

Plan

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Présuppositions des chercheurs**
- 2. Population**
- 3. Recueil des données**
 - 3.1. Méthode de recueil
 - 3.1.1. Sondage par questionnaire informatique
 - 3.1.2. Création du questionnaire
 - 3.2. Création d'un référentiel de situation clinique de l'HDJ
- 4. Durée de l'étude**
- 5. Analyses des données**

RÉSULTATS

- 1. Les sondés**
 - 1.1. Recrutement
 - 1.2. Description des sondés
- 2. L'intérêt de l'hospitalisation de jour : pour qui ? pour quelles situations ?**
 - 2.1.1. L'intérêt de l'hospitalisation de jour
 - 2.1.2. L'HDJ : pour qui ?
 - 2.1.3. L'HDJ : pour quelles situations ?
- 3. La mise en place pratique du lien « ville-hôpital »**
 - 3.1.1. Les moyens de communication ville-hôpital
 - 3.1.2. Reconnaître les situations « éligibles » à l'hospitalisation de jour
 - 3.1.3. Le retour d'information
 - 3.1.4. La communication HDJ-ville
- 4. Relations professionnelles et échanges**
 - 4.1. Questions fermées
 - 4.2. Questions ouvertes

DISCUSSION ET CONCLUSION

- 1. Principaux résultats**
 - 1.1. Intérêt pour le projet
 - 1.2. Moyens de communication et interlocuteurs
 - 1.3. Patients et situations médicales ciblés
 - 1.4. Connaissance du cadre réglementaire et des situations éligibles
 - 1.5. Aspects relationnels
- 2. Forces et faiblesses de l'étude**
- 3. Comparaison à la littérature**
- 4. L'exemple du CH de Cholet**
- 5. Conclusion**

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

Notre époque est marquée par l'évolution de la population en médecine générale notamment avec une augmentation de la prévalence des patients dit « polypathologiques » dans la population française du fait d'une augmentation de l'espérance de vie. (1) Cela est aussi le cas dans la région Pays de la Loire. (2) Cependant des études récentes montrent que la polypathologie ne reste pas l'apanage du sujet de plus de 65 ans et touche aussi le sujet jeune. (3)

La définition de la polypathologie n'est pas communément admise mais peut se définir comme « la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins deux) chez le même individu sur la même période ». (4)

L'enseignement de la médecine, les études scientifiques en médecine et l'organisation du système de santé ont été développés sur un modèle dit « mono-pathologique ». La modification de ce schéma replace la médecine de soins primaires au cœur de la prise en charge de ces patients dont les enjeux de prise en charge globale, de suivi longitudinal ainsi que la médecine dite « personnalisée » nécessitent l'expertise du médecin traitant et de la relation à long terme « médecin-malade ». Ainsi Cowie L et al montrent que pour des patients avec plusieurs pathologies, un suivi en soins primaires et une relation médecin-malade stable dans le temps favorisent le suivi et la coordination des différentes prises en charges spécialisées (notamment concernant des problèmes de communications médicales ou organisationnelles). (5) De plus la collaboration avec une équipe spécialisée pourrait améliorer les performances du médecin généraliste notamment dans la détection et la prise en charge des complications des maladies chroniques.(6) Les patients abordent d'autant mieux leurs maladies et leurs évolutions s'ils sont capables de créer un lien avec les thérapeutiques et de les hiérarchiser. (7) Le rôle du médecin généraliste étant de prioriser

les problématiques médicales, cela pourrait améliorer la compliance et l'observance des traitements. (6).

L'étude ECOGEN montre qu'il existe en France en médecine générale une moyenne de 2.6 motifs de consultation (8) pour un temps limité de consultation (entre 15 à 30 minutes par consultation). Une étude anglosaxonne antérieure corrobore cela avec 3.2 problématiques en moyenne voir 3.8 pour les plus de 65 ans et jusqu'à 4.6 pour les diabétiques. (9) Existe-t-il un temps suffisant en consultation pour les problématiques médicales complexes ?

Østbye et al ont ainsi retrouvé que le temps disponible en soins primaires est insuffisant en suivant les recommandations pour la prise en charge des 10 pathologies chroniques les plus fréquentes. (10) Bien que cette étude présente des biais, elle démontre les difficultés en soins primaires où les recommandations se heurtent à un agenda incompressible.

En parallèle les structures hospitalières concentrent les médecins spécialistes ainsi que le plateau technique permettant de répondre aux difficultés diagnostiques, thérapeutiques et aux complications des pathologies chroniques. S'y associe une volonté des autorités de développer les activités ambulatoires. (11) Cependant, les études récentes montrent qu'il existe aussi en France de réels problèmes de communications et d'interaction entre les soins primaires et l'hôpital. (12,13) Les médecins généralistes éprouvent des difficultés à se coordonner avec l'hôpital notamment du fait de barrières inerrantes au fonctionnement de nos établissements de santé : temps limité en consultation, difficultés à définir et à joindre l'interlocuteur, place indisponible pour une admission directe en hospitalisation ou en consultation. Les motifs de recours sont soit une aide technique soit une impasse

thérapeutique ou diagnostique. (12,14) Une étude retrouve ainsi que 42 médecins généralistes interrogés sur 50 n'avaient pas l'impression d'exercer le même métier que leurs confrères hospitaliers et 44 sur 50 ne se sentaient pas associés au projet thérapeutique. (13) Ces données s'opposent avec les objectifs évoqués dans les études citées précédemment. (5-7)

Il existe une volonté du CH de Cholet d'ouvrir l'hôpital à la ville et de réorganiser les modes d'hospitalisation. (15) La création d'une nouvelle organisation entre les soins primaires et l'hôpital pourrait permettre une amélioration du suivi et de la prise en charge globale des patients en replaçant le médecin généraliste comme « décideur » et acteur à part entière, en fluidifiant l'organisation et les interactions ville-hôpital. La création d'une unité d'hospitalisation de jour polyvalente avec accès sur demande directe du médecin traitant (lien « ville-hôpital ») pourrait être un outil apportant une réponse à l'une des nouvelles problématiques du médecin traitant désormais « gate keeper » du système de santé. (16)

En pratique la création d'une telle structure demande donc l'élaboration d'une organisation précise et adaptée à deux environnements distincts que sont l'hôpital et la médecine de ville. Il faut que l'outil soit ainsi aisé à utiliser pour le médecin libéral et que la réactivité soit améliorée au niveau hospitalier. (17,18) Enfin les HDJ demandées doivent respecter le cadre législatif de la circulaire frontière. (19)

Nous supposons que les médecins de ville ont une faible connaissance du fonctionnement de l'hospitalisation de jour et par conséquent des situations éligibles. Identifier en interne des référentiels de situations et les transmettre aux médecins traitants dans un format utilisable permettrait d'améliorer la pertinence des demandes et donc l'efficacité de la structure ainsi que le service rendu pour le médecin traitant.

Rapport-Gratuit.com

MÉTHODES

Etude quantitative descriptive via un questionnaire informatique envoyé par e-mail aux médecins généralistes du bassin choletais afin d'interroger sur la création « en pratique » d'un lien « ville-hôpital » au sein de l'unité d'hospitalisation de jour du CH de Cholet

1. Présuppositions des chercheurs

- Il existe une demande de la part des médecins traitants pour réaliser des prises en charge coordonnées ville-hôpital notamment pour un support technique pour des pathologies complexes. Ces prises en charge peuvent s'inscrire dans le cadre d'une hospitalisation de jour.
- Cet objectif nécessite la création d'une organisation millimétrée adaptée à la médecine de ville, d'une facilité de prise de contact entre médecin de ville et hôpital et suscite des attentes particulières (délais de réponse, éligibilité des situations cliniques).
- Il existe une faible connaissance des médecins généralistes du cadre réglementaire conditionnant l'organisation d'une HDJ.
- Le questionnement concernant les situations cliniques éligibles à l'HDJ doit conduire à une réponse pratique. Celle-ci peut se présenter sous la forme d'un référentiel à disposition des usagers.

2. Population

Il a été choisi de réaliser l'étude sur une population de médecins généralistes identifiés comme collaborateurs réguliers du centre hospitalier de Cholet et ayant une volonté de

coordination et d'organisation. Le choix s'est donc établi sur des médecins regroupés dans des associations.

Ils étaient soit membres de l'Association des Médecins Omnipraticien du Choletais (AMOC), soit des médecins généralistes participant au front de garde de médecine générale dans le secteur des « Mauges », soit médecin coordonnateur de l'HAD.

Les coordonnées des médecins (adresse e-mail non cryptée) ont été obtenues avec leur accord lors de réunions de rencontre organisées à l'initiative des différents groupes (le 9 novembre 2018 pour l'HAD, le 23 janvier 2019 à l'assemblée générale de l'AMOC, le 6 février 2019 concernant le front de garde des Mauges). L'investigateur a obtenu l'accord des différents groupes de médecin pour présenter le projet de l'HDJ aux médecins présents pendant une dizaine de minutes à ces occasions.

La mailing liste de chaque groupe a été transmise par son responsable à l'investigateur.

3. Recueil des données

3.1. Méthode de recueil

3.1.1. Sondage par questionnaire informatique

Création du questionnaire sur le logiciel Limesurvey®.

Les adresses e-mail ont été enregistrés dans le logiciel. Les réponses au questionnaire étaient anonymes.

Les sondés ont été invités par un e-mail individuel et nominatif à répondre au questionnaire. Il a été généré automatiquement un numéro d'identification unique pour chaque sondé. L'e-mail d'invitation contenait un lien conduisant au formulaire de réponse. Les réponses ont été automatiquement enregistrées et les sondés pouvaient interrompre et reprendre à tout moment la passation tant que le questionnaire restait actif.

Le questionnaire était actif pour une durée de 28 jours. L'ensemble des questions étaient obligatoires pour finaliser le questionnaire.

3.1.2. Création du questionnaire

Le questionnaire a été construit en 4 parties correspondant à 4 objectifs principaux :

La première concernait l'hospitalisation de jour et questionnait le médecin généraliste sur l'intérêt suscité par la mise à disposition d'un tel outil. Elle visait à confirmer l'hypothèse selon laquelle les médecins généralistes étaient favorables à la mise en place de cette structure. Les autres questions visaient à identifier s'il existait ou non des problématiques médicales, des profils de patients ou des populations particulières prédominantes et dont l'HDJ serait une réponse privilégiée.

La deuxième partie interrogeait la mise en place en pratique d'un lien ville-hôpital. Les différents items portaient sur les moyens de communications techniques à mettre en place, la notion d'éligibilité à l'HDJ et les retours d'informations médicales.

La troisième partie concernait les relations ville-hôpital. Elle interrogeait sur la façon de communiquer ultérieurement sur la structure, recherchait si cette démarche était perçue comme une amélioration de pratique et un moyen d'améliorer les rapports ville-hôpital et s'il existait une demande pour une ressource type « ligne d'avis ». Enfin il était laissée la possibilité aux sondés de s'exprimer de manière ouverte sur le projet (aspect positif ou négatif). Cette dernière question avait pour but de laisser place à un « échange ».

Enfin la quatrième partie permettait de décrire épidémiologiquement les médecins interrogés. On recherchait la répartition géographique des répondants, la proximité avec le centre hospitalier et nous recherchions s'il existait un profil particulier chez les répondants.

Le questionnaire utilisait des échelles de Likert asymétrique afin que les sondés se positionnent. L'ensemble des questions étaient obligatoires.

Le questionnaire est disponible en Annexe I.

3.2. Création d'un référentiel de situation clinique de l'HDJ

La difficulté à définir les prises en charge relevant de l'HDJ et celles ne relevant pas de l'HDJ impose de proposer une solution. La mise à disposition des médecins généralistes d'un référentiel simplifié permettrait d'apporter une réponse partielle à cette problématique. Ces situations se devaient de respecter le cadre législatif de la circulaire frontière et étaient validées par le DIM du CH de Cholet.

Ces situations avaient été soit anticipées au vu de l'étiquette hospitalisation de jour « Polyvalente », soit identifiées parmi les HDJ effectuées par les spécialistes comme pouvant être basculées sur l'HDJ polyvalente, soit le fruit d'expériences de collaborations antérieures avec les médecins de ville au sein du CH de Cholet.

Celui-ci est disponible en annexe II.

4. Durée de l'étude

Le questionnaire était accessible pendant 28 jours consécutifs après date de l'envoi. Un rappel était prévu à J7, J15 et J21 seulement pour les sondés n'ayant pas encore répondu au questionnaire.

A chaque invitation ils avaient l'opportunité de refuser de participer au questionnaire en cliquant sur un lien spécifique indiqué dans l'invitation. Ils ne recevaient alors plus de relance.

5. Analyses des données

Les réponses ont été recueillies de façons anonymes via Limesurvey®. Les questionnaires renseignés partiellement ont été analysés pour les questions remplies.

Les données ont été exportées sur EXCEL® pour l'analyse statistique simple. Les résultats ont été rendus sous forme de pourcentage de répondants. Il s'agissait de variables qualitatives non ordonnées le plus souvent.

Concernant les échelles de Likert, elles ont été échelonnées en 4 graduations (de 1 à 4 ; de « tout à fait d'accord » = 4 à « Pas d'accord » = 1). L'analyse statistique a été effectué avec un programme créé sur le logiciel PYTHON® par le Dr William MOUTIER, physicien. La moyenne a été calculée ainsi que l'écart type.

Enfin une analyse qualitative a été réalisée à la question « commentaire libre » (C05). Les remarques ont été regroupées en thématique puis codées sous EXCEL®.

RÉSULTATS

1. Les sondés

1.1. Recrutement

88 adresses emails ont été récupérées. 4 étaient invalides. 84 questionnaires ont été envoyés.

Le premier envoi (mailing liste de l'AMOC et de l'HAD) et le deuxième envoi (mailing liste du front de garde des Mauges) ont été effectués respectivement le 25 février 2019 et le 04 mars 2019. La fin de recueil a été prévue respectivement le 25 mars 2019 et 01 avril 2019.

48 réponses (57%) ont été obtenues dont 40 réponses complètes (48 %) et 8 questionnaires partiellement complétés (9 %).

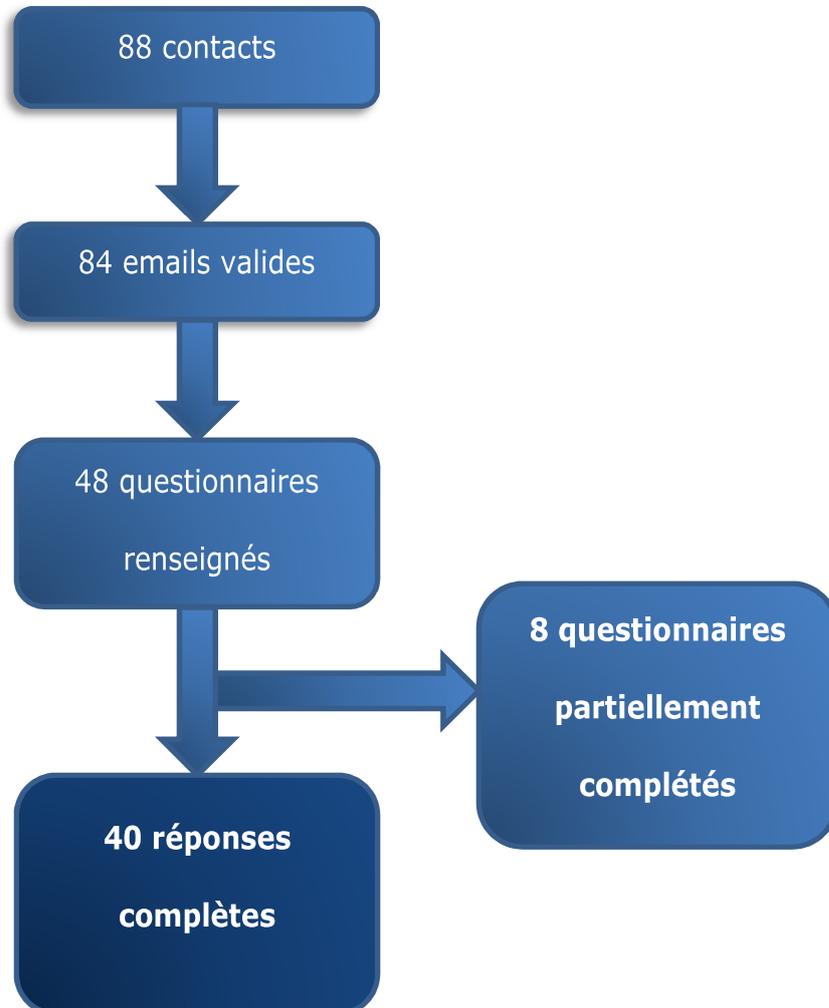


Figure 1 : Diagramme de flux.

1.2. Description des sondés

Parmi les 48 réponses, seuls 40 participants ont renseigné la partie description.

Tableau I : Description de la population.

	Moyenne (écart type)	45.6 (10.8)
Age (ans).	Max	67
	Min	26
Sexe.	Masculin	42.5 % (N=17)
	Féminin	57.5 % (N=23)
Département d'exercice.	Maine-et-Loire (49)	100 % (N=40)
	Autres (44/79/85)	0 % (N=0)
Milieu d'exercice.	Urbain	35 % (N=14)
	Semi-Urbain	27.5 % (N=11)
	Rural	37.5 % (N=15)
Distance du CH.	<10 km	47.5 % (N=19)
	10<-<20km	47.5 % (N=19)
	>20 km	5% (N=2)
Exercice libéral exclusif.	Oui	82.5 % (N=33)
	Non	17.5 % (N=7)

7 avaient une activité mixte (17.5%) : 3 étaient membres de l'HAD, 1 d'un CSAPA, 1 médecin coordonnateur d'EHPAD, 1 médecin en crèche et 1 médecin en crèche et pouponnière sociale.

2. L'intérêt de l'hospitalisation de jour : pour qui ? pour quelles situations ?

2.1.1. L'intérêt de l'hospitalisation de jour

Les 48 répondants étaient favorables à la mise en place d'un lien ville-hôpital au sein de l'HDJ (100%).

2.1.2. L'HDJ : pour qui ?

Concernant les patients, 73% envisageraient l'HDJ pour des patients âgées et/ou polypathologique, 65 % pour des patients avec problème d'autonomie et 25 % pour des patients actifs qui refuseraient l'hospitalisation complète.

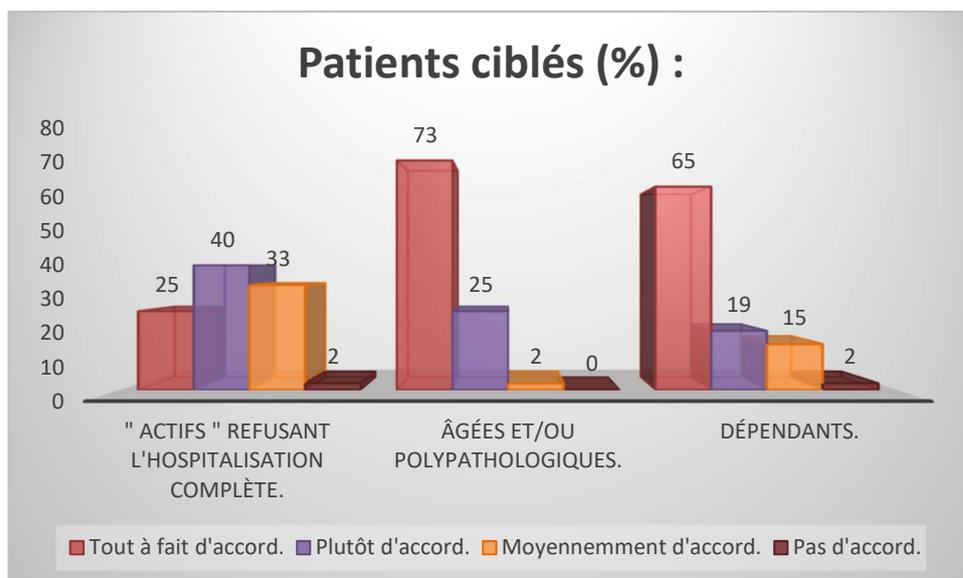


Figure 2 : Patients ciblés (%)

2.1.3. L'HDJ : pour quelles situations ?

Concernant la situation médicale, l'aide diagnostique intéresserait 88 % des répondants, la prise en charge thérapeutique hospitalière 85 % des répondants et le bilan de polypathologie 67 % des répondants.

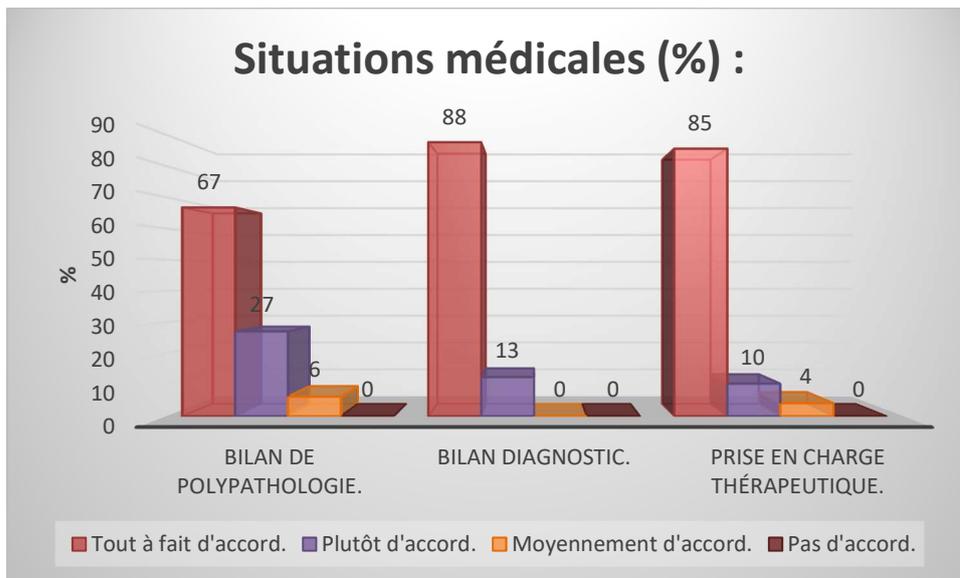


Figure 3 : Situations médicales (%).

Concernant le contexte médico-psycho-social ; 79 % feraient appel à cette structure pour une situation médicale complexe chez un patient qui peut rester chez lui. 83 % chez un patient en situation d'handicap psychologique et/ou physique rendant la prise en charge ambulatoire fastidieuse et l'hospitalisation complète délétère. 67% envisageraient cette option chez un patient refusant l'hospitalisation complète.

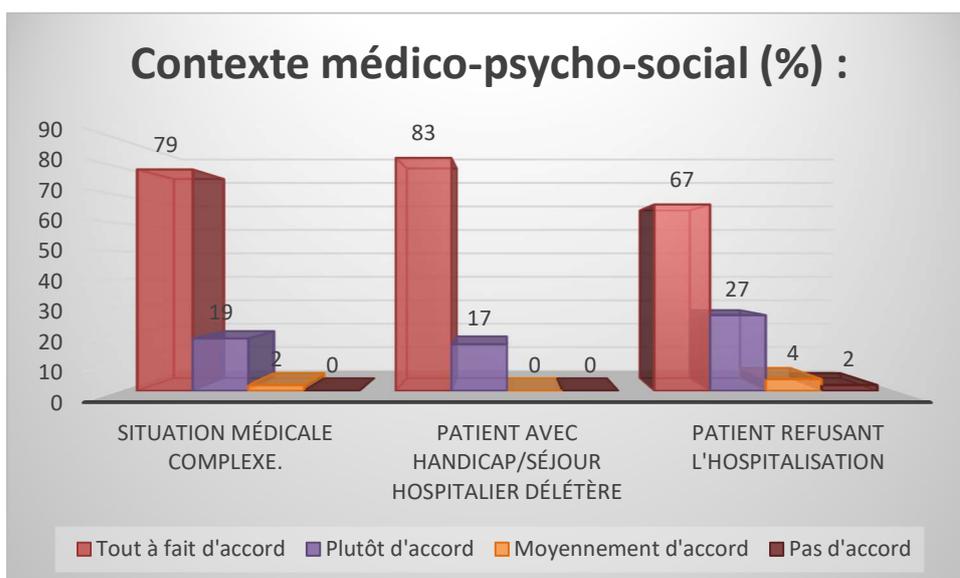


Figure 4 : Contexte médico-psycho-social (%).

3. La mise en place pratique du lien « ville-hôpital »

3.1.1. Les moyens de communication ville-hôpital

63 % étaient « tout à fait d'accord » avec à la mise en place d'une ligne directe avec professionnel identifié uniquement.

58 % n'étaient pas favorable à une communication limitée aux emails (41 % « moyennement d'accord » et 17% « pas d'accord »).

Pour la mise en place de moyens couplés : 78 % étaient favorables à l'association téléphone-mail et 65 % à l'association fax-mail-téléphone.

Tableau II : Moyens de communication à mettre en place (%).

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Moyennement d'accord	Pas d'accord
Ligne d'avis avec numéro directe et professionnel identifié uniquement :	63 %	26 %	7 %	4 %
Adresse email uniquement :	20%	21%	41%	17%
Téléphone + email :	46%	32%	22%	0%
Téléphone + email + fax :	48%	17%	22%	13%

3.1.2. Reconnaître les situations « éligibles » à l'hospitalisation de jour

76 % ont répondu défavorablement à la proposition « vous connaissez les contraintes légales encadrant l'organisation d'une HDJ ».

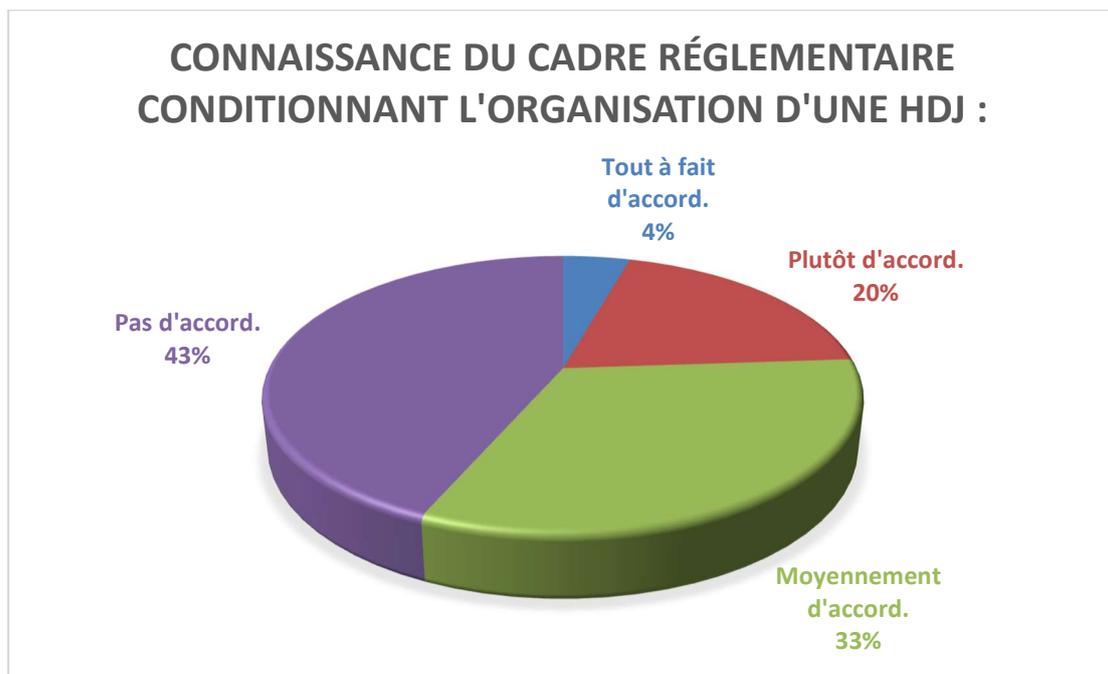


Figure 5 : Connaissance du cadre réglementaire conditionnant l'organisation d'une HDJ.

91 % étaient favorables à la mise à disposition d'un référentiel de situations cliniques pour les guider dans leur décision de requérir une HDJ (67% « tout à fait d'accord » et 24% « plutôt d'accord »).

En cas d'interrogation sur l'indication de l'HDJ, 96% étaient « tout à fait d'accord » pour désigner le médecin référent comme interlocuteur. 54 % étaient « plutôt d'accord » concernant l'IDE de coordination. Le secrétariat d'hospitalisation de jour (AMA) n'était pas identifié comme un interlocuteur privilégié à 78% (35 % « moyennement d'accord » et 43 % « pas d'accord »).

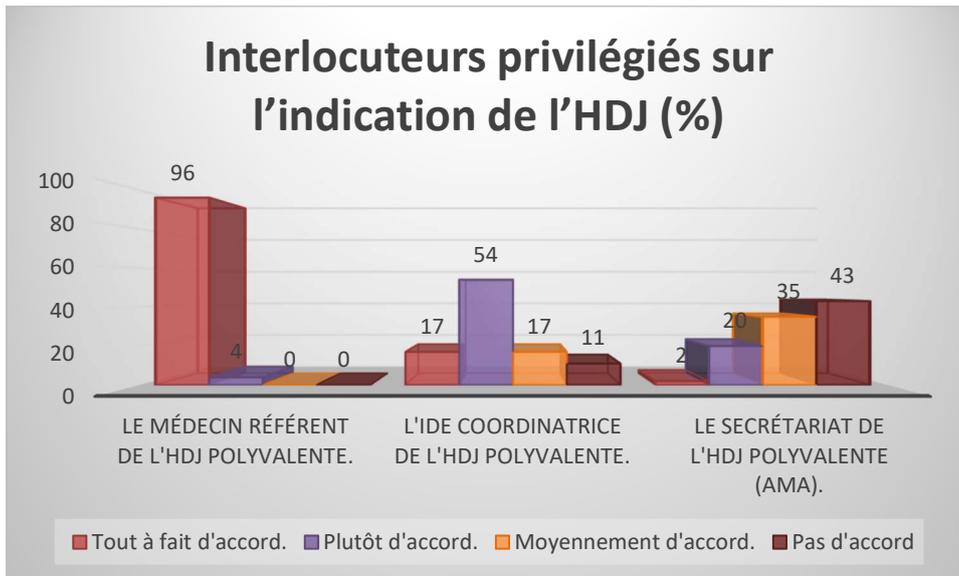


Figure 6 : Interlocuteurs privilégiés sur l'indication de l'HDJ (%).

3.1.3. Le retour d'information

Un retour rapide sur l'accord de principe de l'HDJ était un élément essentiel pour 98 % des répondants. Les données concernant le délai et le moyen de confirmation pour l'accord de principe sont présentées dans les figures ci-dessous.



Figure 7 : Délais de retour sur l'accord « de principe » :

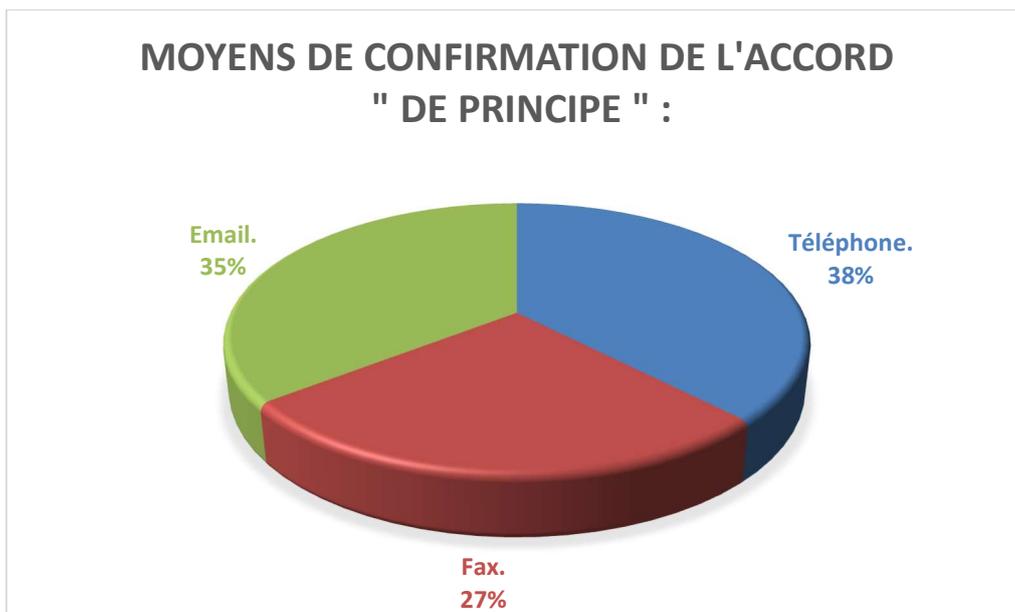


Figure 8 : Moyens de confirmation de l'accord « de principe ».

La remise d'une lettre de liaison à la fin de la journée d'hospitalisation était un élément important de communication pour assurer le suivi du patient en ville pour 100 % des répondant.

Elle diminuait pour 80 % des répondants l'attente en matière de délais concernant l'obtention du CRH définitif.

72 % des répondants souhaitaient l'obtention du CRH dans la semaine ou les deux semaines. 17% souhaitaient attendre l'obtention de tout les résultats et la synthèse définitive réalisée.

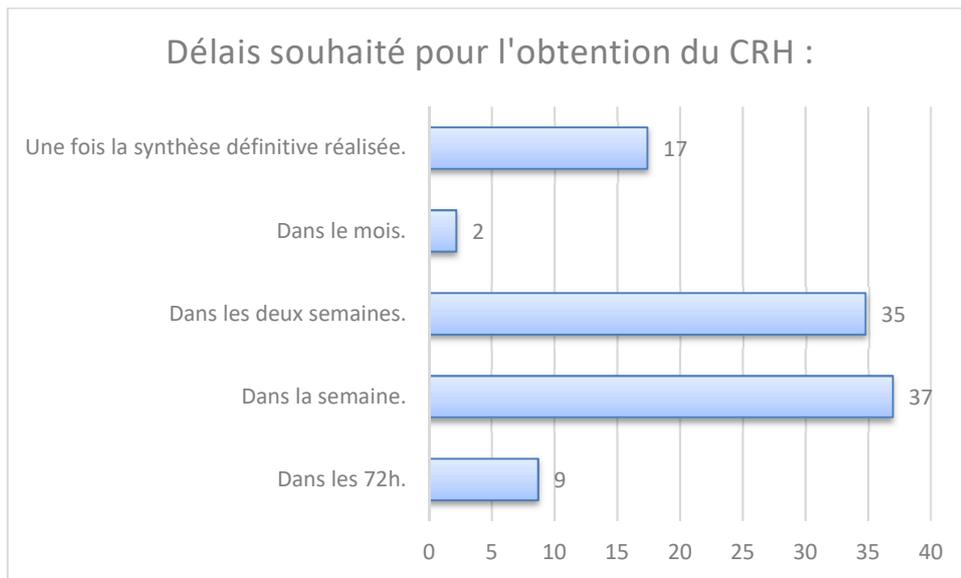


Figure 9 : Délais souhaité pour l'obtention du CRH (%).

3.1.4. La communication HDJ-ville

78 % des répondants étaient favorables à ce que la communication sur la structure d'HDJ (mise à jour de référentiel, ouverture de nouvelles prises en charge spécifique) se fasse par email professionnel, 72 % par courrier papier. 59 % étaient défavorable à l'organisation de réunion.

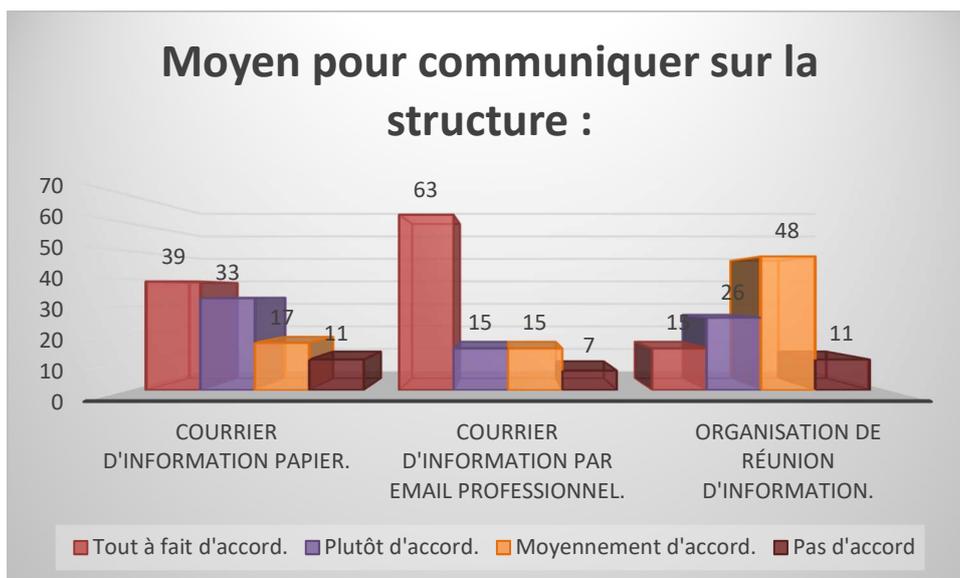


Figure 10 : Moyen pour communiquer sur la structure (%).

4. Relations professionnelles et échanges

4.1. Questions fermées

93 % des répondants voyaient la mise en place d'une ligne directe comme un moyen de solliciter un avis rapidement.

7 Répondants ont émis un commentaire : 1 commentaire évoquait le risque de débordement du médecin référent du fait de demandes inadaptées à gérer. 5 autres évoquaient les notions « Echange / Communication directe / Coordination » et le dernier le caractère « nécessaire » de cet échange téléphonique. (Annexe III)

La mise en place d'un lien ville-hôpital pourrait améliorer les relations avec l'hôpital pour 98% des répondants et les échanges de pratiques et de connaissances entre médecins « de ville » et « hospitaliers » pour 91%.

Tableau III : Relation « ville-hôpital ». La mise en place d'un lien « ville-hôpital ».

	Oui	Non	Ne se prononce pas	
La ligne directe serait un nouveau moyen de solliciter un avis ?	93 %	7 %	0%	
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Moyennement d'accord	Pas d'accord
Améliorerait les relations avec l'hôpital ?	70 %	28 %	2 %	0 %
Améliorerait les échanges de pratiques et connaissances ?	56 %	35 %	9 %	0 %
Participation à une réunion où le projet d'HDJ était présenté.	Oui : 65 % (N=28) Non : 35% (N= 15)			

4.2. Questions ouvertes

41 participants se sont exprimés sur le projet. L'ensemble des commentaires sont disponibles en annexes IV. 15 thématiques ont été évoquées pour un total de 77 éléments codés (tableau IV et détails en annexes V).

Tableau IV : Thématiques abordées à la question C05 (commentaires libres).

Thématiques abordées :	Nb
Projet intéressant / adapté.	12
Exemples de situations.	7
Contact téléphonique / échange direct.	7
Partenariat – amélioration / échange de pratique – coordination.	7
Délais / réactivité / risque de surcharge.	7
Personnes âgées et / ou polypathologiques.	5
Doute sur la compréhension du projet.	5
Réserves sur le projet.	5
Retour d'expérience positive.	4
Questions organisationnelles.	4
Situations complexes.	3
Comptes rendus.	3
Simplifier l'accès à l'hôpital.	3
Diagnostic / investigations.	3
Indication à l'HDJ.	2
	77

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Principaux résultats

1.1. Intérêt pour le projet

Il existe une demande forte chez les médecins traitants du bassin choletais (100 % des répondants sont favorables) pour la mise en place d'un lien « ville-hôpital » dont la forme pourrait être une hospitalisation de jour. 12 commentaires libres faisaient part du caractère intéressant et/ou adapté du projet.

1.2. Moyens de communication et interlocuteurs

La mise en place de moyens de communication multiples semble indispensable mais doit aussi nécessairement comprendre une ligne directe « d'avis » (89 % de réponses favorables) afin de favoriser les échanges directs entre médecins. 7 commentaires libres insistaient sur ce point. Le médecin référent de l'HDJ reste l'interlocuteur privilégié (96 %).

Les résultats suggèrent une préférence pour l'association email/téléphone par rapport à l'association email/téléphone/fax (78 % versus 65 % de réponses favorables).

L'interaction doit nécessairement faire preuve de réactivité face à des demandes diverses. 98 % des répondants souhaitaient un retour rapide sur l'accord de principe. Dans ce sous-groupe, 85 % des répondants souhaitaient un délai situé dans les 24 heures (29 %) ou 48 heures (56 %). Il n'y a pas de moyen privilégié pour effectuer cette confirmation. Les lettres de liaisons doivent être systématiques (100 %), d'ailleurs un commentaire libre rapporte le caractère « essentiel » de ce document afin de poursuivre la prise en charge du patient. Bien que les médecins rapportent que cela modifie leurs attentes en termes de délais (80 %), seulement 17 % souhaitaient attendre une synthèse définitive avec l'ensemble des

éléments. 72 % souhaitaient l'obtention du CRH dans un délai d'une ou deux semaines (respectivement 37 % et 35 %).

1.3. Patients et situations médicales ciblés

Les patients ciblés semblent être surtout les patients âgées et/ou polypathologique (73 %) et les personnes dépendantes (65 %).

Le bilan diagnostique (88 %) et la prise en charge thérapeutique (85 %) semblent être les situations médicales identifiées comme particulièrement intéressantes pour les médecins traitants.

Concernant le contexte médico-psycho-social, c'est la prise en charge ou l'exploration d'une pathologie chez un patient présentant une situation de handicap (physique ou psychique) et pour laquelle une hospitalisation complète s'avèrerait délétère (83 %) et les situations médicales complexes nécessitant une expertise pluridisciplinaire chez un patient pouvant rester au domicile (79 %) qui semblent intéresser le plus les médecins traitants.

1.4. Connaissance du cadre réglementaire et des situations éligibles

Les médecins de villes ont une faible connaissance du cadre légale permettant d'organiser une hospitalisation de jour. 76 % rapportaient ne pas connaître les contraintes réglementaires encadrant l'organisation d'une HDJ et donc une précision sur les prises en charges éligibles doit être apportée. La mise en place d'un référentiel de situation est souhaitée à 91 % pour y répondre mais ne peut se substituer à un contact direct comme énoncé ci-dessus.

1.5. Aspects relationnels

Les résultats suggèrent que la mise en place d'une telle structure pourrait améliorer les relations avec l'hôpital (98 % de réponses favorables) et les échanges de pratiques/connaissance (91 %).

Parmi les commentaires libres, 4 faisaient état de retour d'expérience positive.

5 commentaires faisaient état de réserves : 2 rapportaient une crainte concernant la majoration des délais notamment du fait de difficultés croissantes à obtenir des avis spécialisés pour la médecine de ville et le risque de recours aux urgences par défaut le cas échéant. Un autre rapportait une crainte concernant le contenu et l'organisation de l'HDJ. Un autre évoquait la difficulté à homogénéiser les avis. Enfin le dernier posait la question de l'intérêt de l'HDJ puisque cela « n'aboutira qu'à des avis spécialisés qui recommanderaient des examens en externe ».

Ce commentaire a aussi été codé dans la catégorie « doute sur la compréhension du projet » puisque l'intérêt est de réaliser ces examens le jour de l'HDJ. Le commentaire évoquant la difficulté à homogénéiser les avis a aussi été codé dans cette catégorie puisqu'il ne s'agissait pas d'une étude sur un projet visant à homogénéiser les demandes d'avis au sein du CH de Cholet. Les 3 autres commentaires codés rapportaient les propos suivants : « être informé le jour même du décès du malade », le caractère « non adapté pour les personnes avec maintien à domicile difficile » et « crainte de transfert de responsabilité de l'hôpital sur la médecine générale [...] (charge supplémentaire de travail pour obtenir des RDV) ». 4 des 5 répondants dont le commentaire était codé dans la catégorie « doute sur compréhension du projet » n'avaient pas participé à une des réunions d'information sur le projet.

2. Forces et faiblesses de l'étude

L'une des forces de cette étude est d'avoir permis aux médecins traitants de préciser des aspects pratiques sur la mise en place du lien « ville-hôpital ». Ils ont aussi pu s'exprimer librement du fait de l'anonymat lors de la question « commentaire libre ».

Le taux de réponses est concordant avec les études de ce type habituellement (48 %), favorisé par différentes réunions d'information effectuées et le choix de réaliser l'étude sur des médecins regroupés en association donc ayant une volonté de coordination. C'est aussi une faiblesse puisque nous retrouvons essentiellement des médecins proches de l'hôpital et exerçant dans le Maine et Loire (100 %) ce qui ne correspond pas à la situation géographique du CH de Cholet (biais de sélection) et au recrutement des patients (en 2017 : Vendée environ 20 %, Deux-Sèvres environ 8.5 % et Loire Atlantique environ 1.6 %)(20) .

65 % des médecins ont participé à une réunion où le projet était présenté ce qui correspond là aussi à un biais de sélection.

Il aurait été intéressant de connaître le motif de non réponse bien que cela soit souvent par manque de temps. Il en va de même pour les 8 questionnaires partiellement remplis. La longueur de la passation n'y est probablement pas étrangère.

Une analyse des échelles le Likert a été effectuée avec calcul des moyennes et des écarts types. Celle-ci n'apportait pas d'informations essentielles supplémentaire. Elle est disponible en annexe VI). Nous n'avons pas effectué de test statistique à la recherche d'une différence significative. Cela pourrait être perçu comme une faiblesse de l'étude néanmoins la mise en évidence d'une situation ou d'un moyen particulier n'aurait pas amené par la suite à exclure les autres propositions. En effet l'intérêt de cette structure est d'apporter un support pour des situations différentes et variées et l'objectif était avant tout descriptif.

3. Comparaison à la littérature

Hubert G et al (13) rapportaient 3 difficultés de communication selon les médecins généralistes avec la médecine hospitalière : indisponibilité des médecins hospitaliers et difficultés à les joindre, instabilité des médecins hospitaliers et méconnaissance de la médecine de ville. Dans le cadre d'une structure collaborative avec la médecine de ville, la présence d'un médecin identifié et facilement joignable semble être une donnée importante comme retrouvé dans notre étude avec un plébiscite pour la mise en place d'une ligne d'avis et un contact direct évoqué comme « indispensable » et devant être « facilement réalisable ». C'était une donnée retrouvée dans l'étude de Lemaire.N (12) qui rapportait le souhait des médecins généraliste d'une « communication plus directe et plus humaine ».

En retour la lettre de liaison paraît elle aussi indispensable. C'est déjà une obligation légale (21) mais c'est aussi un élément incontournable pour coordonner la prise en charge une fois le patient sortie de l'HDJ.

Delahaye.M suggérait dans son étude sur la communication ville-hôpital (14) que les médecins traitants ne se sentaient pas impliqués dans la prise en charges de leurs patients au cours de l'hospitalisation. Ce type d'organisation a le mérite d'impliquer autant le médecin de ville que son confrère hospitalier.

Parmi les moyens de communications l'association email/téléphone (78 %) semble plus séduisante que l'association email/téléphone/fax (65 %) pour les répondants. C'est une donnée retrouvée récemment dans une thèse effectuée dans le Maine-et-Loire par GUILLET.M (22). Cela est probablement lié au déploiement de la messagerie apicrypt®. Cependant l'utilisation du fax doit rester une possibilité afin de ne pas exclure d'office les praticiens utilisant ce mode de communication.

Delrue.M dans sa thèse (18) portant sur l'évaluation de la satisfaction des médecins traitants suite à la mise en place d'une structure similaire retrouvait comme motif de recours à l'HDJ la prise en charge d'une situation complexe sur le plan médical à 94 %. Les différentes situations proposées à la question N°2 du questionnaire de notre étude étaient les situations identifiées par ces mêmes médecins traitants. Dans l'étude de Delrue.M, le délai de réponse s'effectuait dans les 72 heures à 94 %. Le moyen de communication privilégié était le mail à 68 % puis le téléphone à 26 %. 80 % des médecins traitants étaient « tout à fait satisfaits » de la structure

Ces données semblent comparables aux objectifs retrouvés dans notre étude tant en matière de moyens de communication que de délais souhaités.

La thèse de Delrue.M faisait suite à celle de Fourgeaud.C (17) qui évaluait la même structure (L'hôpital de jour « Ville-Hôpital » de l'Hôpital Louis Mourier à Colombes) et retrouvait 3 principaux motifs de recours : difficultés diagnostique (30 %), patients polyopathologiques dépendants (30 %) et transfusions programmées (10 %). Elle rapportait comme limites à cette activité un délai de réactivité trop long et le caractère chronophage de la programmation des examens. Dans notre étude, 7 commentaires évoquaient le risque de surcharge ainsi que les délais de réactivité.

L'idée du référentiel de situations cliniques est secondaire à l'impact potentiel sur les deux parties de cette interaction. Pour le médecin traitant qui risque à tort de recourir à ce support par excès (et perdre du temps) ou alors de ne pas y recourir du tout. Et aussi au praticien hospitalier qui est amené à organiser l'HDJ et qui doit s'assurer de la validité administrative pour pérenniser cette activité.

Il s'agit d'une réalité à prendre en compte comme le souligne le rapport de la DGOS (23) : « De nombreux rapports (IGAS/IGF, Mission Véran) ont pointé les limites, en

particulier le manque de précision des critères frontière [...]. Les nombreux déclassements constatés lors des contrôles de l'Assurance Maladie (1 HDJ contrôlé sur 2 est déclassée) montrent l'insécurité juridique et financière des établissements de santé ». Le rapport de l'IGAS/IGS(24) proposait 3 axes de développement « 1) La clarification et l'actualisation de l'instruction frontière ; 2) L'élaboration de référentiels de prise en charge ; 3) La diffusion de guides organisationnels et médico-économiques... ». L'élaboration d'un référentiel de prise en charge est donc en soit une solution déjà envisagée à l'échelle nationale. Nous proposons un premier référentiel de situations médicales ou thérapeutiques relevant de notre HDJ en accord avec la littérature scientifique.

La mise en place de consultations « pré HDJ » pourrait être une solution partielle mais utile à ce problème afin de bien cerner la situation et de rediscuter des examens avec le médecin traitant.

4. L'exemple du CH de Cholet

En pratique, il sera mis en place à la suite de cette étude un secrétariat unique et dédié à l'HDJ avec un numéro de téléphone en accès direct de l'extérieur (ne nécessitant pas de passer par le standard), une boîte mail apicrypt® et un numéro de fax dédiés.

Certains éléments tel que les antécédents, le traitement, l'anamnèse, le motif de recours et les coordonnées du patient sont essentiels et doivent être formalisés afin de garantir une bonne transmission d'information de la ville vers l'hôpital. Le degré d'autonomie est aussi un élément important qui doit être mentionné pour l'organisation de l'HDJ. Cela conduira à proposer un formulaire type, non obligatoire mais pouvant servir de courrier de demande d'HDJ (annexe VII).

Un travail sera effectué pour déterminer le mode de confirmation de l'accord de principe de l'HDJ. Par défaut et pour répondre aux différents moyens de sollicitations évoqués ci-dessus, cela se fera par le mode de sollicitation.

En parallèle, un médecin référent dédié à cette activité sera identifié et aura pour objectif de développer les relations ville-hôpital. Cela passera par une accessibilité accrue via la mise en place d'une ligne directe « d'avis » disponible aux heures ouvrables du lundi au vendredi afin de répondre aux sollicitations.

Le référentiel de situation clinique (prototype en annexe II) sera diffusé à l'ensemble des praticiens de ville par le service de communication (DRUSAG) du CH de Cholet via la newsletter de l'hôpital avec les coordonnées du secrétariat, du médecin référent et le formulaire de demande type. Ces outils seront couplés à la mise en place de consultation pré-HDJ afin de mieux identifier la demande si cela est nécessaire.

La transmission de l'information sera assurée par une lettre de liaison systématique répondant aux critères légaux à la sortie du patient et par un courrier de sortie dont la voie informatique sera à privilégier.

Enfin, le rôle d'une IDE de coordination/programmation est à développer pour faciliter l'organisation des HDJ, en support de l'AMA et pour libérer du temps médical.

5. Conclusion

La mise en place d'une HDJ avec lien « ville-hôpital » est une idée séduisante pour les médecins traitants, probablement car c'est une structure hospitalière qui correspond à la pratique ambulatoire du médecin généraliste.

Elle nécessite le développement de liens relationnels étroits entre médecins qui doit passer nécessairement par des contacts humains directs. Le contact téléphonique semble donc incontournable.

Le concept d'HDJ reste une notion vague pour les médecins traitants qui demandent des précisions sur les situations éligibles.

L'enjeu organisationnel reste un élément clé du fonctionnement avec des attentes précises et globalement arrêtées (confirmation rapide, retour d'information par lettre de liaison, CRH disponible rapidement, utilisation de messageries électroniques). La crainte principale étant le risque d'allongement des délais liées à une surcharge de la structure.

Cette nouvelle activité pourrait être une alternative aux modes d'entrées classiques de l'hôpital.

Ce travail de thèse s'inscrit dans le cadre du projet de restructuration de l'Unité de Médecine Programmée du centre hospitalier de Cholet prévu pour septembre 2019 dont l'une des nouveautés est la création d'une unité d'HDJ polyvalente avec lien ville-hôpital.

Il est fort probable que la mise en place d'unités d'HDJ pour réaliser des prises en charges coordonnées entre la médecine de ville et l'hôpital tendront à se développer dans les années à venir y compris dans le Maine-et-Loire.

Le développement de telles structures qui nécessite la mise en place d'un lien ville-hôpital durable devra probablement passer par la mise en place d'un praticien dédié (visibilité et aspect relationnel, connaissances administratives). Le profil d'un médecin polyvalent, généraliste de formation et ayant des compétences en médecine interne et en gériatrie semble indiqué.

On peut citer l'exemple du CH de Cholet qui souhaite mettre en place une structure similaire en 2019. Une étude complémentaire quantitative sur le nombre de prise en charge effectuée après plusieurs mois par la structure ainsi que le taux de satisfaction des médecins généralistes permettrait d'effectuer le bilan de cette initiative.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé (HAS). (page consulté le 21/08/2018). Note méthodologique et de synthèse documentaire, prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaire, [en ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires. Haute Autorité de Santé; 2015.
2. Agence Régionale de Santé. Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. (page consultée le 29/10/2018). Projet Régionale de Santé 2018-2022 en Pays de la Loire. <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/Projet-regional-de-sante-2018-2022-en-Pays-de-la-Loire>. 2018 mai.
3. 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.
4. Almirall J, Fortin M. The coexistence of terms to describe the presence of multiple concurrent diseases. *J Comorbidity*. 2013;3:4-9.
5. 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.
6. 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*. nov 2002;52(484):934-9.
7. 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.
8. Letrilliant L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guerin MH, Mercier A. ECOGEN : étude des Eléments de la COnsultation en médecine GENérale. *exercer* 2014 ;114 : 148-57. [Internet]. *exercer*, la revue francophone de Médecine Générale. [cité 29 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr>
9. 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*. sept 2004;2(5):405-10.
10. 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*. mai 2005;3(3):209-14.
11. Livret thématique : Médecine | PRS Pays de la Loire 2018-2022 [Internet]. [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.projet-regional-de-sante-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/livret-thematique-medecine>
12. Nicolas Lemaire. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication. *Médecine humaine et pathologie*. 2016.
13. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? *Presse Médicale*. 2009 Oct ; 38(10) : 1404-9.
14. Delahaye. M. Enquête auprès des médecins généralistes sur l'apport des nouvelles technologies dans la relation médecine de ville-hôpital. Thèse d'exercice : Médecine : 2015.
15. Projet Médical 2013-2017, Centre Hospitalier de Cholet. [Internet]. [cité 20 avr 2019]. Disponible sur: https://www.ch-cholet.fr/wp-content/uploads/2016/10/PROJET_MEDICAL_2013-2017_.pdf

16. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=20190422>
17. Fourgeaud C. L'Hôpital de jour Ville-Hôpital : un exemple d'ouverture d'un hôpital de jour à la médecine de ville. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2015.
18. Delrue M. Hôpital de jour « Ville-Hôpital »: évaluation de la satisfaction des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2015.
19. Arrêté du 27 février 2017 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.
20. Origine géographique des patients [Internet]. Centre Hospitalier de Cholet. [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ch-cholet.fr/centre-hospitalier-cholet/a-propos-de/chiffres-cles/origine-geog/>
21. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison [Internet]. 2016-995 juill 20, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922482&dateTexte=20190423>
22. Guillet M. Document de sortie d'hospitalisation en médecine polyvalente : les attentes des médecins généralistes. Closs-Prophette F, éditeur. 2018; Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20126996/2018MCEM8510/fichier/8510F.pdf>
23. Direction Générale de l'Offre de Soins. Réunion de concertation sur la rédaction de la nouvelle instruction frontière, 5 avril 2017 [Internet]. [cité 23 avr 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_frontiere_concertation_5_avril_2017-2.pdf
24. Deltour-Becq L, D'Harcourt J, Verdier J-F, Boudet L, Delavaquerie C, Elbaum M. DÉVELOPPEMENT DES PRISES EN CHARGE HOSPITALIÈRES AMBULATOIRES DE MÉDECINE [Internet]. Inspection Générale des Affaires Sociales, Inspection Générale des Finances; 2016 févr p. 440. Disponible sur: www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2015-117R.pdf

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux.....	10
Figure 2 : Patients ciblés (%).....	12
Figure 3 : Situations médicales (%).	13
Figure 4 : Contexte médico-psycho-social (%).	13
Figure 5 : Connaissance du cadre réglementaire conditionnant l'organisation d'une HDJ.	15
Figure 6 : Interlocuteurs privilégiés sur l'indication de l'HDJ (%).	16
Figure 7 : Délais de retour sur l'accord « de principe » :	16
Figure 8 : Moyens de confirmation de l'accord « de principe ».....	17
Figure 9 : Délais souhaité pour l'obtention du CRH (%).	18
Figure 10 : Moyen pour communiquer sur la structure (%).	18

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Description de la population.....	11
Tableau II : Moyens de communication à mettre en place (%).	14
Tableau III : Relation « ville-hôpital ». La mise en place d'un lien « ville-hôpital ».	19
Tableau IV : Thématiques abordées à la question C05 (commentaires libres).....	20

Rapport-Gratuit.com

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
MÉTHODES	5
1. Présuppositions des chercheurs.....	5
2. Population	5
3. Recueil des données.....	6
3.1. Méthode de recueil.....	6
3.1.1. Sondage par questionnaire informatique	6
3.1.2. Création du questionnaire	7
3.2. Création d'un référentiel de situation clinique de l'HDJ.....	8
4. Durée de l'étude	8
5. Analyses des données.....	9
RÉSULTATS.....	10
1. Les sondés.....	10
1.1. Recrutement	10
1.2. Description des sondés	11
2. L'intérêt de l'hospitalisation de jour : pour qui ? pour quelles situations ?	12
2.1.1. L'intérêt de l'hospitalisation de jour	12
2.1.2. L'HDJ : pour qui ?	12
2.1.3. L'HDJ : pour quelles situations ?	12
3. La mise en place pratique du lien « ville-hôpital »	14
3.1.1. Les moyens de communication ville-hôpital	14
3.1.2. Reconnaître les situations « éligibles » à l'hospitalisation de jour	14
3.1.3. Le retour d'information	16
3.1.4. La communication HDJ-ville.....	18
4. Relations professionnelles et échanges.....	19
4.1. Questions fermées	19
4.2. Questions ouvertes	20
DISCUSSION ET CONCLUSION	21
1. Principaux résultats.....	21
1.1. Intérêt pour le projet.....	21
1.2. Moyens de communication et interlocuteurs.....	21
1.3. Patients et situations médicales ciblés.....	22
1.4. Connaissance du cadre réglementaire et des situations éligibles	22
1.5. Aspects relationnels	23
2. Forces et faiblesses de l'étude	24
3. Comparaison à la littérature.....	25
4. L'exemple du CH de Cholet.....	27
5. Conclusion	28
BIBLIOGRAPHIE	31
LISTE DES FIGURES.....	33

LISTE DES TABLEAUX 34
TABLE DES MATIERES..... 35
ANNEXES.....I

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire.

Envisager une vision innovante à propos de la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital dans le bassin Choletais.

Questionnaire interrogeant les médecins traitants du bassin choletais (Médecins libéraux, de l'HAD) sur les modalités pratiques de la création d'un lien " ville-hôpital " au sein de la nouvelle structure d'Hospitalisation de Jour de Médecine Polyvalente du Centre Hospitalier de Cholet dont l'objectif final est la réalisation de prises en charge coordonnées de type hospitalisation de jour sur demande des médecins traitants.

Bonjour et merci de répondre à ce questionnaire de thèse s'intégrant dans le projet de développement d'un lien " ville-hôpital " au sein de l'hôpital de jour du CH de Cholet.

Cette étude a pour but d'identifier les éléments à optimiser afin d'obtenir une organisation performante et adaptée à l'usage des médecins extérieurs à l'hôpital requérant un support technique thérapeutique ou diagnostic pour la prise en charge de leurs patients sous la forme d'une hospitalisation de jour (HDJ).

La durée estimée pour compléter le questionnaire est de 5 à 10 min.

Il y a 27 questions dans ce questionnaire.

Êtes-vous favorable à la mise en place d'une interface ville-hôpital vous permettant de demander l'organisation d'une hospitalisation de jour au sein de la structure d'HDJ polyvalente du Centre Hospitalier de CHOLET pour la prise en charge de vos patients (avis et réalisation d'examen complémentaires, consultations spécialisées multidisciplinaires) ? *

i Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui.
- Non.
- Ne se prononce pas.

Nous évoquons des prises en charge s'inscrivant uniquement dans le cadre de l'hospitalisation de jour :

- Bilan de polypathologie.
- Bilan diagnostic requérant l'expertise technique hospitalière.
- Thérapeutiques ou soins requérant l'environnement hospitalier.

Question en rapport avec le patient (contexte médico-psycho-social) :

Vous feriez appel à cette structure pour une :

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Tout à fait d'accord.	Plutôt d'accord.	Moyennement d'accord.	Pas d'accord.
Situation médicale complexe qui nécessite une expertise pluridisciplinaire (plateau technique, expertise médicale, sociale ou psychologique) chez une personne qui peut rester chez elle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise en charge ou exploration d'une pathologie chez un patient avec un handicap (physique ou psychologique) rendant la réalisation de toutes ces investigations fastidieuses en ville et pour laquelle un séjour en hospitalisation complète s'avérerait délétère.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Tout à fait d'accord.	Plutôt d'accord.	Moyennement d'accord.	Pas d'accord.
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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question en rapport avec la situation médicale :

Vous feriez appel à cette structure dans le cadre :

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Tout à fait d'accord.	Plutôt d'accord.	Moyennement d'accord.	Pas d'accord.
- D'un bilan de polypathologie :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- D'une aide diagnostic : avis de confrères spécialistes, bilan ou évaluation pluridisciplinaire, réalisation de plusieurs examens complémentaires invasifs ou non (morphologique, ponction exploratrice etc...) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Une prise en charge thérapeutique (perfusion de fer, transfusion) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Parmi vos patients, la population qui en bénéficierait le plus serait selon vous :

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Tout à fait d'accord.	Plutôt d'accord.	Moyennement d'accord.	Pas d'accord.
- Les patients dits « actifs », refusant une hospitalisation complète.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Les personnes « âgées et/ou poly pathologiques ».	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Les patients avec problème d'autonomie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quel serait selon vous le moyen privilégié à mettre à disposition pour contacter la structure ?

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Tout à fait d'accord.	Plutôt d'accord.	Moyennement d'accord.	Pas d'accord.
Ligne d'avis avec numéro direct et professionnel identifié uniquement :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adresse e-mail dédiée uniquement :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mixte avec téléphone et adresse e-mail selon la demande :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mixte avec Téléphone et fax et adresse e-mail selon la demande :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vous connaissez les contraintes légales encadrant l'organisation d'une hospitalisation de jour (Circulaire frontière de 2010 actualisée et réglementant la tarification d'une hospitalisation de jour) : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Tout à fait d'accord.
- Plutôt d'accord.
- Moyennement d'accord.
- Pas d'accord.

Il s'agit du cadre légale permettant de justifier que la situation requière l'usage de l'hospitalisation de jour (et non d'une consultation externe ou d'une hospitalisation complète) et conditionnant la facturation.

Quelle que soit votre réponse à la question précédente, la mise à disposition d'un référentiel de situations cliniques pourrait vous guider dans votre décision de requérir une hospitalisation de jour. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Tout à fait d'accord.
- Plutôt d'accord.
- Moyennement d'accord.
- Pas d'accord.

L'interlocuteur privilégié en cas d'interrogation sur l'indication de l'hospitalisation de jour serait : *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Tout à fait d'accord.	Plutôt d'accord.	Moyennement d'accord.	Pas d'accord.
- Le Médecin référent de l'hospitalisation de jour polyvalente :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- L'IDE coordinatrice de l'hospitalisation de jour polyvalente :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Le secrétariat de l'hospitalisation de jour polyvalente (AMA : assistant médico-administratif) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Un retour rapide sur l'accord « de principe » concernant la demande d'hospitalisation de jour vous paraît être un élément essentiel à cette interaction :

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui.
 Non.

L'accord consiste à répondre par **oui** ou **non** à la question "une hospitalisation de jour va-t-elle être organisée suite à ma demande ? "

Il diffère de la planification de la date de l'hospitalisation de jour (délais entre l'accord et la date de réalisation).

Si oui à la question précédente, vous souhaiteriez un retour : *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui.' à la question '9 [B05]' (Un retour rapide sur l'accord « de principe » concernant la demande d'hospitalisation de jour vous paraît être un élément essentiel à cette interaction :)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Dans les 24 heures.
- Dans les 48 heures.
- Dans la semaine.

Cette réponse pourrait s'envisager préférentiellement par : *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui.' à la question '9 [B05]' (Un retour rapide sur l'accord « de principe » concernant la demande d'hospitalisation de jour vous paraît être un élément essentiel à cette interaction :) et La réponse était 'Dans les 48 heures.' ou 'Dans les 24 heures.' ou 'Dans la semaine.' à la question '10 [B06]' (Si oui à la question précédente, vous souhaiteriez un retour :)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Fax.
- Mail.
- Téléphone.

La remise d'une lettre de liaison à la fin de la journée d'hospitalisation (comprenant un résumé des examens effectués, des modifications thérapeutiques, des éléments de surveillance, des résultats en attente et de la suite de la prise en charge) est un élément important de communication pour assurer le suivi de votre patient en ville : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui.
- Non.

Pour le suivi de votre patient à court terme, la remise d'une lettre de liaison à la sortie diminue-t-elle vos attentes en terme de délais concernant l'obtention du compte rendu définitif ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui.
 Non.

Quelle soit votre réponse à la question précédente : Quel délais vous paraît souhaitable pour l'obtention du Compte Rendu d'hospitalisation **définitif** ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Dans les 72h.
 Dans la semaine.
 Dans les deux semaines.
 Dans le mois.
 Une fois l'ensemble des examens obtenus et la synthèse définitive réalisée.

Comment souhaiteriez-vous que la structure communique avec vous sur son fonctionnement (mise à jour du référentiel de situation clinique, ouverture de nouvelles prises en charge spécifique) ? *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Tout à fait d'accord.	Plutôt d'accord.	Moyennement d'accord.	Pas d'accord.
Courrier d'information papier.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Courrier d'information par Mail professionnel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisation de réunion d'information.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si une ligne directe est mise en place :

Pensez-vous que cela soit aussi un nouveau moyen de solliciter un « avis » rapidement en support concernant une décision thérapeutique ou diagnostic ? (préciser si possible)

*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui.
- Non.
- Ne se prononce pas.

Faites le commentaire de votre choix ici :

Pensez-vous que cela améliorera vos relations avec votre structure hospitalière de proximité ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Tout à fait d'accord.
- Plutôt d'accord.
- Moyennement d'accord.
- Pas d'accord.

Pensez-vous que cela améliorera les échanges de pratiques et de connaissances entre médecins « de ville » et médecins « hospitaliers » (recommandation « bio-médicale », connaissance du patient) ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Tout à fait d'accord.
- Plutôt d'accord.
- Moyennement d'accord.
- Pas d'accord.

Avez-vous participé à l'une des réunions de présentation du projet d'HDJ polyvalente ? (Réunion organisée avec l'HAD ou lors de l'assemblée générale de l'AMOC ou du front de garde des Mauges) *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui.
- Non.

Pour donner suite à vos réponses aux questions précédentes, pourriez-vous de façon tout à fait informelle me faire part de vos attentes (exemples de situations cliniques, expériences antérieurs) ou craintes (en lien avec des difficultés de communication ou organisationnelles, situation particulière) rendant ce projet intéressant ou alors inadapté pour vous-même : *

Veillez écrire votre réponse ici :

Vous pouvez, si vous le souhaitez, présenter votre réponse en abordant les thèmes suivants :

- Principe de l'HDJ
- Organisation / interaction ville-hôpital
- Relation ville-hôpital

Quel est votre age ? *

Veillez écrire votre réponse ici :

Quel est votre sexe ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
 Masculin

Vous exercez en : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Milieu rural.
 Milieu semi-rural.
 Milieu urbain.

Département d'exercice : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

44.
 49.
 79.
 85.

Proximité avec le centre hospitalier de Cholet : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Distance de moins de 10 km.
 Entre 10 et 20 km.
 Plus de 20 km.

Exercice libéral exclusif ?

*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui.

Non.

Si vous n'exercez pas en milieu libéral exclusif, veuillez préciser (EHPAD/SSR/Hôpital-Clinique/HAD ou autre à spécifier). *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non.' à la question '26 [D06]' (Exercice libéral exclusif ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

Nous vous remercions pour votre temps et votre participation.

Ces données nous permettront d'adapter notre fonctionnement à vos attentes et vous recevrez les principaux résultats ainsi qu'un référentiel de situations cliniques relevant de l'Hospitalisation de Jour de Médecine Polyvalente.

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Annexe II : Référentiel de situations cliniques.



Coordonnées Secrétariat :
Téléphone : 02.41.49.60.89
Mail Secrétariat : hospit-jour-medecine-secretariat@ch-cholet.fr
Fax Secrétariat : 02.41.49.61.23

Coordonnées médecin référent :
Dr BALLIEU téléphone : 02.41.49.60.83

Référentiels de situations cliniques HDJ de médecine polyvalente « Centre Hospitalier de Cholet » :

Autonomie :

- Valide
- Fauteuil
- Brancard

Eligibilité :

Tout patient SANS problème de maintien à domicile.



- Situation relevant du thésaurus (*cf pages 3 et 4*)
- Situation hors thésaurus (cf ci-dessous bilan / situation médicale complexe)

1

Bilan / situation médicale complexe :

Consultation médecin HDJ pour synthèse (**Obligatoire**) + **minimum 2 éléments parmi listes ci-dessous** :

→ Élément à sélectionner parmi les listes A et B ci-dessous (minimum 2 éléments) :

A Liste des intervenants physiques :

- Médecin (Chaque spécialiste sollicité comptant pour 1)
- Orthophoniste
- Ergothérapeute
- Assistante sociale
- Kinésithérapeute
- Neuropsychologue
- Diététicienne
- Psychologue
- IDE spécialisée :
 - IDE plaie et cicatrisation
 - IDE addictologie
 - IDE Tabacologie
 - IDE douleur
 - IDE psychiatrie

B Liste des actes ou explorations :

Tout actes ou explorations (en dehors de la biologie/ECG/Radiographie standard) dont

- IRM
- Scanner
- Echographie / Doppler
- Ponctions/biopsies diverses

2

Thesaurus de situation :

Situation clinique	Examen(s)/acte(s)	Cs Med Poly	Cs Spécialiste(s)	Intervenant(s)/intervention(s)
Support transfusionnel (Informez HDJ si Carte de Groupe sanguin ou RAI positive)	Transfusion	X		Transfusion
Bilan d'anémie <u>avec</u> Support transfusionnel (Informez HDJ si Carte de Groupe sanguin ou RAI positive)	Endoscopie Digestive et/ou Myelogramme	X		Transfusion +/- Perfusion Fer IV
Bilan d'anémie <u>sans</u> support transfusionnel	Endoscopie digestive et / ou Myelogramme	X	+/- avis Onco-Hématologue	+/- Perfusion Fer IV
Perturbation de l'hémogramme	Myelogramme	X	+/- avis Onco-Hématologue	
Perturbation de l'hémogramme	BOM + Myelogramme	X	+/- avis Onco-Hématologue	
Bilan de gammapathie monoclonale	Myelogramme +/- Scanner low dose	X	+/- avis Onco-Hématologue	
Perfusion de Fer (VENOFER , Ferinject, Fer IV)		X		Perfusion Fer IV
Saignée		X		Saignée
Bilan HTA secondaire	- ETT - Angioscanner - Doppler artères rénales - Bilan endocrinien	X	+/- avis spécialisé(s) (Endocrinologue/ Néphrologue/Cardiologue)	
Bilan AIT	- ED TSA - ETT - IRM cérébral - Holter ECG	X	+/- avis Neurologue	
Ponction lombaire (diagnostique ou évacuatrice)	Ponction lombaire	X	+/- avis neurologue	

3

Ponction ascite (Compensée ou non par injection d'albumine)	Ponction ascite	X	+ / - avis gastro	+ / - Compensation par albumine
ACLASTA/ZOMETETA	+/- Panoramique dentaire.	X		Perfusion ACLASTA/ZOMETETA
Bilan hypercalcémie d'étiologie non évidente	- TDM TAP injecté - Biologie dont Test de Pack - ECG	X	+ / - avis spécialisé (Endocrinologie/rhumatologie)	Test de Pack
Bilan de confusion	TDM cérébrale non injecté / EEG / Biologie Standard / ECG	X	Avis gériatre	+/- PL si indication
Bilan de plaie aiguë/chronique	-EDAMI/EDVMI -TcPo2	X	+ / - avis consultation plaie et cicatrisation. + / - avis chirurgien vasculaire.	
Suspicion artérite à cellules géantes (HORTON)	- Doppler Artères Temporales - Biopsie Artère Temporale +/- AngioTDM	X	+/- avis médecine interne	ORL (BAT)
Bilan de syndrome inflammatoire biologique inexpliqué	- TDM TAP injecté + Examens orienté(s) par les antécédents/contexte (tel 6083). +/- ETT +/- BAT	X	+ / - avis infectieux ou interniste	
Suspicion néoplasie / Perte de poids inexpliquée / Fièvre inexpliquée.	TDM TAP injecté + Examen(s) orienté(s) par les antécédents/contexte à discuter (tel 6083). +/- ETT +/- BAT	X	+ / - avis infectieux ou interniste	+/- Diététicienne

4

Annexe III : Commentaires question C01.

« Si une ligne directe est mise en place, pensez- vous que cela soit aussi un moyen de solliciter un « avis » rapidement en support concernant une décision thérapeutique ou diagnostic » :

N°Identification	Commentaires	Notions
373771569	« Risque rapide de débordement et de surmenage du médecin référent, demandes inadaptées à gérer »	Surcharge / demande inadaptées à gérer.
1969964966	« Complément nécessaire »	Complément nécessaire
743261043	« L'intérêt d un échange téléphonique est de pouvoir poser des questions mais aussi de répondre en direct à des interrogations éventuelles , on évite de perdre du temps ,on se met d accord sur les délais souhaités immédiatement . On est certain que la demande a été prise en considération »	Echange / Communication directe / coordination.
730797259	« - oui, cela nous permet de savoir si premièrement indication HDJ, secondairement discuter des examens à réaliser le jour J et si possible en amont (ex biologies), ainsi que des différents avis spécialisés. L'avis peut aussi nous aiguiller sur l'initiation d'une thérapeutique en ville en amont selon les situations. »	Echange / Communication directe / coordination.
254725187	communication plus direct et entente entre professionnels sur prise en charge	Echange / Communication directe / coordination.
1233934693	échange entre médecins sur prise en charge	Echange / Communication directe / coordination.
2075806855	décision médicale en coordination que ce soit diagnostic ou thérapeutique	Echange / Communication directe / coordination.

Annexe IV : Commentaires libres, question C05.

« Pour donner suite à vos réponses aux questions précédentes, pourriez-vous de façon tout à fait informelle me faire part de vos attentes ou craintes rendant ce projet intéressant ou alors inadapté pour vous-même. »

N° Identification	Commentaires
373771569	Projet très intéressant pour favoriser la prise en charge rapide de patients compliqués Bon moyen pour obtenir des examens complémentaires par rapport à des délais non acceptables en ville, ex 2 mois pour une simple échographie expertise de médecine interne sur le Choletais Amélioration du partenariat et des échanges ville l'hôpital dans l'intérêt du patient
1158847515	Bon courage pour la thèse !!
1962414073	Il faut que tous les médecins du CH de CHOLET y participe et avec les mêmes règles. Actuellement, certains spécialistes refusent de nous parler au téléphone car nous les dérangeons pendant leurs consultations. Nous, nous nous rendons disponible y compris pendant nos consultations..... et eux, exigent de nous parler quand ils sont disponibles s'ils ont besoin de renseignements, pendant nos consultations. Certains veulent des fax, d'autres des mails et d'autres le téléphone. Je vous souhaite bon courage pour homogénéiser les avis.
1314535386	expérience concluante pour le moment avec une réponse rapide en terme d'avis et de réalisation de cette HDJ
132875379	Bonjour Dr BALLIEU, En tant qu'interne à l'HAD je pense que le contact avec le médecin de l'HDJ doit être facilement réalisable et privilégié que ça soit par mail ou par téléphone selon la complexité ou l'urgence de la situation. La réalisation d'actes médicaux étant assez fréquente, notre demande est plutôt axée sur le côté actes techniques plutôt que sur des évaluations globales. Pour les situations particulières des transfusions, il nous est parfois difficile de récupérer les dossiers transfusionnels à temps dans le but de vous faciliter la tâche. Ce projet est en tout cas très adapté pour moi, avec des situations qui seraient plus difficilement gérables et parfois moins acceptable pour le patient.
827082227	Je trouve ce projet très intéressant mais je pense qu'il faut que les choses soient cadrées dès le départ et qu'il y ait un secretariat et un medecin referents pour ne pas creer de doublons et de confusion dans la prise en charge des patients. Je ne sais pas combien de lits vous allez avoir mais j'ai bien peur que vous soyez rapidement débordés.....
665983555	
1969964966	Correspond à un besoin et une attente Il faut bien délimiter le cas clinique Pour cela le contact téléphonique médecin me paraît indispensable
743261043	Ex d'un patient de 84 ans , plaie de jambe droite en évolution favorable, PTH bilatérale ,passé aux urgences un we pour douleur inguinale et impotence fonctionnelle du MI droit sans traumatisme : radio normale , renvoyé au domicile avec cs ortho programmée .conjoint présentant des troubles cognitifs sévères ne pouvant rester seul au domicile plusieurs jours : bilan bio crp augmentée . Infection sur prothèse ? Examens à organiser en HDJ ce serait bien pour son conjoint , si besoin de traitement , possibilité HAD à suivre ... actuellement : en attente d 'avis ortho programmé en consultation rapprochée après échange téléphonique avec ortho de garde pas très intéressé par le cas puisque pas d'urgence immédiate....
632645694	simplifier l'accès a l'hopital en connaissant l'interlocuteur direct , par ex pour une transfusion on ne sait jamais si MPU, hemato , plateau technique gastro... ca permet aussi d'organiser les soins si differents examens requis pour une meme personne , tout centraliser la meme journee ...

2112184465	Principe de l'HDJ: pouvoir regrouper un ensemble d'examens permettant d'avancer la démarche diagnostique, et facilitant la prise en charge du patient pour l'hôpital est parfois effrayant Echanger ensemble de l'histoire clinique, pour réfléchir ensemble à la démarche diagnostique et élaborer la prise en charge thérapeutique et de suivi. Le compte-rendu provisoire même succinct dans l'attente de certains résultats est pour nous, médecins de ville, essentiel. En tant que médecin traitant, nous sommes un référent pour le patient qui rapidement revient nous voir avec ses interrogations, difficile de lui répondre quand nous ne possédons pas les éléments de l'hospitalisation.
1100199108	
1235923587	1/ délai de programmation de HDJ devant être court quand contexte de hospitalisation : aide au diagnostic 2/ bilan polyopathologie bilan tbles ioniques
1134099303	
1014973086	Le service HDJ est vraiment une structure importante , pour ne pas dire essentielle, dans la relation Hôpital- HAD. C'est pour nous (médecin HAD) ,la possibilité d'avoir une organisation rapide d'un bilan, la réalisation d'un geste technique avec promptitude , et/ou d'avoir une réponse médicale opportune. Cette démarche nous évite d' "engorger" plus le service des urgences.
833079048	
1703778445	J'ai déjà contacté directement le médecin de la structure pour un avis pluridisciplinaire : ça été efficace et finalement cela a permis au patient de ne pas se déplacer ni pour une cs ni pour une HDJ .
576413138	
337802281	Mon attente essentielle est que le numéro de téléphone dédié réponde ou qu'on me rappelle dans les 48h.
730797259	- bilan de situations complexes nécessitant un ou des examens, avis spécialisés. coordination de la prise en charge hospitalière avec un interlocuteur privilégié. - exemple: bilan hypercalcémie, transfusion, bilan pluridisciplinaire chez des patients présentant une polyopathologie, ou une difficulté à réaliser les examens en externe (ex: personnes âgées ou dépendantes, patients valides ne pouvant se libérer à plusieurs reprises pour la réalisation de certains bilans). - craintes: majoration des délais une fois l'activité de l'HDJ lancée avec nombreuses demandes de la part de la médecine de ville qui présente de plus en plus de difficultés à obtenir un avis spécialisés, ou des examens complémentaires. A voir avec le temps , mais la charge de travail sera sûrement importante à terme.
700390405	- vu les délais épouvantables pour obtenir des examens complémentaires (TDM, echo, IRM...), quels examens pourraient être proposés par l'hdj, à part des avis de spécialistes qui prescriraient des examens en externe? - l'HDJ peut être intéressante pour programmer des transfusions, infiltrations....
960457114	
254725187	bilan d'anémie, transfusion, organisation d'un bilan avec plusieurs examens sur une journée
2027700480	
1410946823	
707379611	
1944719458	L'avis direct sur l'indication d'HDJ et la réactivité me semblent deux éléments importants pour que cela fonctionne. L'information sur les différentes indications d'accès facile permettrait d'éviter des appels superflus également.
345808921	Jusqu'ici, quasiment impossible d'organiser une HDJ pluridisciplinaire Il fallait passer par un spécialiste d'organe, qui ne prescrivait que pour sa spécialité Merci pour cette initiative HDJ bon principe
1233934693	permet prise en charge optimisée pour les patients , plusieurs examens sur une même journée gain de temps pour les patient médecin/secrétaire pour organisation des examens, diagnostic ou prise en charge plus précoce
1241455387	
779294474	Projet intéressant, j'ai pu avoir défaut recours à l'hdj Et j'ensuistres satisfaite (délai de prise en charge rapide, retour écrit avec synthèse) J'apprécie particulièrement la ligne tel dédiée afin de savoir si ma demande est adaptée
2009871524	le principal pb avec le CH de Cholet de façon générale est la lenteur des courriers pour les hospitalisations° et surtout les avis demandés en cs° : par exemple : je viens de recevoir cette semaine un CR de consultation du 18/10/2018 en endocrino.... c'est dommage les numéros de ligne directe mis en place pour joindre les différents spécialistes sont très appréciables : ils permettent un avis direct lors de la consultation. Dommage que toutes les spécialités ne le mettent pas en place. IL est parfois impossible de joindre un spécialiste en direct lors d'une consultation (plus de 15 min d'attente au tel, avec

	plusieurs retour au standard).
382453111	1 crainte/difficulté : delai de prise en charge du patient trop long qui finirait aux urgences
1633151120	bilan syndrome inflammatoire inexplique me parait situation adaptée surtout si chez personne âgée
2080096461	Non
327325401	
758139566	
395140172	- Anorexie patient agé en EHPAD - Bilan anemie
1731454323	Merci
70380939	
1731109299	
2075806855	projet tout à fait important pour une prise en charge coordonnée des patients meilleure connaissance mutuelle des contraintes médicales de prise en charge des patients complémentarité des analyses de situations qui impactent obligatoirement la prise en charge du patient éviter les redondances de bilans efficience et pertinence ville - hôpital évolution possible à partir d'indicateurs de qualité
1773852109	
963855184	Besoin de connaître les situations (en dehors de l'anemie) où il est intéressant de faire appel à l'HDJ. Aucune crainte, pour avoir déjà fait appel à l'HDJ, très bonne relation, prise en charge rapide, retour rapide.
2052570987	pas d'idée
2082399967	
1567866225	Très bon projet avec un intérêt réel pour l'amélioration de la prise en charge de certaines situations complexes
2037258081	Interet : Bilans chez patients déments en ehpad. Ou ne souhaitant pas d hospit. Inquiétude sur le contenu et l organisation de l hdj. Ayant déjà essayé de faire un scan cérébral en plus du scan tap deja prévu pour un patient ayant un cancer et présentant un début de démence. .. la radio m avait dit oui ... puis : on a oublié...
1386929034	Des situations antérieures de patients en difficultés de mobilité ou de soutien d'entourage qui ont plusieurs convocations pour des examens successifs et donc plusieurs AR et des difficultés à faire la synthèse (moi aussi d'ailleurs). Une de mes patientes a fait 2 AR dans la journée, un à 9h pour un examen le second à 14h pour la dialyse alors qu'elle se rend 3 fois par semaine à l'unité d'auto dialyse ! Des prises en charge de transfusions compliquées parfois. Des situations à débroussailler où une programmation d'examens complémentaires en collaboration médecin traitant/ réfèrent hospitalier serait un VRAI plus , pour le généraliste et son secrétariat (nous passons actuellement des heures à organiser certains parcours de bilans), pour le patient qui a besoin de sentir une continuité et une vraie concertation. Un groupe de notre MSP travaille sur un document navette lors d'hospitalisation en vue d'améliorer la prise en charge du retour d'hospitalisation, des échanges avec l'unité HDJ seraient profitables.
697599991	Le projet est très intéressant et de nombreuses situations "cliniques" pourraient en bénéficier, si l' organisation est facile à mettre en place.
1183253548	Anémie à transfuser Bilan de chute Bilan d'ine AEG
1738189950	X
915215895	Aucune crainte! Unité d'HDJ = on en rêvait ... Situations éligibles : cure de Veinofer, transfusion, avis spé conjointement à un acte technique qui requière une hospitalisation...
290722237	Pouvoir joindre les praticiens par téléphone, la plupart des secrétariats ne répondent jamais, surtout en cas d'urgence Avoir des courriers de sortie plus rapides Etre informés par tél le jour meme du décès d'un malade

	non adapté pour personnes en perte autonomie avec maintien à domicile difficile.
1432222613	utile pour démarche diagnostique brève (dyspnée, plaies complexes, déséquilibre d'insuff cardiaque, respi, diabète, syndrome inflammatoire, douleurs non expliquées...) ou pour thérapeutique (transfusion, veinofér, aclasta, etc).
	Hospit de jour sans possibilité de prolonger limite les possibilités ++ surtout pour personnes âgées avec risque de difficultés au retour à domicile le soir.
1209046815	Crainte de transfert de responsabilité de l'hôpital sur la médecine générale qui elle aussi est étranglée et qui en a un peu marre de l'inaccessibilité de certains spécialistes (charge supplémentaire de travail pour obtenir des RDV).
493056957	Le lien ville hôpital dépend beaucoup de la bonne volonté des personnes (exemple le lien avec la gynéco obs actif du temps du Dr Aireau s'est défait avec la nouvelle équipe) Cette structure serait surtout utile pour les personnes âgées du fait de la iatrogénie hospitalière

Annexe V : Thématique abordé à la question C05 avec références.

Thématiques abordées :	Nb	N° identification.
Projet intéressant / adapté.	12	373771569
		132875379
		827082227
		1969964966
		1014973086
		345808921
		1233934693
		779294474
		2075806855
		1567866225
		697599991
		915215895
Exemples de situations.	7	743261043
		1235923587
		730797259
		254725187
		1633151120
		395140172
		1183253548
Contact téléphonique / échange direct.	7	132875379
		1969964966
		2112184465
		337802281
		1944719458
		779294474
		290722237
Partenariat – amélioration / échange de pratique – Coordination.	7	373771569
		132875379
		632645694
		730797259
		1233934693
		2075806855
		493056957
Délais / réactivité / risque de surcharge.	7	373771569
		827082227
		1235923587
		337802281
		730797259
		700390405
		1944719458
Personnes âgées et / ou polypathologiques.	5	730797259
		1633151120
		395140172
		2037258081
		493056957

Doute sur compréhension du projet.	5	1962414073
		700390405
		290722237
		1432222613
		1209046815
Réserves sur le projet.	5	1962414073
		730797259
		700390405
		382453111
		2037258081
Retour d'expérience positive.	4	1314535386
		1703778445
		779294474
		1386929034
Question organisationnelle.	4	827082227
		2037258081
		1386929034
		697599991
Situations complexes.	3	373771569
		730797259
		1567866225
Comptes rendus.	3	2112184465
		2009871524
		290722237
Simplifier l'accès à l'hôpital.	3	1014973086
		345808921
		1386929034
Diagnostic / investigations.	3	373771569
		2112184465
		2037258081
Indication à l'HDJ.	2	1944719458
		963855184

Annexe VI : Analyse des échelles de Likert (moyennes et écarts types).

Patients ciblés :	Moyenne	Ecart type
Âgées et/ou polypathologiques.	3.708	0.503
Dépendants.	3.458	0.824
« Actifs » refusant l'hospitalisation complète	2.875	0.815
Situations médicales ciblés :	Moyenne	Ecart type
Bilan diagnostic.	3.875	0.334
Prise en charge thérapeutique.	3.813	0.491
Bilan de polypathologie.	3.604	0.610
Contexte Médico-psycho-social :	Moyenne	Ecart type
Handicap/séjour hospitalier délétère.	3.833	0.377
Situation médicale complexe.	3.771	0.472
Patient refusant l'hospitalisation complète.	3.583	0.679
Moyens de communication à mettre en place :	Moyenne	Ecart type
Ligne d'avis.	3.478	0.809
Téléphone + email	3.239	0.794
Téléphone + email + fax	3.000	1.116
Email uniquement	2.435	1.003
Interlocuteur privilégié :	Moyenne	Ecart type
Médecin référent.	3.957	0.206
IDE coordinatrice	2.783	0.867
AMA	1.804	0.833
Comment communiquer ultérieurement sur la structure :	Moyenne	Ecart type
Courrier électronique.	3.348	0.971
Courrier papier.	3.000	1.011
Réunion d'information.	2.457	0.887

Annexe VII : Document de demande d'HDJ.



FINESS : 490000635
SERVICE D'HOSPITALISATION DE JOUR DE
MEDECINE POLYVALENTE
- Pôle Médecine -
Docteur Damien BALLIEU

Document demande HDJ

Date de la demande	Cliquez ici pour entrer une date.
Coordonnées médecin prescripteur	Téléphone : Adresse : Mail :
Identité + coordonnées du patient	Nom : Prénom : Nom de naissance : Date de naissance : 00/00/0000 Adresse : Tel :
Motif d'hospitalisation	
Antécédents principaux : patient connu du CH	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (<i>joindre un récapitulatif des antécédents principaux ou importants pour la PEC</i>)
Traitement (joindre l'ordonnance)	
Examen(s) ou traitement souhaité(s)	
Délai souhaité	<input type="checkbox"/> <72 heures <input type="checkbox"/> dans les 2 semaines <input type="checkbox"/> dans le mois
Défaut de mobilité	<input type="checkbox"/> déambulation normale <input type="checkbox"/> fauteuil <input type="checkbox"/> alitement

En cas de questionnement sur l'indication à l'HDJ, contactez Dr BALLIEU au 6083

Adresse mail : hospit-jour-medecine-secretariat@ch-cholet.fr
Secrétariat : 02 41 49 60 89
Fax : 6165 (PC 4/1)

« Envisager une vision innovante à propos de la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital dans le bassin choletais. »

RÉSUMÉ

Introduction :

Le vieillissement de la population et la polypathologie modifient le contenu de la consultation en médecine générale. Des études montrent les limites temporelles en soins primaires pour la gestion des situations médicales complexes. Une structure de support hospitalière prenant la forme d'une hospitalisation de jour (HDJ) serait une aide pour les Médecins Généralistes (MG). L'objectif du travail était de questionner l'intérêt et les attentes des MG pour la mise en place pratique d'un lien « ville-hôpital » au sein de l'HDJ du Centre Hospitalier de Cholet.

Méthodes :

Etude observationnelle descriptive quantitative par questionnaire informatique conçu avec Limesurvey, envoyé aux médecins de l'Association des Médecins Omnipraticiens du Choletais, du front de garde des Mauges et de l'HAD 49. Période : Février à Avril 2019. Analyse sur EXCEL®.

Résultats :

Le taux de réponse était de 48 %. 100 % étaient favorables au projet. 89% souhaitaient une ligne directe d'avis, l'interlocuteur privilégié était le médecin de l'HDJ (96 %). 76 % rapportaient ne pas connaître les contraintes légales encadrant l'organisation de l'HDJ, 91 % étaient favorables à la mise à disposition d'un référentiel de situations cliniques pour les guider dans l'indication de l'HDJ. 98 % des répondants souhaitaient un retour rapide sur l'accord de principe, et pour 56 % dans les 48 heures. 100% souhaitaient une lettre de liaison et 72 % un compte rendu dans un délai d'une ou deux semaines. Cela pourrait améliorer les relations avec l'hôpital pour 98%.

Conclusion :

L'HDJ « ville-hôpital » est une solution plébiscitée par les médecins généralistes. Cela nécessite le développement de relations étroites et des attentes précises en matière d'organisation. La mise en place d'un référentiel de situations éligibles est une solution pour aider le praticien libéral.

Mots-clés : Médecine Générale, soins primaires, Hôpital De Jour, Lien ville-hôpital, Coordination, Polypathologies

« Consider an innovative vision about the coordination between primary cares and the hospital around Cholet. »

ABSTRACT

Introduction :

Consultations in General Medicine are changing because of multimorbidity and aging of population. Studies show limited time in primary cares to lead time-consuming complex medicals problematics. A day care hospital in support could help. Study objective is to question General Practitioners on the interest and practical implementation of a community networks with Cholet Hospital Day Care Center.

Methods :

Quantitative descriptive observational study by survey sent to physicians of the « Association des Médecins Omnipraticiens du Choletais », « front de garde des Mauges » and « HAD 49 ». Period : from February to April 2019. Creation of the questionnaire and send with Limesurvey®. Analysis with Excel®.

Results :

Response rate was 48%. 100% of respondents were in favor of project. 89% wished direct telephone line. Privileged interlocutor was doctor of day care hospital at 96%. 76% hadn't knowledge on day care hospital reglementation's. 91% wanted a referential of eligible clinical situations. 98% wished a quick return on the agreement in principle (within 48 hours to 56 % of respondents). 100 % wished liaison letter. 72 % wanted a report within one or two weeks. It could improve relationships with hospital according to respondents (98 %).

Conclusion :

Community networks with a day care hospital could be a solution according to general practitioners. It needs close relationships and precise organization. A repository of clinical situations could help to identify eligible situations.

Keywords : General Practice, Primary Cares, Day Care Center, Community Networks, Coordination, Multimorbidity

