

ANNÉE 2017

2017 TOU3 1025

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Albanie TOLEDANO

Le 29 Mars 2017

Relations médecins généralistes – hôpital : évaluation à un an d'une filière d'admission directe dans un service de Médecine Interne au CHU de Toulouse

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Laurent SAILLER

JURY

Monsieur le Professeur Philippe ARLET	Président
Monsieur le Professeur Laurent SAILLER	Assesseur
Monsieur le Professeur André STILLMUNKES	Assesseur
Monsieur le Docteur Jean-Pierre SCIOLLA	Assesseur
Monsieur le Docteur Grégory PUGNET	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		
		P.U. Médecine générale	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
POUTRAIN Jean-Christophe

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREUEW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Physiologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRAD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

REMERCIEMENTS

À notre Président de jury,

Monsieur le Professeur Philippe ARLET

*Professeur des Universités, praticien hospitalier
Service de Médecine interne du CHU Purpan*

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, veuillez recevoir l'expression de mon profond respect et de ma haute considération. Je vous remercie également de nous transmettre votre savoir en Médecine hospitalière notamment avec le Diplôme Universitaire de Médecine Polyvalente.

Aux membres du jury,

À Monsieur le Professeur Laurent SAILLER

*Professeur des Universités, praticien hospitalier
Chef du service de Médecine interne du CHU Purpan,*

Je vous remercie de m'avoir proposé ce travail de thèse et de faire partie de ce jury.

En espérant avoir été à la hauteur de vos attentes. Je vous remercie également de me permettre de mener à bien mon projet professionnel en m'offrant la possibilité d'un assistantat partagé. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur André STILLMUNKES,

*Professeur associé de Médecine Générale,
Médecin généraliste*

Je suis très honorée que vous ayez eu l'amabilité de juger ce travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma très haute considération. Je vous remercie de votre investissement au sein du Département Universitaire de Médecine Générale afin d'assurer une formation de qualité.

À Monsieur le Docteur Jean-Pierre SCIOLLA

*Chef de service du service de Médecine du CH de Castres,
Praticien hospitalier,*

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail ce jour. Je vous remercie également de m'avoir fait confiance en me proposant un assistantat partagé dans votre service. Soyez assuré de mon profond respect et de ma haute considération.

À Monsieur le Docteur Grégory PUGNET

*Praticien hospitalier
Service de Médecine interne du CHU Purpan,*

Vous me faites l'honneur de faire partie de mon jury ce jour. En espérant que ce travail sur l'unité dont vous êtes responsables vous donne entière satisfaction. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À mes anciens maitres de stage,

Aux équipes de Médecine du CHAC et des Urgences de Castres.

Aux praticiens qui m'ont accueilli lors de mon stage en libéral. Je garde un excellent souvenir de ce semestre avec vous.

À Chantal,

Merci à toi pour ta gentillesse, ton humour, ces petits déjeuners le midi entre les consultations. Merci d'avoir partagé ton savoir avec moi et de m'avoir fait confiance en m'autonomisant dans le stage. J'admire ton punch et ton énergie de vivre.

À Philippe,

Merci à toi aussi de m'avoir transmis ton savoir, de m'avoir guidé afin de mener à bien une consultation et pour ces discussions sur le rugby. Tu es quelqu'un que j'admire par ton savoir et ta droiture avec les patients. Je remercie aussi **Laurence** de m'avoir accueilli et permis de déjeuner chez vous ainsi que le petit rituel du café et de la sieste avant de repartir en visite.

À l'équipe de Cardiologie de Castres,

En particulier à Philippe, Marion, Pierre, Ahmed et Maeva ma super co-interne. Je me suis régalé pendant 3 mois à vos côtés. Grâce à vous le Lasilix n'a plus de secrets pour moi.

À l'équipe de Médecine 2 à Castres,

Merci à Laurent, Sarah de m'avoir transmis vos connaissances.

Merci à toi Léo, pour ton investissement, ta gentillesse et surtout d'avoir toujours eu confiance en moi.

À l'équipe de Médecine interne de Dieulafoy,

À Laurent Alric, Delphine, Juliette, Marie-Aimée et Sandrine.

À **Alice**, je suis contente de t'avoir rencontrée. Merci de m'avoir appris pleins de choses.

À l'équipe du SMIT,

À Pierre, Muriel, Lydie, Guillaume, Marine, Alexa, Lucie, Mr Marchou et Mr Massip.

Et à toute les équipes paramédicales pour votre aide précieuse durant mon internat et externat.

À ma famille,

À mes parents,

Je vous remercie d'avoir cru en moi et de vous être sacrifiés afin que je puisse entreprendre ces études. Vous m'avez offert une enfance heureuse. Grâce à vous je n'ai manqué de rien. Je suis fière de vous avoir comme parents. Je vous aime.

Maman,

Ma petite Mamounette, tu as toujours tout fait et tout donné pour nous. Je te remercie de tout mon cœur pour ça. Pendant toutes ces années tu as toujours été disponible et compréhensive lors de moments de doute. Tu es très intelligente et le chemin professionnel que tu as parcouru me rend très fière de toi. Je t'aime

PS : Merci Bernard Pivot pour la relecture.

Papa,

Mon Papounet, je suis tellement fière d'avoir un papa comme toi. Même si t'as vie n'a pas été facile tu as toujours réussi à te débrouiller et à accomplir de grandes choses, tu m'impressionne. Merci pour tout ce que tu as fait pour nous. Je t'aime.

À mes sœurs,

Daphné, petite sœur... Bravo pour ces études, même si tu as eu affaire à quelques obstacles, tu touches presque au but... Dépêche toi de finir tout ça pour partir à la capitale avec Philou. Merci Valoche Damidot de m'avoir accueilli ces derniers mois chez toi pour que je travaille ma thèse.

Inès, petite naine... Toi que nous mettions dans un pot de fleur, tu as bien grandi depuis... Je suis très fière de ton parcours sans faute petite intello. Profite bien de ces années que tu es entrain de vivre ce sont les meilleures.

À mes grands-parents,

Mamie Clodou, ma petite mamie chérie cascadeuse. A 80 ans (le jubilé) et même après une chute tu restes toujours parfaite. Toujours drôle à dire des bêtises. Merci pour tout ce que vous nous avez fait découvrir et vivre avec papi pendant notre enfance. Vous avez été des grands-parents géniaux.

Maminou, tu nous toujours considéré comme tes petites filles. Merci pour tous ces bons passés en ta compagnie, pour tes bons petits plats, ces balades (et des glaces) au lac de St Ferréol...

À ceux qui ne sont plus là, je vous dédie ce travail

À Mamie Yoyo, ma jolie mamie, je suis soulagée que tu sois enfin délivrée de tout ça. Tu me manques. Merci de t'être aussi bien occupée de moi (de nous tous) lorsque j'étais enfant.

À Papi Jojo, tu nous as quitté bien trop tôt mais j'espère que de là haut tu es fier de ce que je suis devenue.

À Papi Roger, que je n'ai pas eu l'occasion de connaître.

À Tonton Stéphane et à Laurence,

Merci d'être là en ce jour spécial. Merci pour ce que vous avez fait pour nous et en particulier pour maman.

À Cathy,

Ma marâtre, merci pour ce que tu as fait pour nous et de nous avoir considéré comme tes filles. Toi qui me coachais quand j'étais petite pour aller à la boulangerie toute seule, j'ai bien grandi depuis. Je suis heureuse que malgré les aléas de la vie tu fasses toujours partie de la mienne.

À Jérôme, Mathilde et Charlotte.

À Isabelle.

À mon amour, Thomas,

Ces mots ne suffiront pas à décrire ce que tu représentes pour moi mais je vais tout de même en dire quelques uns.

Merci pour ton soutien sans faille ces derniers mois qui n'ont pas du être faciles pour toi. Tu as supporté mes humeurs fluctuantes et mes questionnements sur ma thèse sans jamais me le reprocher. Merci d'avoir cru en moi et d'être resté à mes côtés dans ces moments difficiles.

My BAE.

Je t'aime.

À mes Amis,

À Amaury et Cécile et ce petit trio infernal que nous formons surtout pour toi Cécile.

À toi ma Bouysse,

Tous ces moments partagés depuis la P1 sont inestimables. Les weekend à Masses, les apéritifs dinatoires chez toi qui dégénèrent, ton champagne qui sort de nulle part, tes millions de paires de chaussure (Ma Chérrrrrie, Christina C.), cette féria de Vic (Malédiction), Louane sous la douche (pour demain l'aveniiiiir), nos Latte du samedi après midi...

À toi Chou,

Merci pour ces voyages fous au bout du monde en ta compagnie. Cette chorégraphie d'AKB48, les chansons de Céline sur les routes du Québec, te faire chauffer les toilettes au Japon pour que ton réveil soit des plus agréables, « One, two, three ... Candle ». Même si tu as voulu me transpercer la rate en pleine nuit, ces souvenirs à tes côtés resteront pour toujours dans ma petite tête (même quand je serais sénile). Big up aux leçons de culture (*Pierre qui roule n'amasse pas mousse*).

PS : Amaury prend l'assiette du lave vaisselle !!!

À Sylvain, mon gaillou,

Mon chouchou que d'années parcourues depuis la première année de Médecine et ces révisions au Caducée, en passant par les weekends mythiques au Cap Ferret et maintenant ces soirées dans ton donjon des Carmes. Restes comme tu es tout beau tout blond je t'adore. Et vive le C.O.

À Jeanne, ma babe,

J'ai tant aimé partager ces années folles de Médecine avec toi. Tu es une fille géniale. Tu t'es assagi (l'internat ou Raphaël ?) et je suis contente de te voir épanouie, tu le mérites tellement. Je t'embrasse fort Babe <3. « Elle est où Jeannnnnnne ? »

À Joffrey, mon grincheux,

Le Don Juan de ces dames malgré ta chevelure capricieuse. Râleur et fier de l'être c'est pour cela que l'on t'aime tant.

À Elsa, ma demi sœur de Gin-to licorne,

Studieuse le jour, fêtarde la nuit, grande adepte du Hendricks. Je suis très heureuse de t'avoir rencontré. Merci d'avoir supporté mes coups de téléphone où je ne faisais que parler de ma thèse. Bientôt ton tour.

À Mélodie, notre anticapitaliste,

Sans doute la meilleure chanteuse de notre décennie mais pas la meilleure DJette. Tu me régales Shania Twain. J'espère que tu rétabliras la transparence dans le conseil de l'ordre des arracheurs de dents.

À Sarah, la princesse des Carmes,

Ma lady, tu as toujours la classe en toutes circonstances. Mais moi je suis prête à salir ta jolie robe pour nettoyer le sol de l'internat de Gourjade et c'est pour cela que je t'adore. Merci d'avoir rendu les cours et les AEP moins longs et beaucoup plus drôles.

À Romain, Mon Roro,

Je suis plus que touchée que tu ai fais me déplacement pour être à mes côtés ce jour. J'ai encore ce petit souvenir de toi, le garçon solitaire en P1 à la prépa. Puis nos vacances à Salou (salouuuuu reveillez vous !!!!), à Istanbul (dans le respect des traditions), en Asie (10 roupies c'est trop cher). Tu m'a fais pleurer de rire avec tes conneries. Je t'adore.

À Paul, El catalan,

Tes petites sessions de rap en caleçon et la fois où nous avons réappris les paroles du DOC chez moi restent mémorables.

À Nicolas, Vitcho,

À tous ces moments partagés ensemble et avec notre Roro qui restent mémorables. Tu es un garçon en or et de ce que j'en ai vu un super Docteur à venir. Ne change pas.

À Pierre-Jean, Ninou,

Depuis nos années lycée, tu es toujours à mes côtés. Les tirages de cable entre midi et deux à la nautique avec la Twingo qu'on a bien dérouillé, le trampoline clandestin en pleine nuit, le scooter dans ton jardin picheeeee, ton vomito après la Chakanight à Narbonneuuuuuh et la fériaaaaaaaa !!! Ces moments à NY et à Toronto (surtout les snaps à 2h du matin que j'ai toujours en ma possession ^^). J'espère que l'on partira ensemble un jour. Love.

À Cecile, trotto,

Ma femme depuis ce CRIT, tes soirées hors normes pendant ces années d'étude tu m'as fait rêver. Je suis contente de te voir heureuse là haut dans le Nord et maintenant urgentiste.

À Flo, la cagole,

À ces weekends de folies à Barcelonaaaa ! Tu me fais toujours rire avec tes histoires gargantuesques... Siiii Muy Bien Vale Vale !!!

À Maxime,

Grand dadet expatrié chez les Rosbeef. Toi le roi de l'orthographe avec ton rire hors du commun. Merci pour ces moments partagés ensemble surtout ces vacances à Lisbonne mon petit Bacalhau, et le moment où tu nous a ressorti ton Silex. Plein de bonheur avec Harriett mais s'il te plait arrête de conduire des voitures anglaises.

À Z,

À tous ces moments partagés, les Guinzeurs, ces soirées (Z baiiiiisse le son, les fermetures des soirées internats (mais laissez nous les clés) et ces afters interminables.

À Lucie, Léonor, Anaïk, Sophia, Laure, Julie (et Kiki), Vincent, Dien (Don Dieno de la Vega), Maëlle et Nicolas.

À Julia, Charlotte, Emma et Zara.

À Philou, prend bien soin de ma petite sœur.

Aux amis de Thomas, Camille et Thibault, je suis contente de voir avoir rencontrés.

À mes potes de P1, **Corinne, Armand, William, Guillaume, Audrey, Bastien, Matthieu, Pierre et Belmu, Matthieu B** (Zaz a fini par enlever ce satané piercing).

À **Pif**, tu restes un ami très cher à mes yeux.

À la **Dream Team Castraise**,

Maeva (Ouais c'est Maééééé), **Clémentine** (Pas de sentiments... toi même tu sais la suite), **Charlène** (le séchoir), **Carole** (je ne peux pas écrire mon plus beau souvenir de toi sur ces pages sinon je risque la censure), **Judith, Claire** (Claire arrête de parler ;)), **Pauline, Boubou** (Mon voisin de chambre, pas du tout grincheux au réveil), **Sebastien** (c'est qui Seb ?), **Thomas** (à vouuuuus !!) , **Léo, Matthieu** (Merci pour ta musique et tes petits gâteaux), Adam (cet Adammm), **Vince** (Le mafia du 13 avec sa Merco), **Baptiste, Antoine** (qui nous a cassé toute la vaisselle).

Merci à vous tous pour ce semestre de folie, le meilleur pour moi. Ces 6 mois à vos côtés resteront inoubliables. Ce fameux black Monday après le marché de Noël, toutes ces soirées, jusqu'à la mission « casse noisette » sur le rond point la veille de Noël. Les ti'punch, les « ballons », vos petits plats cuisinés tous les soirs (et mes petits pois carotte quand même), le plafond du salon qui s'effondre, le bowling avec les bouteilles en verre dans les couloirs des Lices, les super délices de la Ronde Givrée et le Graal la voiture de Clem qui a fini par rentrer dans l'internat... Bref c'était vraiment le kiff. « **HOU HOUUUU HOUUUU** » juste pour vous !! Je vous aime !

Une pensée pour Fouzia et ses clopes.

Aux autres Castrais,

Luce, Damien, Paul, Morgane, Simon, Adrien (bon Mazamet c'est pareil). Des soirées œnologies, en passant par les « petits verres » au Quay à cette soirée de fin de semestre apocalyptique.

À **Vava**, toi aussi un des pionniers Castrais, qui a réussi à faire du surf sur le scanner du CHIC, un régal !

À **Fred**,

Mon acolyte des urgences, ma maman de Castres. Tu es une personne géniale, complètement folle mais je t'adore. Reviens vite de Guadeloupe.

À mes co-internes du SMIT et de Médecine interne, mention spéciale à **Claire et Anaïs**.

Claire, notre petite maman qui s'est occupé de tout le planning, merci pour tes conseils et ton aide pendant ces passés avec vous.

Ma petite Anaïs, j'ai vraiment apprécié être ta co-interne, j'espère que tu deviendras la reine des médullogrammes et que tu trouvera ton bonheur en Rhumatologie.

À **Seb, Alexis, Guillaume, Giridesh et Manon**.

À tous mes autres co-internes.

À **Kiwi**, mon petit prince.

À ceux que j'ai oublié...

« Puisqu'on ne peut être universel et savoir tout ce qui peut se savoir, il faut savoir un peu de tout. Car il est plus beau de savoir quelque chose de tout que de savoir tout d'une chose; cette universalité est la plus belle ». Blaise Pascal.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	18
ILLUSTRATIONS	19
INTRODUCTION.....	20
I. L'HÔPITAL.....	22
1. Historique de l'hôpital.....	22
2. Les réformes menant au concept d'hôpital moderne	23
3. Les différents types d'hospitalisation	25
4. La spécialisation médicale et le cloisonnement de l'organisation des soins.....	26
5. L'apport de la Médecine Interne	27
II. LA MÉDECINE GÉNÉRALE.....	29
1. Définitions	29
2. Évolution de la pratique de la Médecine Générale	30
III. MÉDECINS DE VILLE – HÔPITAL, UNE COLLABORATION PRÉCAIRE	32
1. Un accès compliqué au milieu hospitalier pour les médecins généralistes.....	32
2. Les difficultés pour obtenir l'avis d'un médecin hospitalier au téléphone	33
3. Les obstacles à l'hospitalisation directe d'un patient	33
4. Les urgences, solution de recours des médecins généralistes face à ces difficultés	34
4.1. Les urgences, porte d'entrée principale pour l'hospitalisation non programmée .	35
4.2. L'engorgement des urgences alimenté par des recours inadaptés.....	36
4.3. Les urgences du CHU de Toulouse	36
4.4. Les inconvénients du passage par les urgences	37
5. La réponse des CHU pour améliorer les relations ville – hôpital	37
IV. MATÉRIEL ET MÉTHODE	41
V. RÉSULTATS	45
VI. DISCUSSION	67
CONCLUSION.....	75
BIBLIOGRAPHIE.....	76
ANNEXES.....	79

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- AEG : Altération de l'État Général
- AINS : Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens
- BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
- CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences
- CH : Centre Hospitalier
- CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CNUH : Conseil National de l'Urgence Hospitalière
- DIM : Département d'Information Médicale
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

- FMC : Formation Médicale Continue

- GEMSA : Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil
- GSM : Global System for Mobile
- HDJ : Hôpital de Jour
- HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
- HT : Hospitalisation Traditionnelle
- IGAS : Inspection générale des Affaires Sociales
- MG : Médecin Généraliste
- NOIAA : Neuropathie Optique Ischémique Antérieure Aigüe
- NORB : Névrite Optique Rétro Bulbaire
- OMI : Oedèmes des Membres Inférieurs
- PUM : Post Urgences Médicales
- SAOS : Syndrome d'Apnées Obstructives du Sommeil
- SMIT : Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
- UA : Unité d'Admission
- UADR : Unité d'Admission Directe
- UATDR : Unité d'Assistance thérapeutique et Diagnostique Rapide
- UNADITI : Unité d'Aide au Diagnostic et la Thérapeutique Immédiate
- WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners.

ILLUSTRATIONS

Tableaux :

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des lignes téléphoniques directes mises en place par les CHU

Tableau 2 : Récapitulatif des caractéristiques de la population de médecins réponders et leur réponse au questionnaire

Figures :

Figure 1 : Répartition des médecins réponders par tranche d'âge

Figure 2 : Représentation du mode de connaissance de la filière d'admission directe par les médecins

Figure 3 : Représentation de la satisfaction des médecins généralistes sur la facilité pour joindre le médecin référent de l'unité d'admission directe

Figure 4 : Représentation de la satisfaction sur le délai de prise en charge hospitalière

Figure 5 : Représentation de la proportion de médecins qui auraient adressé leur patient aux urgences à défaut d'un délai de prise en charge raisonnable

Figure 6 : Représentation des réponses des généralistes sur le gain de temps par la filière d'admission directe

Figure 7 : Représentation de la satisfaction globale de la filière d'admission directe

Figure 8 : Représentation des spécialités pour lesquelles les médecins généralistes souhaiteraient une filière d'admission rapide.

Figure 9 : Représentation de la provenance des patients en fonction des départements

Figure 10 : Représentation de la distance kilométrique séparant la commune de résidence des patients, admis dans la filière, du CHU de Purpan

Figure 11 : Représentation du taux de patients en fonction de leurs comorbidités évaluées par le score de Charlson

Figure 12 : Représentation des motifs d'hospitalisation des patients par ordre de fréquence

Figure 13 : Diagnostics à la sortie des patients hospitalisés par la filière d'admission directe

Figure 14 : Représentation du nombre de diagnostics associés à la sortie en fonction des patients

Figure 15 : Le devenir des patients au décours de l'hospitalisation

Figure 16 : Représentation de l'organisation du suivi médical après l'hospitalisation

INTRODUCTION

Le lien ville – hôpital est un des points faibles du parcours de soins en France. Le médecin généraliste joue un rôle prépondérant dans la prise en charge extra-hospitalière des patients, notamment en ce qui concerne les consultations urgentes ou non programmées.

La loi relative à l'Assurance Maladie de 2004 a conféré au médecin généraliste un rôle de coordonnateur de soins (1). Par la suite, la loi « hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) de 2009 a souligné ce rôle en lui donnant une place centrale et incontournable dans notre système de soins. Il est désormais le pivot de l'organisation des soins de premiers recours. Outre l'offre de soins ambulatoire, il a pour mission d'orienter ses patients dans le système de soins et de s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients (2).

Pourtant les médecins généralistes sont confrontés à de nombreuses difficultés pour organiser la prise en charge hospitalière de leurs patients.

L'absence de place programmable, un délai de prise en charge trop long, l'absence d'interlocuteur disponible, le temps passé à programmer une hospitalisation par le médecin généraliste bien souvent plus long que le temps d'une consultation sont des obstacles à l'admission directe hospitalière et donc au bon fonctionnement du réseau entre la ville et l'hôpital (3,4). Ces difficultés entraînent bien trop souvent un passage par les urgences pour obtenir une hospitalisation pour le patient et par conséquent une insatisfaction des médecins généralistes.

Douze millions et demi de patients ont été hospitalisés en France en 2015 dont 7,1 millions dans le public (5). Les services d'accueil des urgences restent actuellement la principale porte d'entrée aux services hospitaliers.

Une enquête de la direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) montre que le nombre de passage aux urgences ne cesse d'augmenter, passant de 14 millions en 2002 à 19,7 millions en 2014 (6). Les recours injustifiés aux urgences ainsi que l'absence de solution d'aval alimentent cet engorgement.

L'encombrement des urgences reflète le phénomène de saturation et de difficulté de gestion des lits qui touchent tout l'hôpital.

Un des objectifs de la loi HPST est de mieux adapter l'offre de soins aux besoins de santé de la population, aux évolutions techniques et aux attentes des professionnels. Renforcer les liens entre la ville et l'hôpital en améliorant le fonctionnement de l'hôpital, pour faciliter

l'articulation entre les établissements de santé et la médecine de ville. Tout ceci dans le but de fluidifier le parcours de soins et notamment de désengorger les urgences. La loi prévoit également de renforcer la communication entre la médecine de ville et l'hôpital au travers de la télémédecine (2).

Développer le parcours de soins pour les patients adressés par un médecin généraliste, avec la possibilité d'admissions rapides dans les consultations spécialisés ou en hospitalisation programmée à court terme, est une des propositions de recommandations de bonnes pratiques facilitant l'hospitalisation des patients provenant des urgences du rapport du Professeur Carli, président du Comité national de l'urgence hospitalière (CNUH) (7).

L'admission directe des patients en hospitalisation est bénéfique pour chaque patient en lui permettant un accès direct aux soins spécialisés et pour notre système de soins en diminuant le nombre d'intervenants dans la démarche de soins, elle contribue à améliorer la coordination et ainsi la communication entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers, en diminuant les hospitalisations inadaptées aux urgences.

Les CHU de Nantes, Rennes et Limoges ont mis en place des permanences téléphoniques permettant aux médecins de ville d'avoir un interlocuteur direct en médecine interne. Elles permettent aux médecins de bénéficier de conseils sur des problèmes thérapeutiques ou diagnostiques, et favorisent l'accès au système de soins hospitalier. Les retours des médecins utilisateurs étaient satisfaisants et des passages inutiles aux urgences ont pu être évités (8,9).

Le service de médecine interne du CHU de Toulouse a créé en 2016 l'unité d'admission directe (UAD) afin répondre à une demande croissante des médecins généralistes, pour la prise en charge globale par un interniste d'une pathologie aiguë, de patients polyopathologiques ou présentant un problème diagnostique. Par le biais de cette filière une hospitalisation rapide et directe est proposée pour ces patients nécessitant une prise en charge rapide mais ne relevant ni du service des urgences, ni d'une spécialité d'organe.

L'objectif principal de cette thèse est d'évaluer à un an de son ouverture le service rendu par la filière auprès des médecins généralistes ayant eu recours à l'unité d'admission directe.

Dans un second temps nous évaluerons la typologie des patients pris en charge ainsi que les caractéristiques du séjour hospitalier ainsi que le suivi après l'hospitalisation.

I. L'hôpital

Le mot hôpital provient du latin *hospitalis domus*, qui signifie maison où l'on reçoit les hôtes.

L'hôpital est un établissement de soins où le personnel soignant peut prendre en charge des personnes malades ou victimes de traumatismes trop complexes pour être traités à domicile ou dans un cabinet médical.

Si de nos jours l'hôpital se destine aux personnes malades, cela n'a pas toujours été le cas.

1. Historique et évolution de l'hôpital

Les premiers hôpitaux sont apparus à la fin du VI^{ème} siècle sous l'influence du Christianisme, selon les préceptes religieux de charité et d'accueil. Ils servaient de refuges aux voyageurs, aux vieillards, infirmes, prostituées et aux malades les plus indigents. A partir du XI^{ème} siècle, la charité hospitalière devient une des formes concrètes de la spiritualité laïque et cléricale. Du XII au XVI^{ème} siècles, les hôpitaux sont dirigés par des prêtres et des religieux.

Au Moyen Âge, les grandes épidémies (lèpre, peste noire...) sont apparues en Europe avec les croisades. Pour leur faire face, des léproseries, maladreries, et des lazarets maritimes sont ouverts.

Pendant la Renaissance, des Hôtel-Dieu sont créés pour « enfermer » les malades infectés et des hôpitaux généraux voient le jour pour accueillir les pauvres, les vieillards, et les orphelins.

Au XVII^{ème} siècle, suite à des désordres financiers et des abus, l'État tente de prendre en charge les hôpitaux afin de maîtriser le pouvoir religieux. À cette époque, les valeurs de l'hôpital sont la charité, la gratuité des soins et l'égalité. Les médecins exerçaient alors leur savoir au lit du malade et n'avaient pas un rôle important à l'hôpital.

En 1662, un édit du roi Louis XIV exige la création d'un hôpital général dans chaque grande ville française.

En 1785, une commission d'enquête réalisée à la demande de l'Académie des sciences critique le fait que les hôpitaux ne soient pas destinés exclusivement aux malades. Au cours de ce siècle, la société prend conscience que les hôpitaux sont des foyers d'épidémies et que la mortalité y est considérable.

Le nombre de pauvres ne cesse de croître et la pauvreté devient alors un problème politique, les hospices recueillent les mendiants, les sans-abris, les exclus, et l'État ne peut plus faire face à l'augmentation des dépenses hospitalières.

Les pouvoirs publics se désengagent et les hospices civils deviennent rattachés à la commune avec la loi du 7 Octobre 1796.

La loi du 7 août 1851 va différencier l'hôpital destiné aux malades et les hospices qui restent les lieux de recueil des vieillards et des infirmes. Les premiers hôpitaux spécialisés se créent avec la séparation des malades infectés, des nouveaux nés, et des malades mentaux.

Au XIX^{ème} siècle, l'avènement de l'hygiène et les progrès considérables de la médecine (Laennec et le stéthoscope, Semmelweis et l'asepsie, Pasteur...) marquent un tournant dans le rôle de l'hôpital. On voit s'accroître la médicalisation des hôpitaux et s'éloigner la vocation sociale initiale de l'hôpital. L'hôpital devient un lieu important de transmission du savoir.

Les médecins partageaient leur temps entre la faculté, l'hôpital et leur cabinet de ville. Ils exerçaient au sein des hôpitaux le matin en soignant les malades et pratiquaient la médecine libérale l'après midi dans leur cabinet ce qui leur permettait de s'assurer des revenus, leur présence hospitalière n'étant pas ou peu rémunérée.

L'aide médicale gratuite pour les plus pauvres voit le jour à la fin du XIX^{ème} siècle, le droit à l'assistance est consigné dans la loi de 1893 relative au droit aux soins des plus indigents.

En 1941, la loi de « la charte hospitalière » marque le contrôle définitif et absolu de l'État sur l'hôpital. L'hôpital est désormais ouvert à tous les patients, sans conditions de ressources. Les « cliniques ouvertes » font leur apparition, permettant aux praticiens libéraux d'intervenir à l'hôpital public tout en gardant leur statut de praticien privé. C'est désormais la fin de l'hôpital hospice.

La création de la Sécurité sociale, par l'ordonnance du 4 Octobre 1945, et la demande de soins grandissante des travailleurs et de leur famille désormais solvables permettent aux hôpitaux de se développer.

2. Les réformes menant au concept d'hôpital moderne

Les progrès de la médecine, de la chirurgie et de l'anesthésie sont rapides, de nouveaux médicaments font leur apparition et les moyens de diagnostics se bonifient. L'hôpital moderne est né.

En 1958, la « réforme Debré » du premier ministre Michel Debré a entraîné la création de centres hospitaliers universitaires (CHU), la réforme de l'enseignement médical ainsi que le développement de la recherche médicale. Les établissements sont classés en cinq catégories : les CHU, les centres hospitaliers (C.H.), les hôpitaux, les hôpitaux ruraux et les maisons de retraite. La fonction médicale des hôpitaux est affirmée et l'on assiste à une institution des temps pleins hospitaliers pour les médecins. On assiste à la modification des statuts de la médecine de ville et de la médecine hospitalière, la pratique de la médecine change.

La réforme développe le rôle des hôpitaux qui, en plus de permettre au traitement des malades, doivent assurer la prévention et la réadaptation fonctionnelle.

La Médecine Générale reste en revanche une pratique libérale et le nombre de médecins généralistes libéraux s'accroît mais il apparaît un déclin du modèle de la médecine générale libérale comme référence unique de la pratique médicale. En effet, les progrès des connaissances médicales, le développement des techniques vont modifier la pratique médicale en l'associant au développement scientifique et aux investissements matériels. L'apparition de l'exercice spécialisé en ville et l'extension du salariat hospitalier avec la réforme Debré ont contribué à la transformation de l'exercice de la médecine (10).

La loi de 1970 fait naître le service public hospitalier qui s'appuie sur les hôpitaux et les cliniques privées. Les principes généraux du service public hospitalier sont l'égalité d'accès pour tous, l'égalité de traitement et la continuité du service (permanence de jour et de nuit). Ses valeurs fondamentales sont la gratuité des soins, la laïcité et la gestion publique.

La loi du 31 juillet 1991 de « réforme hospitalière » rappelle les missions du service public des hôpitaux. Elle introduit de nombreuses innovations en matière d'organisation hospitalière, coopération entre les établissements, et planification sanitaire.

Les missions de l'hôpital sont la prévention, l'enseignement universitaire et post universitaire, la recherche, la qualité des soins et la sécurité sanitaire. L'hôpital devient le lieu des thérapies de pointe.

L'hôpital tend actuellement vers une plus large sélection des patients, une exigence de gestion de services et vers l'intérêt de la valeur mobilisatrice du malade dans le processus d'admission. Les patients dont la durée de séjour anticipée est longue, ceux qui vont nécessiter une charge importante de travail pour le personnel et ceux ne bénéficiant pas d'une couverture sociale sont peu mobilisateurs pour les services. Cette sélection n'est pas règlementée. Elle est officieuse mais malheureusement très présente lorsqu'une prise en

charge hospitalière est souhaitée pour les malades. L'hôpital « hospitalité » est désormais bien loin (11).

3. Les différents types d'hospitalisation

L'hospitalisation traditionnelle : service hospitalier ouvert en permanence qui accueille les patients de façon non programmée, admis par les urgences, ou programmés. La durée de séjour n'est pas déterminée à l'avance. Cette hospitalisation se fait le plus souvent à la demande du médecin traitant ou du spécialiste, qui adresse le patient à l'hôpital pour une prise en charge diagnostique ou thérapeutique.

L'hospitalisation non programmée : admission d'un patient dans un service hospitalier sans que des examens complémentaires n'aient été programmés avant son arrivée. Le plus souvent ces hospitalisations se font par l'intermédiaire des urgences mais le patient peut aussi être admis directement de son domicile ou à la suite d'une consultation.

L'hospitalisation programmée avec durée déterminée :

- L'hospitalisation de jour : service hospitalier où les malades sont hébergés pendant la journée pour la réalisation d'actes diagnostiques et/ou thérapeutiques, ils regagnent chaque soir leur domicile. L'hospitalisation dure donc moins de 24 heures.

- L'hospitalisation de semaine est ouverte du lundi matin au vendredi soir.

- La chirurgie ambulatoire signifie une hospitalisation dépendante du service de chirurgie (acte chirurgical, réévaluation), le concept est le même que pour l'hospitalisation de jour, le patient retourne à son domicile le soir.

L'hospitalisation de long séjour qui est réservée aux personnes âgées.

L'hospitalisation à domicile qui représente un système de soins hospitaliers élaboré par des équipes pluri disciplinaires. Le patient peut ainsi bénéficier d'un suivi médical rapproché en restant toutefois à son domicile. Elle permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement.

L'hospitalisation sans consentement dépendant de la psychiatrie qui peut être d'office ou à la demande d'un tiers, si l'hospitalisation volontaire n'est pas envisageable, dans l'intérêt du patient ou de son entourage.

4. L'avènement de la spécialisation médicale et le cloisonnement de l'organisation de soins

La codification de spécialisation des médecins date du 6 octobre 1949, suite à un arrêté établissant la liste des spécialités et les conditions de leur reconnaissance. Le médecin spécialiste se différencie du médecin compétent.

La réforme Debré de 1958, avec la création des CHU, a déplacé le lieu de référence de la profession médicale vers le secteur hospitalier. Ce dernier est alors devenu un lieu de formation des futurs médecins et un lieu d'exercice de la médecine de pointe par un corps médical au statut de salarié. Une des conséquences de cette réforme a été l'apparition d'une dichotomie entre les praticiens hospitaliers et les praticiens libéraux (12). La création d'une élite hospitalo-universitaire en rupture avec la médecine officielle générale et libérale a entraîné une dissolution de l'espace professionnel par le développement de savoirs spécialisés associés à la naissance de spécialités médicales officielles. Ceci a engendré une division de la communauté médicale en catégories étanches hiérarchisées (10).

La pratique médicale s'est diversifiée et les spécialités médicales n'ont cessé de se développer. On assiste avec l'hyperspécialisation à l'abandon du malade au profit de sa maladie, ce qui déshumanise la relation médecin - malade.

Les services hospitaliers se spécialisent de plus en plus, avec des pratiques professionnelles plus pointues et moins généralistes. De même, la formation médicale de spécialité favorise désormais la parcellisation et non la polyvalence des médecins en formation. Le vieillissement de la population, l'émergence de nouvelles pathologies, les changements d'habitudes des patients rendent l'organisation segmentée des CHU moins adaptée aux rôles d'hôpitaux de proximité.

En effet, dans les grandes structures hospitalières, la large prédominance de lits spécialisés sur les lits indifférenciés de médecine rend plus difficile l'ajustement entre la nature des pathologies des patients et la disponibilité des lits.

Cette hyperspécialisation entraîne un gain dans la précision mais une perte dans la prise en charge globale des patients.

Un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociale (IGAS), établi en 2012, appuie l'idée que l'hyperspécialisation favorise le cloisonnement des unités de soins. Les cloisonnements actuels ne permettent pas une couverture optimale des besoins dans les secteurs où l'offre de soin n'est pas en adéquation avec la demande des patients. Il souligne

aussi que le parcours de soins (notamment celui des personnes âgées) doit être repensé en développant la coordination ville - hôpital et les structures en aval de l'hospitalisation (13).

5. La place de la médecine interne

La Médecine interne est un terme issu de la langue allemande *Innere Medizin*. Il a été utilisé à la fin du XIX^{ème} siècle pour souligner l'approche physiopathologique de la médecine et pas seulement une observation de manifestations les plus visibles des maladies. L'Amérique du Nord s'est inspirée de l'Allemagne en adoptant cette nomenclature (14).

Au cours de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle en France, le fractionnement de la médecine en spécialités de plus en plus nombreuses, fruit du progrès médical indispensable, a créé le besoin d'une médecine globale. Afin de faire face aux enjeux de la médecine de soins moderne, la Médecine interne, spécialité de la non spécialité d'organe naîtra officiellement en 1970 (15).

Si la spécialisation officielle est récente, la réalité de l'exercice de la Médecine Interne se confond avec le développement de la médecine au cours du XX^{ème} siècle (16).

« C'est l'essor prodigieux et souhaitable des diverses spécialités médicales qui fit prendre conscience d'un risque : celui d'un émiettement, d'une balkanisation de la médecine », Pierre Godeau (16).

Le médecin interniste est souvent un spécialiste de deuxième ou troisième recours. Ses compétences lui permettent de prendre en charge des patients posant un problème diagnostique, une situation difficile par la coexistence de multiples pathologies ou par des signes inhabituels. Il est aussi le spécialiste des maladies rares, systémiques, et/ou immunitaires. C'est le spécialiste de tout ce qui ne relève de la spécialité d'organe.

La capacité de synthèse de l'interniste permet la mise en place de stratégies diagnostiques et/ou thérapeutiques adaptés.

Les services hospitaliers de Médecine Interne ont d'une part une activité de Médecine Générale hospitalière et d'autre part une expertise dans le diagnostic et la gestion de pathologies complexes. Les services prennent en charge :

- Les pathologies aiguës ne relevant pas d'un service de spécialité,
- Les patients sans diagnostic,
- Les patients hospitalisés en médecine en aval des services d'urgences,
- Les pathologies des personnes âgées,

- Les patients aux pathologies multiples,
- Les maladies systémiques, générales et immunitaires.

Pour les médecins généralistes, la Médecine Interne est adaptée à la prise en charge des signes généraux et symptômes inexpliqués, des maladies inflammatoires et/ou systémiques, des pathologies auto-immunes et dysimmunitaires, de l'hématologie non maligne et de la pathologie génétique à l'âge adulte (17).

La Médecine Interne est la seule spécialité médicale susceptible de prendre en charge en relai du médecin généraliste les patients qui présentent une pathologie non spécifique d'organe, un patient polypathologique rendant la prise en charge en ambulatoire difficile, les patients atteints de maladies rares (3).

II. La Médecine Générale

1. Les définitions

La première définition du médecin généraliste date de 1974 par Leeuwenhorst, qui énonçait le caractère unique de l'approche globale de la Médecine Générale : *« Le médecin généraliste est un diplômé en médecine qui fournit des soins primaires, personnalisés et continus, aux personnes, aux familles et à la population, indépendamment de l'âge, du sexe et de la maladie. C'est la synthèse de ces fonctions qui est unique. Il prend en charge ses patients au sein de son cabinet médical, à domicile, ou parfois même en clinique ou à l'hôpital. Il tente d'établir un diagnostic précoce. Il inclut et intègre des facteurs physiques, psychologiques et sociaux dans la gestion de la santé et des maladies. Cela se ressentira dans les soins fournis aux patients. Il prendra une décision initiale pour chaque problème qui se présentera à lui en tant que médecin. Il assurera la continuité des soins pour ses patients atteints d'affections chroniques, récurrentes ou terminales. Des contacts prolongés lui permettent de rassembler l'information selon un rythme adapté au patient, et de construire une relation basée sur la confiance, qui peut être utilisée à des fins professionnelles. Il pratiquera la médecine en collaboration avec d'autres collègues médicaux et non médicaux. Il saura quand et comment intervenir pour traiter, prévenir, éduquer et promouvoir la santé de ses patients et de leurs familles. Il reconnaîtra sa responsabilité professionnelle envers la communauté. »*

Par la suite, la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA) Europe a défini le rôle du médecin généraliste :

« Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrée par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins de santé et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la

responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. »

La définition de la WONCA souligne la fonction de « premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé » (18).

2. Évolution de la pratique de la Médecine Générale

Jusqu'au XVI^{ème} siècle, la Médecine Générale se confondait avec la médecine tout court. Le savoir et le pouvoir médical se conjuguèrent au lit du malade. Ce dernier était examiné, palpé, saigné. L'évolution médicale fulgurante a modifié l'exercice médical.

C'est avec l'avènement des hôpitaux que les spécialités médicales ont vu le jour. La différenciation des sexes, des âges ou des états mentaux a donné naissance à la gynécologie, la pédiatrie et la psychiatrie. D'autres médecins garderont une formation plus globale, les précurseurs de la Médecine Générale ou de la Médecine Interne (19).

L'exercice de la Médecine Générale a été le cœur d'une profonde mutation au cours du XX^{ème} siècle (19). Ces médecins avec une formation globale ont par la suite été dédaignés au profit d'une valorisation de la médecine hospitalo-universitaire de plus en plus spécialisée. Leur pratique médicale a été déconsidérée pendant plusieurs années. Ce n'est que récemment que la Médecine Générale a réussi, difficilement, à se faire reconnaître en tant que spécialité médicale (2004) (20).

De nos jours, la consultation de Médecine Générale est le premier recours pour le patient lors de la survenue d'un symptôme. Le médecin peut alors l'orienter vers la réalisation d'un examen complémentaire ou vers d'autres soignants. Il est amené à prendre en charge tous types de patients, du nourrisson au patient âgé en fin de vie, et à désormais coordonner leurs soins quelques soient leurs pathologies. Devant le vieillissement de la population, les besoins de santé s'accroissent et se modifient profondément avec l'augmentation des maladies chroniques.

La Médecine Générale privilégie une approche centrée sur la personne en prenant compte des dimensions individuelles, communautaires et familiales.

Le médecin généraliste est au cœur du système de soins, sa mission première est de soigner au mieux son patient. Son rôle de coordonnateur de soins a été établi avec la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. Il a pour rôle d'orienter son patient au sein du système de soins et de favoriser la qualité des soins (1). Cette orientation nécessite que le médecin se mette en relation avec des professionnels de santé de diverses spécialités médicales, chirurgicales et paramédicales afin de faire bénéficier son patient d'avis spécialisés. Pour cela, il doit donc construire et préserver un lien de qualité avec ces différents acteurs.

La mission de coordination des soins par le médecin traitant a été réaffirmée par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009. Le médecin généraliste est décrit comme un acteur pivot des soins de premier recours. Le renforcement des liens entre l'hôpital et la médecine de ville est un des objectifs de cette loi (2).

Une étude sur les réseaux de soins informels montrait que pour les médecins généralistes les « bons » partenaires sont ceux qui savent se rendre disponibles pour les patients qui leur sont adressés, mais aussi pour leurs correspondants « *répondre au téléphone, appeler, prendre le temps d'écrire et de rencontrer les autres acteurs* ». Dans un milieu professionnel où les cadences de travail sont élevées, la disponibilité apparaît comme une valeur essentielle pour les médecins généralistes (21).

III. Médecine de ville – hôpital, une coordination précaire

La mise en place du parcours de soins coordonnés a établi le rôle central du médecin traitant dans la gestion des soins mais celui-ci souffre du manque de relations formalisées entre les médecins. Pourtant la médecine hospitalière et la Médecine Générale ont tout à gagner d'une coopération.

Le CHRU de Montpellier a réalisé une enquête destinée aux médecins de ville afin d'évaluer la performance des outils de communication à l'hôpital en prenant connaissance des difficultés rencontrées par les médecins. Leur relation avec l'hôpital était considérée comme moyenne pour 45% des médecins de ville interrogés (22).

Une thèse réalisée par L. Fabre sur la communication ville hôpital et l'attente des médecins généralistes dans la région de Midi Pyrénées montrait que 60% des médecins généralistes se déclaraient plutôt satisfaits de leur relation avec les praticiens hospitaliers.

La majorité des médecins généralistes ayant participé à l'étude (60%) souhaitaient que la planification d'une hospitalisation soit réalisée par téléphone dans le but d'améliorer la coopération avec les praticiens hospitaliers (23).

1. Un accès compliqué au milieu hospitalier pour les médecins généralistes

Le médecin généraliste occupe une place centrale dans le parcours de soins proposé aux patients entre la ville et l'hôpital, et son rôle dans la décision d'hospitalisation est clairement établi (24). La thèse de G. Derame sur les passages non justifiés aux urgences a montré que 77% des patient hospitalisés étaient adressés par leur médecin généraliste et 10,4% par le médecin de garde (25).

L'hôpital est souvent considéré comme une forteresse, un monde clos autosuffisant. Le fonctionnement complexe des établissements hospitaliers et des cliniques rend les professionnels qui y travaillent difficiles d'accès. En cause : une multiplication des interlocuteurs pour une même spécialité, un turn-over important sur un même poste hospitalier, par exemple les chefs de cliniques, les internes...

La plupart des médecins hospitaliers méconnaissent les conditions d'exercice en ville, dans leur cursus aucun stage en libéral n'est prévu à cet effet.

Développer le parcours de soins pour les patients adressés par un médecin généraliste, avec la possibilité d'admissions rapides dans les consultations spécialisés ou en hospitalisation programmée à court terme, est une des propositions de recommandations de bonnes pratiques

issue du rapport du Professeur Carli, président du Comité National de l'Urgence Hospitalière (7).

2. Les difficultés pour obtenir l'avis d'un médecin hospitalier au téléphone

Une thèse réalisée en 2010 sur la coopération ville - hôpital dans la région de Grenoble rapportait que les médecins généralistes déploraient un manque de coopération avec les médecins hospitaliers, des difficultés pour les joindre ou pour faire hospitaliser leurs patients dans les services adaptés (26).

Dans l'enquête du CHRU de Montpellier, 71,6% des médecins répondants avaient déjà rencontrés des difficultés pour communiquer avec le CHRU. Pour 83,3% d'entre eux l'échec provenait de l'impossibilité de contacter le bon interlocuteur (22).

3. Les obstacles à l'hospitalisation directe d'un patient

L'hospitalisation directe dans un service, programmée ou non, permet une transmission directe des informations du médecin traitant au médecin hospitalier référent en prenant en compte toutes les problématiques du patient. Elle permet aussi la communication entre le médecin demandeur et le médecin receveur, ce qui contribue à renforcer les liens entre les médecins de ville et l'hôpital.

Le vieillissement de la population et la demande croissante des soins non programmés amplifient les difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de l'organisation de la prise en charge de leur patients par les services hospitaliers (3).

Les médecins ressentent l'existence de barrières lorsqu'ils souhaitent réaliser une hospitalisation directe dans les services hospitaliers. Certains services demandent aux médecins appeleurs d'adresser directement les patients aux urgences en justifiant d'une volonté institutionnelle (27).

Une simulation de la programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste dans 55 services de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris, dans 4 spécialités médicales (médecine interne, neurologie, rhumatologie, gastro-entérologie) a été réalisée en 2005. Seulement 40% des appels ont abouti à la programmation d'une hospitalisation alors que la justification de la nécessité d'une hospitalisation n'était pas remise en cause.

Le premier motif d'échec était pour 31% des appels l'absence d'un interlocuteur compétent, parce qu'il ne devait pas être dérangé ou qu'il était introuvable. L'absence de place programmable était le deuxième motif d'échec pour 24% des appels. Les solutions proposées aux médecins généralistes étaient d'adresser aux urgences, ou dans une autre structure ou même aucune solution (3).

La Médecine Interne est la seule spécialité dans laquelle les possibilités d'hospitalisation ont dépassés les échecs. Les services de Médecine Interne prennent actuellement en charge une majorité des hospitalisations non programmées du fait de leur compétence polyvalente (3).

Les principaux obstacles à la programmation d'une hospitalisation relatés par les médecins généralistes sont le manque de lits dans les services de médecine, les délais trop longs pour l'obtention du place en hospitalisation programmée, le manque d'interlocuteur disponible et le manque de temps par le médecin généraliste (4)(27)(28).

La demande d'hospitalisation est très chronophage pour le médecin généraliste. La majorité des médecins utilisent les numéros à leur disposition pour contacter le service : par le standard de l'hôpital, le secrétariat du service ou les infirmières, ils naviguent souvent entre plusieurs interlocuteurs avant de réussir à avoir le bon au bout du fil, ou parfois même ne pas réussir à le joindre.

Les modes de travail des médecins généralistes et des médecins hospitaliers sont différents et bien souvent lorsque le médecin généraliste contacte son confrère, celui-ci par des obligations hospitalières (réunion, staff, visite, ou encore en consultation...) n'est pas systématiquement disponible pour répondre à la demande du médecin généraliste. La plupart du temps le médecin appelant a besoin d'une réponse immédiate, surtout s'il se trouve au domicile du patient, afin d'envisager une autre solution si l'hospitalisation directe n'est pas possible (28).

4. Les urgences, solution de recours des médecins généralistes face à ces difficultés

L'absence de place programmable, un délai de prise en charge trop long, l'absence d'interlocuteur disponible, le temps passé à programmer une hospitalisation par le médecin généraliste bien souvent plus long que le temps d'une consultation sont des obstacles à l'admission directe hospitalière. Le fonctionnement du réseau entre la ville et l'hôpital se voit alors altéré. De ce fait, les services d'urgences sont devenus un passage courant pour hospitaliser un patient.

Il se pose alors un problème de santé publique avec les conséquences qui en découlent : des hospitalisations inadaptées aux urgences, un engorgement de ces dernières et des coûts supplémentaires qui pourraient être évités. S'ajoute à cela l'insatisfaction des médecins généralistes, une dégradation des rapports entre la ville et l'hôpital.

Une enquête auprès de la population de médecins généralistes et médecins hospitaliers de la région mâconnaise sur leurs expériences et leurs difficultés à programmer une hospitalisation met en avant les motifs d'hospitalisation via les urgences (4) :

- Les difficultés du maintien à domicile (67,6%),
- À la demande du service receveur (61,6%),
- Les délais trop longs d'hospitalisation programmée (57,6%),
- Le moment des appels (fin de semaine, week-end, soirs) (46,5%),
- La pression de la famille du patient (42,5%) des cas,
- Le manque de temps lié à une activité professionnelle intense (31,3%),
- Des difficultés pour trouver un interlocuteur hospitalier (30%),
- Le temps important passé à programmer une hospitalisation (26,3%).

4.1. Les urgences, porte d'entrée principale pour l'accès à l'hospitalisation non programmée

Les services d'urgences sont devenus le mode d'accès principal aux soins hospitaliers. Une enquête de la direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) montre que le nombre de passages aux urgences ne cesse d'augmenter, passant de 14 millions en 2002 à 19,7 millions en 2014 (6). Les recours injustifiés aux urgences ainsi que l'absence de solution d'aval alimentent cet engorgement.

Les hospitalisations par les urgences ne sont pas propres au système de soins français. Aux Etats-Unis, la proportion des hospitalisations provenant des urgences a augmenté de 33,5 à 43,8% de 1993 à 2006 avec plus de 17 millions d'hospitalisations annuelles via les urgences. Alors que le nombre d'hospitalisations aux Etats-Unis a augmenté ces trente dernières années, parallèlement le nombre d'admissions directes a diminué (29).

Le système public hospitalier français fonctionne en déséquilibre continu avec deux filières qui s'opposent, l'hospitalisation programmée et l'hospitalisation non programmée à partir des services d'urgences.

4.2. L'engorgement des urgences alimenté par des recours inadaptés

L'encombrement des urgences reflète le phénomène de saturation et de difficulté de gestion des lits qui touche tout l'hôpital (7).

Les causes de l'engorgement actuel des urgences sont multifactorielles : le vieillissement de la population, l'afflux des patients admis et aux difficultés de leur trouver une place d'aval disponible en médecine, la surconsommation des soins aux urgences, une société qui évolue avec le besoin du tout « tout de suite ».

La thèse de G. Derame, réalisé sur le CHU de Nantes a montré que sur 520 patients hospitalisés dans les services de médecine spécialisée ou polyvalente, 51 soit 10% auraient pu bénéficier d'une hospitalisation directe dans un service de médecine sans préjudice pour la prise en charge diagnostique ou thérapeutique. Ces patients relevaient du groupe 3 théorique (défini à partir de la classification GEMSA et CCMU) c'est à dire un état clinique stable mais nécessitant une prise en charge hospitalière nécessaire. La classification CCMU est disponible en ANNEXE 1.

Un tiers des patients hospitalisés l'étaient pour des pathologies médicales non spécifiques d'organes : altération de l'état général, bilan de fièvre inexplicée, ou la polyopathie de la personne âgée. Une réflexion des médecins hospitaliers est nécessaire afin de proposer aux médecins de ville une possibilité d'admission directe dans de brefs délais (25).

4.3 Les urgences du CHU de Toulouse

En 2015, le service d'urgences adultes (sur les sites de Purpan et Rangueil) a enregistré 103 562 passages, soit une évolution de +5,2% par rapport à 2014 avec une évolution moyenne sur ces cinq dernières années de +3,3%.

Les urgences médico-chirurgicales représentaient quasiment la moitié des motifs de recours 47,8% (n= 41 263) et plus de la moitié des diagnostics posés avec 58,2% (n=57 697).

Les signes généraux et autres pathologies (anémie, autres atteintes hématologiques, asthénie, déshydratation, troubles hydro-électrolytiques, douleurs aiguës et chroniques) représentaient 5,1% des passages. La fièvre et l'infectiologie générale représentaient 2,3% des passages.

La part de pronostics sans acte complémentaire (CCMU 1) était de 19,4%. Les urgences vitales (CCMU 4 et 5) représentent 3,0% des passages (30).

4.4. Les inconvénients du passage par les urgences

Le passage par les urgences des patients qui auraient pu bénéficier d'une hospitalisation directe n'améliore pas forcément leur pronostic. La qualité de leur prise en charge décroît par l'attente dans des conditions inconfortables et par l'hospitalisation, parfois, dans un service inadéquat (25).

Ces passages inadaptés aux urgences peuvent être source de complications pour les patients en plus de contribuer à saturer les services. Plusieurs études ont montré une augmentation de la morbi-mortalité des patients au cours des périodes de surcharge des urgences (31)(32)(33).

Une étude canadienne publiée en 2011 a démontré une augmentation significative de la survenue d'évènements indésirables de 3% par heure passée dans le service d'urgences. La durée moyenne de séjour des patients ayant présenté un événement indésirable était deux fois supérieure à celle des patients n'en ayant pas présenté (34).

5. La réponse des CHU pour améliorer les relations ville - hôpital

Afin de développer les relations des CHU avec la médecine de ville, plusieurs CHU ont mis en place des hotlines téléphoniques qui permettent au médecin de ville de bénéficier d'un interlocuteur direct en médecine interne et en gériatrie pour certaines villes.

Au CHU de Rennes, il s'agit de l'unité d'assistance diagnostique et thérapeutique rapide, qui a pour vocation de conseiller les médecins généralistes dans la réalisation d'un bilan en ambulatoire, de favoriser la prise en charge rapide des patients en consultation et de diminuer le nombre de passages aux urgences évitables en favorisant les hospitalisations directes (9). À Nantes, c'est l'unité d'aide au diagnostic et à la thérapeutique immédiate (UNADITI). Elle a pour objectif d'aider les médecins généralistes à optimiser la prise en charge de leurs patients en répondant à toute question concernant une difficulté diagnostique ou thérapeutique, non spécifique d'organe et non urgente. Sa deuxième mission est de favoriser l'accès au système de soins hospitalier (8).

Le CHU de Lille a mis en place une ligne téléphonique (Hop'line CHRU) destinée aux médecins généralistes. Elle permet d'entrer directement en contact avec les médecins du CHRU de Lille dans de nombreuses spécialités médicales, afin d'avoir un avis séniorisé instantané.

Le service de gériatrie de l'hôpital Edouard-Herriot à Lyon a mis en place depuis 2010 une ligne d'appel directe destinée aux médecins non hospitaliers leur permettant de bénéficier de conseils et d'alternatives à une admission aux urgences.

Au CHU de Toulouse, l'unité d'admission directe du service de médecine interne du Pôle I3LM (Immunité, Inflammation, Infection, Appareil Locomoteur) a été créée pour prendre en charge une pathologie aiguë nécessitant une hospitalisation dans un délai inférieur à 48 heures, qu'il s'agisse d'une pathologie non spécifique d'organe, de polypathologie, de médecine dite « polyvalente » ou de médecine aiguë de recours ou encore pour aider le médecin généraliste lorsque la démarche diagnostique devient complexe. L'objectif prioritaire de cette unité est de promouvoir la continuité des soins en offrant une prise en charge rapide, directe en évitant le passage par les urgences.

Les critères d'admission dans l'unité d'admission directe sont :

- Une pathologie aiguë ou subaiguë ne relevant ni du service des urgences ni d'une spécialité d'organe
- Une altération de l'état général rapide et sévère
- Une décompensation chez un patient polypathologique
- Une pathologie hématologique non maligne
- Des symptômes complexes (notamment douloureux)
- Une iatrogénie
- Des maladies générales en poussée
- Âge supérieur à 16 ans
- Être adressé par le médecin de ville (médecin généraliste ou spécialiste)

Les critères de non admission :

- Des signes de gravités respiratoires, cardiologiques, ou neurologiques
- Une pathologie démentielle, psychiatrique ou traumatique prédominante
- Un état d'agitation
- Les dyspnées aiguës et hémoptysies
- Les syndromes abdominaux aigus, hématomèse et méléna
- Les syndromes neurologiques centraux
- Les syndromes douloureux thoraciques aigus.

La procédure d'admission :

Pour toute demande d'admission le médecin sénior responsable de l'unité est joignable sur un téléphone mobile dédié, du lundi au vendredi de 9h à 18h. Le numéro est disponible sur le site internet du CHU, sur les courriers d'hospitalisation ou de consultation du service de médecine interne.

Les demandes sont également possibles par envoi du formulaire de demande d'admission (disponible sur le site internet du CHU) par fax ou e-mail. (ANNEXE 2).

Ville	Rennes	Nantes	Toulouse	Lille	Bordeaux	Lyon
Nom	Unité d'assistance thérapeutique et diagnostique rapide, UATDR	Unité d'aide au diagnostic et à la thérapeutique immédiate, UNADITI	Unité d'admission directe, UADR	Hop'line CHRU	Permanence téléphonique gériatrique	Ligne unique et directe d'appel téléphonique en gériatrie ELUDAT G
Service	Médecine interne	Médecine interne	Médecine interne	Spécialités médicales	Gériatrie	Gériatrie
Fonctionnement	Ligne téléphonique directe	Permanence téléphonique en accès direct	Ligne téléphonique directe du sénior	Ligne téléphonique réservée au MG avec des standardistes dédiés qui orientent vers le praticien sénior d'astreinte.	Ligne directe pour les MG pour joindre un gériatre sénior	Ligne d'appel unique et directe vers un gériatre
Objectifs	<p>Avis pour la prise en charge d'un patient en rapport avec la médecine interne</p> <p>Conseil des MG pour la réalisation d'un bilan en ambulatoire</p> <p>Favoriser la prise en charge rapide en consultation.</p> <p>Diminuer le nombre de passages aux urgences évitables en favorisant les hospitalisations directes</p>	<p>Aide pour les MG en répondant aux question diagnostiques ou thérapeutiques, non spécifique d'organe et non urgente.</p> <p>Accès au système de soin hospitalier</p>	<p>Prise en charge d'une pathologie aigüe, la polypathologie</p> <p>Prise en charge rapide du patient en évitant le passage par les urgences</p> <p>Aide du MG dans la démarche diagnostique</p>	<p>Entrer en contact directement avec les médecins du CHRU.</p>	<p>Assistance aux MG pour l'orientation des sujets âgés</p> <p>Conseils</p>	<p>Conseils et alternatives à une admission aux urgences pour les médecins non hospitaliers</p>
Horaires	-	Lundi-vendredi	Lundi-vendredi	Lundi-vendredi 9h-19h	Lundi-vendredi 9h à 19h	Lundi-vendredi 8h30-18h30
Année d'ouverture	2005	2003	2016	2009		2010

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des lignes téléphoniques directes mises en place par les CHU

IV. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Pour l'objectif primaire :

Nous avons réalisé une enquête rétrospective menée au travers d'un questionnaire d'évaluation envoyé aux médecins généralistes ayant eu recours à l'unité d'admission directe au cours de l'année 2016.

Elaboration du questionnaire et recueil des coordonnées des médecins

Afin de recueillir auprès du médecin généraliste le service rendu par la filière, un questionnaire comprenant 14 questions a été adressé à tous les médecins ayant fait hospitaliser un patient par la filière en 2016.

La première partie du questionnaire concernait le médecin interrogé et son mode d'exercice en 3 questions. La seconde partie visait à répertorier les points positifs ou négatifs de l'unité d'admission directe. Les questions ciblaient les différentes étapes de l'organisation d'une hospitalisation par le médecin généraliste.

- Cinq questions étaient fermées avec souhait d'un choix unique parmi plusieurs propositions. Elles évaluaient le degré de satisfaction des médecins selon 4 niveaux :

- Très satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Insatisfait

- Trois questions fermées proposaient une réponse par OUI ou NON.

- Une question à choix multiples ciblait le mode de connaissance de l'unité d'admission directe.

- Deux questions étaient ouvertes avec la possibilité pour les médecins répondants d'écrire un commentaire.

Le questionnaire a été créé avec le logiciel GoogleDocs®. Le questionnaire en ligne a été préféré à un questionnaire papier par raison de commodité pour le médecin répondant.
(ANNEXE 2)

Un email avec une notice explicative du projet d'évaluation de l'unité et du projet de thèse accompagné du lien permettant d'accéder directement au questionnaire en ligne a été envoyé, par la messagerie sécurisée Médimail, aux médecins ayant hospitalisé leurs patients via la filière d'admission directe. (ANNEXE 1)

- L'adresse électronique du médecin était demandée lors du remplissage du questionnaire afin d'identifier le médecin répondeur et de ne pas lui renvoyer le questionnaire lors des relances. Par la suite les données ont été anonymisées.

Les médecins référents des patients ont été retrouvés sur la liste des destinataires du courrier de sortie d'hospitalisation du patient. Lorsque deux médecins généralistes figuraient dans les destinataires, le questionnaire avec la notice explicative était adressé aux deux médecins.

L'adresse électronique des deux tiers des médecins (66% (n=106)) était enregistrée dans le carnet d'adresse de Médimail. Les autres médecins (34% (n=54)) ont été contactés par le biais de leur secrétariat, durant la semaine du premier envoi du questionnaire, afin de recueillir leur adresse électronique.

L'envoi du questionnaire

- Le premier envoi du questionnaire par e-mail s'est déroulé du 2 au 6 Janvier 2017. Deux questionnaires ont été envoyés par courrier et deux par fax à la demande des médecins sondés.

- Les deuxièmes et troisièmes envois de mails ont été réalisés respectivement 4 et 6 semaines après le premier envoi.

- Une relance téléphonique a été réalisée entre 5 et 8 semaines après l'envoi initial afin de pouvoir joindre les médecins étant en congés durant cette période.

Pour les médecins ne répondant pas au téléphone et ne disposant pas de messagerie vocale, une relance téléphonique a été faite pendant la période de relance, jusqu'à 6 essais.

La date de fin de recueil des questionnaires a été fixée au 2 Mars 2017 soit deux mois après le début de l'étude.

Pour les objectifs secondaires :

Une analyse rétrospective des données a été réalisée afin d'étudier les critères secondaires.

- La liste des patients admis dans l'unité nous a été fournie par le département d'information médicale (DIM). La liste comprenait les patients admis jusqu'au 25 Novembre 2016. À partir de cette date et jusqu'au 31 décembre 2016 les patients ont été recrutés avec la feuille de demande d'admission remplie par le médecin sénior responsable de l'unité. Le nombre de patients admis dans l'unité sur l'année 2016 était de 170.

La typologie des patients

- Pour décrire au mieux les patients pris en charge dans l'unité, nous avons choisi de mettre en évidence l'âge moyen des patients. L'âge de tous les patients inclus a été calculé avec les dates de naissance rapportées à la date du séjour. Une moyenne de tous les âges obtenus a été calculée, ainsi que l'écart type.

- Afin d'évaluer les co-morbidités des patients inclus nous avons opté pour le calcul du score de Charlson pour chaque patient. Ce dernier était calculé selon les antécédents des patients notifiés dans le courrier de sortie d'hospitalisation. Si elle n'était pas notifiée dans les antécédents, la recherche d'une éventuelle insuffisance rénale s'est effectuée en appréciant la créatininémie sur la biologie à l'entrée du séjour. Lorsque les antécédents n'étaient pas notifiés sur le courrier, nous allions donc rechercher les antécédents dans les courriers précédents.

- Nous avons également souhaité faire ressortir si le patient était connu (déjà hospitalisé, suivi par un médecin du service ou vu en consultation) du service de médecine interne.

Les caractéristiques du séjour hospitalier

- Les motifs d'hospitalisation et les diagnostics posés à la fin du séjour ainsi que les diagnostics associés au diagnostic principal ont été relevés.

- La durée moyenne de séjour (DMS) a été calculée avec les dates de séjour hospitalier.

- L'indice de performance de durée moyenne de séjour (IP-DMS) nous ont été fournies par le département d'information médicale.

Le suivi après l'hospitalisation

Nous avons étudié quel type de prise en charge était proposée au patient après l'hospitalisation.

Les données de toute l'étude ont été retranscrites sur le logiciel Microsoft Excel 2008 afin qu'elles puissent être traitées.

Les critères d'inclusion

Pour l'objectif primaire

Tous les médecins généralistes ayant adressé un patient *via* l'unité d'admission directe du service de médecine interne étaient inclus en vue d'être interrogés.

Pour les objectifs secondaires

- Tous les patients admis dans le service de médecine interne *via* la filière d'admission directe, adressés par des médecins généralistes ou spécialistes libéraux.
- Nous avons souhaité toutefois inclure les patients adressés par leur médecin à un médecin du service pour une consultation urgente qui ont par la suite été admis dans l'unité car leur hospitalisation n'était pas programmée.

Les critères d'exclusion

Pour l'objectif primaire

- Les médecins ayant pris leur retraite et donc n'ayant pas reçu le questionnaire ont été exclus de l'étude.

- Les médecins spécialistes libéraux ayant adressé des patients.

- Les médecins généralistes ayant adressé plusieurs patients n'ont été interrogés qu'une seule fois. Au total, 8 médecins généralistes ont adressés deux patients en vue d'une hospitalisation par la filière d'admission directe.

- Les médecins généralistes dont les patients ont été hospitalisés à la demande d'un médecin du service de médecine interne (suite à une consultation, appel du patient lui-même).

Pour les objectifs secondaires

- Les patients provenant transférés d'un centre hospitalier, d'un service du CHU ou hospitalisés par l'intermédiaire des urgences.

V. RÉSULTATS

1. Résultats généraux

Pour l'objectif primaire

- 8 médecins généralistes ont adressé deux patients pour une hospitalisation dans l'unité.
 - 6 médecins généralistes avaient cessé leur activité au cours de l'année 2016 et n'ont pas pu être interrogés.
 - Des spécialistes libéraux ont adressé 7 patients à la filière d'admission directe. Ils représentaient 4,6% des médecins utilisateurs.
 - Cinq médecins spécialistes libéraux (2 cardiologues, 3 rhumatologues dont un qui a utilisé la filière a deux reprises) ont adressé 6 patients pour une hospitalisation par la filière d'admission directe.
 - Un chirurgien qui exerce en clinique a adressé un patient à la suite d'une consultation, pour un bilan de fièvre.
- Ces médecins n'ont pas été contactés et ne sont pas comptabilisés dans le taux de réponses.

Après exclusion, 132 médecins généralistes ont été interrogés :

- 86 réponses ont été remplies sur le questionnaire en ligne Googledoc®.
- 2 réponses ont été reçues par fax.
- 1 réponse a été reçue par courrier.
- 1 réponse a été obtenue par entretien téléphonique.

Pour les objectifs secondaires

Parmi les 170 patients recrutés sur le listing élaboré par le DIM, 10 patients ont été exclus :

- 3 étaient hospitalisés via le service d'urgence du CHU,
- 3 patients provenaient d'un C.H. périphérique,
- 1 patient était transféré du PUM du CHU,
- 1 patient était transféré à la demande d'un médecin du CHU,
- 1 patient était hospitalisé au SMIT et non dans l'UAD (erreur de codage),
- 1 patient était convoqué par un médecin du service pour une anomalie biologique dans les suites d'une consultation qui s'avérait être une erreur de laboratoire.

Au cours de l'année 2016, soit du 22 Janvier 2016 (date d'ouverture) au 31 Décembre 2016, 160 patients provenant de leur domicile ont été hospitalisés par la filière d'admission directe.

2. Évaluation du service rendu par la filière d'admission directe du service de médecine interne

2.1. Taux de réponse

Sur 132 médecins généralistes interrogés, 89 ont répondu au questionnaire soit un taux de réponse de 68,2%.

2.2. Les non réponders

Une partie des facteurs de non réponse a été recensée lors de la relance téléphonique.

- 1 médecin a refusé de recevoir le questionnaire.
- 2 médecins n'ont pas pu être joints au cours de la relance téléphonique.
- 6 médecins disaient ne pas avoir le temps.
- 3 médecins ont été contactés mais non joints directement par barrage du secrétariat.
- 3 médecins remplaçant des médecins généralistes référents ont adressé des patients et n'ont pu être joints.
- 4 médecins ne se souvenaient pas avoir adressé le patient *via* la filière.
- 1 médecin ne savait pas que le patient était admis *via* la filière.
- 1 médecin contacté dit ne pas avoir adressé le patient admis. Il n'a pas été retrouvé par quel médecin le patient avait été adressé.
- Les causes de non réponses de 21 médecins ne sont pas connues.

2.3. Les caractéristiques de la population de médecins réponders

2.3.1. Répartition des médecins selon le sexe et l'âge

Parmi les médecins réponders, il y avait 48 hommes (53,3%) et 42 femmes (46,7%).

La tranche d'âge la plus représentée avec 32,2% (n=29) était celle des 50-60 ans. La tranche d'âge la moins représentée concernait les moins de 30 ans avec 2,2% (n=2).

Les autres tranches d'âge représentaient 26,7% (n=24) pour les 30-40 ans, 21,1% (n=19) pour les 40-50 ans et 17,8% (n=16) pour les plus de 60 ans.

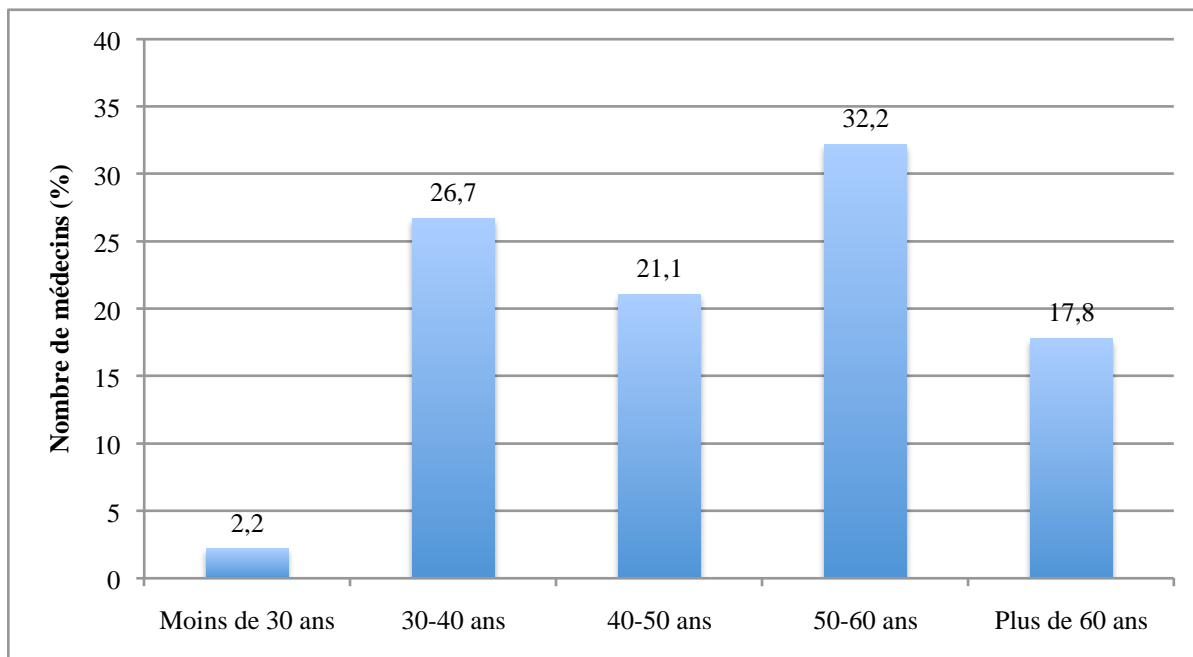


Figure 1 : Répartition des médecins répondants par tranche d'âge

2.3.2. Secteur d'activité

- 55,6% des médecins exerçaient en zone urbaine,
- 28,9% en zone semi rurale,
- 15,6% en zone rurale.

2.4. Réponses au questionnaire

- Concernant le mode de connaissance de la filière d'admission directe

Le choix de réponses pour cette question était multiple.

- 48,9% (n=44) sur le courrier spécifique d'annonce de l'ouverture de l'unité envoyé par le service,
- 23,3% (n=21) sur les courriers d'hospitalisation ou de consultation du service de médecine interne,
- 14,4% (n=13) par un confrère,
- 8,9% (n=8) sur le site internet du CHU,
- 3,4% (n=3) par un patient,
- 15,6% (n=14) pour la proposition « autre » :
 - o Par le secrétariat du service (n=3)

- En appelant dans le service (n=6)
- A posteriori par le courrier d'hospitalisation (n=1)
- A posteriori par l'enquête (n=1)
- Par un médecin du CHU (n=1)
- Par la régulation, permanence de soins 31 (n=1)
- Non précisé (n=1)

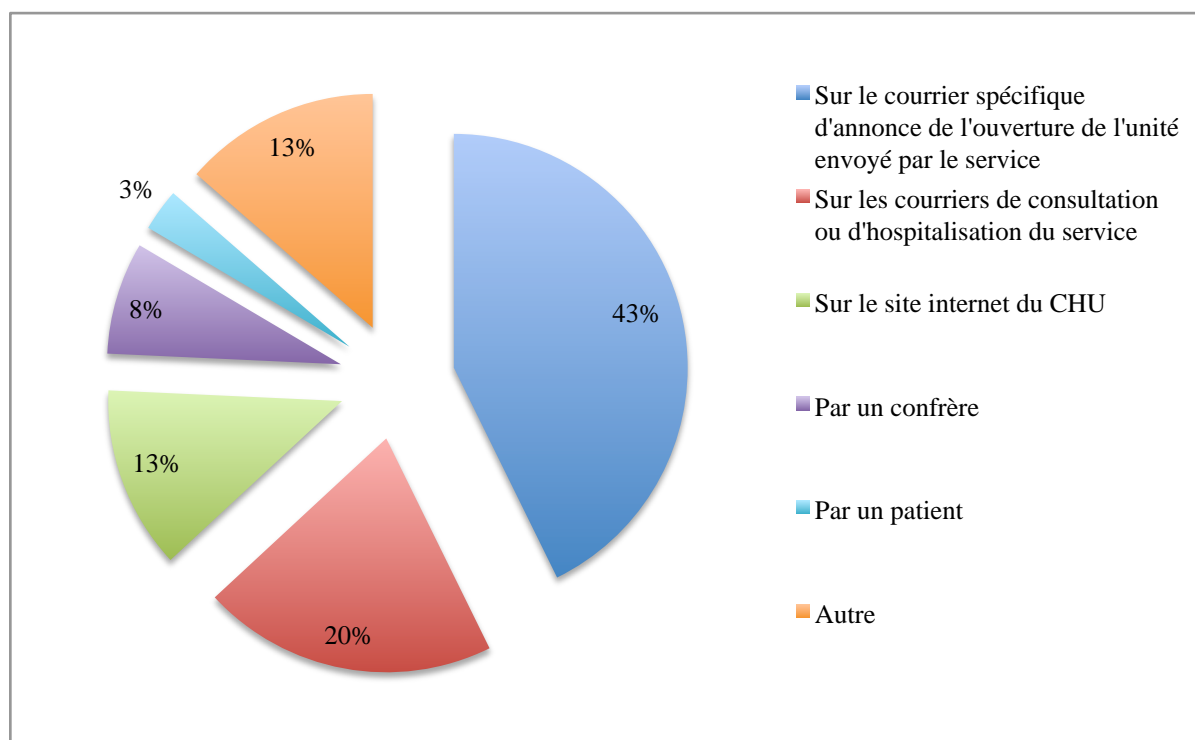


Figure 2 : Représentation du mode de connaissance de la filière d'admission directe par les médecins

- Concernant la facilité pour joindre le médecin référent de l'unité

- 38 médecins soit 42,2% ont répondu être très satisfaits de la facilité à joindre le médecin référent,
- 45 médecins soit 50% se disaient satisfaits,
- 6 étaient peu satisfaits soit 6,7% et,
- 1 seul médecin a répondu être insatisfait soit 1,1%.

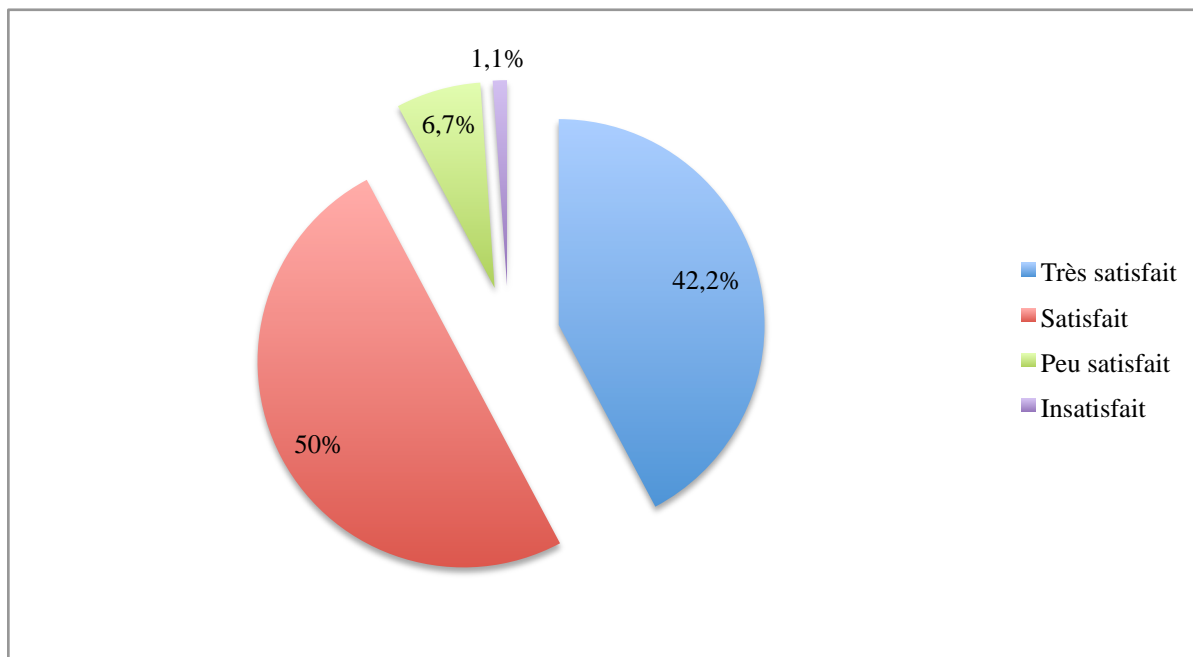


Figure 3 : Représentation de la satisfaction des médecins généralistes sur la facilité pour joindre le médecin référent de l'unité d'admission directe

- Concernant la réactivité du médecin référent à la demande du médecin généraliste :

- 54,4% (n=49) étaient très satisfaits,
- 42,2% (n=38) étaient satisfaits,
- 3,3 (n=3) étaient peu satisfaits,
- Aucun n'était insatisfait.

- Concernant le délai de prise en charge hospitalière du patient après l'appel :

- 46,7% (n=42) des médecins se disaient très satisfaits,
- 47,8% (n=43) des médecins se disaient satisfaits,
- 5,6% (n=5) médecins se disaient peu satisfaits,
- Aucun ne se disait insatisfait.

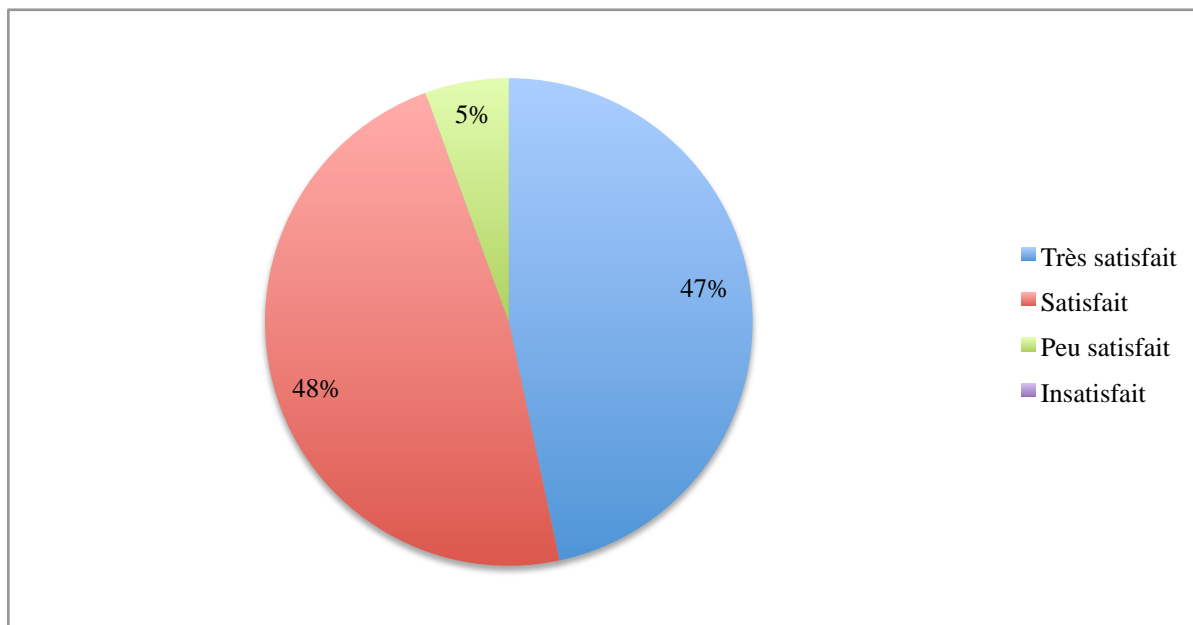


Figure 4 : Représentation de la satisfaction sur le délai de prise en charge hospitalière

- Concernant la prise en charge proposée pour le patient dans le service :

- 48,9% (n=44) médecins étaient très satisfaits,
- 47,8% (n=43) des médecins étaient satisfaits,
- 3,3% (n=3) médecins étaient peu satisfaits,
- Aucun n'était insatisfait.

- Si une hospitalisation n'avait pas été possible dans un délai raisonnable pour le patient en question :

- 56,7% (n=51) des médecins auraient adressé le patient aux urgences en vue d'une hospitalisation.
- 43,3% (n=39) n'auraient pas adressé le patient aux urgences.

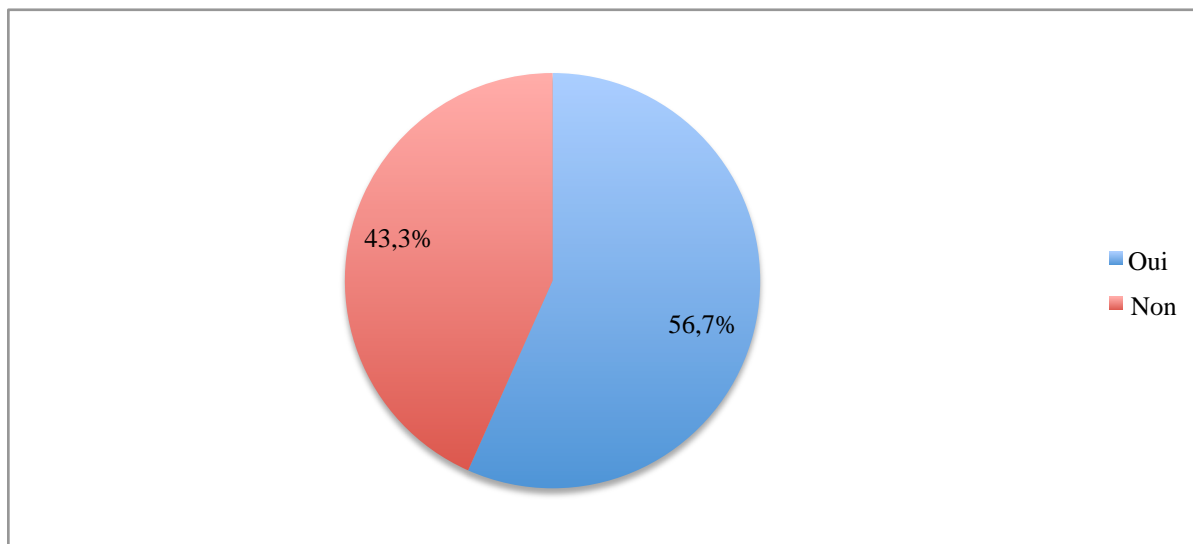


Figure 5 : Représentation de la proportion de médecins qui auraient adressé leur patient aux urgences à défaut d'un délai de prise en charge raisonnable

- La filière d'admission directe a-t-elle permis un gain de temps pour l'organisation d'une hospitalisation non programmée ?

- 94,4% (n=85) des médecins estimaient que la filière d'admission directe leur a permis de gagner du temps lors de l'organisation de l'hospitalisation non programmée
- 5,6% (n=5) estimaient ne pas avoir gagné de temps.

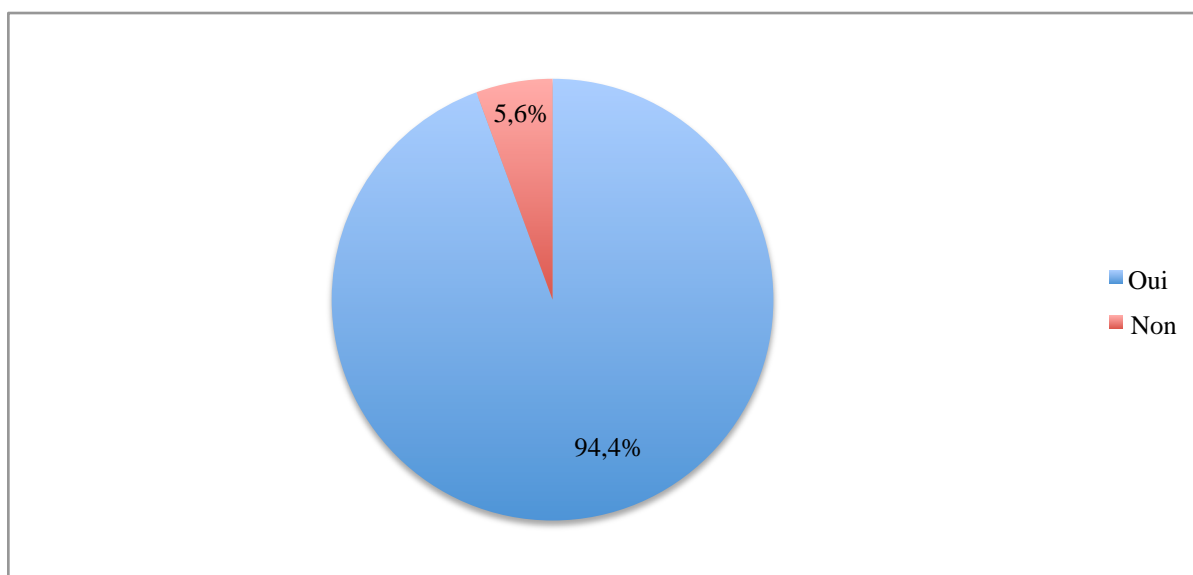


Figure 6 : Représentation des réponses des généralistes sur le gain de temps par la filière d'admission directe

- A propos de la satisfaction globale de l'unité d'admission directe :

- 60% (n=54) étaient très satisfaits de l'unité,
- 36,7% (n=33) étaient satisfaits,
- 3,3% (n=3) étaient peu satisfaits,
- Aucun n'était insatisfait.

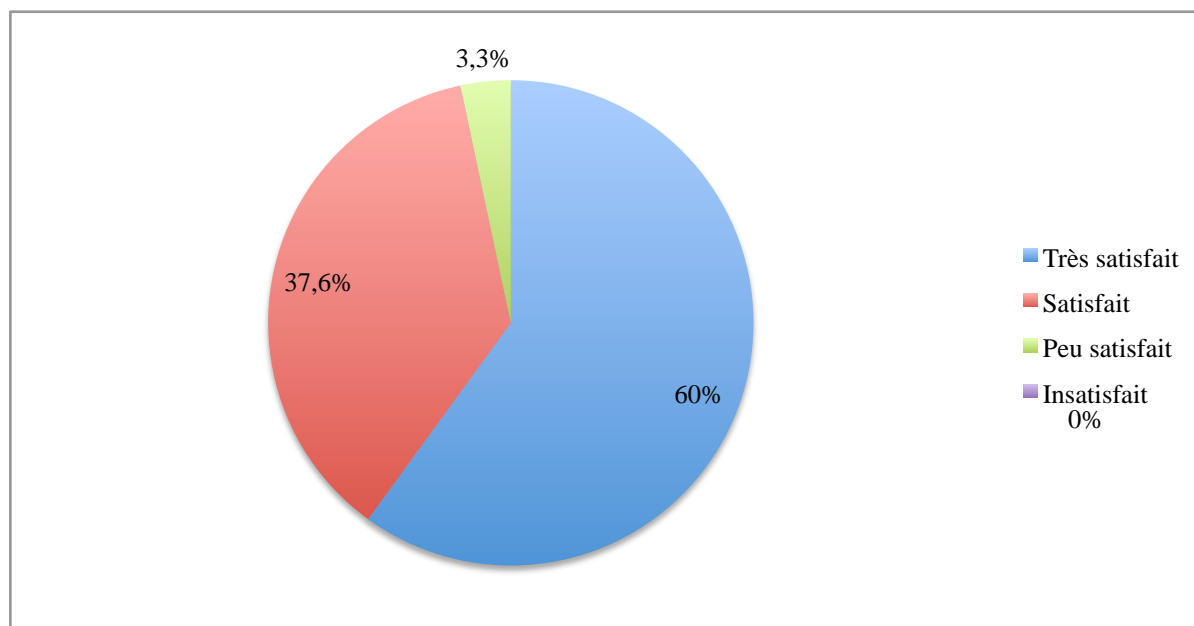


Figure 7 : Représentation de la satisfaction globale de la filière d'admission directe

- A la question recommanderiez-vous l'unité d'admission directe à vos confrères généralistes :

La quasi-totalité des médecins répondants, 98,9% (n=89) recommanderaient cette unité à leurs confrères médecins généralistes. Un seul médecin (1,1%) ne recommanderait pas cette unité.

- Concernant le souhait d'extension de la filière d'admission directe à d'autres spécialités :

Douze médecins (13,3%) ne ressentaient pas le besoin d'étendre cette filière à d'autres spécialités médicales.

Soixante-dix-huit médecins (86,7%) ressentaient le besoin d'étendre cette filière. La réponse à la question étant libre, plusieurs spécialités étaient citées par les médecins.

Les choix les plus cités étaient toutes les spécialités médicales (n=20), la gériatrie (n=17), la cardiologie (n=15) et la rhumatologie (n=13).

Les autres spécialités citées :

- Pneumologie (n= 8),
- Pédiatrie (n=7) et psychiatrie (n=7),
- Gastro-entérologie (n=6), neurologie (n=6),
- Hématologie (n=5), dermatologie (n=5),
- Maladies infectieuses (n=4), ophtalmologie (n=3),
- Gynécologie, oncologie, diabétologie, chirurgie, algologie ont été cités 1 fois.

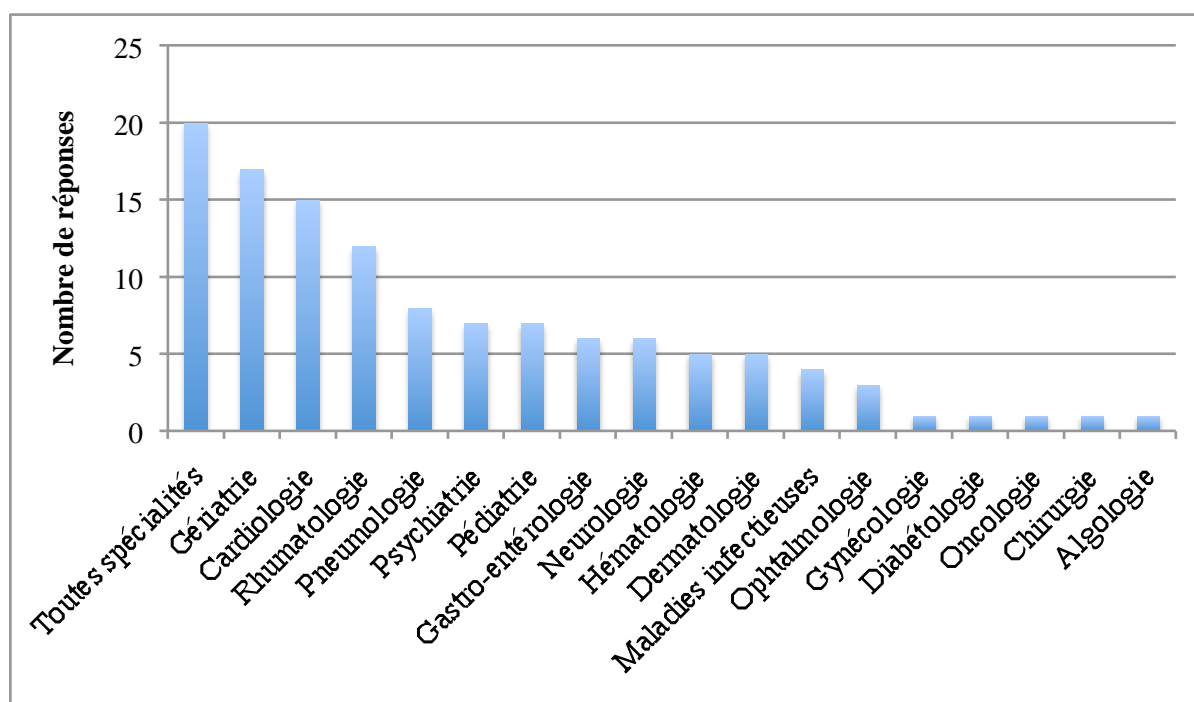


Figure 8 : Représentation des spécialités pour lesquelles les médecins généralistes souhaiteraient une filière d'admission rapide.

- Concernant les suggestions faites par les médecins répondus pour améliorer le fonctionnement de l'unité :

- « Nécessité d'une accessibilité plus grande aux médecins hospitaliers, frustration d'être souvent obligés d'adresser les patients aux urgences... ».

- « Toujours appeler le médecin traitant qui suit le patient pour mieux connaître le patient, ses antécédents et ses intolérances médicamenteuses ».
- « Ce n'est quand même pas si facile d'y faire rentrer un patient. Il n'y a aucune communication avec le médecin généraliste une fois que le patient est dans votre unité. Nous découvrons qu'il est sorti sans même savoir ce qui a été dit ou fait... C'est assez dommage, mais c'est un bon début. Je vous encourage à poursuivre ».
- « Non, car tout est parfait avec une réponse et compréhension rapide du médecin d'astreinte. Bien sûr, il ne nous faut pas abuser de cette chance que nous avons pour solliciter pour des problèmes non aigus et grave et ne nécessitant pas une prise en charge rapide. Continuez comme cela c'est une très grande aide pour notre quotidien. Encore merci d'avoir pensé à la créer ».
- « Non je n'ai utilisé cette filière qu'une fois... ».
- « Non, je n'y ai eu recours qu'une fois et cela s'est bien passé ».
- « Envoi simultané de SMS ou de mail sans aller directement sur Médimail ».
- « Numéro dédié pour avis médical, sans forcément une hospitalisation. Continuité de cette filière d'admission directe ».
- « Demande et réponse par Médimail ».
- « Non, très satisfaite ».
- « Organisation de réunion, de FMC, avec rencontres et échanges face à face avec les généralistes ».

	Nombre de médecins
Sexe	
Homme	48 (53,3%)
Femme	47 (46,7%)
Age	
<30 ans	2 (2,2%)
30-40 ans	24 (26,7%)
40-50 ans	19 (21,1%)
50-60 ans	29 (32,2%)
>60 ans	16 (17,8%)
Zone d'exercice	
rural	14 (15,6%)
semi rural	26 (28,9%)
urbain	50 (55,6%)
La connaissance de l'unité d'admission directe	
Sur le courrier spécifique d'annonce	44 (48,9%)
Sur le site internet du CHU	8 (8,9%)
Sur le courrier de consultation ou d'hospitalisation	21 (23,3%)
Par un patient	3 (3,3%)
Par un confrère	13 (14,4%)
Autre	14 (15,6%)
La facilité pour joindre le médecin référent	
Très satisfait	38 (42,2%)
Satisfait	45 (50%)
Peu satisfait	6 (6,7%)
Insatisfait	1 (1,1%)
La réactivité du médecin référent à la demande	
Très satisfait	49 (54,4%)
Satisfait	38 (42,2%)
Peu satisfait	3 (3,3%)
Insatisfait	0 (0%)
Le délai de prise en charge hospitalière	
Très satisfait	42 (46,7%)
Satisfait	43 (47,8%)
Peu satisfait	5 (5,6%)
Insatisfait	0 (0%)
La prise en charge proposée pour le patient	
Très satisfait	44 (48,9%)
Satisfait	43 (47,8%)
Peu satisfait	3 (3,3%)
Insatisfait	0 (0%)
Si une hospitalisation n'avait pas été possible pour votre patient dans un délai raisonnable, l'auriez-vous adressé aux urgences ?	
Oui	51 (56,7%)
Non	39 (43,3%)
La filière d'admission directe vous à t'elle fait gagner du temps pour l'organisation de l'hospitalisation ?	
Oui	85 (94,4%)
Non	5 (5,6%)
La satisfaction globale de l'unité d'admission directe	
Très satisfait	54 (60%)
Satisfait	33 (36,7%)
Peu satisfait	3 (3,3%)
Insatisfait	0 (0%)
Recommanderiez vous cette unité à vos confrères généralistes ?	
Oui	89 (98,9%)
Non	1 (1,1%)

Tableau 2 : Récapitulatif des caractéristiques de la population de médecins réponders et leur réponse au questionnaire

3. Etude des patients pris en charge dans l'unité d'admission directe du service de médecine interne et des caractéristiques de l'hospitalisation

3.1. La typologie des patients

3.1.1 Le sexe

La majorité des patients admis dans l'unité étaient des femmes avec un taux à 66,6% (N=105). La proportion masculine représentait 34,4% (n=55).

3.1.2. L'âge

L'âge moyen des patients pris en charge était de 62,2 ans (écart type de 19,9) avec des extrêmes allant de 15 ans à 94 ans.

3.1.3. L'Origine géographique

La grande majorité des patients, 72,5% (n=116) vivaient en Haute-Garonne, 5% (n=8) vivaient dans le Tarn et 5% dans le Tarn-et-Garonne.

Neuf pour cent des patients vivaient dans le Gers, l'Aveyron et les Hautes-Pyrénées avec chacun 3% des patients (n=5). Les autres patients vivaient dans l'Ariège 3% (n=4), l'Aude 2% (n=3), le Lot 2% (n=3), le Lot-et-Garonne 1% (n=1), les Pyrénées-Atlantiques 1% (n=1). Un patient (1%) vivait en Territoire d'Outre-Mer.

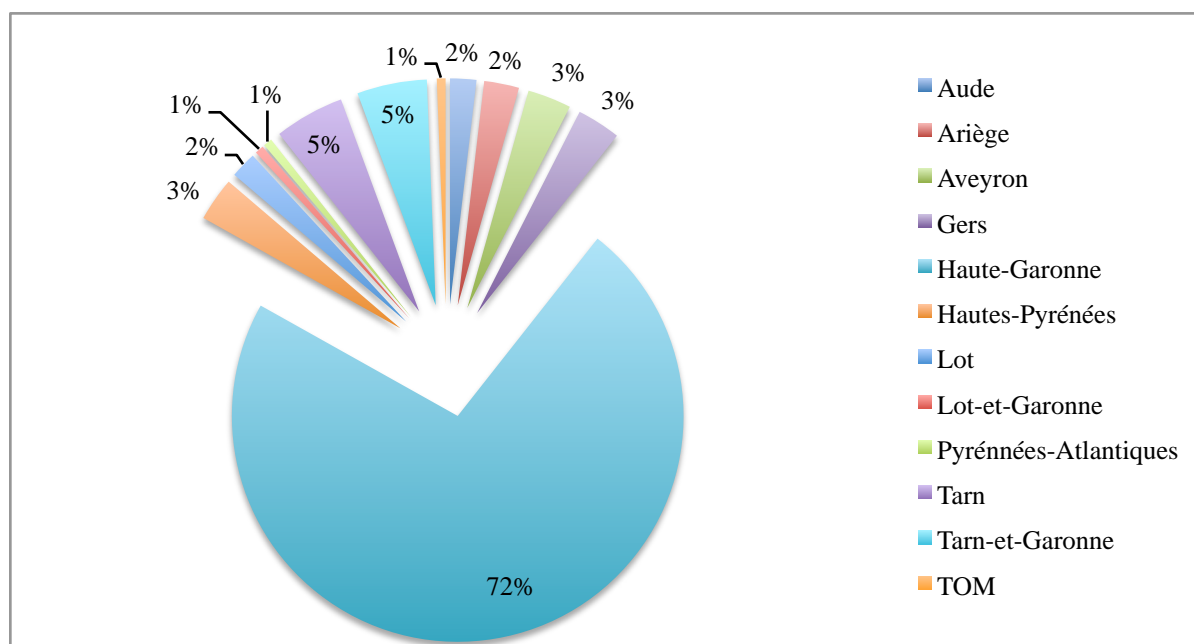


Figure 9 : Représentation de la provenance des patients en fonction des départements

La provenance des patients a aussi été évaluée en fonction de la distance kilométrique séparant leur commune de résidence (sur la base du code postal) au CHU de Purpan.

- 49% (n=78) étaient domiciliés à moins de 20 km du CHU,
- 24% (n=39) étaient domiciliés entre 20 et 50 km du CHU,
- 12% (n=19) étaient domiciliés entre 50 et 100 km du CHU,
- 7% (n=12) étaient domiciliés entre 100 et 150 km du CHU et,
- 7% (n=11) étaient domiciliés à plus de 150 km du CHU.
- Un patient était domicilié dans les TOM.

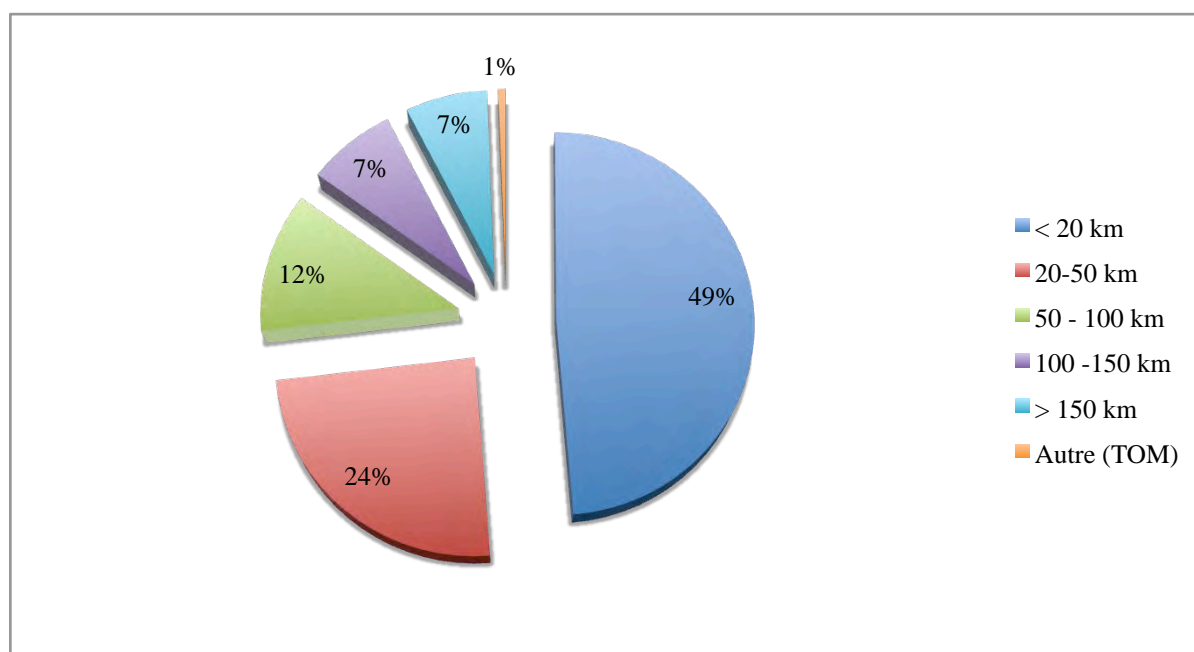


Figure 10 : Représentation de la distance kilométrique séparant la commune de résidence des patients, admis dans la filière, du CHU de Purpan

3.1.4. Les co-morbidités des patients

Le score de Charlson est un score de co-morbidité établi en pondérant les risques relatifs de mortalité à un 1 an de 4 groupes de pathologies regroupant 19 pathologies différentes. Ce score a été validé, en 1987, par l'équipe de M.E Charlson à l'aide d'une étude longitudinale prospective de 559 patients hospitalisés en médecine interne.(35)

Le score de Charlson moyen patients hospitalisés était de 2,74 (écart type de 2,26).

- 21% (n=34) avaient un score de Charlson égal à 0.
- 18% (n=28) avaient un score de Charlson égal à 1.
- 16% (n=16) avaient un score de Charlson égal à 2.

- 14% (n=22) avaient un score de Charlson égal à 3.
- 14% (n=22) avaient un score de Charlson égal à 4.
- 11% (n=18) avaient un score de Charlson égal à 5.
- 6% (n=10) avaient un score de Charlson égal à 6.
- 3% (n=5) avaient un score de Charlson égal à 7.
- 3% (n=5) avaient un score de Charlson égal à 8.

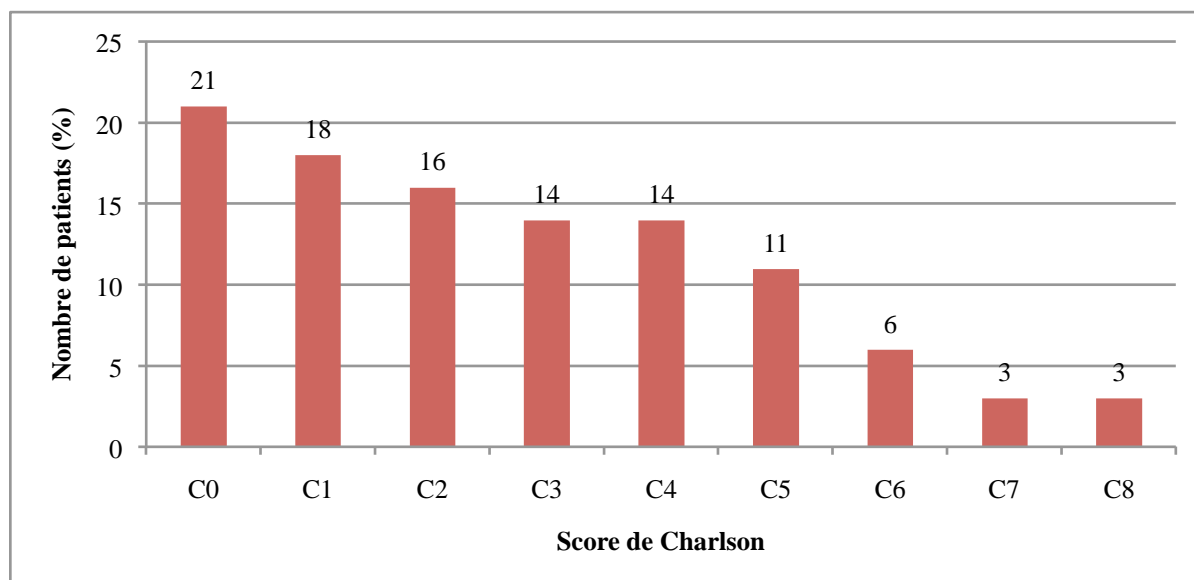


Figure 11 : Représentation du taux de patients en fonction de leur comorbidités évaluées par le score de Charlson

3.2. Les caractéristiques de l'hospitalisation

3.2.1. Connus du service de médecine interne

- 52 patients soit 32,5% étaient connus du service de médecine interne de par une hospitalisation, une consultation ou un suivi régulier par un médecin du service.
- 108 patients soit 67,5% n'étaient pas connus du service avant leur admission.

3.2.2. Les motifs d'hospitalisation

Les patients pris en charge présentaient des motifs divers et variés. La rechute ou l'évolution d'une maladie connue, les douleurs de l'appareil locomoteur, et les manifestations systémiques étaient les motifs d'hospitalisation les plus fréquents avec respectivement 13% (n=21), 12% (n=21) et 11% (n=18).

Les autres motifs d'hospitalisation par ordre de fréquence étaient :

- Fièvre 9% (n=14)
- Syndrome inflammatoire 8% (n=13)
- Altération de l'état général (AEG) 8% (n=12)
- Manifestations neurologiques 5% (n=8)
- Éruption cutanée 5% (n=8)
- Anomalie biologique 4% (n=7)
- Dyspnée 4% (n=7)
- Douleur abdominales 3% (n=5),
- Céphalées 3% (n=5),
- Adénopathies 3% (n=4),
- Syndrome polyalgique 2% (n=3),
- Douleurs des membres inférieurs 2% (n=3),
- Manifestations ophtalmologiques 1% (n=2),
- Oedèmes 1% (n=2),
- Douleurs thoraciques 1% (n=2),

Les motifs les moins fréquents étaient des troubles de la déglutition, myalgies, macroglossie, toux chronique, syndrome anxio-dépressif et décompensation cardiaque avec chacun 1% (n=1).

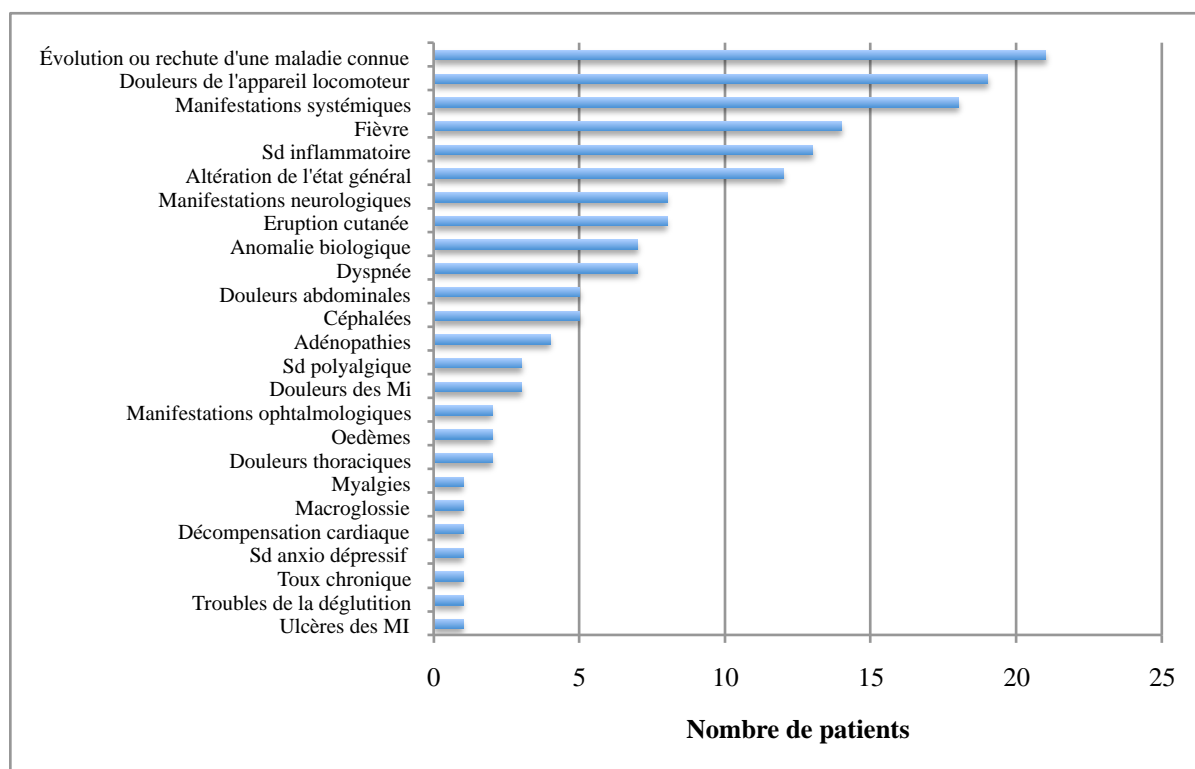


Figure 12 : Représentation des motifs d'hospitalisation des patients par ordre de fréquence

3.2.3. Les diagnostics posés au décours de l'hospitalisation

Les principaux diagnostics établis à la sortie pour les patients pris en charge concernaient des pathologies de l'appareil locomoteur et des maladies de système avec respectivement 22% (n=35) et 20% (n=32).

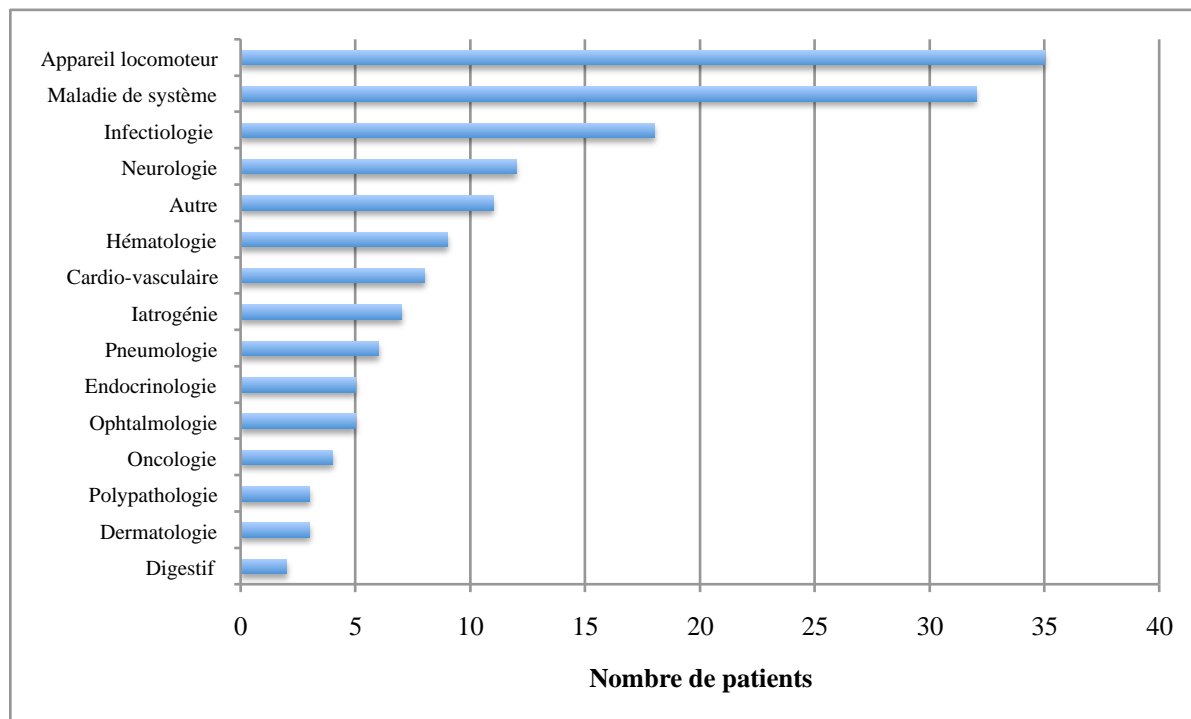


Figure 13 : Diagnostics à la sortie des patients hospitalisés par la filière d'admission directe

Parmi les pathologies de l'appareil locomoteur :

- Les rhumatismes inflammatoires représentaient 40% (n=14) des diagnostics rhumatologiques (Polyarthrite Rhumatoïde (n=5), Spondylarthropathies (n=5), Pseudo polyarthrite rhizomélique (n=2), RS3PE, Chondrocalcinose).
- Les autres pathologies étaient représentées par :
 - o Lombalgies (n=2), Cyriax (n=2), radiculalgies (n=2), lombo-cruralgies, canal carpien,
 - o Syndrome de Tietze, douleurs pariétales sous costales,
 - o Neuroalgodystrophie, Ostéoporose masculine,
 - o Fasciite oedémateuse inflammatoire,
 - o Crampes inexplicables, polyarthromyalgies mécaniques, tendinopathie de la coiffe des rotateurs (n=2), cervicalgies sur arthrose cervicale, polyarthralgies,
 - o Lésions lytiques vertébrales,
 - o Maladie de Paget.

Parmi les maladies de système :

- 15 étaient des vascularites,
- 12 étaient des maladies auto-immunes,
- 2 étaient inflammatoires (Maladie de Still, fièvre nue mal tolérée corticosensible),
- 1 était secondaire à une hémopathie maligne,
- 1 un œdème angio-neurotique,
- 1 pathologie de système non précisée.

Il pouvait s'agir d'un diagnostic, d'une poussée ou d'une rechute d'une maladie déjà connue.

Dix huit patients (11%) présentaient une pathologie infectieuse :

- 8 infections du tractus pulmonaire,
- 3 syndromes viraux non documentés,
- 2 infections du tractus urinaire,
- 3 bactériémies,
- 1 infection du système digestif,
- 1 infection à germes atypiques.

Douze patients présentaient une pathologie neurologique (8%) :

- 8 pathologies neurologiques (céphalées (n=2), dysautonomie, syndrome de POTS, neuropathie motrice, hypoesthésie, paresthésies symptomatologiques, douleurs neuropathiques),
- 3 pathologies inflammatoires neurologiques (méningomyélite, une rhombencéphalite, un syndrome de Tolosa Hunt),
- 1 hypersomnie subaiguë nécessitant un suivi neurologique.

Une pathologie hématologique était retrouvée pour 9 patients (6%) :

- 5 diagnostics de pathologie maligne hématologique (leucémie lymphoïde lymphoblastique B, maladie de Waldenström, leucémie myélomonocytaire chronique, lymphome B à grandes cellules, leucémie aigüe lymphoblastique B),
- 3 anémies : hémolytique dans un contexte de lupus (n=1), multicarentielle (n=1), par carence martiale (n=1).
- 1 polyglobulie primitive Jak2+.

Une pathologie cardio-vasculaire a été diagnostiquée chez 8 patients (5%) :

- 5 pathologies relevant de la cardiologie (décompensation cardiaque globale, troubles

du rythme et HTA, rechute de péricardite idiopathique, douleurs thoraciques faisant découvrir un syndrome coronarien, HTA).

- 3 pathologies vasculaires (sténose de l'artère fémorale, syndrome inflammatoire en lien avec une dissection aortique, acrosyndrome banal).

Sept patients (4%) ont été hospitalisés pour un problème de iatrogénie : OMI, myalgies (n=3), hépatite médicamenteuse, hyponatrémie, amaigrissement.

Six patients (4%) ont été hospitalisés pour une pathologie du système respiratoire : exacerbation de BPCO, syndrome d'hyperventilation, rechute d'une pleurésie post pleuro-péricardite, dyspnée, SAOS sévère avec hypercapnie, bronchite récidivantes sur probable micro-inhalation.

Cinq patients présentaient une pathologie du système endocrinien :

- 3 pathologies neuro-endocriniennes (syndrome polyuro-polydipsique, prise de poids et anomalie du dosage de l'hormone de croissance, hyperprolactinémie),
- 2 pathologies immuno-endocriniennes (myalgies sur thyroïdite d'Hashimoto, maladie d'Addison).

Cinq patients (3%) ont été pris en charge pour une pathologie ophtalmologique : évolution atrophique d'une séquelle de NOIAA post Artérite à cellules géantes, NORB, uvéite immuno-allergique (n=2), chorioretinite de Birdshot.

Quatre patients présentaient (3%) pour une pathologie en rapport avec une néoplasie:

- 3 néoplasies diagnostiquées lors de l'hospitalisation (adénocarcinome bronchique primitif métastatique, récurrence de néoplasie mammaire localisé, néoplasie du rein)
- Un cas de néoplasie de vessie connue nécessitant une prise en charge hospitalière.

Trois patients ont été hospitalisés (2%) pour des problèmes relevant de la poly-pathologie.

Trois diagnostics dermatologiques (2%) ont été posés : papulomatose lymphoïde, érythème noueux idiopathique (n=2).

Deux patients (1%) ont été hospitalisés pour une pathologie du système digestif : colite ischémique, troubles fonctionnels intestinaux.

Les 11 autres diagnostics (7%) posés sont :

- Altération de l'état général non classée (n=3),
- Syndrome dépressif (n=3),
- Colique néphrétique,
- Adénopathie périphérique avec bilan normal (n=2),
- Granulomatose oro-faciale,
- Troubles de la déglutition.

3.2.4 Les diagnostics associés au diagnostic principal à la sortie

Le nombre moyen de diagnostics associés est de 4,23.

- 18 patients n'avaient pas de diagnostics associés au diagnostic principal à leur sortie d'hospitalisation,
- 12 patients avaient un seul diagnostic associé au diagnostic principal,
- 22 patients avaient 2 diagnostics associés,
- 21 patients avaient 3 diagnostics associés,
- 17 patients avaient 4 diagnostics associés,
- 19 patients avaient 5 diagnostics associés,
- 16 patients avaient 6 diagnostics associés,
- 11 patients avaient 7 diagnostics associés,
- 7 patients avaient 8 diagnostics associés,
- 4 patients avaient 9 diagnostics associés,
- 13 patients avaient 10 diagnostics associés.

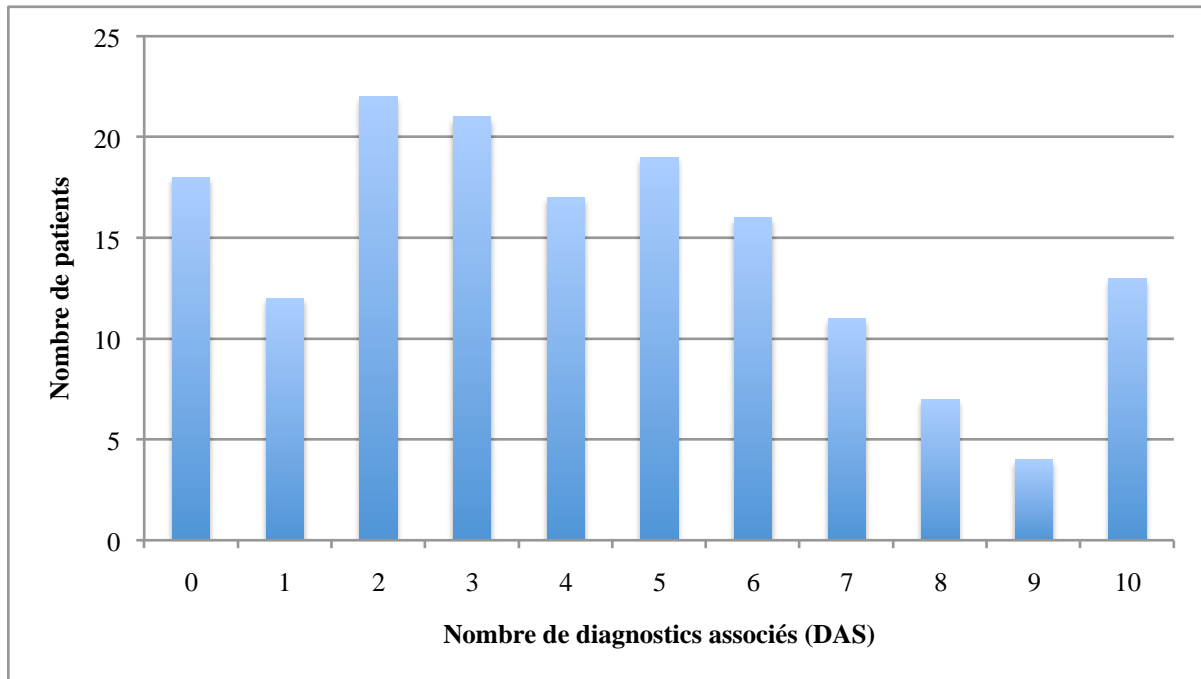


Figure 14 : Représentation du nombre de diagnostics associés à la sortie en fonction des patients

3.2.5. Le devenir des patients hospitalisés

La plupart des patients pris en charge dans l'unité d'admission directe, 91% (n=146), sont rentrés à domicile après le séjour hospitalier.

- 5% (n=8) ont été transférés dans un autre service.

- 3 dans un service de maladies infectieuses,
- 1 en cardiologie,
- 1 dans le service de médecine vasculaire,
- 1 en oncogériatrie,
- 1 en hématologie,
- 1 en psychiatrie.

- 3% (n=4) ont été transférés en SSR.

- 1% (n=2) patients sont décédés au cours de l'hospitalisation.

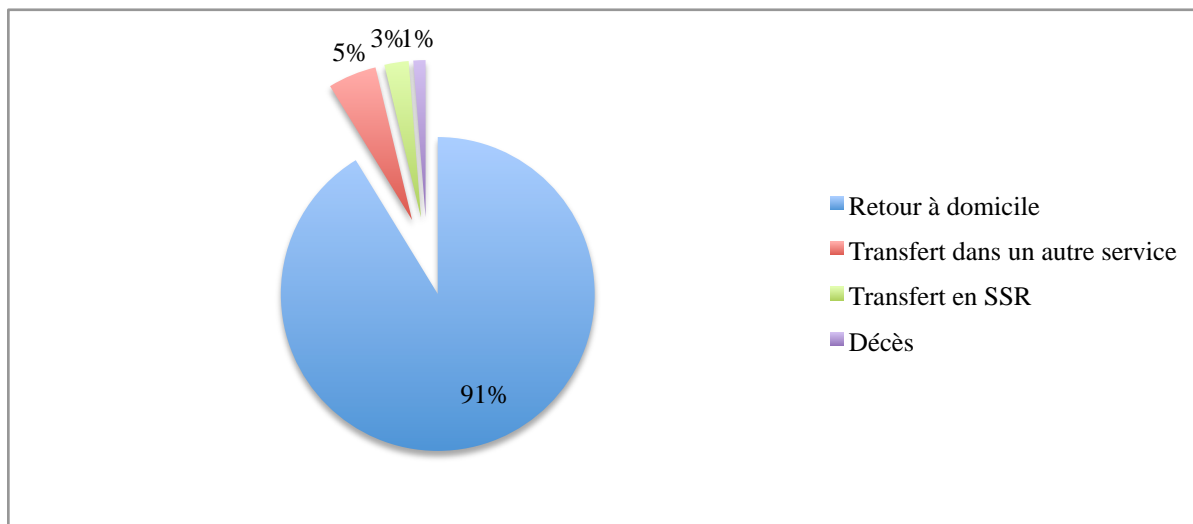


Figure 15 : Le devenir du patient au décours de l'hospitalisation

3.2.6. La durée de séjour hospitalier

La durée moyenne de séjour des patients admis par la filière rapide et rentrés à leur domicile était de 6,77 jours avec une IPDMS de 1,02 de Janvier à Octobre 2016.

Les patients transférés n'ont pas été pris en compte dans ce calcul.

3.2.7. L'organisation du suivi des patients après la prise en charge hospitalière

- 39% (n= 62) des patients ont été suivis en consultation par un médecin du service à la suite de l'hospitalisation.
- 16% (n= 25) des patients ont bénéficié d'un suivi dépendant d'une autre spécialité médicale.
- 15% (n= 24) des patients ont été convoqués en hospitalisation de jour dans le service de médecine interne.
- 10% (n= 15) des patients ont été convoqués pour une hospitalisation traditionnelle dans le service.
- 20% (n=32) des patients n'ont pas nécessité de suivi médical spécialisé à titre systématique.
- Les 2 patients décédés ne sont pas comptabilisés.

L'organisation du suivi après l'hospitalisation

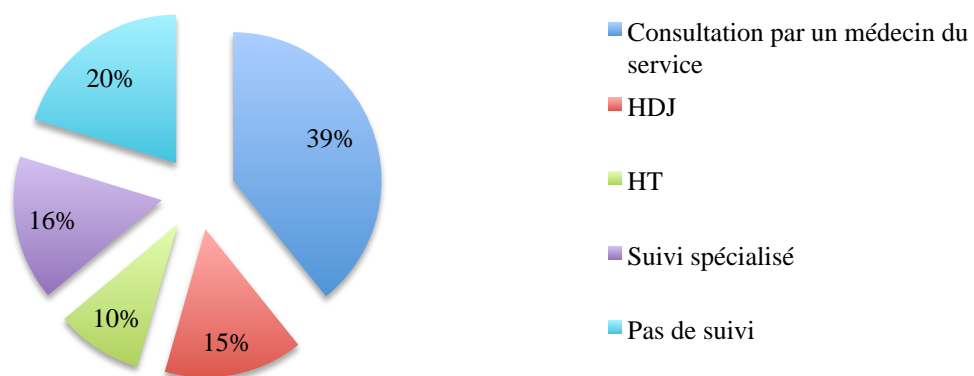


Figure 16 : Représentation de l'organisation du suivi médical après l'hospitalisation

DISCUSSION

1. La méthode

Cette enquête rétrospective a permis de répondre à l'objectif principal de notre travail. Elle a mis en évidence une réelle utilité de la filière d'admission directe pour les médecins généralistes ayant besoin d'une hospitalisation non programmée rapide sans passer par les urgences.

L'étude des objectifs secondaires a été réalisée avec une analyse rétrospective des données par le recueil des informations sur les courriers de sorties d'hospitalisation. Nous avons tenté de limiter au maximum un éventuel biais méthodologique par le recueil des informations (antécédents, motifs d'hospitalisation, code postal...).

Nous pouvons nous interroger sur un éventuel biais de mémoire pour les médecins interrogés sur un évènement qui pour plus de la moitié de l'échantillon datait de plus de 6 mois. Quatre médecins n'ont pas répondu au questionnaire car ils ne se souvenaient pas avoir adressé leur patient par la filière.

La méthode utilisée ne permet pas non plus de savoir quel pourcentage de médecins ont essayé de faire hospitaliser un patient sans succès par la filière. Ceci peut arriver théoriquement en cas de mauvaise réception du fax de demande, d'absence médicale mal anticipée ou encore indisponibilité de lits d'hospitalisation. De plus, le flux des demandes d'hospitalisation est très variable d'une semaine à l'autre, et les médecins du service ont du pour un nombre indéterminé de patients recourir à une hospitalisation dans l'unité d'hospitalisation traditionnelle bien que la demande ait été faite par la filière d'admission directe. Aussi, il n'est pas impossible que le taux de satisfaction soit biaisé. Toutefois, nous pensons que les différents moyens mis à disposition des médecins pour solliciter une hospitalisation par la filière (adresse mail, numéro de téléphone et téléphone spécifique, médecin sénior responsable dédié) limite le risque de ne pas honorer une demande.

2. Le taux de réponse

Après exclusions, la taille de l'échantillon était de 132 médecins généralistes interrogés. Le taux de réponse de 68,2% (n=90) est élevé pour ce type d'enquête et montre l'intérêt qu'a suscité l'unité d'admission directe auprès des médecins généralistes.

Le taux de réponse aurait probablement pu être supérieur si l'étude ne s'était pas déroulée pendant l'épidémie grippale ou si l'évaluation avait été faite en temps réel.

Notre taux de réponse est considéré comme très satisfaisant au vu de la littérature. Ainsi le taux de réponse était de 70,8% (n=160) dans une enquête postale envoyée aux médecins généralistes ayant utilisé l'unité d'assistance diagnostique et thérapeutique (UATDR) du service de Médecine Interne de Rennes (9).

Un taux de réponse de 54% (n=30) dans une enquête postale de satisfaction auprès des médecins de ville ayant utilisé le numéro d'urgence dédié du service de médecine interne du CHU de Limoges (36).

3. Les médecins utilisateurs de la filière et les médecins répondeurs

Les médecins généralistes représentaient 95,4% des utilisateurs de la filière d'admission directe et les spécialistes libéraux 4,6%. Ceci atteste du respect par les médecins spécialistes libéraux du rôle de coordonnateur des soins des médecins généralistes.

Dans la thèse de B. Poulteau, la prévalence de spécialistes ayant utilisé la ligne directe était d'ailleurs également faible (3%) (36). En revanche, dans l'étude de A. Perlat, 27 % des appels provenaient de spécialistes. Ceci est dû au fait que la ligne directe de médecine interne de Rennes est aussi utilisée par les médecins hospitaliers (21%) (9).

Les médecins répondeurs dans cette étude sont représentatifs de la population nationale et régionale des médecins généralistes. D'après l'Atlas de la démographie médicale en France établi par le Conseil National de l'Ordre des Médecins au 1^{er} Janvier 2016, l'âge moyen de la population nationale de médecins généralistes était de 52 ans (37). Les données de la DREES concernant la démographie médicale pour l'année 2016 observe que l'âge moyen des médecins généralistes de la région Midi Pyrénées était de 52,69 ans (38). La tranche d'âge des médecins généralistes la plus représentée dans notre étude était celle des 50-60 ans avec un taux de 32,2%.

Une très faible représentation des moins de 30 ans dans l'étude s'explique par le fait que la plupart des médecins généralistes ne s'installent pas en libéral avant l'âge de 30 ans. En 2016, l'âge moyen de la première inscription à l'ordre des médecins était de 32,6 ans tout spécialités confondues (37).

4. L'avis des médecins sur l'unité d'admission directe et son impact

La ligne d'appel directe apparaît être un outil utile à la disposition des médecins de ville pour l'accès au milieu hospitalier. Plus de la majorité des médecins, 60% (n=54) qui ont utilisé la filière d'admission directe depuis son ouverture sont très satisfaits et 36,7% (n=33) sont satisfaits de l'unité dans sa globalité. La quasi-totalité, 98,9% (n=89) des médecins se disent prêts à recommander ou recommandent cette filière à leur confrères généralistes.

Les médecins de ville ressentent des difficultés pour la prise en charge hospitalière de leurs patients en particulier si celle-ci est non programmée. L'organisation d'une hospitalisation est chronophage. Un gain de temps, dans l'organisation d'une hospitalisation non programmée, est perçu pour 94,4% (n=85) des médecins généralistes interrogés par l'utilisation de la filière d'admission directe. L'accès à l'hospitalisation et l'avis spécialisé est favorisé par la ligne d'appel directe. Ce dispositif permet donc de nouer des liens entre la ville et l'hôpital. Il est en revanche difficile d'étudier si la filière a permis d'accroître le nombre de correspondants du service.

L'intérêt et la nécessité des numéros d'urgence pour l'accès à l'hospitalisation ou à un conseil médical a déjà été démontré (25). L'unité d'assistance diagnostique et thérapeutique de Rennes était considérée, par les médecins utilisateurs, comme plutôt efficaces dans 77% des cas et peu ou non efficaces dans 23% des cas.(9)

La prise en charge rapide des patients dans l'unité a certainement permis d'éviter un recours aux services d'urgences. En effet, 56,7% (n=51) des médecins affirment qu'ils auraient adressé leur patient aux urgences en vue d'une hospitalisation s'il n'avait pas été admis par la filière d'admission directe. La défaillance à l'accès rapide à la consultation en hospitalisation est en partie responsable de l'engorgement des urgences. Ainsi, le service d'assistance téléphonique de médecine interne de Nantes dédié à l'aide diagnostique et thérapeutique à permis d'éviter 46 admissions aux urgences sur 63 journées d'évaluation soit 17% des appels reçus (8). Dans notre travail, nous n'avons pas pu évaluer le pourcentage de demande d'hospitalisation ayant finalement abouti à une gestion ambulatoire.

La ligne téléphonique de l'unité d'admission directe permet aussi aux médecins libéraux d'obtenir des conseils sur la prise en charge diagnostique ou thérapeutique d'un patient. Le nombre d'appels sur la ligne n'a pas été comptabilisé dans notre étude mais il serait intéressant d'évaluer le volume et les motifs des appels sur une période donnée. Tout ceci afin de mettre en valeur le travail du médecin référent dans l'aide à la médecine de ville et le

nombre de passages aux urgences évités par un conseil téléphonique ou l'organisation d'une consultation urgente.

L'évaluation de l'unité d'assistance diagnostique et thérapeutique à Rennes a montré qu'à l'issue de l'entretien téléphonique 41% des appels ont abouti à un conseil, 17% ont conduit à une prise en charge en hospitalisation dans les 24 à 48 heures suivant l'appel, 9% ont entraîné une consultation dans la semaine suivant l'appel. Une prise en charge différée en consultation (19%) ou en hospitalisation était proposée pour les autres appels (13%) (9). Il est certain qu'un nombre significatif d'appels reçus par la filière d'admission directe de Toulouse débouche sur une prise en charge hospitalière directe mais programmée dans un délai court ou une évaluation rapide en consultation suivie d'une hospitalisation programmée. Ceci explique sans doute pourquoi les médecins n'auraient pas adressé leur patients par les urgences dans près de la moitié des cas. Il nous paraît incontestable que la facilité donnée par la ligne téléphonique, le fax, le mail spécifique pour accéder à un médecin sénior est en partie détournée par les médecins généralistes de son objectif initial.

La mission première de l'UAD est de proposer au médecin appelant une admission du patient dans les 24 heures (ce qui correspond en France à la notion d'hospitalisation non programmée). Nous n'avons pas pu évaluer, dans ce travail, le délai entre l'appel du médecin et la prise en charge hospitalière du patient faute de traçabilité.

L'extension de ce type de filière à d'autres spécialités médicales comme principalement la gériatrie, la cardiologie ou la rhumatologie sont un souhait des médecins généralistes ayant répondu à l'enquête. Cette demande reflète un réel besoin ressenti par les médecins de ville dans leur exercice actuel. Certaines pathologies aiguës ou décompensations de pathologies chroniques nécessitent toutefois un passage par un service d'urgences. Le service de médecine gériatrique l'hôpital Edouard-Herriot à Lyon a mis en place depuis 2010 une ligne d'appel directe pour les praticiens de ville exerçant dans la filière gérontologique afin que les médecins puissent bénéficier de conseils et d'alternatives à une admission aux urgences (27). Le CHU de Rennes, après l'expérience positive de l'unité d'assistance diagnostique et thérapeutique, a mis en place 31 lignes directes permettant de joindre un médecin sénior dans chaque spécialité (9). Cette politique a aussi été implémentée au CHU de Toulouse en 2016.

5. La typologie des patients

La rechute ou l'évolution d'une maladie connue est le motif d'hospitalisation le plus fréquent dans notre échantillon de patients, mais ne représente que 13% des cas (n=21). Il est légitime qu'un patient suivi dans le service de médecine interne pour une pathologie donnée soit pris en charge rapidement et directement s'il présente des symptômes liés à sa pathologie. De même pour le patient qui n'est pas forcément suivi dans le service mais qui présente une pathologie complexe. La prise en charge de ce type de patients aux urgences est complexe et les médecins urgentistes n'ont pas les compétences nécessaires pour gérer ce type de pathologies. Ce passage par les urgences est une perte de temps pour le patient. L'identification dans chaque service ou pôle de lits dédiés exclusivement à l'accueil rapide, non programmé, de patients déjà connus de ce service ou pôle pourrait permettre de réduire le nombre de passages injustifiés aux Urgences.

L'ensemble des motifs d'hospitalisation correspondaient à des motifs de recours fréquents à l'interniste :

- L'exploration d'un syndrome inflammatoire, d'une anomalie biologique inexplicée (parmi elles : anémie, thrombopénie, hyponatrémie, découverte d'un pic monoclonal...),
- La prise en charge d'une altération de l'état général,
- Une manifestation cutanée atypique : purpura, érythème noueux,
- Des symptômes atypiques : myalgies, céphalées de l'hémicrâne, macroglossie...
- L'association de plusieurs de ces symptômes classés dans la catégorie « manifestations systémiques » : les patients ont été adressés par leur médecin généraliste pour une association de symptômes pouvant faire évoquer une maladie générale.

La représentation des motifs d'hospitalisation de notre étude est différente des motifs de recours à l'unité d'assistance diagnostique et thérapeutique rapide de Rennes. Dans cette étude les motifs d'appels les plus fréquents sont l'anomalie biologique (42%), la présence de signes généraux (20%) et la suspicion ou la prise en charge d'une pathologie systémique (15%) (9).

Dans l'étude rennaise il n'est pas notifié les motifs d'hospitalisation des patients.

De plus, nous avons différencié le syndrome inflammatoire de la catégorie « anomalie biologique » car c'est un motif de recours important à l'interniste. À elles deux, ces catégories représentent le deuxième motif d'hospitalisation le plus fréquent (12%).

Les motifs d'hospitalisation retrouvés dans notre étude sont typiquement des motifs de

recours aux compétences de l'interniste. Cela montre que le recrutement des patients dans l'unité est en rapport avec les missions de la Médecine Interne. Ses missions de recours dans le domaine de maladies dites systémiques sont bien identifiées notamment du fait de leur valorisation universitaire, mais les missions de « Médecine Générale hospitalière » lui sont tout autant essentielles. La formation spécifique des internistes les rend capables de prendre en charge de nombreuses situations cliniques complexes, ce que ne permet pas la formation délivrée par d'autres disciplines présentées comme proches comme par exemple la rhumatologie.

Il est intéressant de constater que l'étude de G. Derame, a démontré que 10% (n=51) des patients hospitalisés dans un service de médecine spécialisé ou polyvalente (sur 16 jours au CHU de Nantes) *via* les urgences auraient pu bénéficier d'une admission directe. Un tiers de ces patients présentaient un motif d'admission peu spécifique d'une discipline d'organe et donc entrant directement dans le champ de la Médecine Interne (altération de l'état général, fièvre inexpliquée, patient polypathologique...) (25).

Les diagnostics posés chez nos patients à la sortie étaient également dans le champ de la Médecine Interne. Nous notons peu de diagnostics spécifiques d'autres spécialités d'organes (5% de cardiologie, 4% de pneumologie, 1% de gastro-entérologie). Le nombre moyen de diagnostics associés (n= 4,23) montre que la plupart des patients pris en charge présentaient plusieurs problématiques.

Le score de Charlson moyen était de 2,74 ($\pm 2,3$). Dans l'article de J. Delforge et al. s'intéressant aux durées de séjours des patients non programmés dans un service de Médecine Interne polyvalente d'aval à l'hôpital Jean-Verdier à Bondy, le score de Charlson moyen était de 2,1 ($\pm 2,4$) (39). Ceci suggère que des comorbidités nombreuses ne justifient pas en elle-même de passer par les urgences dès lors que des compétences sont réunies dans un service pour une prise en charge globale des patients.

On peut donc penser que la communication entre les médecins de l'unité et les médecins libéraux a été globalement bonne, et que les médecins libéraux ont une idée beaucoup plus claire que le grand public de ce que la Médecine Interne apporte à la prise en charge des patients.

Il faut toutefois rester vigilant vis à vis des dérives toujours possibles : cette filière ne doit pas être utilisée par les médecins libéraux pour la prise en charge de cas tout venant, pour une hospitalisation qui n'est pas nécessaire dans les 24 à 48 heures, ou pour simplement éviter les urgences. À ce titre, on remarque que très peu de patients ont dû être réorientés vers des soins continus à l'issue de leur admission par la filière d'admission directe.

6. Durée des séjours

La durée moyenne de séjour (DMS) et l'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IPDMS) sont les principaux critères pour évaluer l'efficacité des services hospitaliers. Elles sont dépendantes de la pathologie du patient, des comorbidités, de l'organisation et de la richesse en moyens humains de la structure hospitalière, des lits d'aval disponibles.

La durée moyenne de séjour de patients admis par la filière rapide (n=6,77 jours) est discrètement inférieure à celle des patients en hospitalisation traditionnelle du service (n=7,01 jours sur les 9 premiers mois de l'année 2016, chiffres sur l'année encore non disponibles). Les patients transférés dans un autre service n'ont pas été inclus dans ce calcul. Leur durée de séjour incluant les jours d'hospitalisation du service dans lequel ils ont été transférés. Le profil des patients admis dans l'UAD ne semble pas tellement différent de celui des patients hospitalisés en unité traditionnelle au vu de la durée moyenne de séjour. Toutefois nous n'avons pas réalisé de comparaison avec le reste de l'activité du service (âge moyen, Charlson, diagnostics associés...).

L'IPDMS pour être satisfaisante elle doit être inférieure à 1. Celle de l'unité est de 1,02 (de Janvier à Octobre 2016 inclus) ce qui signifie qu'il y a eu globalement plus de journées d'hospitalisations dans l'unité qu'attendues. Nous ne disposons pas encore de l'IPDMS de l'hospitalisation traditionnelle.

Les durées moyennes de séjour de l'unité d'admission directe étaient légèrement inférieures à celles des séjours en hospitalisation traditionnelle de notre service. Par comparaison, la durée moyenne de séjour dans l'article de J. Delforge et al. était de 8,1 jours. L'IPDMS de l'ensemble du service était de 1,0 (39).

Toutefois dans l'étude de J. Delforge et al., le score de Charlson des patients était inférieur à celui observé dans notre étude (39). Nous n'avons pas pu comparer finement les diagnostics à la sortie entre ces deux études.

Le taux satisfaisant de retour à domicile des patients (91%) est un élément déterminant d'une durée moyenne de séjour courte. La DMS est en effet augmentée en cas de difficultés d'admission en soins de suite et de réadaptation.

7. Génération d'activités supplémentaires

Notre travail montre que l'unité engendre une activité ambulatoire supplémentaire pour le service, puisque 25% (n=39) des patients sont convoqués pour une hospitalisation de jour ou traditionnelle, et d'autres pour une consultation. Le profil de nos patients ainsi que ces particularités différencie donc complètement l'Unité d'admission directe d'une unité comme le post-urgence médicale pour lequel l'hospitalisation secondaire reste très marginale.

Il serait intéressant après quelques années de recul, avec un nombre de patient plus important, de comparer la durée moyenne de séjour, les complications éventuelles au cours de l'hospitalisation des patients admis directement dans le service comparé à ceux passé par le service d'urgences pour une pathologie.

L'étude de l'adéquation des diagnostics pré-hospitaliers avec les diagnostics posés après la prise en charge du patient pourrait aussi être étudiée.

CONCLUSION

Les relations entre les médecins de ville et l'hôpital universitaire sont difficiles. Les médecins de ville, coordonnateurs du parcours de soins sont confrontés à des difficultés pour organiser la prise en charge hospitalière de leurs patients. L'accès à l'hospitalisation est souvent compliqué. Le passage des patients par le service des urgences est alors trop souvent une solution de recours. Ceci est à l'origine de multiples difficultés pour les établissements hospitaliers et d'insatisfaction pour les usagers et le médecin de ville.

En 2016, une filière d'admission directe avec unité dédiée à cette activité a été créée dans le service de Médecine interne du Pôle I3LM (Immunité, Inflammation, Infection-Appareil Locomoteur) au CHU de Toulouse pour faciliter la prise en charge des patients nécessitant une admission rapide et directe. Cette création s'accompagnait d'une augmentation de capacitaire et de temps médical dédié. Nous avons évalué à un an de son ouverture le service rendu par la filière par un questionnaire en ligne réalisé auprès des médecins généralistes de Midi Pyrénées ayant eu recours à la filière d'admission directe du service de médecine interne au cours de l'année 2016. Nous avons évalué la satisfaction des praticiens, la typologie des patients, les caractéristiques des séjours hospitaliers et le suivi après hospitalisation. Le taux de réponse à notre enquête était bon et le taux de satisfaction des médecins était de 96,7%. Le recours à la filière était massivement ressenti comme un gain de temps pour l'obtention d'une hospitalisation non programmée et permis selon les médecins interrogés d'éviter une admission aux urgences chez la majorité des patients.

Les pathologies prises en charge couvraient un large spectre de l'activité d'un service de Médecine interne, de la médecine de proximité à la médecine de recours. La filière a généré une activité d'aval, 25% des patients ayant été secondairement convoqués pour une hospitalisation de jour ou traditionnelle.

Les principales limites de ce travail sont l'absence d'évaluation quantitative du délai d'hospitalisation et un possible biais favorisant la satisfaction des médecins, puisque seuls ceux ayant de fait obtenu une hospitalisation par la filière ont été interrogés.

Les généralistes ont exprimé majoritairement leur souhait d'extension de la filière à d'autres spécialités médicales, ce qui traduit un réel besoin.

Nous considérons donc la création de cette filière comme un succès.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août 13, 2004.
2. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
3. Andronikof M, Thalmann A. Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste. *La Presse Médicale*. 1 juill 2005;34(12):847-50.
4. Le Gall A. Programmer les hospitalisations en médecine générale ? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise. *Médecine*. sept 2010;6(7):326–330.
5. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Chiffres clés de l'hospitalisation en 2015. Données issues du PMSI 2015. 2016 oct. Disponible sur: http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_2015.pdf
6. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les établissements de santé - Édition 2016. Panoramas de la DREES Santé; 2016 juill. p. 182. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pano-etab-sante-2016.pdf>
7. Carli P. Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences. Conseil National de l'Urgence Hospitalière; 2013 sept p. 1–17. (Rapport du Pr Pierre Carli).
8. Castillo J-M, Agard C, Artifoni M, Brisseau J-M, Connault J, Durant C, et al. Évaluation qualitative et quantitative d'un service d'assistance téléphonique de médecine interne dédié à l'aide diagnostique et thérapeutique de pathologies relevant du champ de la médecine générale. *La Revue de Médecine Interne*. mai 2016;37(5):321-6.
9. Perlat A, Frin M, Decaux O, Cador B, Cazalets C, Sébillot M, et al. Unité d'assistance diagnostique et thérapeutique rapide : bilan d'activité et impact sur les relations médecine générale et médecine interne hospitalière. *La Revue de Médecine Interne*. nov 2010;31(11):776-9.
10. Charpak Y, Knockaert R. Les médecins aujourd'hui en France. Actualité et dossier en santé publique. sept 2000;(32):15-66.
11. Dodier N, Camus A. L'hospitalité de l'hôpital. *Communications*. 1997;65(1):109-19.
12. Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. 58-1373 déc 30, 1958.
13. Inspection générale des affaires sociales. L'hôpital : rapport 2012 de l'Inspection générale des affaires sociales. Inspection générale des affaires sociales; 2013 févr . p. 289. (La documentation française). Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000107/>

14. Echenberg D. La spécialisation médicale : aussi vieille que l'Antiquité ! Médecine interne générale : perspective canadienne. *Revue Médicale Suisse*. 2007;135:2737.
15. Le Collège National Professionnel de Médecine Interne. *La Médecine Interne en France*. C.N.P.I.; 2004. 351 p.
16. Godeau P. *Les héritiers d'Hippocrate. Mémoires d'un médecin du siècle*. Paris: Flammarion; 2000. 315 p.
17. Charmion S, Piatek I, Bencharif L, Cathebras P. Qu'attendent les médecins généralistes de la médecine interne? Résultats d'une enquête postale sur le secteur de la Loire et des départements limitrophes. *La Revue de médecine interne*. 2002;23(10):840-846.
18. Europe Wonca. *La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille*. Centre Universitaire de Médecine Générale, UCL, Bruxelles, Belgique. 2002;
19. Schetgen M. L'évolution de la Médecine Générale. *Revue médicale de Bruxelles*. 2006;27(1):3-66.
20. Bloy G. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi qualitatif d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010). *DREES Études et recherches*. 2011;(104):144.
21. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Créer des liens : les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. juill 2008;56(S4):197-206.
22. Enquête : communication médecine de ville - hôpital - CHRU de Montpellier. Disponible sur: <http://www.chu-montpellier.fr/fr/contenu/liste-des-actualites/actualite/Enquete-communication-medecine-de-ville-hopital/>
23. Fabre L. *Communication ville hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées*. Th : Med : Toulouse : 2014 ; 1125.
24. Eikeland G, Garåsen H, Jacobsen G. Are there alternatives to emergency admissions? *Tidsskr Nor Laegeforen*. 8 sept 2005;125(17):2355-7.
25. Derame G, El Kouri D, Hamidou M, Carré E, Potel G. Les passages non justifiés au service d'accueil urgences. *La Presse Médicale*. 1 juill 2004;33(12):780-3.
26. Giraud M. *Coopération ville-hôpital : le point de vue des médecins généralistes*. Th : Med : Grenoble : 2010 ; 1112.
27. Maréchal F, Kim B-A, Castel-Kremer E, Comte B. Évaluation de la ligne unique et directe d'appel téléphonique en gériatrie (ELUDAT G) : une étude qualitative. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. déc 2015;15(90):316-22.
28. Canac B. *Admission directe en court séjour gériatrique : difficultés rencontrées par les médecins généralistes des Alpes Maritimes* Th : Med : Nice; 2014.
29. Leyenaar JK, Lagu T, Lindenauer PK. Direct admission to the hospital: An alternative approach to hospitalization. *J Hosp Med*. 1 avr 2016;11(4):303-5.

30. Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées. Rapport annuel 2015 : l'activité des urgences du CHU Toulouse adultes (Purpan et Ranguel). 2016 - p. 37. Disponible sur: www.orumip.fr
31. Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *American Journal of Emergency Medicine*. mars 2010;28(3):304-9.
32. Sikka R, Metha S, Kaucky C, Kulstad EB. ED crowding is associated with an increased time to pneumonia treatment. *American Journal Emergency Medicine*. 2010;28(7):809-12.
33. Sprivulis PC, Da Silva J, Jacobs IG, Frazer AR, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Medical Journal of Australia*. 2006;184(5):208.
34. Ackroyd-Stolarz S, Read Guernsey J, Mackinnon NJ, Kovacs G. The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf*. juill 2011;20(7):564-9.
35. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373-83.
36. Poulteau B. Interaction ville/hôpital : intérêt d'un numéro d'urgence médecine interne Th : Med : Limoges : 2013 ; 3162.
37. Le Breton-Lerouillois G, Conseil national de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale. Situation au 1er janvier 2016. Paris: Ordre National des Médecins; 2016 p. 326. Report No.: 10. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
38. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La démographie des médecins (RPPS) au 1er janvier 2016. Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2016 janv. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=2492>
39. Delforge J, Gerin M, Morin AS, Rivoisy C, Boukari L, Leata C, et al. Médecine interne polyvalente d'aval des urgences : évaluation des causes de prolongation des durées de séjours des patients non programmés : méthode d'évaluation des pratiques. *La Revue de Médecine Interne*. juin 2016;37, Supplement 1:A81.
40. Bellou A, de Korwin J-D, Bouget J, Carpentier F, Ledoray V, Kopferschmitt J, et al. Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques. *La Revue de Médecine Interne*. sept 2003;24(9):602-12.

ANNEXES

Annexe 1 : La classification clinique des malades des urgences modifiée

Un article sur la place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques propose une classification des pathologies présentées dans les services d'urgences :

- Classe 1 : pathologies ne justifiant pas d'hospitalisation.
- Classe 2 : pathologies justifiant une hospitalisation non urgente à programmer.
- Classe 3 : pathologies ciblées justifiant une prise en charge spécifique immédiate dans un service de réanimation, de médecine interne, de médecine générale, de gériatrie ou de spécialité.
- Classe 4 : pathologies ciblées justifiant une hospitalisation inférieure à 48h, pathologies spécifiques aux urgences comme les intoxications médicamenteuses, pathologies liées à l'alcoolisme...
- Classe 5 : orientation imprécise ou temporairement impossible en rapport avec l'indisponibilité des lits (40).

La CCMU modifiée classe selon 7 degrés de gravités les patients de l'urgence pré hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier. C'est le médecin SMUR ou de l'accueil qui détermine à la fin de l'examen clinique initial ce degré. L'examen clinique comprend interrogatoire, examen physique et éventuellement E.C.G, SpO2, glycémie capillaire, bandelette urinaire ou hématocrite par micro méthode.

Cette classification est issue de la CCMU à 5 classes à laquelle a été ajoutée 2 nouvelles classes :

- CCMU D, patients déjà décédés à l'arrivée du SMUR ou aux urgences, aucune manœuvre de réanimation n'est entreprise
- CCMU P, patients souffrant d'une pathologie psychiatrique dominante sans atteinte somatique instable associée.

Définitions :

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

Annexe 2 : Fiche de demande d'admission à l'UAD



Fiche d'admission à l'UAD
Service de Médecine Interne(Pr SAILLER)
Responsable de l'UAD : Dr Pignet

Hôpital PURPAN, Pavillon URM 3ème étage
Téléphone : 06 24 05 09 17 Fax : 05 61 77 71 24 Mail : urm-medint.uad@chu-toulouse.fr

Médecin appelant : <i>Nom</i> :	<i>Prénom</i> :	<i>Tel</i> :
Date et heure de l'appel :		
Demande d'hospitalisation par le médecin : <input type="checkbox"/> < 24h <input type="checkbox"/> >24h <input type="checkbox"/> hospitalisation programmée		

PATIENT		
Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Motif d'hospitalisation :		Mode de vie
Renseignements cliniques et paracliniques utiles : TA.... /..... FC..... T°.....		Contexte
Diagnostic évoqué :		Traitement
Absence de critères de non admission (voir détail au verso) <input type="checkbox"/>		

<i>A remplir par le service de Médecine Interne</i>		
Fiche validée par : <i>Nom</i>	<i>Prénom</i>	<i>Signature</i>

Annexe 3 : Lettre au médecin généraliste interrogé

Chers confrères, chères consœurs,

La filière d'Admission directe en Médecine interne a été activée il y a maintenant 1 an. Vous nous avez confié un patient (NOM, Prénom) du patient concerné par cette filière et souhaiterions recueillir votre évaluation de son fonctionnement.

Nous avons pour cela sollicité une interne en Médecine générale, Melle Albanie TOLEDANO, qui en fera son sujet de Thèse de Médecine générale.

Nous avons conçu un court questionnaire contenant 14 questions afin de recueillir votre avis sur cette modalité d'admission.

Ce questionnaire ne prend pas plus de 5 minutes à remplir.

Une réponse unique est demandée pour chaque question et deux questions nécessitent une réponse écrite.

Le lien suivant permet d'accéder au questionnaire :

<https://goo.gl/bgh1av>

Nous vous remercions par avance pour vos réponses

Pr L SAILLER
Chef de service

Dr G PUGNET
Responsable de la filière

Albanie TOLEDANO
Interne en Médecine

Contact : 06 83 96 84 26

Annexe 4 : Questionnaire adressé au médecin généraliste

Questionnaire d'évaluation de l'unité d'admission directe en médecine interne pour les médecins généralistes ayant eu recours à cette filière.

Je réalise ma thèse de médecine générale sur la relation entre les médecins généralistes et l'hôpital avec l'évaluation de l'unité d'admission directe en médecine interne. L'objectif principal de ce travail est de recueillir l'évaluation du service rendu par la filière auprès du médecin généraliste.

Ce questionnaire ne prend pas plus de 5 minutes à remplir.

Un choix unique est souhaité pour chaque question et deux questions nécessitent une réponse écrite.

Je vous par avance remercie pour vos réponses.

Adresse e-mail *

Vous êtes ? *

- Un homme
- Une femme

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? *

- Moins de 30 ans
- Entre 30 et 40 ans
- Entre 40 et 50 ans
- Entre 50 et 60 ans
- Plus de 60 ans

Dans quel secteur exercez-vous ? *

- Rural
- Semi rural
- Urbain

Comment avez-vous connu l'unité d'admission directe en médecine interne ? *

- Sur le courrier spécifique d'annonce de l'ouverture de l'unité envoyé par le service
- Sur le site internet du CHU
- Sur les courriers d'hospitalisation ou de consultation du service de médecine interne
- Par un confrère
- Par un patient
- Autre :

Concernant la facilité pour joindre le médecin référent de l'unité, êtes-vous ? *

- Très satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Insatisfait

Concernant la réactivité du médecin référent à votre demande, êtes-vous ? *

- Très satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Insatisfait

Concernant le délai de prise en charge hospitalière de votre patient, êtes-vous ? *

- Très satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Insatisfait

Concernant la prise en charge proposée pour votre patient, êtes-vous ? *

- Très satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Insatisfait

Si une hospitalisation n'avait pas été possible pour votre patient dans un délai raisonnable, l'auriez-vous adressé aux urgences en vu d'une hospitalisation ? *

- Oui
- Non

Estimez-vous que cette filière d'admission directe vous a permis de gagner du temps lors de l'organisation de l'hospitalisation non programmée de votre patient ? *E

- Oui
- Non

Concernant la satisfaction globale de l'unité d'admission directe en médecine interne êtes-vous ? *

- Très satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Insatisfait

Ressentez-vous le besoin d'étendre cette filière à d'autres spécialités médicales ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? * (Réponse libre)

Recommanderiez-vous cette unité d'hospitalisation à vos confrères médecins généralistes ? *

- Oui
- Non

Avez-vous des suggestions à faire pour améliorer le fonctionnement de cette filière ? (Réponse libre)

Annexe 5 : Interprétation du score de Charlson :

- Score à 0 : la mortalité à 1 an est de 12%.
- Score de 1 à 2 : la mortalité à 1 an est de 26%.
- Score de 3 à 4 : la mortalité à 1 an est de 52%.
- Score supérieur ou égal à 5 : la mortalité à 1 an est de 85%.

Relations médecins généralistes – hôpital : évaluation à un an d’une filière d’admission directe dans un service de Médecine Interne au CHU de Toulouse

RÉSUMÉ EN FRANCAIS :

Introduction : Les relations ville – hôpital sont souvent insatisfaisantes pour les médecins généralistes, pivots du parcours de soins. L’accès rapide et direct à l’hospitalisation est complexe et les médecins sont trop souvent contraints d’adresser indûment leurs patients aux urgences. En 2016, une filière d’admission directe avec une unité dédiée à cette activité a été créée dans le service de Médecine Interne du pôle I3LM (Immunité, Inflammation, Infection-Appareil-Locomoteur) au CHU de Toulouse pour faciliter la prise en charge des patients nécessitant une admission rapide et directe.

Objectif : Evaluer à un an de son ouverture le service rendu par la filière auprès des médecins généralistes ayant eu recours à l’unité d’admission directe.

Matériel et méthode : Étude rétrospective réalisée auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées ayant eu recours à la filière d’admission directe du service de Médecine Interne au cours de l’année 2016. Nous avons évalué la satisfaction des praticiens, la typologie des patients, les caractéristiques des séjours hospitaliers et le suivi après l’hospitalisation.

Résultats : Sur 132 médecins généralistes interrogés, 90 (68,2%) ont répondu au questionnaire. Les médecins étaient très satisfaits ou satisfaits de cette filière à 96,7%. Pour 94,4% des médecins, le recours à la filière était ressenti comme un gain de temps pour l’obtention d’une hospitalisation non programmée et 56,7% d’entre eux pensent que la filière a permis d’éviter un passage par les urgences. Les pathologies prises en charge couvraient un large spectre de l’activité d’un service de Médecine Interne, de la médecine polyvalente de proximité à la médecine de recours. Quatre-vingt-onze pour cent des patients sont rentrés directement à leur domicile après leur hospitalisation, 39% ont été revus en consultation par un médecin du service et 25% ont été convoqués pour une hospitalisation de jour ou traditionnelle. Une extension de cette modalité d’admission à d’autres spécialités médicales, particulièrement la Gériatrie est souhaitée par les médecins interrogés.

Discussion et conclusion : Les principales limites de ce travail sont l’absence d’évaluation quantitative du délai d’hospitalisation et un possible biais favorisant la satisfaction des médecins, puisque seuls ceux ayant de fait obtenu une hospitalisation par la filière ont été interrogés. L’unité d’admission du service de Médecine Interne, pôle I3LM, est un outil utile et massivement apprécié des médecins ayant répondu à notre enquête pour l’hospitalisation non programmée rapide des patients et réduisant vraisemblablement le recours aux Urgences.

TITRE EN ANGLAIS: Relations between general practitioners and hospitals: a one-year evaluation of a direct admission program in a department of Internal Medicine at the University Hospital of Toulouse.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : MÉDECINE GÉNÉRALE

MOTS CLÉS : Relations ville-hôpital, admission directe, médecins de ville, médecine interne, hospitalisation non programmée.

UNIVERSITE TOULOUSE III - PAUL SABATIER Faculté de Médecine Rangueil – 133, route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directeur de thèse : Pr Laurent SAILLER