients sont hospitalisés pour une prise en charge diagnostique bien que leur état de santé leur permette une prise en charge ambulatoire alors que d'autres arrivent aux urgences tardivement en dépit de n'avoir pu réaliser les explorations prescrites en ville ou après avoir refusé la réalisation d'examens au cours d'une hospitalisation complète programmée.

Par ailleurs, en hospitalisation complète, le lien avec la ville est souvent rompu et, bien souvent, le médecin généraliste ne reçoit que tardivement des nouvelles de son patient et les médecins hospitaliers n'ont quant à eux que peu d'informations sur le mode de vie de leur patient et son suivi médical. Ce sont ces paradoxes qui justifient, en pratique, la mise en place d'une telle structure d'hospitalisation de jour.

Le service de médecine interne de l'hôpital Louis Mourier travaille depuis plus de 20 ans en collaboration avec les médecins généralistes des communes avoisinantes. En effet, il entretient à travers le réseau ARÈS 92, créé en 1992, une relation privilégiée ces médecins libéraux en organisant par exemple des réunions mensuelles, en soirée, de discussion autour de cas cliniques. Ce moment d'échange permet aussi aux médecins généralistes, se sentant parfois isolés, de venir discuter de la situation médicale d'un de leurs patients. L'hôpital de jour s'intègre dans ce dispositif en offrant des séjours d'Hôpital de Jour dont la demande est

à l'initiative d'un médecin généraliste. Cette structure a pour objectif d'apporter au médecin généraliste une solution devant des situations pour lesquels une hospitalisation complète serait excessive mais nécessitant pourtant une évaluation pluridisciplinaire ou la réalisation d'examens chez des patients poly-pathologiques ou pour lesquels la réalisation du bilan clinique est paraclinique est mal aisée en ville. C'est un recours devant des situations complexes, difficiles à gérer en ville. L'avis des 10 médecins coordinateurs de leur commune pour le réseau ARÈS 92 (Villeneuve la Garenne, Gennevilliers, Colombes, Nanterre, Bois Colombes, La Garenne Colombes, Asnières, Courbevoie, Levallois, Clichy) a permis de dégager les situations les plus courantes pour lesquelles l'Hôpital de Jour serait à même de les aider dans la prise en charge de leurs patients :

- situation médicale complexe qui nécessite une expertise pluridisciplinaire (plateau technique, expertise médicale, sociale ou psychologique) chez une personne qui peut rester chez elle,
- prise en charge ou exploration d'une pathologie chez un patient avec un handicap (physique ou psychologique) rendant la réalisation de toutes ces investigations fastidieuse en ville et pour laquelle un séjour en hospitalisation complète s'avèrerait délétère,
- prise en charge ou exploration d'une pathologie qui nécessite une expertise hospitalière chez un patient qui refuserait l'hospitalisation complète (pour des motifs psychologiques, sociaux ou financiers) mais dont le retard diagnostic ou thérapeutique serait préjudiciable à sa santé.

Pour ces trois types de situations, les médecins interrogés ont approuvé le caractère potentiellement utile d'une structure hospitalière de jour en lien direct avec la ville pour la prise en charge des patients.

1.7. Organisation du circuit d'un hôpital de jour "Ville-Hôpital"

La demande initiale est formulée par le médecin traitant du patient. Elle peut se faire sous la forme d'un mail, d'un fax ou par téléphone. Une lettre d'information a été envoyée aux médecins généralistes du secteur (Annexe 1).

Un contact entre le médecin hospitalier et le médecin généraliste demandeur s'établit dans le cadre d'une expertise téléphonique afin de définir rapidement les attentes de ce dernier et de vérifier que l'Hôpital de Jour constitue une solution adaptée à la question posée.

Ensuite, le médecin hospitalier contacte rapidement le patient afin de le prévenir que son médecin traitant a sollicité une hospitalisation de jour et de sélectionner avec lui une date qui convienne au patient en fonction des disponibilités de la structure.

L'hôpital de jour est organisé par les infirmières en fonction des examens et avis spécialisés nécessaires pour répondre à la question posée préalablement prescrits par le médecin de l'HDJ. L'objectif en termes de délai maximal d'organisation du séjour est fixé à 7 jours.

Enfin, une synthèse médicale, au moins provisoire, est réalisée le jour de l'HDJ. Ce compte rendu provisoire est remis au patient et envoyé au médecin généraliste ayant demandé l'HDJ. Le caractère provisoire ou définitif dépend principalement du délai d'obtention des examens paracliniques réalisés.

1.8. Objectif du travail

L'objectif de ce travail est d'évaluer la satisfaction des médecins généralistes ayant adressé leurs patients en Hôpital de Jour "Ville-Hôpital" et d'apprécier l'aide apportée dans la prise en charge de leurs patients poly-pathologiques ou pour lesquels la réalisation d'explorations multiples en ville s'avère difficile.

2. Méthodologie :

Ce travail consiste en une étude observationnelle, mono centrique visant à évaluer l'impact d'un Hôpital de Jour "Ville-Hôpital" à l'initiative de médecins généralistes afin de les aider dans la prise en charge de patients poly-pathologiques. L'investigateur n'avait pas accès à l'identité des médecins adressant des patients à l'HDJ. L'évaluation des médecins était recueillie uniquement par questionnaire.

2.1. Critères d'inclusion

Pour évaluer l'intérêt de l'HDJ Ville-Hôpital pour les médecins généralistes y adressant des patients, tous les médecins généralistes dont au moins un patient faisait l'objet d'un séjour en HDJ Ville-Hôpital ont été inclus. Les médecins concernés devaient être des généralistes exerçant, au moins partiellement, une activité ambulatoire : seul en cabinet, en centre de santé ou sous toute autre forme d'exercice libéral ou salarié si et seulement si la prise en charge assurée par ce praticien, pour le patient concerné par ce séjour en HDJ, était réalisée

en ville. Seuls étaient étudiés les séjours d'HDJ compris entre le 14/06/2014 et le 26/02/2015.

Aucun critère d'exclusion n'était retenu. Les médecins du secteur avaient été informés soit au cours de réunions d'information, soit par mail, soit par courrier de l'existence de la structure d'HDJ. Au cours de la période d'étude, dès qu'un patient était admis en HDJ, un questionnaire était envoyé au médecin ayant adressé le malade. Si le médecin généraliste était à l'initiative de plusieurs séjours d'HDJ pour un même patient ou des patients différents, alors chaque séjour faisait l'objet d'un questionnaire.

2.2. Relance

Si aucune réponse de la part du médecin interrogé ne nous parvenait dans un délai de 30 jours, le médecin était contacté soit par téléphone, soit par mail par le personnel médical d'HDJ et un questionnaire lui était de nouveau envoyé dans l'hypothèse de l'égarement du premier. Une seule relance a été faite par médecin. Si ce dernier ne répondait pas au terme de la deuxième relance, il était considéré comme non-répondeur.

2.3. Le questionnaire

Le questionnaire envoyé visait à évaluer la satisfaction des omnipraticiens sur différents critères. Il était constitué d'un feuillet de trois pages imprimées sur trois feuilles recto agrafées (Annexe 2). Au questionnaire, était jointe une lettre d'information sur la thèse et les modalités de retour du questionnaire (Annexe 3). L'ensemble de ces documents était

envoyé aux médecins dans la même enveloppe que le compte rendu de l'hospitalisation. Une enveloppe préaffranchie pour le retour du questionnaire était également jointe. Ainsi, chaque médecin interrogé recevait dans une même enveloppe :

- le Compte Rendu d'Hospitalisation de son patient en HDJ
- une note d'information sur la thèse et les modalités de retour du questionnaire
- le questionnaire de thèse
- une enveloppe pré affranchie pour le retour du questionnaire

Le questionnaire reçu par les médecins généralistes était anonyme, le séjour du patient concerné étant codé par un numéro. Ce numéro concernait un séjour unique et était attribué de manière prospective et consécutive, dans l'ordre des séjours depuis le 14/06/2014. Ce numéro d'anonymat était reporté par le médecin de l'HDJ envoyant le courrier au généraliste, et il figurait en haut à droite du questionnaire. Il permettait de rattacher un questionnaire à un séjour donné, ceux-ci étant répertoriés sur un tableur Excel. A aucun moment, dans l'interprétation des résultats des questionnaires, cette confidentialité n'a été levée.

Les questions étaient principalement à choix multiples excepté celles qui étaient en rapport avec le motif de réalisation de l'HDJ et les principaux antécédents du patient.

Les différents critères évalués étaient :

1- Prise de contact avec l'HDJ :

Ce critère est un élément important dans l'aide apportée aux médecins généralistes. En effet, si le but de l'HDJ Ville-Hôpital est de fournir une solution aux omnipraticiens prenant en charge des patients poly-pathologiques ou complexes refusant l'hospitalisation, le bénéfice est perdu si les modalités de prise de contact sont, elles aussi, complexes.

Ainsi, le moyen de prise de contact avec l'HDJ (mail, courrier ou téléphonique), le délai entre la demande de prise en charge et la proposition d'un rendez-vous ou encore le délai écoulé entre la demande d'HDJ et la date effective de celui-ci ont été appréciés.

2- Bénéfice en termes d'aide médicale apportée :

Élément majeur dans l'étude de la satisfaction des médecins généralistes adressant des patients en HDJ, l'analyse du bénéfice apporté sur le plan médical pour le médecin et le patient reposait sur plusieurs aspects.

Le premier évaluait la pertinence de la réponse apportée à la question posée par le médecin généraliste. Ensuite, les éventuelles propositions de modifications thérapeutiques, d'un suivi médical ou paramédical ont été relevées. Enfin, le délai entre la date effective de l'HDJ et la réception du compte rendu d'hospitalisation a été demandé.

3- Perspectives : le médecin généraliste serait-il prêt à ré-adresser un patient en HDJ ?

Ce critère semble important pour estimer le niveau de satisfaction et le service rendu au médecin généraliste dans la prise en charge des patients complexes. En effet, l'objectif de l'HDJ est d'apporter une aide ponctuelle mais durable à long terme aux généralistes dans la prise en charge de ces patients pour lesquels les explorations diagnostiques ou la prise en charge est difficile à réaliser uniquement en ville. Il est donc important d'estimer la probabilité pour les praticiens d'adresser d'autres patients après évaluation de la prise en charge de leur patient au sein de la structure.

4- Connaissance de l'existence d'une telle structure :

Le médecin généraliste a pu obtenir cette information via différents média comme un mail, une lettre d'information, internet ou encore un via un confrère. La connaissance des moyens d'information ayant le plus d'impact est intéressante pour toute nouvelle campagne

d'information à l'intention des médecins généralistes. Ce d'autant que leurs modes d'exercices sont variés : libéral strict, salarié, centre de santé ou encore activité mixte ambulatoire et hospitalière.

5- Raisons du choix d'une telle prise en charge :

Cet item explore les arguments étayant le choix d'une prise en charge en HDJ versus un suivi classique en ville ou une hospitalisation conventionnelle. Cela permet d'apprécier les catégories de patients pour lesquels la prise en charge sans HDJ était mise en défaut et en déduire les apports d'une telle structure dans les soins de ces derniers.

6- Les relations du médecin généraliste avec les autres spécialistes :

Cette partie permet d'approcher les habitudes du médecin généraliste dans la prise en charge de pathologies issues de 4 spécialités : la cardiologie, la diabétologie, la chirurgie viscérale ou encore la chirurgie orthopédique. Les préférences du médecin interrogé dans l'orientation des patients vers la prise en charge en ville ou à l'hôpital, privée ou publique sont reportées.

Les résultats issus des questionnaires reçus étaient colligés sur Excel pour analyse statistique dès leur réception.

Pour les questionnaires manquants, les médecins ont été relancés une seule fois par téléphone, par mail ou par courrier. Au terme de cette relance, les questionnaires non parvenus dans 1 délai d'un mois après la relance n'ont pas été pris en compte.

2.4. Statistiques

La réalisation des mesures statistiques de base nécessaires à cette étude observationnelle a fait appel au logiciel Excel (Microsoft).

3. Résultats

3.1. Population médicale

Sur la période 14/06/2014 au 26/02/2015, 34 séjours d'hospitalisation de jour « Ville-Hôpital » ont eu lieu. Certains médecins étaient à l'initiative de plusieurs demandes de séjours. Dans ce cas, ils étaient sollicités par un questionnaire pour chacun des séjours réalisés.

Sur les 34 séjours, nous avons reçu 19 questionnaires complétés par les médecins ayant adressé les patients. Douze médecins qui n'avaient pas répondu à la première sollicitation ont été relancés une fois. Pour les autres questionnaires, la relance aurait dépassé le délai de réception des résultats.

Les motifs de recours à l'HDJ sont répertoriés dans le tableau suivant : ils sont reportés tels qu'énoncés par les généralistes sur le questionnaire.

Numéro d'anonymat du séjour du patient	Motif de recours à l'HDJ
2	Bilan étiologique de granulomes giganto-cellulaire digestif
3	Non mentionné
4	Suspicion d'ascite
5	Exploration d'une dysphagie dans un contexte d'AEG
6	Exploration d'un trouble du comportement
7	AEG et perturbation des tests hépatiques
8	AEG
9	Non mentionné
11	Non mentionné
12	Rupture de suivi médical depuis plusieurs années : bilan somatique et gériatrique
14	AEG et confusion
17	Hyperferritinémie de découverte fortuite
21	Non mentionné
22	Exploration d'œdèmes des membres inférieurs
25	AEG, exploration d'un amaigrissement avec apparition d'adénopathie et nodules hépatiques suspects
26	Douleurs cervico-brachiales, aggravation d'un syndrome de Raynaud
27	Bilan d'une pancytopénie
28	Dorsalgie et anémie
34	Anémie

3.1.1. Caractérisation de la population médicale

Les 19 séjours concernaient les patients de 14 médecins différents. Certains médecins sont donc à l'origine de plusieurs séjours. En rapportant le nombre de séjours par rapport au nombre de médecins ayant adressé des patients, on retient une moyenne de 1.36 séjours par médecin ayant répondu au questionnaire.

Les questionnaires permettaient l'analyse des préférences en termes de stratégies de prise en charge de 4 grandes orientations spécialisées auxquelles ont recours les médecins généralistes : La cardiologie, la diabétologie, la chirurgie viscérale et l'orthopédie. L'analyse des questionnaires a donc permis de caractériser les médecins adressant des patients à la structure d'HDJ en approchant leurs habitudes de travail avec les spécialistes.

Pour la prise en charge cardiologique, la quasi-totalité des médecins privilégient une prise en charge par un cardiologue libéral installé en ville (78.9%). Les motifs de ce choix sont principalement guidés uniquement par le délai de consultation pour 42.1% des médecins. Le délai de consultation associé à la qualité de prise en charge a motivé 31.6% des généralistes.

En ce qui concerne la prise en charge diabétologique, les habitudes sont plus nuancées et la prise en charge des patients est souvent confiée à des diabétologues hospitaliers uniquement (42.1%), les diabétologues libéraux étant deux fois moins sollicités (21.1%). Les raisons de ce choix sont difficiles à identifier, mais semblent plutôt guidées par la qualité de la prise en charge (21.1%). Les arguments du délai de consultation et du niveau socio-économique du patient motivent également 15.8% des médecins (Figure 3.).

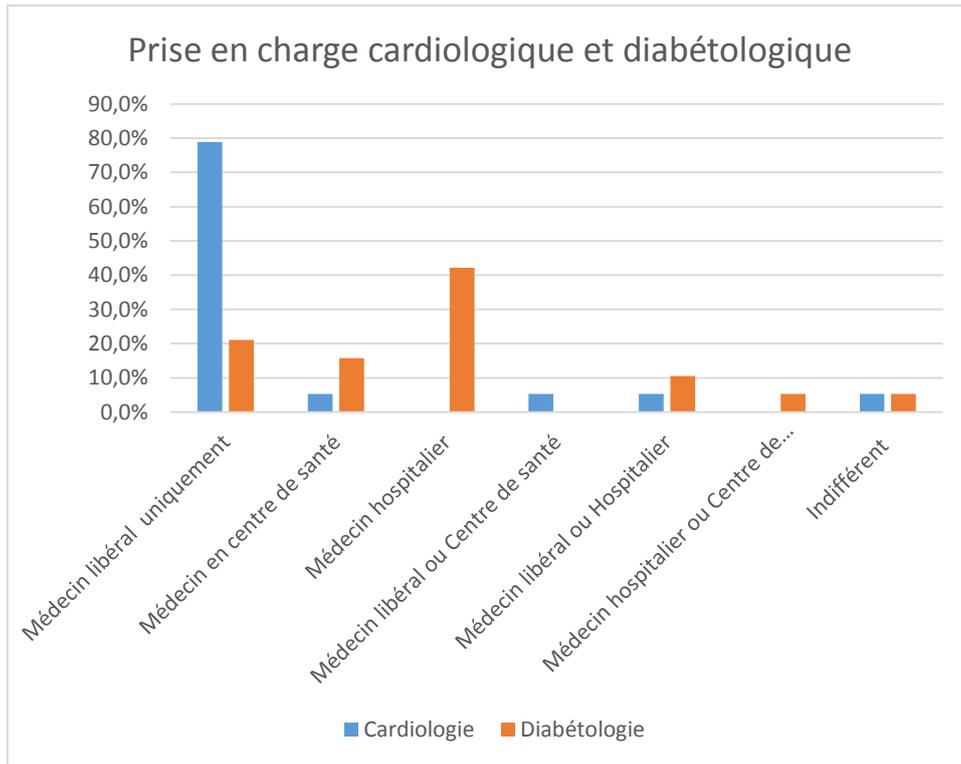


Figure 3. Prise en charge cardiologique et diabétologique

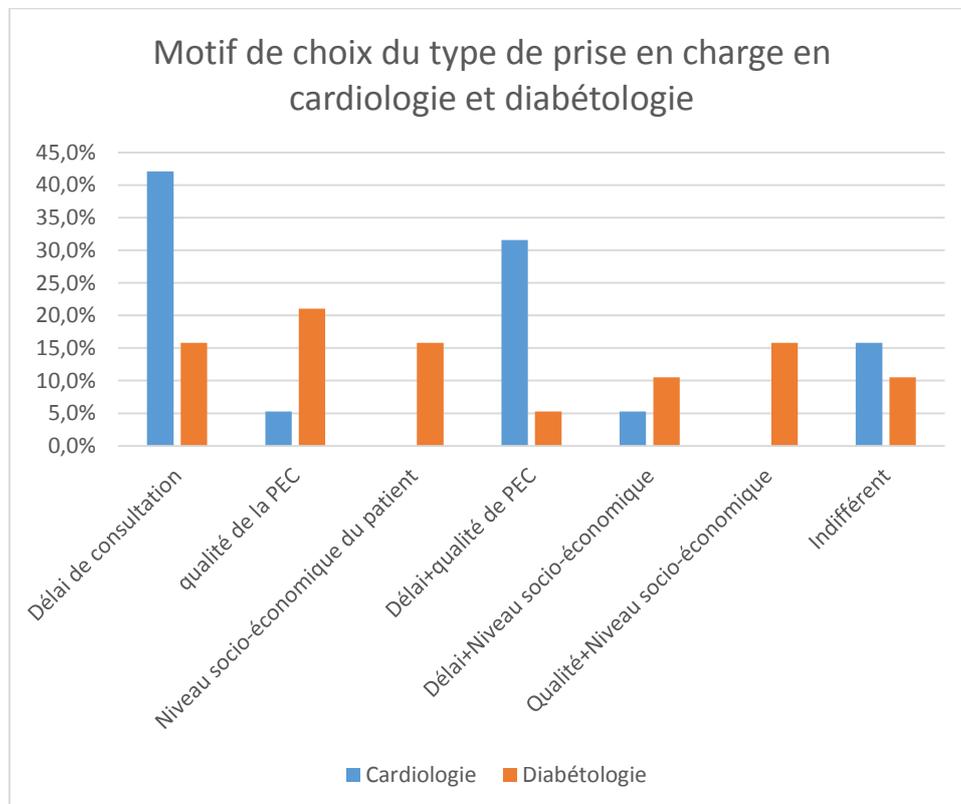


Figure 4. Motif du choix de prise en charge cardiologique et diabétologique

Pour les patients relevant de la chirurgie viscérale, les médecins ayant répondu semblent discrètement plus en faveur d'une prise en charge hospitalière dans un établissement public (42.1%) plutôt qu'en privé (26.3%), 15.8% adressent indifféremment leurs patients dans le privé ou le public. Un tiers des médecins (36.8%) juge que l'association du délai de consultation et la qualité de prise en charge influencent l'orientation de leurs patients. (Figure 5).

Enfin, pour la chirurgie orthopédique, les médecins adressent, dans des proportions comparables, soit à un chirurgien libéral (36.8%) soit un chirurgien hospitalier (31.6%) soit indifféremment à l'un ou à l'autre (26.3%). Les raisons de ces choix semblent en faveur du délai de prise en charge associé à la qualité des soins (36.8%) puis de la qualité des soins uniquement (26.3%) (Figure 6).

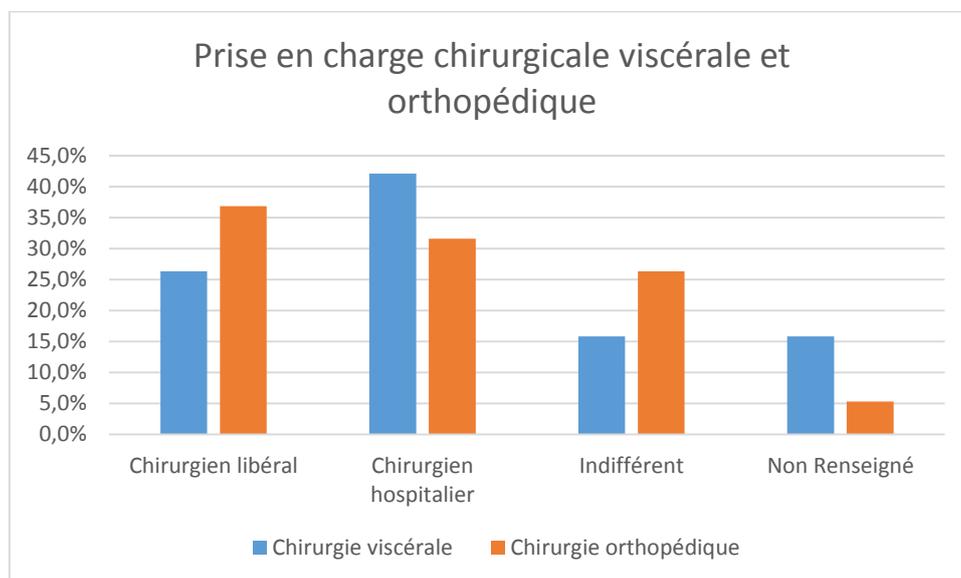


Figure 5. Prise en charge chirurgicale viscérale et orthopédique

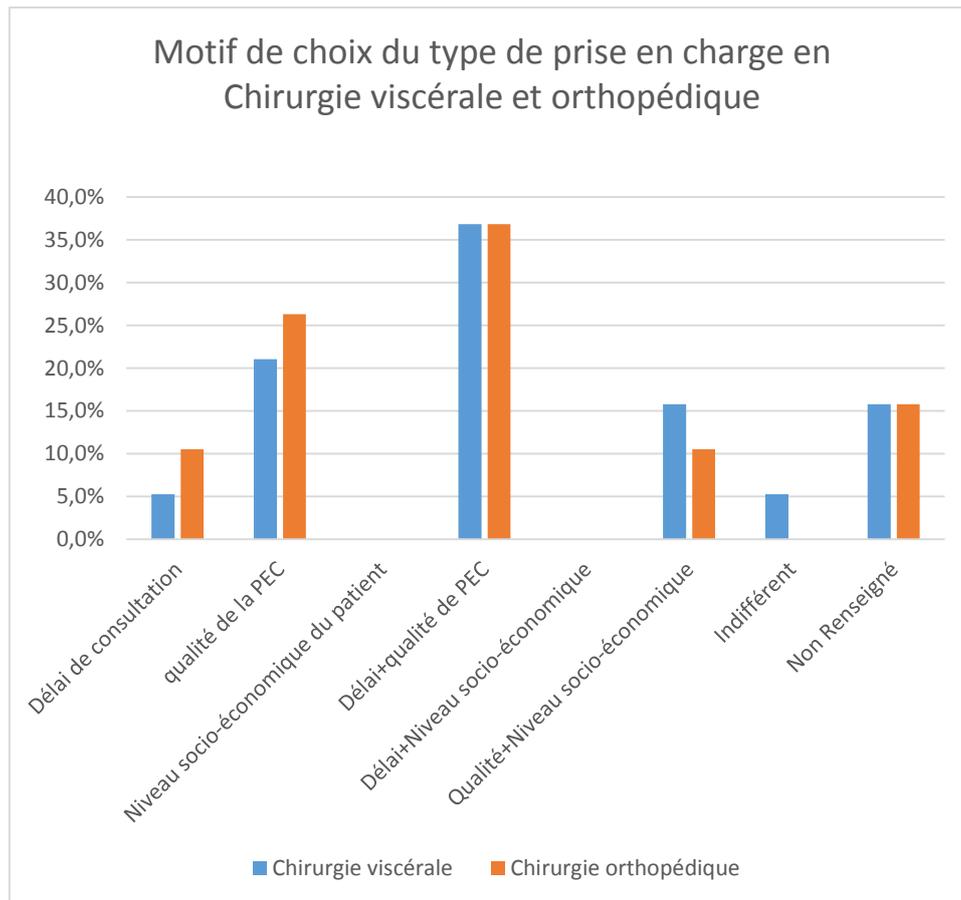


Figure 6. Motif du choix de prise en charge chirurgicale viscérale et orthopédique

3.1.2. Choix de l'HDJ

La quasi-totalité (94%) des médecins interrogés retenaient la complexité de la situation médicale de leur patient avec la nécessité de réaliser un bilan paraclinique lourd comme motif de demande d'HDJ. La perte d'autonomie ne vient qu'ensuite pour 15.4% des séjours. Les difficultés sociales n'ont motivé qu'un séjour en HDJ (Figure 7).

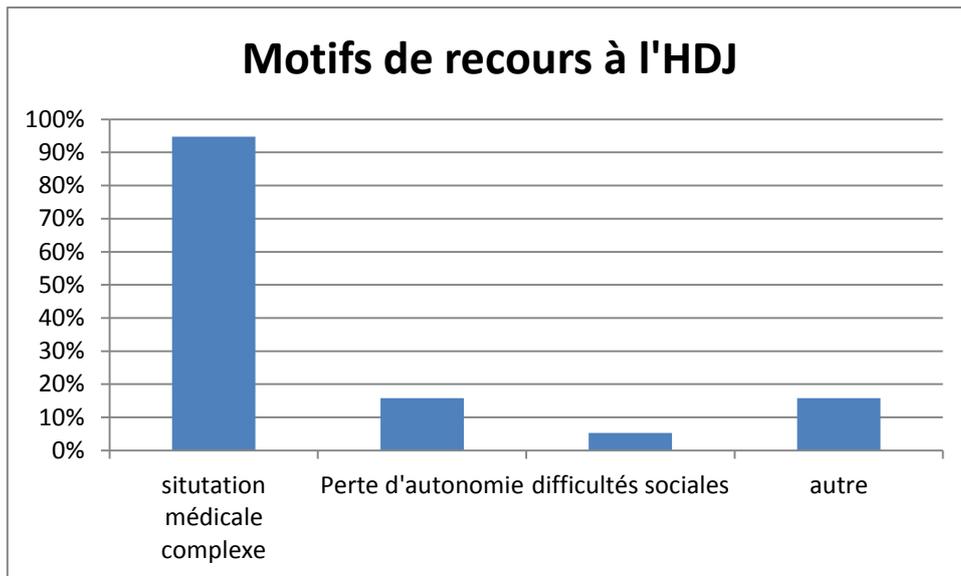


Figure 7. Motif de recours à l'HDJ

Pour 79% des médecins, l'expertise hospitalière était utile pour apporter une aide dans la prise en charge de leur patient. L'état de santé et d'autonomie de ce dernier étant compatible avec une prise en charge ambulatoire, l'HDJ constituait une solution acceptable préférée à l'hospitalisation complète. Pour 21% des médecins, la prise en charge du patient nécessitait la réalisation de gestes hospitaliers sans nécessiter d'hospitalisation complète. Enfin, seuls 2 médecins pensent qu'ils auraient aussi pu faire hospitaliser leur patient sur plusieurs jours.

3.1.3. Programmation de l'HDJ

Découverte de la structure d'HDJ « comment avez-vous eu connaissance de l'HDJ? »

Le premier facteur d'information sur la mise en place de l'HDJ semble être l'interaction avec les autres praticiens. En effet, 42.1% des médecins indiquent qu'un confrère leur a permis de découvrir cette structure. Une lettre d'information a, elle, permis à 21.1% des médecins

d'avoir connaissance de cette structure. Deux médecins déclarent quant à eux avoir été informés de l'existence de cette structure par mail. Certains médecins ont répondu en cochant plusieurs items. Ceci démontre que l'instauration d'une telle structure comprend également l'information des médecins auxquels s'adresse cette dernière. Cette information des généralistes potentiellement intéressés passe pas plusieurs moyens (« bouche à oreille » avec des confrères, mail, lettre d'information) et que certains médecins ont même eu connaissance de cette structure par plusieurs moyens d'information.

Un certain nombre d'autres moyens d'information ont été énoncés par les médecins ayant répondu au questionnaire. Parmi ceux-ci on note deux médecins installés en ville mais ayant aussi une activité dans le service de médecine interne de l'hôpital (N°22, 9 et 21), la connaissance d'un médecin de l'HDJ, l'appartenance à un réseau de soins impliquant Louis Mourier et les généralistes (ARES 92, N°14), la présentation de l'HDJ au sein du centre de santé (N°17) et la connaissance de la structure lors d'un séjour en SASPAS (N°25), l'ancienne interne continuant d'adresser des patients une fois elle-même installée.

Ceci démontre la multitude de moyens d'information existants pour faire connaître une structure naissante à l'ensemble des usagers potentiels. Les différents modes d'exercice des généralistes en ville pourraient expliquer ces différentes voies d'information.

Moyen de prise de contact avec l'HDJ :

Dans l'organisation de l'HDJ, une étape importante reste celle de la prise de contact avec la structure afin d'adresser un patient pour sa prise en charge. Pour que le dialogue reste simple et accessible à tous, la transmission de la demande d'HDJ pouvait être réalisée sous

plusieurs formes. La diversité des moyens d'interaction garantit une simplicité des échanges et l'accessibilité de la structure au plus grand nombre.

Le mode de communication le plus employé est le mail, en effet 68.4% des généralistes ont utilisé le courrier électronique afin de programmer un séjour pour leur patient. L'appel téléphonique a constitué le deuxième moyen de correspondance avec l'HDJ, il était évoqué par 26.3% des médecins généralistes. Enfin, 5.3% des médecins ayant répondu au questionnaire ont envoyé une demande d'admission par courrier, le même pourcentage a envoyé une demande par fax (Figure 8).

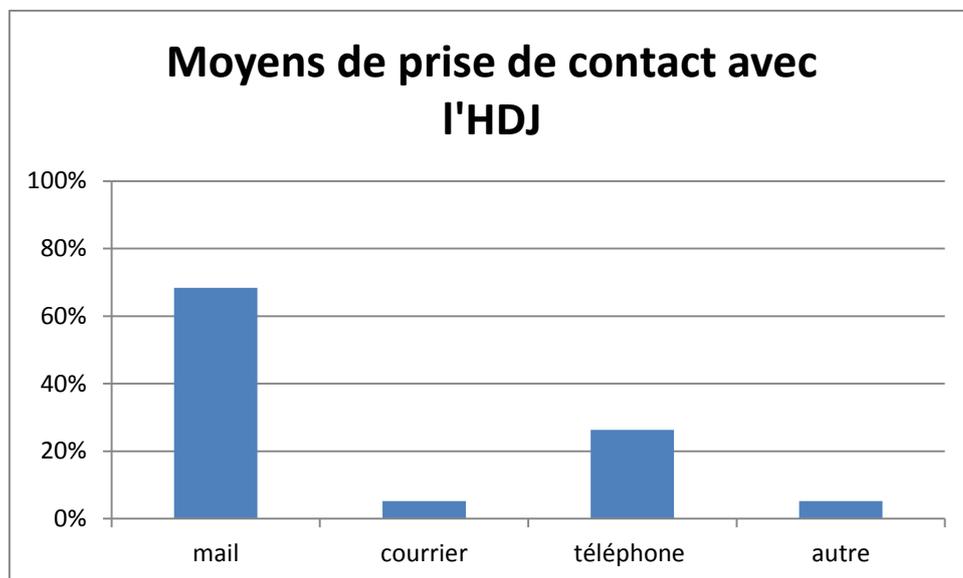


Figure 8. Moyens de prise de contact avec l'HDJ

Vitesse de réponse de l'HDJ depuis la demande :

Au-delà de la facilité de prise de contact avec la structure pour organiser un séjour d'HDJ, le délai de réponse de l'HDJ pour confirmer l'indication et planifier la prise en charge se doit

d'être le plus court possible. La réactivité de l'HDJ est un critère déterminant dans l'aide apportée aux médecins généralistes de ville susceptibles d'adresser des patients.

Pour 63.1% des médecins ayant répondu au questionnaire, la réponse est parvenue dans les 24h après l'envoi de la demande. Ce délai était de 24 à 72h pour 31.6% des demandes. Ainsi, 94.1% des réponses parvenaient au médecin généraliste dans les 72h, caractérisant le dynamisme et la réactivité de la structure. Seules 5.3% des demandes ont nécessité un délai compris entre 3 et 7 jours avant d'apporter la réponse. Aucun généraliste ayant répondu au questionnaire n'a mentionné de délai supérieur à 7 jours pour l'obtention d'une réponse de la part de l'HDJ (Figure 9).

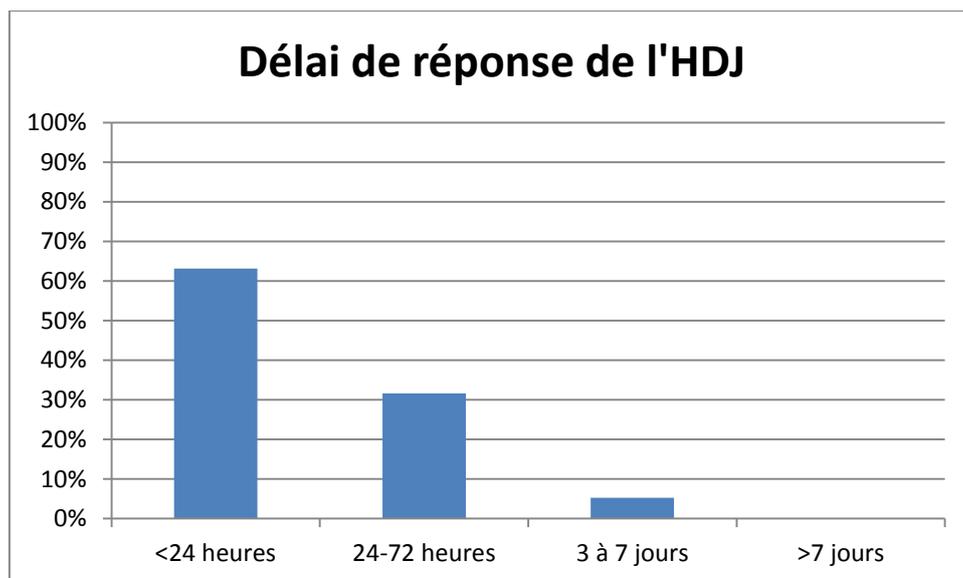


Figure 9. Délai de réponse de l'HDJ

Date de l'HDJ par rapport à la demande

Dans 1 cas (5.3%) l'HDJ a eu lieu le lendemain de la demande. La majorité des séjours (52.7%) ont eu lieu moins de 7 jours après la demande : 15.8% ont été effectués entre 24 et 72h et 31.6% entre 3 et 7 jours. A l'inverse, 42.1% des séjours ont eu lieu plus de 7 jours

après la demande. Pour 1 patient, le délai entre la demande d'HDJ et sa réalisation effective n'est pas connu (Figure 10).

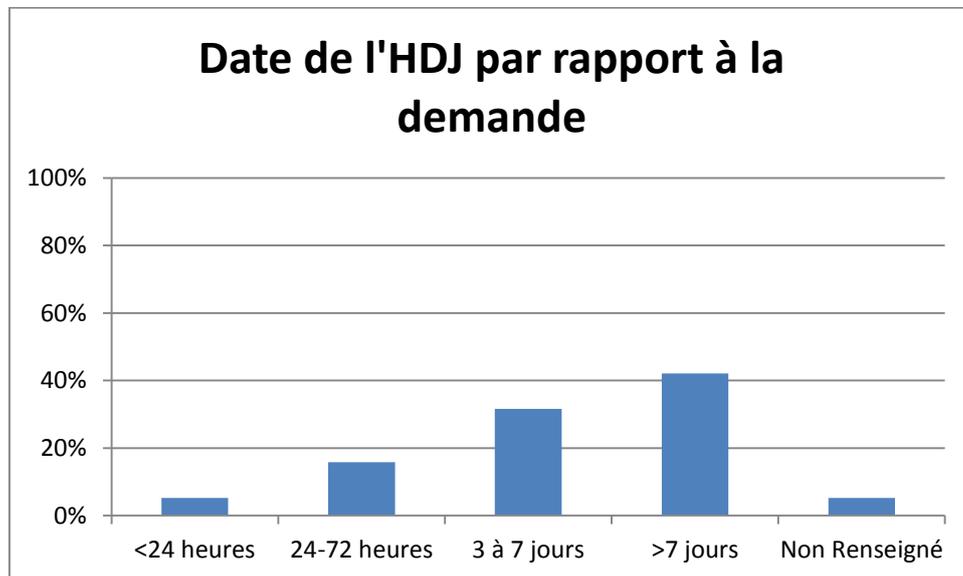


Figure 10. Date de l'HDJ par rapport à la demande

3.1.4. Satisfaction des médecins ayant adressé un patient

Bénéfice en termes d'aide médicale apportée :

- Réponse à la question posée :

L'objectif premier de l'HDJ étant d'apporter une aide aux médecins généralistes pour soigner au mieux leur patient, un des aspects centraux est de fournir des conclusions adaptées à l'attente du médecin généraliste en répondant tout d'abord à la question posée. Pour ce critère, 78.9% des médecins ont estimé que le séjour du patient avait « tout à fait » répondu au problème de santé en question. En revanche, les éléments de réponse apportés par le séjour du patient ne satisfaisaient que partiellement les attentes du généraliste pour 21.1%

d'entre eux. Aucun des médecins ayant répondu au questionnaire n'a sélectionné les items « peu » ou « pas du tout » (Figure 11).

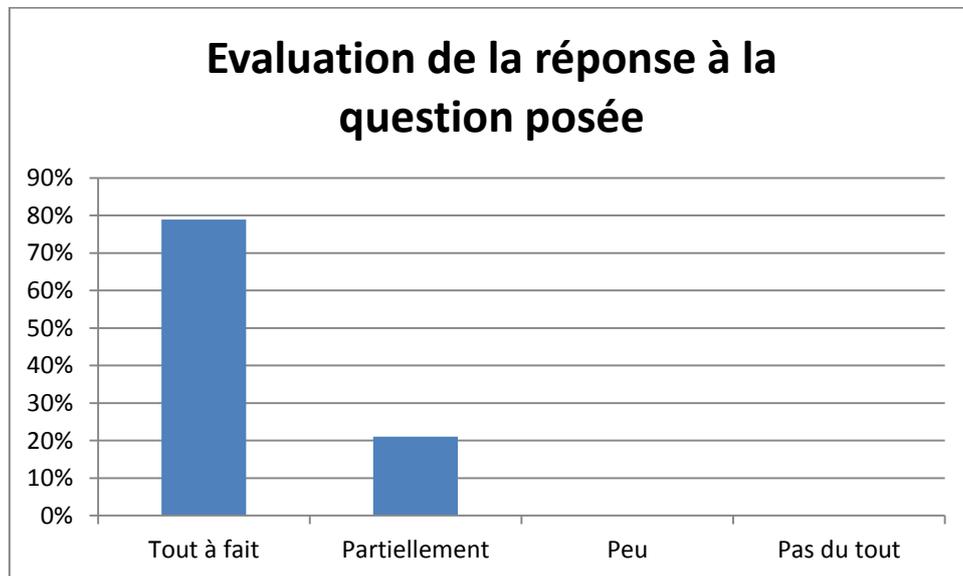


Figure 11. Evaluation de la réponse apportée par le séjour en HDJ à la question posée

- Adaptation thérapeutique :

Le séjour du patient, permettant de faire le diagnostic d'une affection complexe ou survenant sur un terrain fragilisé, pouvait éventuellement mener à une adaptation thérapeutique. C'est ainsi que dans 57.9% des cas, une proposition de modification thérapeutique a été mentionnée dans le compte rendu du séjour (Figure 12).

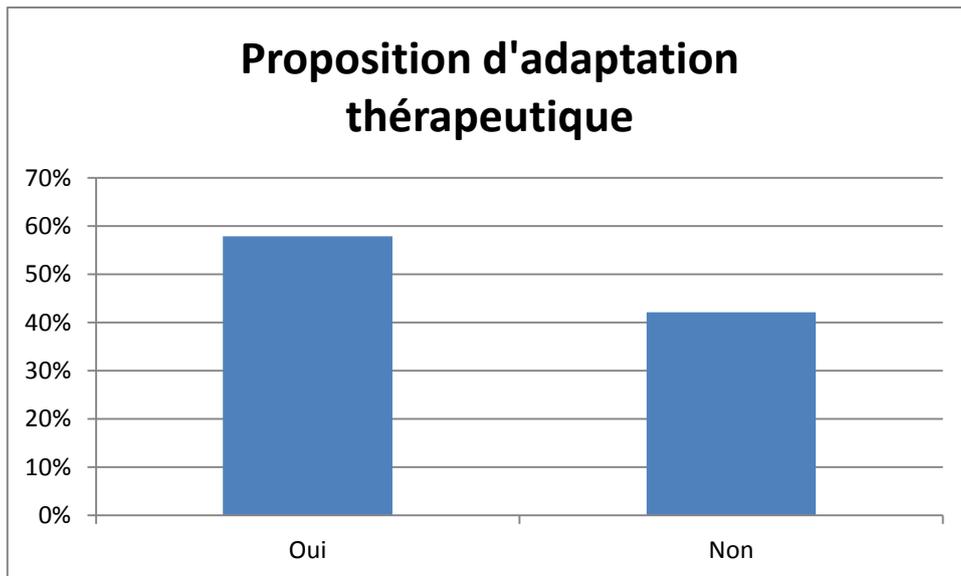


Figure 12. Evaluation de l'adaptation thérapeutique au terme du séjour

A un bilan diagnostic, l'HDJ a également proposé, à plus de la moitié des cas, une aide sur le plan thérapeutique.

- Suivi ultérieur médical : à Louis Mourier ou en ville

De même, 57.9% des patients se sont vu proposer un suivi médical au sein de l'hôpital Louis Mourier ou en ville au vue des conclusions de l'évaluation en HDJ (Figure 13).

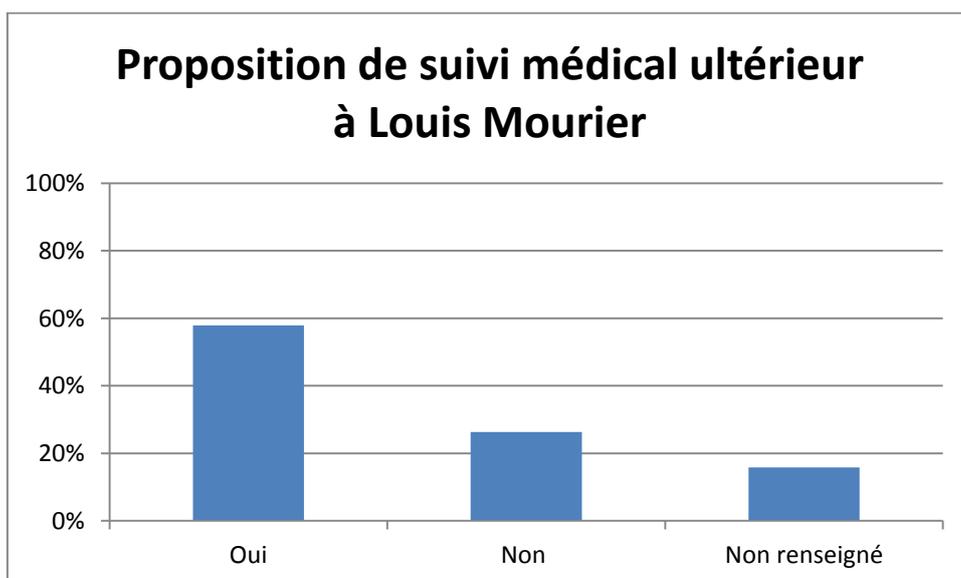


Figure 13. Proposition d'un suivi médical à l'hôpital Louis Mourier

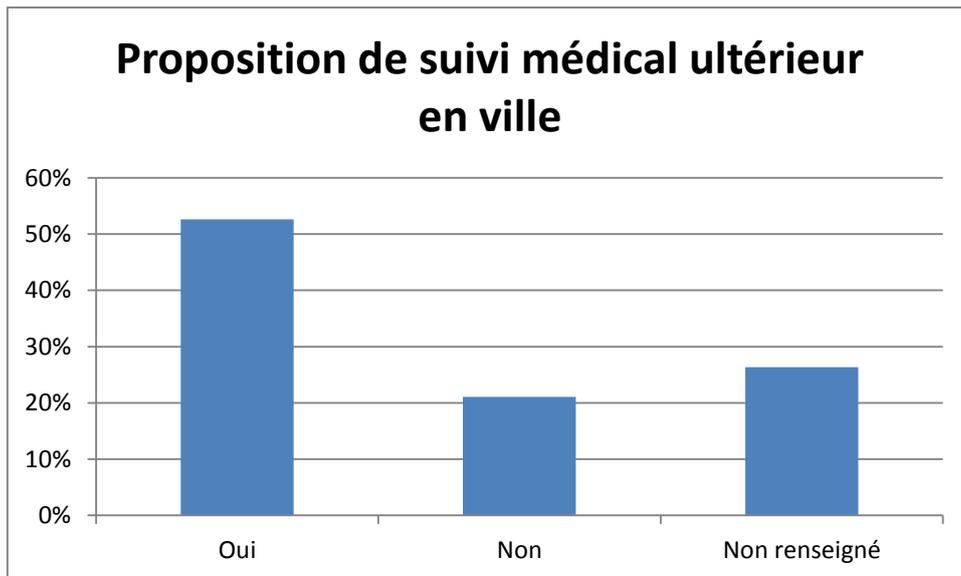


Figure 14. Proposition d'un suivi médical en ville

- Suivi paramédical :

Au terme de l'évaluation des patients en HDJ, seuls 10.5% des séjours se sont vu sanctionnés d'une proposition de suivi paramédical. Malheureusement, 21% des médecins ayant répondu au questionnaire n'ont pas renseigné cet item (Figure 15).

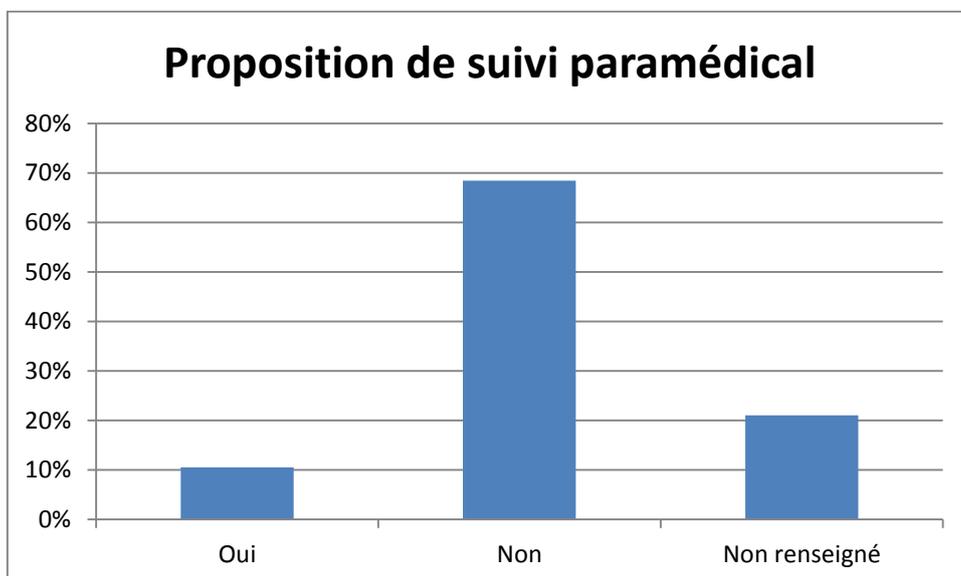


Figure 15. Proposition d'un suivi paramédical

Le Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH)

- Délai de réception :

Le CRH est un des éléments fondamentaux de liaison et de communication entre l'hôpital qui établit un bilan du passage du patient dans le service et le médecin traitant qui assurera le suivi du patient au décours de l'hospitalisation. Véritable outil de transmission, il est fondamental qu'il parvienne rapidement au médecin généraliste.

Il est parvenu au médecin ayant adressé le patient dans les 3 jours pour 31.6% des praticiens ayant répondu et entre 3 et 7 jours pour 21.1% portant à 52.7% les CRH reçus dans les 7 jours. Enfin 42.1% des CRH sont parvenus dans les 7 à 14 jours et 1 seul compte rendu a été reçu plus de 14 jours après le séjour du patient (Figure 16).

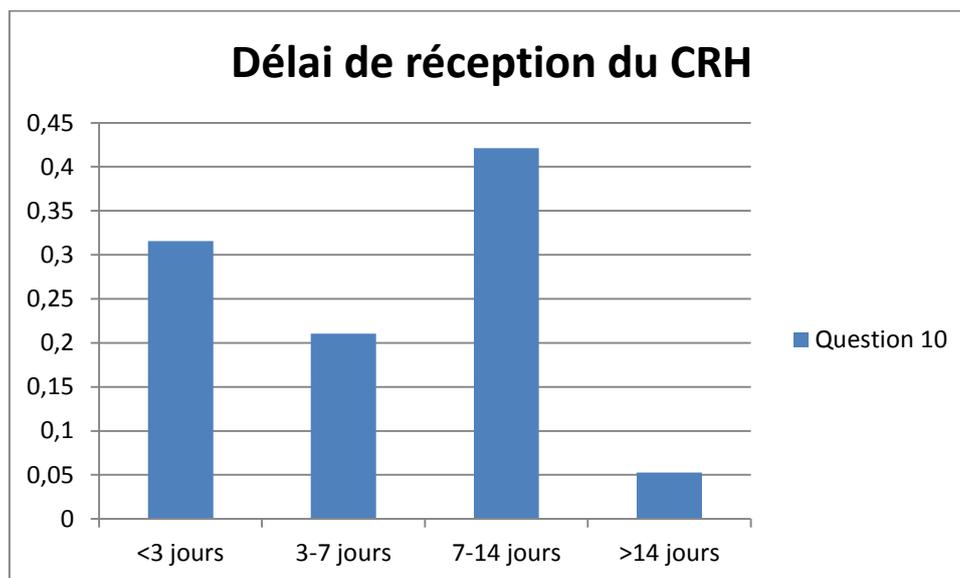


Figure 16. Délai de réception du CRH du séjour par le généraliste

- Contenu du CRH :

Au même titre que le délai de réception, il est évident que le contenu du CRH doit être satisfaisant et apporter au médecin ayant adressé le patient, les conclusions des investigations réalisées au cours du séjour.

Il est apparu comme « suffisamment complet » pour 89.5% des généralistes mais incomplet pour 1 seul d'entre eux (Figure 17).

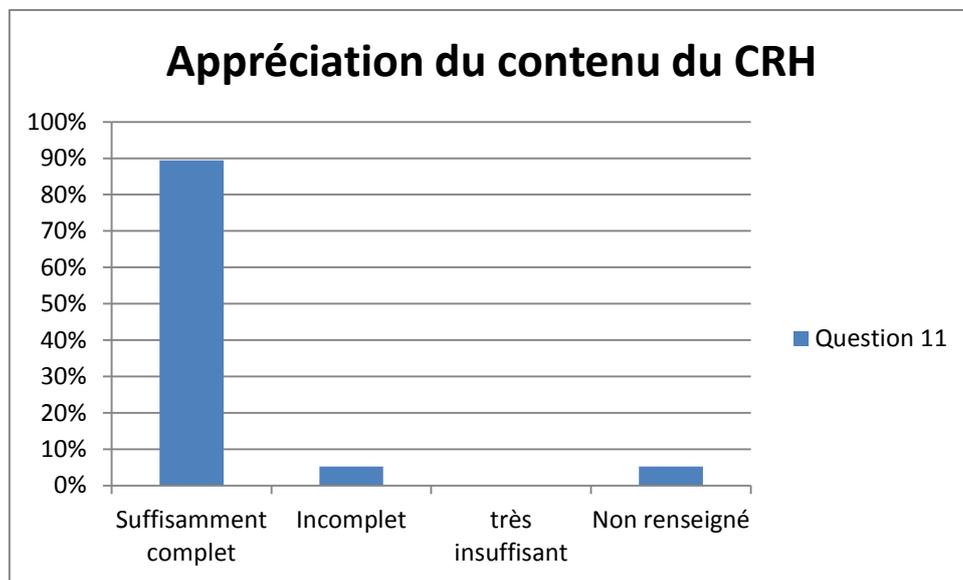


Figure 17. Appréciation du contenu du CRH

Satisfaction globale « Seriez-vous prêt à ré adresser un patient à l'HDJ ? » :

Une des façons d'estimer la satisfaction globale de la prise en charge d'un patient en HDJ consiste en l'évaluation du souhait des généralistes d'adresser d'autres patients dans la structure. Une grande majorité des médecins (94.7%) ayant répondu au questionnaire indique être « tout à fait » prêts à ré adresser un patient en HDJ (Figure 18).

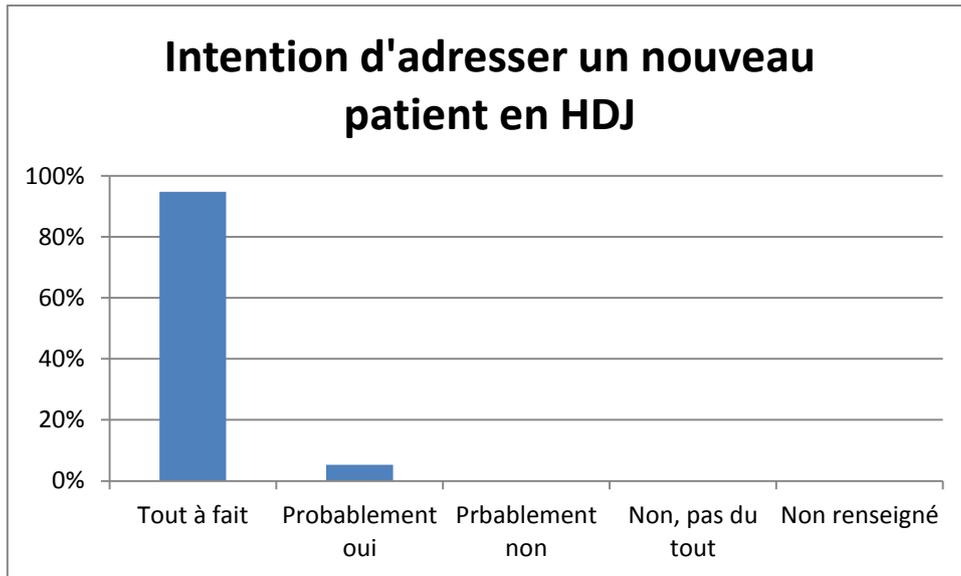


Figure 18. Intention d'adresser un nouveau patient en HDJ

3.2. Population patients

Les patients adressés en HDJ « Ville-Hôpital » par les médecins généralistes présentaient en moyenne 2.74 antécédents par patient. Huit patients (42.1%) présentaient au moins 4 antécédents. Ces données traduisent bien le caractère poly-pathologique de la population d'étude.

4. Discussion-Conclusion

4.1. Discussion des résultats

Cette étude tente d'évaluer la satisfaction des médecins traitants sur une nouvelle offre hospitalière de soins qui est un hôpital de jour « Ville-Hôpital » où l'admission dans cette structure est décidée conjointement par un médecin de ville et un médecin hospitalier. Les

résultats de ce travail montrent que l'HDJ « Ville-Hôpital » de l'Hôpital Louis Mourier apporte une aide appréciable aux médecins généralistes ayant répondu au questionnaire. Un indicateur intéressant de la satisfaction quant au service rendu est l'intention des médecins d'adresser d'autres patients à la structure. Ce taux est de 94.7% soulignant la grande adhésion des généralistes ayant eu recours à l'HDJ. Cette satisfaction peut s'expliquer par plusieurs aspects : la diversité des possibilités de prise de contact avec la structure (mail, téléphone, fax), la réactivité de réponse et l'effort de disponibilité d'une part, la ponctualité et le contenu des conclusions fournies dans le compte rendu d'autre part. En effet, pour ce premier aspect, une structure qui présenterait des délais de réponse longs, des formalités administratives complexes ou une disponibilité de places en hospitalisation restreinte, retardant la prise en charge des patients, serait probablement moins plébiscitée. La possibilité pour les médecins de contacter un médecin de l'hôpital par mail, fax ou téléphone facilite les démarches de recours aux soins. De même, un compte rendu tardif ou peu conclusif ferait perdre tout l'intérêt du séjour du patient pour le médecin généraliste. Aussi, une réponse plus ou moins formelle (téléphone, fax ou mail) est privilégiée dans le décours immédiat de l'HDJ pour informer son médecin traitant des premières conclusions.

On remarque le grand nombre de situations prises en charge par l'HDJ. La diversité des pathologies abordées, allant de la simple transfusion avec bilan d'anémie à l'exploration complexe de patients présentant une altération de l'état général ou une hémopathie, fait de cette structure une aide précieuse et adaptée à la médecine générale de ville. En effet, les médecins généralistes travaillant en ville sont confrontés à des situations diverses par l'étendu des domaines abordés mais aussi par la pluralité des individus, non seulement sur le plan médical mais également sur le plan social et psychologique (21). Cette diversité est à mettre en balance avec la paucité des moyens de prise en charge souvent résumés à un bilan

étiologique en hospitalisation versus la réalisation des examens complémentaires et consultations médicales en ville. L'HDJ « Ville Hôpital », dont l'étude fait l'objet de ce travail, permet de proposer une solution alternative à certains patients refusant l'hospitalisation complète mais dont l'état de santé nécessite une prise en charge hospitalière (transfusion par exemple). Le suivi médical d'un patient est un long parcours pour le malade et le médecin, il est fondamental de disposer de stratégies adaptées à chaque patient pour favoriser l'observance et des soins de qualité adaptés aux individus (14).

Les patients ont, chacun, leur quotidien, leur vécu et leur histoire qui sont, si ce n'est supprimé, au moins mis entre parenthèse dans un contexte hospitalier, le temps de leur hospitalisation. L'univers de l'hôpital est en soi un facteur de fragilité pour le patient (22) (23). En favorisant la désorientation temporo-spatiale, il peut, en quelques jours d'hospitalisation désadapter les plus fragiles et compromettre le retour à domicile. En ville, les impératifs et obligations, les fragilités et handicaps, font que soigner un malade en ambulatoire reste délicat. Pourtant, certaines pathologies nécessitent la réalisation d'explorations multiples, d'évaluations spécialisées médicales, paramédicales ou encore sociales. Une hospitalisation complète est souvent proposée, dans ce contexte, afin de réaliser les investigations nécessaires. Néanmoins, un certain nombre de patients refusent cette hospitalisation. Les solutions alternatives de prise en charge de ces patients sont alors réduites et le médecin généraliste est mis en difficulté. Dans ces situations, il n'est pas rare qu'une partie voire la totalité des examens prescrits ne soient pas réalisés. Le retard diagnostique en résultant est potentiellement source de conséquences et parfois même à l'origine d'une aggravation de la pathologie initiale. Ainsi, pour les patients chez lesquels la réalisation de ces examens est mal aisée en ville du fait de l'intrication de plusieurs

pathologies ou d'une fragilité personnelle, la structure d'HDJ peut constituer un recours pour le médecin traitant.

En termes de fluidité de la prise de contact des généralistes avec l'HDJ, la réactivité est une grande qualité de la structure et nécessite du personnel motivé et disponible. Ainsi, 94.7% des demandes sont accordées dans les 72h. A défaut les patients peuvent être orientés vers des offres de soins différents en relation avec leur médecin traitant : urgences, hospitalisation complète ou consultation. La réactivité est un gage d'efficience pour les médecins généralistes et les patients. En effet, un refus de prise en charge en HDJ annoncé deux semaines après la demande risque de contribuer au retard diagnostic et être préjudiciable au patient. A l'inverse, un accord de prise en charge débouchant sur une mise en contact rapide du patient avec la structure permet l'organisation rapide du séjour en accord avec les disponibilités du patient. On retient également que la réactivité dans la prise en charge en HDJ peut constituer une solution intéressante plutôt que d'adresser le patient aux urgences, les admissions directes dans les services de spécialités restant difficiles dans de tels délais.

Aussi, un des objectifs était de proposer une date d'hospitalisation dans les 7 jours. Ce dernier a été atteint pour 52.7% des demandes. Ce délai doit être interprété avec prudence. En effet, il peut aussi dépendre des disponibilités du patient. Ce d'autant que la population d'étude comprend aussi des patients jeunes ayant des impératifs -professionnels ou familiaux- et préférant différer la date de l'HDJ. Ce mode de prise en charge constitue tout de même pour ces patients jeunes et actifs, refusant de réaliser un bilan en restant plusieurs jours en hospitalisation, une option intéressante puisque tous les examens sont effectués au cours d'une même journée évitant ainsi plusieurs jours d'hospitalisation complète. L'HDJ, au-

delà, du séjour du patient en question, peut constituer un véritable mode de recrutement pour l'hôpital qui en a eu l'initiative. En effet, 57.9% des patients se sont vus proposer un suivi médical spécialisé en ville ou à l'hôpital.

Quinze médecins sur les 34 séjours n'ont pas souhaité répondre au questionnaire soient 44.1% des séjours. Ainsi, il est légitime de s'interroger sur le motif de non réponse. Le questionnaire était composé de 3 pages recto. La majorité des questions proposées étaient à choix unique ou multiple. Seules deux questions étaient rédactionnelles. La première portait sur le motif de demande d'HDJ et la seconde proposait d'indiquer sommairement les principaux antécédents du patient qui était pris en charge par l'HDJ. Le questionnaire était envoyé aux médecins traitants sous le même pli que le CRH du patient. De cette façon il semblait aisé pour le médecin généraliste, à la lecture du CRH, de remplir le questionnaire. Seuls les avis des médecins ayant répondu au questionnaire ont alimenté les résultats de ce travail, constituant bien-sûr, un biais évident en termes de satisfaction.

En supposant que seuls les médecins satisfaits aient répondu au questionnaire, l'avis global sur la prise en charge des patients pourrait par conséquent apparaître surévalué.

4.2. L'essor de l'hospitalisation partielle

Les premières hospitalisations de jour ont été réalisées dans les années 60, principalement dans le domaine de la psychiatrie.

« Les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, permettent la mise en œuvre d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, d'investigations à visée

diagnostique, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale ».

Ce transfert d'une hospitalisation à temps complet vers l'hôpital de jour ne cesse d'augmenter depuis une vingtaine d'année.

Pour les hôpitaux de jour centrés sur un acte thérapeutique, ce sont surtout les services de chirurgie qui ont amorcé cette évolution grâce à l'amélioration des techniques opératoires et d'anesthésie. Ainsi certaines chirurgies sont devenues presque toujours ambulatoires comme l'intervention pour la cataracte, les extractions dentaires au bloc, la petite orthopédie, etc. De même toute exploration qui nécessite une anesthésie générale et qui n'a pas besoin d'une hospitalisation complète relèvent des hôpitaux de jours : tel est le cas des explorations endoscopiques digestives par exemple.

Pour les hôpitaux de jour visant à assurer un traitement médical séquentiel, la cancérologie a vu son activité d'hospitalisation complète évoluer vers l'hospitalisation ambulatoire grâce aux managements mieux contrôlés de chimiothérapies pouvant être administrées en une journée (appelées dans ce cas séances). D'autres spécialités non liées à l'oncologie ont aussi développé les traitements médicaux séquentiels comme par exemple la rhumatologie et la gastro-entérologie avec l'emploi des biothérapies.

Pour les hôpitaux de jours centrés sur des investigations à visée diagnostique (appelées communément « des bilans »), chaque spécialité avait défini un panel d'exams et codait « hôpital de jour » des patients qui auraient pu réaliser leur examens en ambulatoire. Il a fallu attendre la circulaire dite « frontière » du 31 août 2006 pour rappeler la philosophie de l'hôpital de jour qui est avant tout une alternative à l'hospitalisation complète et définir, en terme de facturation, la séparation entre ce qui était du domaine de l'hospitalisation (ici de

jour) ou du domaine de l'ambulatoire (facturation à l'acte selon les règles de la CCAM). Cette circulaire a été modifiée par l'Instruction N°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010, précisant les critères de facturation d'un GHS pour la prise en charge d'un patient de moins d'une journée ou dans une unité d'Hospitalisation de Courte Durée, pour intégrer notamment les conséquences de certaines nouveautés de la classification de prestation en Médecine Chirurgie et Obstétrique.

Dans la spécialité de la médecine interne, les hôpitaux de jour sont habituellement orientés vers les spécialités préférentielles du service comme l'infectiologie, l'hématologie ou encore la rhumatologie. Le recrutement de ces hôpitaux de jour est le plus souvent intra hospitalier et la médecine de ville a peu accès à ces structures.

La spécialisation médicale croissante conduit de plus en plus les médecins à limiter leurs connaissances à un secteur de plus en plus étroit (24). La médecine interne, comme la médecine générale, reste une des rares spécialités qui soigne les patients dans un souci d'équilibre entre les pathologies, d'élaborer une synthèse et en ce sens, elle est le prolongement hospitalier de la médecine générale de ville. D'ailleurs, l'activité dans les services de médecine interne reflète le plus souvent la situation sanitaire des communes environnantes, hormis quelques services très spécialisés, pour la grande raison que les services de médecine interne accueillent l'aval des urgences.

Quand l'état de santé du patient justifie une hospitalisation complète, cette situation est nécessaire même si elle gagnerait à être améliorée. En revanche, lorsqu'une hospitalisation complète n'est pas nécessaire, elle pénalise le suivi par le médecin traitant, rompt l'accompagnement en ville des patients parfois nécessaire à leur équilibre et peut constituer une rupture pénalisant la santé du patient, définie comme un état de bien-être physique,

psychique et sociale (25). Ceci renforce la pertinence de la structure à l'étude dont un des objectifs est d'apporter l'expertise hospitalière sans rompre la continuité des soins et de l'accompagnement par les acteurs de santé de ville. La médecine interne, de par la pluridisciplinarité des soignants qui y travaillent, devait être pionnière dans cette stratégie d'ouverture vers la ville.

4.3. Intérêt et limites

4.3.1. Pour le patient

Un séjour d'hospitalisation partielle, programmée, permet de proposer au patient le bénéfice d'une expertise multi disciplinaire, la réalisation de multiples examens complémentaires et d'une durée d'hospitalisation réduite devant une situation dont la gestion semble difficile en ville. Ces situations ne sont pas rares et le médecin généraliste, régulièrement confronté au refus d'hospitalisation, reste dès lors le seul recours médical pour le patient.

Véritable alternative à l'hospitalisation complète, l'HDJ permet la réalisation de l'ensemble des examens et avis médicaux nécessaires à l'évaluation, au diagnostic, au traitement et à la prise en charge paramédicale (soins infirmiers, psychologue, assistante sociale) d'une situation médicale. Le patient n'est alors immobilisé qu'une journée et cet aspect peut vaincre un refus initial d'hospitalisation en permettant d'assurer tout de même une prise en charge de qualité. Les patients concernés par ces situations sont souvent atteints de

pathologies chroniques intriquées et malgré son rôle fondamental de coordinateur, le médecin généraliste peut avoir besoin d'aide dans la prise en charge de ces malades (26).

Les pathologies chroniques sont définies par la présence d'un état pathologique, depuis au moins trois mois avec un retentissement sur la vie quotidienne (27). Elles touchent 14% de la population française (28) et les capacités en hospitalisation complètes en diminution (-1.4% entre 2007 et 2008 (29), sont dépassées.

Par ailleurs, l'ARS Ile de France fait également le constat que le contact avec la ville est souvent perdu une fois que le patient présentant une pathologie chronique est hospitalisé en hospitalisation complète. L'HDJ « Ville-Hôpital », organisé à l'initiative des médecins généralistes permet de garantir la coordination des soins avec la ville (30). L'ARS, par son travail préliminaire de réflexion sur le schéma d'organisation des soins, valorise les initiatives dont le but est d'améliorer le parcours de santé des patients atteints de maladies chroniques. L'objectif est celui d'une « dynamique croisée entre l'hôpital et la ville, le sanitaire et le social, sur le principe d'une animation territoriale qui sera conduite selon les besoins du patient et la complexité de la prise en charge ». L'HDJ « Ville-Hôpital » ici présenté s'inscrit dans cet esprit, en proposant aux médecins généralistes une option supplémentaire dans la prise en charge de leurs patients.

4.3.2. Pour l'équipe et l'établissement

Cette nouvelle activité est une reconnaissance de l'implication de l'hôpital dans l'optimisation des soins de proximité qui sont une des priorités de l'Hôpital Louis Mourier. Cette structure est en accord avec les exigences de l'ARS en plaçant l'hôpital dans un circuit

de prise en charge à moindre coût qu'une hospitalisation complète. De même, il va de soi que la prise en charge précoce des pathologies, surtout si elles sont chroniques ou intriquées, contribue à limiter la survenue de complications, source de coûts supplémentaires. En proposant un type de prise en charge supplémentaire au patient, l'HDJ contribue à diminuer les retards de prise en charge et évite les coûts supplémentaires d'éventuelles complications survenant, parfois, dans les situations d'errance diagnostique.

4.3.3. Pour le système de soin

Les résultats de ce travail montrent que deux médecins pensent qu'ils auraient aussi pu faire hospitaliser leur patient sur plusieurs jours. Ceci fait apparaître qu'au sentiment des généralistes interrogés, l'HDJ a permis d'éviter au moins deux hospitalisations complètes sur la période d'étude. En effet, si cette structure n'existait pas, ils auraient demandé une hospitalisation sur plusieurs jours. Ce chiffre est probablement sous-estimé puisque sans HDJ, même les médecins dont les patients sont ambulatoires mais nécessitant des gestes techniques hospitaliers ou une simple expertise auraient probablement dû demander une hospitalisation complète sur plusieurs jours, ou alors les adresser au spécialiste en consultation de ville. Lequel spécialiste aurait probablement programmé une hospitalisation complète au sein d'un service de spécialité. Ce travail ne permet pas de démontrer une réduction des hospitalisations complètes grâce à l'HDJ mais au moins d'en évoquer la possibilité. Les bénéfices en termes de cout de santé et d'optimisation du système de soins en seraient grands : diminution des hospitalisations complètes non justifiées sur le plan médical (mais seulement le fait de l'organisation de la totalité des examens cliniques et

paracliniques nécessaires sur une même journée), libération de places en hospitalisation complète pour les patients dont l'état de santé le justifie et diminution du retard diagnostic de certaines prises en charge fastidieuses en ville.

Par ailleurs, l'instauration de cette structure d'hospitalisation partielle présente aussi des qualités pédagogiques et de formation médicale. En effet, le fonctionnement de l'HDJ Ville-Hôpital de Louis Mourier fait intervenir les compétences d'un interne de médecine générale. Ce travail montre qu'en termes de formation médicale, ce semestre présente, pour le médecin généraliste en formation, un grand intérêt dans l'acquisition de connaissances tant sur le plan médical que sur l'organisation et la planification des soins en médecins ambulatoire. Ce temps passé à la prise en charge des patients d'HDJ permet à l'interne d'appréhender des situations délicates rencontrées par les médecins généralistes de ville et de vivre cette collaboration Ville-Hôpital. Parallèlement, la présence d'un interne de médecine générale dans le service est un élément qui renforce le lien entre la médecine générale de ville et l'hôpital. Les médecins généralistes responsables de la formation des internes en médecine générale soulignent souvent que la formation hospitalière, bien qu'importante et nécessaire, présente comme limite de s'éloigner des patients rencontrés par les généralistes au cabinet. Peut-être que cette structure présente-t-elle l'avantage de recruter uniquement des patients issu d'un circuit ambulatoire -adressé directement par les médecins généralistes- et se rapprochant probablement de la population de patients à laquelle le futur généraliste, encore en formation, sera confronté lors de son exercice.

En conclusion, au terme de ce travail, il ressort que l'exercice de la médecine générale en ville fait face à des patients de plus en plus âgés et poly-pathologiques. Pour un certain nombre de ces patients, une prise en charge en hospitalisation complète n'est pas optimale

soit du fait qu'il n'existe pas, au-delà des investigations à réaliser, de justification médicale à l'hospitalisation, soit du fait du souhait du patient de ne pas être hospitalisé. Si l'état de santé du patient le permet, la structure d'HDJ Ville-Hôpital, à l'étude ici, peut représenter une alternative dans la stratégie de prise en charge de ces malades. Déclenchée à l'initiative du médecin généraliste, le séjour en HDJ permet au patient de réaliser, dans des conditions différentes, un bilan clinique et para clinique approfondi au cours d'une même journée évitant ainsi la réalisation, souvent fastidieuse, des différents examens en ville.

L'évaluation, effectuée par les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, fait ressortir qu'une telle structure, polyvalente, réactive et animée par une équipe habituée à la poly-pathologie au sein d'un service proche de la médecine de ville, peut constituer une alternative séduisante en constituant un véritable soutien dans la prise en charge de leurs patients.

Une évaluation sur le plan économique gagnerait à être menée afin de mesurer l'impact économique en termes de dépenses de santé dans le contexte de contrôle du budget de la santé que la France connaît actuellement. Le coût d'une telle journée est à comparer au nombre de séjours en hospitalisation complète épargnés par la réalisation de ces investigations au cours d'un HDJ, les patients concernés se situant souvent à la frontière entre ces deux stratégies de soins. Enfin, la prescription de nombreux examens complémentaires en ville, chez des patients ayant refusé de les réaliser en hospitalisation complète, s'expose à leur non réalisation totale ou partielle. Ces situations sont souvent à l'origine d'un retard diagnostique et mènent régulièrement à une hospitalisation complète, tardive, via les urgences, d'un patient dont l'état s'est probablement aggravé. Au-delà du préjudice pour le patient, ces situations sont une source de dépenses de santé évitable,

cette hospitalisation sur plusieurs jours ayant potentiellement pu être évitée par la réalisation ponctuelle des investigations conseillées.

Avec une large adhésion des médecins généralistes, l'HDJ Ville-Hôpital semble apporter une aide aux médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients poly-pathologiques ou fragiles ayant refusé l'hospitalisation classique et pour lesquels la réalisation des explorations nécessaires est mal aisée en ville. En termes de satisfaction des médecins, dans les limites de l'efficience économique d'une telle structure et de la satisfaction des patients adressés, le concept d'HDJ Ville-Hôpital mériterait d'être proposé aux généralistes d'autres secteurs ayant en charge des patients poly-pathologiques ou fragiles refusant l'hospitalisation complète.

Annexes

Annexe 1 : Lettre adressée aux médecins traitants



HOPITAL DE JOUR
5ème ETAGE

Date :

Chers Collègues,

Le service de Médecine interne dispose d'un **hôpital de jour** qui offre une alternative à une hospitalisation classique, pour des patients présentant des situations complexes ou difficiles à suivre en médecine de ville.

L'hôpital de jour permet de réaliser sur une journée un ensemble d'examens et de consultations parfois difficiles à organiser pour des patients ayant des difficultés physiques, psychiques ou sociales.

Par définition, l'hôpital de jour n'est pas un service d'urgence et les cas urgents ne peuvent pas nous être adressés.

Cependant, notre prise en charge s'efforcera d'être réactive et adaptée aux réalités du patient en proposant des délais de rendez-vous dans les 7 jours qui suivent votre demande.

Nous vous proposons pour améliorer ce dispositif et les liens entre les professionnels de santé la fiche type ci-dessous à remplir.

Informations indispensables			
4.4. Vous concernant	Nom	Commune d'exercice	Téléphone pour vous joindre
4.5. Concernant le patient	Nom ET prénom	Sexe ET date de naissance	Téléphone pour joindre le patient
Motif succinct de votre demande (Afin d'orienter au mieux votre demande. Il est possible qu'un médecin du service vous appelle pour organiser avec vous l'hôpital de jour)			

Merci d'envoyer votre demande :

Par fax **01 47 60 61 29** ou par mail hopital.jour@lmr.aphp.fr

Votre fax arrive dans un secrétariat médical et la confidentialité des informations est assurée

En cas de problème, téléphone : 01 47 60 61 84

Annexe 2 : Questionnaire adressé au médecin traitant



Questionnaire Hôpital de Jour « Ville-
Hôpital »
Hôpital Louis Mourier AP-HP
Colombes



N° Anonymat Patient :

Date de l'HDJ :

L'Hôpital de Jour (HDJ)

Motif d'adressage de votre patient à l'HDJ de l'Hôpital Louis Mourier (ne pas indiquer le nom du patient) :

.....
.....
.....

Quelles sont les principaux antécédents de votre patient ?

Dans le cas de ce patient, pourquoi l'avoir adressé en HDJ (*plusieurs réponses possibles*) ?

- Situation médicale complexe nécessitant de nombreux examens
- Perte d'autonomie (regrouper tous les examens sur un même lieu)
- Difficultés sociales (isolement, revenus limités, mauvaise maîtrise du français par exemple)
- Autre (préciser) :

4.6. L'HDJ a-t-il répondu à votre question ou votre attente de prise en charge en terme de :

4.6.1. - Facilite d'adressage du patient dans la structure :

Moyen de prise de contact avec l'HDJ pour faire la demande

- Mail
- Courrier
- Téléphone
- Autre (préciser) :

Vitesse de réponse de l'HDJ :

- Moins de 24h
- Entre 24 et 72h
- Entre 3 et 7 jours
- Plus de 7 jours

Date de l'HDJ depuis la demande ?

- Moins de 24h
- Entre 24 et 72h
- Entre 3 et 7 jours
- Plus de 7 jours

4.6.2. - Bénéfice en termes d'aide médicale apportée

Réponse à la question posée :

- Tout à fait
- Partiellement
- Peu
- Pas du tout

Propositions d'adaptation ou de modification thérapeutiques ?

- OUI
- NON

Proposition de suivi médical ultérieur

- Au sein de l'hôpital Louis Mourier ? OUI NON
- En ville ? OUI NON

Proposition de suivi paramédical ? OUI NON

Réception du Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH) :

- Délai de réception :

- Moins de 3 jours
- Entre 3 et 7 jours
- Entre 7 et 14 jours
- Plus de 14 jours

- Avez-vous trouvé ce CRH :

- Suffisamment complet
- Incomplet
- Très insuffisant

Perspectives :

Seriez-vous prêt à ré-adresser un patient à l'HDJ ?

- Tout à fait Probablement oui Probablement non Non, pas du tout

Comment avez-vous eu connaissance de cette structure ?

- Mail
 - Lettre d'information
 - Internet
 - Confrère
 - Autre (préciser) :
-

Pourquoi avoir choisi une HDJ de ce type plutôt qu'une hospitalisation classique?

- Souhait du patient
 - Patient ambulatoire mais nécessitant une expertise hospitalière
 - Patient ambulatoire mais nécessitant des gestes dont la réalisation est hospitalière
 - J'aurais aussi pu faire hospitaliser mon patient
 - Autre (préciser) :
-

Vos relations avec les autres professionnels de sante

Habituellement,

vers quelle structure orientez-vous principalement vos patients pour une prise en charge (hors situation d'urgence) :

4.6.3. → Cardiologique ?

- Cardiologue libéral de ville
 - Cardiologue en centre de santé
 - Consultation de cardiologie à l'hôpital, quel hôpital ?
-

Selon quels critères ?

- Délai de consultation
- Qualité de prise en charge
- Niveau socio-économique du patient

4.6.4. → Diabétologique ?

- Diabétologue libéral de ville
 - Diabétologue en centre de santé
 - Consultation de diabétologie à l'hôpital, quel hôpital :
-

Selon quels critères ?

- Délai de consultation
- Qualité de prise en charge
- Niveau socio-économique du patient

4.6.5. → Chirurgie viscérale?

- Chirurgien libéral de ville
- Consultation de chirurgie à l'hôpital ou centre de santé, quel hôpital :

.....

Selon quels critères ?

- Délai de consultation
- Qualité de prise en charge
- Niveau socio-économique du patient

4.6.6. → Chirurgie orthopédique?

- Chirurgien libéral de ville
- Consultation de chirurgie à l'hôpital ou centre de santé, quel hôpital :

Selon quels critères ?

- Délai souhaité de consultation
- Qualité de prise en charge
- Niveau socio-économique du patient

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire et d'avoir ainsi contribué à la réalisation de ma thèse d'exercice de Médecine Générale.

Annexe 3 : Lettre d'information

Questionnaire Hôpital de Jour « Ville-
Hôpital »
Hôpital Louis Mourier AP-HP
Colombes



Paris, le 24 juillet 2014

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire vous est envoyé dans le cadre de l'évaluation de l'Hôpital de Jour Ville-Hôpital à disposition des Médecins Généralistes du secteur de Louis Mourier pour apporter une aide à la prise en charge ambulatoire des patients depuis 2012. Cette évaluation fera l'objet d'une Thèse de Médecine Générale Collective (Mme FOURGEAUD Caroline et M. DELRUE Maxime) regroupant le ressenti des médecins adresseurs mais aussi celui des patients pris en charge par cette structure.

*Vous recevez donc, en plus du CRH du séjour de votre patient en HDJ, 4 feuilles dont celle-ci. Merci de nous retourner **uniquement le questionnaire** constitué de trois pages numérotées de 1 à 3 dans l'enveloppe préaffranchie ci-jointe.*

Pour préserver le secret médical et pour une plus grande valeur de notre étude, le séjour de votre patient est codé par un numéro en haut à droite du questionnaire. Dans ce sens, merci de ne pas mentionner son identité dans le questionnaire.

Sachez qu'à aucun moment nous ne connaissons votre identité ni celle de votre patient, le personnel de l'HDJ se chargeant d'assurer l'anonymat et de l'envoi des questionnaires.

*Si vous désirez nous contacter, voici notre adresse : **these.hdj.ville.hopital@gmail.com***

Merci infiniment de votre contribution.



M. DELRUE Maxime

BIBLIOGRAPHIE:

1. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet Lond Engl.* 7 juill 2012;380(9836):37-43.
2. Haggerty JL. Ordering the chaos for patients with multimorbidity. *BMJ.* 2012;345:e5915.
3. Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: implications for the importance of primary care in « case » management. *Ann Fam Med.* juin 2003;1(1):8-14.
4. Wilson AD, Childs S. Effects of interventions aimed at changing the length of primary care physicians' consultation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(1):CD003540.
5. Almirall J, Fortin M, The co existence of terms to describe the presence of multiple concurrent diseases. *Journal of Comorbidity*, v.3, n.1, p.-4-9, oct.2013.
6. http://www.who.int/chp/knowledg/puplications/workforce_report_fre.pdf.
7. IRDES, Rapport IRDES, Le Pape 1997.
8. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med.* juin 2005;3(3):223-8.
9. Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* janv 2011;61(582):e12-21.
10. Beasley JW, Hankey TH, Erickson R, Stange KC, Mundt M, Elliott M, et al. How many problems do family physicians manage at each encounter? A WReN study. *Ann Fam Med.* oct 2004;2(5):405-10.
11. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA.* 10 août 2005;294(6):716-24.
12. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. 1996. *Clin Orthop.* févr 2007;455:3-5.
13. Morris RL, Sanders C, Kennedy AP, Rogers A. Shifting priorities in multimorbidity: a longitudinal qualitative study of patient's prioritization of multiple conditions. *Chronic Illn.* juin 2011;7(2):147-61.
14. Cowie L, Morgan M, White P, Gulliford M. Experience of continuity of care of patients with multiple long-term conditions in England. *J Health Serv Res Policy.* avr 2009;14(2):82-7.
15. Mitchell G, Del Mar C, Francis D. Does primary medical practitioner involvement with a specialist team improve patient outcomes? A systematic review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* nov 2002;52(484):934-9.

16. Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns.* sept 2002;48(1):51-61.
17. Østbye T, Yarnall KSH, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med.* juin 2005;3(3):209-14.
18. Sommers LS, Marton KI, Barbaccia JC, Randolph J. Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Arch Intern Med.* 26 juin 2000;160(12):1825-33.
19. Chiffres clés de la Santé en Ile de France, ARS, octobre 2011.
20. Rapport sur « La démographie médicale en Ile de France en 2013 » issu de la 3e édition des Atlas régionaux de Démographie Médicale en France édités par le Conseil national de l'Ordre des Médecins.
21. Harrison CM, Britt H. The rates and management of psychological problems in Australian general practice. *Aust N Z J Psychiatry.* oct 2004;38(10):781-8.
22. Kortebein P, Symons TB, Ferrando A, Paddon-Jones D, Ronsen O, Protas E, et al. Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* oct 2008;63(10):1076-81.
23. Hirsch CH, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Winograd CH. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc.* déc 1990;38(12):1296-303.
24. Professeur Pierre Godeau, *Traité de médecine interne* 1996.
25. Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946, signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946 ; Actes officiels de l'organisation Mondiale de la Santé, n°2, p.100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
26. Rapport du HCAAM du 23 juin 2011, « Assurance maladie et perte d'autonomie : contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées » pages 85 et 86.
27. Rapport sur La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique, HCSP.
28. «Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM », 22 mars 2012.
29. Etudes et Résultats ; « L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle » DREES.
30. ARS Ile de France, Schéma d'organisation des soins, « Le volet Hospitalier ».

RESUME

L'exercice de la médecine générale amène l'omnipraticien à prendre en charge tous types de patients et à coordonner leurs soins. Les patients poly-pathologiques sont de plus en plus nombreux alors que le nombre de places en hospitalisation complète a tendance à diminuer. Le médecin traitant doit parfois faire face à un refus d'hospitalisation de la part de son patient. Dans ce contexte, la prise en charge de patients fragiles ou poly-pathologiques est délicate. Une nouvelle structure sous la forme d'un Hôpital de Jour « Ville-Hôpital » (HDJ) est proposée aux médecins généralistes du secteur de l'hôpital Louis Mourier à Colombes. Elle peut constituer une option intéressante dans la prise en charge de ces patients.

Ce travail vise à évaluer l'impact d'une telle structure sur les médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients poly-pathologiques refusant l'hospitalisation complète.

Cette étude était menée sous la forme d'un questionnaire envoyé aux médecins généralistes ayant adressé un patient en HDJ. Il leur parvenait avec le compte rendu d'hospitalisation de leur patient.

Sur la période 14/06/2014 au 26/02/2015, 34 séjours d'hospitalisation de jour « Ville-Hôpital » ont eu lieu. Dix-neuf questionnaires complétés par les médecins ayant adressé les patients ont été reçus réalisant un taux de réponse à 44.1%. La quasi-totalité des médecins interrogés (94%) retenaient la complexité de la situation médicale de leur patient avec la nécessité de réaliser un bilan paraclinique lourd comme motif de demande d'HDJ. En termes d'aide médicale apportée par ce séjour, 78.9% des médecins ont estimé que le séjour du patient avait « tout à fait » répondu au problème de santé en question. Une grande majorité des médecins (94.7%) ayant répondu au questionnaire indique, par ailleurs, être « tout à fait » prêts à ré adresser un patient en HDJ.

Ainsi, ce travail a permis de faire la lumière sur une structure innovante, proposant une aide appréciée des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients poly-pathologiques refusant l'hospitalisation complète.

Mots Clés: Hospitalisation partielle, Poly-pathologie, Coordination Ville Hôpital, Médecine générale, Refus d'hospitalisation

