

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2013

THÈSE N°

**Pratiques des médecins généralistes de Haute-Vienne concernant
l'hospitalisation programmée en 2013 : difficultés et solutions**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 22 octobre 2013

par

Olivier LAGRÂCE

né le 07 novembre 1983, à BRIVE-LA-GAILLARDE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Daniel BUCHON.....Président
M. le Professeur Jean-Gabriel BUISSON..... Juge
Mme le Professeur Martine PREVOST.....Juge et directeur de thèse
Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER Juge
M. le Docteur Dominique MENARD..... Juge
Mme le Docteur Christine VALLEJO Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2013

THÈSE N°

**Pratiques des médecins généralistes de Haute-Vienne concernant
l'hospitalisation programmée en 2013 : difficultés et solutions**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 22 octobre 2013

par

Olivier LAGRÂCE

né le 07 novembre 1983, à BRIVE-LA-GAILLARDE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Daniel BUCHON Président
M. le Professeur Jean-Gabriel BUISSON Juge
Mme le Professeur Martine PREVOST Juge et directeur de thèse
Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER Juge
M. le Docteur Dominique MENARD Juge
Mme le Docteur Christine VALLEJO Membre invité

UNIVERSITE de LIMOGES
FACULTE de MEDECINE

TITRES des PROFESSEURS et MAITRES de CONFERENCES des UNIVERSITES

ABOYANS Victor	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
ARNAUD Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE Responsable de service
AUBRY Karine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L.
BEDANE Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier DERMATOLOGIE-VENERELOGIE Responsable de service
BERTIN Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE Responsable de service de RHUMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L.

BONNAUD François	Responsable de service Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Doyen Honoraire
BORDESSOULE Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service d'HEMATOLOGIE CLINIQUE et THERAPIE CELLULAIRE
CHARISSOUX Jean-Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOTHERAPIE Responsable de service
CLEMENT Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PSYCHIATRIE d'ADULTES Responsable de service
COGNE Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE Responsable de service
COLOMBEAU Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
CORNU Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE Responsable de service
DANTOINE Thierry	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GERATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT Responsable de service
DARDE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE Responsable de service
DAVIET Jean-Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION

DESCAZEAUD Aurélien	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE et SANTE au TRVAIL Responsable de service
DUMAS Jean-Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE Responsable de service
ESSIG Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE Responsable de service
FAUCHAIS Anne-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
FEISS Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FEUILLARD Jean	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service du Laboratoire d'HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE Responsable de service
FUNALOT Benoît	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAINANT Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE

JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES Responsable de service
LACROIX Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE Responsable de service Assesseur
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE Responsable de service
LOUSTAUD-RATTI Véronique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEPATOLOGIE
MABIT Christian	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service d'ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
MAGY Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE Responsable de service
MATHONNET Muriel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Responsable de service
MERLE Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE Responsable de service

MOREAU Jean-Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE Responsable de service Assesseur
MOULIES Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE
MOUNAYER Charbel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-RENIMATION Responsable de service
PARAF François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE Responsable de service
PLOY Marie-Cécile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE Responsable de service
PREUX Pierre-Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service du SIME Assesseur
ROBERT Pierre-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE Responsable de service
SALLE Jean-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION Responsable de service
SAUTEREAU Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE Responsable de service
STURTZ Franck	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE Responsable de service

TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CANCEROLOGIE Responsable de service
VALLAT Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service de CHIRURGIE DIGESTIVE et ENDOCRINIENNE Doyen
VERGNENEGRE Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE
VIDAL Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier REANIMATION Responsable de service
VINCENT François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE Responsable de service
WEINBRECK Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MALADIES INFECTIEUSES Responsable de service
YARDIN Catherine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE Responsable de service

BUCHON Daniel	Professeur des Universités MEDECINE GENERALE
BUISSON Jean-Gabriel	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
DUMOITIER Nathalie	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
PREVOST Martine	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
AJZENBERG Daniel	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
ANTONINI Marie-Thérèse	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE Responsable de service
BOURTHOUMIEU Sylvie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE
ESCLAIRE Françoise	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LAROCHE Marie-Laure	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LE GUYADER Alexandre	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
MARIN Benoît	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION

MOUNIER Marcelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
PICARD Nicolas	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
TERRO Faraj	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
MENARD Dominique	Maître de Conférences associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
BONNETBLANC Jean-Marie	Professeur des Universités Emérite
DENIS François	Professeur des Universités Emérite
SAUVAGE Jean-Pierre	Professeur des Universités Emérite

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Daniel BUCHON

Professeur de médecine générale

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

A NOS MAÎTRE ET JUGES

Monsieur le Professeur Jean-Gabriel BUISSON

Professeur associé de médecine générale

Monsieur le Maître de conférence Dominique MENARD

Maître de Conférences associé à mi-temps de médecine générale

Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER

Professeur associé de médecine générale

Pour l'honneur que vous nous faites en siégeant dans le jury de cette thèse, recevez l'expression de notre sincère gratitude.

A NOTRE JUGE ET DIRECTRICE DE THÈSE

Madame le Professeur Martine PREVOST

Professeur associé de médecine générale

Merci pour votre accueil, votre gentillesse et votre confiance, vous avez su nous guider en nous accordant une grande liberté d'expression.

A NOTRE MEMBRE INVITÉE

Madame le Docteur VALLEJO Christine

Chef de service des urgences du C.H.U. de Limoges

Merci pour l'année de stage aux urgences qui m'a énormément fait progresser et a modelé mes prises en charge.

A MONSIEUR François DALMAY

Ingénieur d'étude, pour avoir répondu si vite à mon appel et m'avoir reçu pour m'éclairer sur la méthodologie statistique, merci encore.

A MA MAMAN

Un grand merci pour m'avoir supporté pendant plus d'un quart de siècle, et ce n'est pas fini... Merci également d'avoir été toujours là pour m'aider dans les moments difficiles, à toute heure et en tout lieu, je t'aime.

A MON PAPA

Un deuxième grand merci, pour m'avoir supporté si longtemps et encore pour toujours. Plus discret que maman mais je sais que tu es et seras toujours présent, je t'aime.

A SÉVERINE

Merci à toi, sans qui je ne pourrais avoir cette joie de découvrir, de partager et d'entreprendre. Tu m'as supporté durant cette préparation ce qui n'a pas toujours été facile. Dans un horizon proche, je te prendrai la main et je te dirai : « viens, on y va !... », Je t'aime.

A TOUS MES AMIS

Merci d'avoir été présent pour m'accompagner dans ce moment unique avec ses hauts et ses bas, je vous souhaite bonheur et réussite.

A TOUS LES MÉDECINS ET PROFESSEURS

Merci pour m'avoir fait découvrir la médecine et ses différentes spécialités avec un regard passionné, ce qui m'a donné goût à cet univers fabuleux pour toujours.

A TOUS LES LECTEURS DE CE TRAVAIL

En espérant transmettre autant de passion que j'en ai eue pour mener à bien cette réflexion.

ABREVIATIONS

- A.E.P.f.** appropriateness evaluation protocol french version
- A.R.H.** agence régionale d'hospitalisation
- A.R.S.** agence régionale de santé
- A.S.I.P.** agence de systèmes d'informations partagés de santé
- C.C.A.M.** cotation clinique des actes médicaux
- C.D.O.M.** conseil départemental de l'ordre des médecins
- C.H.** centre hospitalier
- C.H.U.** centre hospitalier universitaire
- C.N.O.M.** conseil national de l'ordre des médecins
- C.R.A.M.** caisse régionale d'assurance maladie
- D.D.A.S.S.** direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- D.M.P.** dossier médical personnel
- D.R.E.E.S.** direction de la recherche des études et de l'évaluation statistique
- D.R.A.S.S.** direction régionale des affaires sanitaires et sociales
- E.H.P.A.D.** établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes
- F.H.F.** fédération hospitalière de France
- G.H.M.** groupe homogène de maladie
- G.H.S.** groupe homogène de séjour
- G.R.S.P.** groupement régional de santé public
- H.P.T.S.** hôpital patients territoire santé
- M.A.I.N.H.** mission d'appui à l'investissement nationale hospitalier
- M.E.A.H.** mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier
- M.R.S.** mission régionale de santé
- R.P.P.S.** répertoire partagé des professionnels de santé
- S.A.M.U.** service d'aide médicale d'urgence
- S.A.U.** service d'accueil des urgences
- S.M.U.R.** service mobile d'urgence et de réanimation

S.S.R. soins de suite et de réadaptation

T.2A. tarification à l'activité

T.R.E.E.P. taux de refus, échec d'exécution et participation

U.M.G. unité mobile de gériatrie

U.R.C.A.M. union régionale des caisses d'assurance maladie

U.R.M.L. union régionale des médecins libéraux

U.R.P.S. union régionale des professionnels de santé

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

ABREVIATIONS

SOMMAIRE

INTRODUCTION

L'ETUDE

1. Analyse thématique

- 1.1. Le berceau de l'hôpital et l'évolution des missions hospitalières
- 1.2. L'hôpital moderne
- 1.3. Le maillage du système de soin en Haute-Vienne
- 1.4. L'évolution des ressources hospitalières
- 1.5. L'hospitalisation programmée

2. Matériel et méthode

- 2.1. Choix de la méthode
- 2.2. L'élaboration du questionnaire
 - 2.2.1. Renseignements généraux
 - 2.2.2. Situation clinique qui relève d'une hospitalisation programmée
 - 2.2.3. Contact avec le service
 - 2.2.4. Intérêts, bénéfices, objectifs d'avenir
- 2.3. L'échantillon de médecins interrogés
- 2.4. Protocole pour le recueil des données
 - 2.4.1. Prise de contact
 - 2.4.2. Interview de l'échantillon
 - 2.4.3. Relance
 - 2.4.4. Recueil de données
- 2.5. La méthode statistique

3. Résultats

- 3.1. Les réponses au questionnaire
- 3.2. Analyse univariée

- 3.2.1. Caractéristique de la population étudiée
- 3.2.2. Situation clinique qui relève d'une hospitalisation programmée
- 3.2.3. Contact avec le service
- 3.2.4. Intérêt, bénéfices et objectifs d'avenir

3.3. Analyse bivariée

- 3.3.1. Les variations selon le sexe
- 3.3.2. Variations selon le mode d'activité
- 3.3.3. Variations selon le volume de l'activité
- 3.3.4. Variations selon le mode d'installation
- 3.3.5. Variations selon la ressource du secrétariat
- 3.3.6. Variations selon l'expérience
- 3.3.7. Variations selon l'âge
- 3.3.8. Variations selon l'idée que la planification permet une meilleure prise en charge
- 3.3.9. Variations selon la rapidité des réponses dans le secteur privé
- 3.3.10. Variations selon la rapidité des réponses dans le secteur public

4. Discussion

4.1. Méthodologie

- 4.1.1. Aspects positifs
- 4.1.2. Aspects négatifs contrés
- 4.1.3. Les biais de l'étude

4.2. Les non-réponses

4.3. Analyse univariée

- 4.3.1. Caractéristiques de l'échantillon
- 4.3.2. Le contact avec les structures d'hospitalisation

4.4. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes

- 4.4.1. Dans le public
- 4.4.2. Dans le privé
- 4.4.3. Les solutions de recours auxquelles font appel les médecins

4.5. Les facteurs liés aux médecins généralistes impactant la planification

- 4.5.1. Le sexe des médecins
- 4.5.2. Le mode d'activité
- 4.5.3. Le volume de l'activité
- 4.5.4. Le type d'installation
- 4.5.5. Les ressources du cabinet
- 4.5.6. L'expérience du médecin généraliste
- 4.5.7. Age du médecin
- 4.5.8. Considération de l'hospitalisation programmée
- 4.5.9. Rapidité de réponse dans le secteur privé
- 4.5.10. Rapidité de réponse dans le secteur public

4.6. Atténuation des freins à la planification

- 4.6.1. Les médecins généralistes

4.6.2. Optimisation des structures hospitalières

4.6.3. La responsabilisation des patients

CONCLUSION

REFERENCES

ANNEXE : le questionnaire

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION

La santé est un secteur d'activité très dynamique avec de nombreuses évolutions, des remises en question, des modifications de pratiques liées à toutes les études publiées. Il existe une évolution constante de la biotechnologie médicale qui permet de déceler de nombreuses pathologies de plus en plus précocement. La classification des données améliore également les prises en charge (1). L'offre de soins est donc plus performante.

Face à cette offre, se positionnent des patients très concernés par le système de santé français, qui est considéré comme un bon système de santé (2). L'essor des nouvelles technologies comme l'internet, l'augmentation du nombre de programmes télévisuels de vulgarisation médicale, la chute des tabous, le bouche à oreille, et tout simplement la loi (3) permet à tout un chacun d'accéder à une information quasi exhaustive. Les patients revendiquent l'accessibilité à la pointe de la technologie médicale. La demande est donc croissante.

Cette inflation de l'offre et de la demande conduit à une inflation des coûts de santé (4) avec un système qui est touché sur le plan financier (5). Les politiques ont été de tout temps préoccupés par ce problème et tentent vainement, actuellement, de réduire le déficit des comptes des différentes caisses d'assurance maladie. Les mesures prises concernent à la fois le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier.

L'hôpital est en restructuration constante (6) avec des organisations qui s'affinent, des services qui se créent, des bâtiments qui s'érigent, pour être plus efficient, dans un objectif de réduire les coûts tout en restant à l'écoute des besoins du patient. Même si la partie émergée de l'iceberg concerne : la rénovation, la création des locaux et l'acquisition de nouvelles machines, il faut souligner une donnée moins visible : la modification des pratiques professionnelles (7).

Toutefois certains secteurs restent problématiques. C'est le cas des secteurs d'urgences. En effet, ceux-ci souffrent d'un afflux de patients croissants, altérant la prise en charge et posant de lourds problèmes organisationnels en aval (8). Dans le cas du service d'accueil des urgences (S.A.U.) du centre hospitalier universitaire (C.H.U.) Dupuytren de Limoges, bon nombre de patients admis sont adressés par un médecin généraliste. Après études, dans certains cas, la nécessité d'un passage par le S.A.U. pouvait être discutée (9), (10). Les médecins hospitaliers et libéraux déplorent ce phénomène. Toutefois, comment considérer cette orientation du patient ? Inadaptée ? Inappropriée ? Injustifiée ? Non pertinente ? Existerait-il des méthodes pour lisser ou supprimer ce phénomène ?

Dans une première partie, nous étudierons l'entité d'hôpital à laquelle fait face le médecin généraliste pour hospitaliser, c'est pourquoi nous définirons la notion d'hospitalisation à la fois sur le plan historique et avec son évolution dans le temps ainsi que la définition du S.A.U. au sein de l'hôpital. Nous développerons ensuite l'organisation des soins en Haute-Vienne avec les différentes structures qui la composent. Nous discuterons également de l'évolution des ressources hospitalières sur ces dernières années. Le constat de la situation dans le continuum ville hôpital conduit à s'interroger :

- Comment se situent les médecins généralistes au sein de la démarche de planification et de ses alternatives ?
- Existe-t-il des facteurs modifiables liés aux médecins généralistes pouvant améliorer la planification ?
- Les pistes d'amélioration déclarées par les médecins généralistes sont-elles réalistes et réalisables ?

Nous allons tenter de répondre à ces questions.

L'ETUDE

1. Analyse thématique

1.1. Le berceau de l'hôpital et l'évolution des missions hospitalières

Les origines de l'hôpital remontent à l'Antiquité où l'hospitalité, l'aide, l'assistance peut être retrouvée dans les maisons privées, considérées comme des obligations familiales. Parfois, on les retrouve sous forme de groupes de particuliers où chacun cotise volontairement. A cette époque, il n'existe pas encore de lieux publics dédiés ou de structure organisée pour les soins. Il s'agit d'une politique de soin plutôt familiale dans laquelle l'étranger n'a pas sa place. Les seules exceptions sont les lieux d'hébergements publics ainsi que les infirmeries militaires romaines accueillant les soldats malades ou blessés.

Ce n'est qu'à l'apparition du Christianisme d'Etat qu'apparaît la notion d'assistance publique, offerte à tous, amis ou ennemis, familiers ou étrangers. En 529 après Jésus Christ, le Code de Justinien crée l'hôpital en tant qu'institution avec son administration et ses lois qui règlementent son fonctionnement.

Au Moyen Age, en Europe, les hôpitaux sont fondés par l'Eglise et administrés par des membres du clergé. L'assistance est donc basée sur la religion et suit les préceptes du Christ : par exemple la miséricorde envers les affligés. Peu de temps après, s'ajoute la pauvreté à la charité. A ce moment, on ne parle pas de patient mais de pénitent et sa souffrance est soulagée par la compassion. L'hôpital est placé sous l'autorité de l'évêque et son financement est assuré par la charité individuelle. D'un point de vue structurel, l'hôpital ressemble à l'architecture de l'église et le clergé crée des ordres spécialisés exerçant à l'intérieur de ses murs. Son rôle est d'accueillir les pauvres malades, les vieillards et infirmes, les enfants abandonnés ou orphelins. Avec l'essor des villes en France, on érige les Hôtel-Dieu. Durant les épidémies de peste noire et de lèpre, les structures n'étant pas adaptées à contenir les maladies, des solutions sont trouvées : l'isolement des personnes malades chez eux, la fuite des bien-portants. Cela étant peu efficace, des léproseries, maladreries, lazarets maritimes sont créés. Ce n'est qu'au retour des croisades que des hôpitaux verront le jour basés sur la référence des hôpitaux du Moyen-Orient.

Au VIII^{ème} siècle, la civilisation islamique médiévale nomme Bîmâristân, son hôpital, dont la distinction avec les temples de guérison, temples de sommeil, hospices, asiles, lazaret,

léproserie est nette puisqu'il s'agit d'un établissement qui a pour vocation d'accueillir les malades et les prendre en charge par un personnel qualifié et non pas isoler malades et fous. Ce ne sont pas les seules structures à voir le jour en Moyen-Orient. On peut noter l'apparition d'hôpitaux psychiatriques et d'Ecoles de médecine.

A la fin de la Renaissance, au XVI^{ème} siècle, suite à des abus et des désordres financiers, il y a progressivement une passation entre le monde religion et le monde politique et certains hôpitaux passent aux mains de bourgeois. En 1662, un édit impose la création d'un hôpital général dans chaque grande ville française. Il a pour fonction de loger, enfermer, nourrir les mendiants et invalides ainsi que de les former à la piété et la religion. Cette utilité sociale était surtout là pour faire travailler les pauvres gratuitement.

La Révolution fait émerger la nationalisation des hôpitaux avec la Convention par décret de 1794. Le nombre de pauvres croît et l'hôpital se retrouve avec des dépenses exponentielles. L'Etat, ne pouvant faire face, se désengage de la gestion des hôpitaux et ceux-ci sont municipalisés en 1796.

Entre 1794 et 1940, plusieurs lois sont proclamées, notamment en 1851 ce qui permet la création d'établissements publics communaux. Au moment de la première guerre mondiale, il est proposé la création de lois d'assurances sociales et surtout les progrès de la science transforment un lieu d'hébergement en centre de soins actifs.

En décembre 1941, l'hôpital devient accessible à tous et les diplômés, officiers de santé et médecins, sont désormais rémunérés. Sa vocation sanitaire arrive en 1943. L'hôpital passe donc d'une logique de secours aux pauvres à celle d'assistance aux malades. Il faut donc financer ces structures dont les coûts sont importants. C'est pourquoi, par l'ordonnance d'octobre 1945 de la sécurité sociale, les hôpitaux développent désormais leur activité et font face à une demande de soins grandissante, tout en étant solvable ; il est instauré un prix de journée : soit un "tout compris" pour un service donné qui couvre toutes les dépenses de fonctionnement sauf les rémunérations du corps médical, soit un prix moyen.

En 1958, c'est l'époque de l'hospitalo-centrisme. La réforme Debré crée le plein-temps médical, classe les établissements en 5 catégories dont les Centre Hospitalo-Universitaire (C.H.U.), lieux de recherche réunissant les praticiens et les universitaires qui deviennent un

pôle d'excellence médicale, les centres hospitaliers (C.H.), les hôpitaux, les hôpitaux ruraux et les maisons de retraite. C'est une modernisation majeure qui a pu être ralentie par le besoin de contrôler les dépenses tout en les encadrant. En effet, pendant cette période dite « des 30 glorieuses », le nombre de lits augmente ainsi que les dépenses qui s'y rapportent.

En décembre 1970, la distinction est faite entre service public hospitalier et secteur privé hospitalier. Il est défini le principe et les bases de la planification sanitaire avec le Service Public Hospitalier regroupant des préceptes tel que l'égalité d'accès, l'égalité de traitement et la continuité du service. La crise économique de la fin des années 1970 et ses conséquences sur l'économie nationale, fait que le nombre de lits a diminué dans la fin des années 1980. La capacité hospitalière est jugée excédentaire face aux besoins réels : on décide donc de supprimer et de transformer les lits. Dans ces années 1970, parmi les premières mesures prises, on retrouve l'application des taux directeurs. En 1983, le principe du budget global est testé mais tout ceci n'est qu'un échec en ce qui concerne la maîtrise des dépenses de santé.

En juillet 1991 où une concession d'autonomie est mise en place. Parallèlement, une mission de service publique est offerte aux établissements de santé privés. Il est proposé des schémas régionaux d'organisation sanitaire et d'alternative à l'hospitalisation, toujours avec des principes : droit du malade avec le libre choix de son praticien et de son établissement de santé, droit du malade à l'information, évaluation par l'établissement de son activité afin d'améliorer la qualité des soins. Cette loi de 1991 est importante dans notre thématique car elle précise que « *les établissements de santé, publics et privés, ont pour objet de dispenser, avec ou sans hébergement, des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, ...* ».

En octobre 1992, sur décret d'application, les structures de soins ont pour objectif d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations qui y sont dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultation. Elles comprennent les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour et de nuit :

- le décret 92-1100 impose de fermer des lits d'hospitalisation conventionnelle pour créer des places d'hospitalisation de jour.
- le décret 92-1101 définit les unités concernées et permet de déterminer le nombre de places en fonction de l'activité.

- le décret 92-1102 précise le fonctionnement des unités et indique que ces structures font l'objet d'une organisation spécifique avec une ou plusieurs unités de soins associant des ressources spécifiques.

A cette volonté de suppression des lits s'est associé des reconversions et réorganisation des activités de l'hôpital. Cette restructuration a conduit à la suppression de 10000 lits environ et le regroupement de 340 structures entre 1994 et 1997. Ce n'est pas suffisant : il reste 35000 lits à « supprimer ».

L'ordonnance hospitalière de 1996 lance l'accréditation : tous les établissements sont tenus d'assumer certaines missions et des conditions de fonctionnement comparables pour assurer qualité et sécurité. L'Agence Régionale d'Hospitalisation (A.R.H.) est créée. 4 axes sont définis dont le renforcement de la coopération entre les différentes structures et entre médecine hospitalière et ambulatoire.

L'ordonnance de simplification de septembre 2004 renforce l'A.R.H. et apporte une simplification de la planification et de la coopération sanitaire.

Le plan « hôpital 2007 » donne plus de facilités aux professionnels avec :

- une modernisation des structures en donnant plus de confiance à la capacité de décision de leurs responsables
- une flexibilité des règles d'achat publique pour accélérer l'investissement et simplifier la gestion
- une capacité d'innovation et d'adaptation avec les moyens pour leur développement
- une augmentation de l'autonomie et des capacités d'initiative dans l'exercice de leurs responsabilités quotidiennes

Ce plan « hôpital 2007 » est accompagné par la mission de tarification à l'activité (T.2A.), la mission d'appui nationale à l'investissement hospitalier (M.A.I.N.H.) et la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (M.E.A.H.).

La loi « hôpital, patient, santé, territoire » (loi H.P.T.S.) de juillet 2009 vise à moderniser les établissements de santé, améliorer l'accès à des soins de qualité, améliorer la prévention et la santé publique, améliorer l'organisation territoriale du système de santé avec la création de l'Agence Régionale de Santé (A.R.S.) se substituant à l'A.R.H., à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (D.R.A.S.S.), à la direction départementale des affaires

sanitaires et sociales (D.D.A.S.S.), à l'union régionale des caisses d'assurance maladie (U.R.C.A.M.), au groupement régional de santé public (G.R.S.P.), aux missions régionales de santé (M.R.S.), aux caisses régionales d'assurance maladie (C.R.A.M.) avec comme objectif le décloisonnement hôpital – ambulatoire.

Cette loi (11) précise que les médecins généralistes doivent :

- orienter le patient dans le système de soin ou médico-social,
- s'assurer de la coordination des soins,
- veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés,
- contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient.

Par ces deux derniers plans d'orientation politique, l'hôpital n'est plus sur les préceptes de sa création : il doit désormais mettre en balance le soin et l'équilibre voir le rendement financier.

Dans les années à venir, la France va connaître une période de récession sur le plan de la démographie médicale. Ce n'est pas l'augmentation récente du numerus clausus à l'entrée des études médicales qui va changer immédiatement les données puisqu'il faut une quinzaine d'année pour avoir un résultat.

Face à cette difficulté qui va représenter une altération de l'offre de soin, le ministère de la santé définit, fin 2012 une ligne de conduite avec un pacte santé-territoire. Son objectif est d'avoir un pôle de santé par territoire géographique. Les difficultés liées à l'installation des jeunes médecins ont été identifiées et sont la cible de futures mesures envisagées :

1. La découverte de la médecine générale par un stage pour tous les étudiants,
2. L'augmenter la distribution de bourse,
3. L'aide de 2 ans à l'installation de médecins généralistes dans les territoires isolés,
4. La création d'un référent installation unique par région.

La deuxième orientation essentielle est la transformation des conditions d'exercice. Pour recréer des conditions de partage d'informations, de connaissances, il est envisagé d'adapter l'hôpital, hors de l'hôpital avec :

1. Une aide financière avec valorisation de la coordination,

2. Un rapprochement des maisons de santé des universités avec valorisation universitaire de la médecine générale,
3. Un développement de la télémédecine,
4. Un transfert de compétences.

Des propositions ont été faites au niveau des territoires même :

1. Installation de services de S.A.M.U. et de S.M.U.R. dans des hôpitaux de proximité,
2. Autorisation d'appui des praticiens hospitaliers aux structures ambulatoires,
3. Objectif de mission de coordination des C.H.U. avec des postes d'assistants partagés,
4. Conforter les centres de santé.

1.2. L'hôpital moderne

Actuellement, en ce qui concerne le fonctionnement même de l'hôpital, un gain de productivité (12) a été réalisé sur les services fonctionnels et logistiques. Une redistribution des postes s'est faite pour privilégier le soin. Secondairement, l'hôpital optimise ses ressources et réorganise ses services et ses fondamentaux ; activités médicales, plateaux techniques. Cela se traduit par des regroupements géographiques, des mises en commun de plateaux techniques (13) et des réorganisations des hospitalisations avec différents modes de prise en charge au sein des différentes spécialités.

Les différentes hospitalisations :

- hospitalisation par le service d'accueil des urgences (S.A.U.) avec les hospitalisations non programmées
- hospitalisation programmée avec durée déterminée
- hospitalisation programmée sans durée déterminée

Quelques définitions :

- **L'hospitalisation** c'est l'admission et le séjour dans un établissement hospitalier qui s'oppose à
- **l'ambulatoire** est un acte qui n'interrompt pas les activités habituelles du malade, ou qui ne nécessite pas d'hospitalisation prolongée.

- **planifier** : organiser selon un plan et des méthodes déterminées, organiser à l'avance son temps et ses activités selon un certain plan, organiser à l'avance quelque chose, l'avoir dans son plan ;
- **programmer** : établir à l'avance une suite d'opérations, déterminer à l'avance le moment et les modalités d'une action,
- **Service d'accueil des urgences (S.A.U.)** : (14) répond à l'hospitalisation non programmée qui peut être très fluctuante d'une heure à l'autre, d'un jour à l'autre et d'une période à l'autre.

Les missions du S.A.U. sont :

- d'assurer l'accueil des malades et des familles en évitant les délais d'attente
- de maintenir les fonctions vitales et fonctionnelles du malade
- d'identifier les problèmes médicaux
- de mettre en route le traitement
- d'orienter vers le bon endroit au bon moment

Selon les définitions données par les professionnels de santé concernant les différents services hospitaliers, on trouve :

- **l'hospitalisation conventionnelle** qui est ouverte en permanence, jour et nuit et accueille les patients admis en urgences ou par les S.A.U. et dont la durée de séjour n'est pas maîtrisée ;
- **l'hospitalisation programmée** de durée déterminée qui regroupe l'hospitalisation de jour, l'hospitalisation de semaine, et la chirurgie ambulatoire ;
 - l'hospitalisation de semaine est ouverte du lundi matin au vendredi soir ;
 - l'hospitalisation de jour et la chirurgie ambulatoire ne sont ouvertes que pendant la journée. C'est une organisation selon laquelle le patient vient à l'hôpital le matin et rentre chez lui le soir. Au cours de cette journée est entrepris un ensemble coordonné d'investigations ou de traitements. C'est une alternative à l'hospitalisation conventionnelle pouvant convenir à certaines situations précises.

Ces définitions permettent de mettre une limite car hospitaliser c'est admettre en structure hospitalière et cela exclue les consultations et les soins externes. On remarque que l'hospitalisation programmée nécessite organisation et coordination.

Les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour et de nuit, permettent la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale (15).

La recherche, l'évolution des connaissances théoriques et pratique, les nouvelles technologies, améliore la connaissance de la nosologie et il est possible d'estimer une durée de séjour hospitalier en fonction de l'étiologie de l'entrée. Cela donne donc une plus grande part à l'hospitalisation programmée et les services qui y correspondent.

L'hospitalisation de jour (16) et de semaine permettent de prendre en charge des patients pour une démarche diagnostique, une démarche de traitement, une démarche de suivi ou une démarche d'éducation (17),(18). Cela nécessite de connaître à l'avance la nature de ce qui doit être mis en œuvre et d'en déduire le temps que toute cette démarche prendra. Il existe, au sein d'un service, des unités d'hospitalisation conventionnelle et des unités où l'on peut programmer. Les deux sont bien différentes en termes de fonctionnement, de personnels et de compétences. Toutefois, n'est-il pas possible de redéployer les ressources en fonction des besoins ?

1.3. Le maillage du système de soin en Haute-Vienne

- En Haute-Vienne, on retrouve des structures publiques disposant d'un service d'accueil et d'urgences :
 - **le centre hospitalier universitaire Dupuytren (C.H.U.)** avec ses annexes l'hôpital Le Cluzeau, l'hôpital de la mère et de l'enfant et l'hôpital Jean Reybeyrol et Dr Chastaing : 1268 lits + 91 places de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (M.C.O.), 278 lits + 22 places de soins de suite et de réadaptation (S.S.R.), 533 lits d'unité de soin de longue durée (U.S.L.D.), hospitalisation à domicile (H.A.D.) 40 places (rapport certification Centre hospitalier universitaire de Limoges/Code FINESS 87 000 001 5/ Juin 2007).
 - **le centre hospitalier de Saint-Junien** : 126 lits et places M.C.O., 60 lits S.S.R. et 87 lits U.S.C.D. (rapport de certification 2006 Centre Hospitalier de St Junien / 870000023 / Avril 2006).

- **le centre hospitalier Jacques Boutard de Saint-Yrieix-la-Perche** : 58 lits +2 places M.C., 37 lits de S.S.R. (rapport certification 2007 Centre hospitalier Jacques-Boutard/Code FINESS 870000031/Mois de délibération).

- une structure privée à but non lucratif disposant d'un S.A.U. : **la clinique François Chénieux** : court séjour 244 lits + 50 places (rapport de certification 2011 CLINIQUE FRANCOIS CHENIEUX A LIMOGES/ Code FINESS 870000288 / Avril-2011).
 - des structures publiques ne disposant pas de S.A.U. :
 - **l'hôpital intercommunal Monts et Barrages (H.I.M.B.) de Saint-Léonard-de-Noblat** et son annexe H.I.M.B. Jalouneix-Bertroff de Bujaleuf : 8 lits M., 35 lits S.S.R., 60 lits U.S.L.D. (rapport 2007 Hôpital des Monts-et-Barrage/Code FINESS 87 001 4248/ Janvier 2007)
 - **l'hôpital intercommunal du Haut Limousin (H.I.H.L.) Jolibois de Bellac** et ses annexes : l'hôpital H.I.H.L. intercommunal du Haut Limousin Site La Josnière du Dorat et L'hôpital HIHL intercommunal du Haut Limousin Site Beauséjour de Magnac Laval : 47 lits +2 places M.C.O., 60 lits S.S.R., 227 lits U.S.L.D., 525 lits d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D.) (rapport certification 2010 HOPITAL INTERCOMMUNAL DU HAUT LIMOUSIN / Code FINESS : 87 001 4503 / Septembre 2010)
 - des structures privées ne disposant pas de S.A.U. à but lucratif:
 - **la clinique des Emailleurs** : 107 lits + 6 places M.C.O. avec comme répartition : 38 lits de médecine, 45 lits + 6 places C., 24 lits O.) (Rapport certification 2007 CLINIQUE DES EMAILLEURS/ Code FINESS 870000411/ Juin 2007)
 - **la clinique du Colombier** : 150 lits + 23 place M.C.O. (Additif au rapport de certification v2010, clinique du Colombier / septembre 2012)
- On remarque d'emblée le peu de place d'hospitalisation temporaire même si la volonté des pouvoirs publics tend à favoriser ce genre de modalité d'hospitalisation.

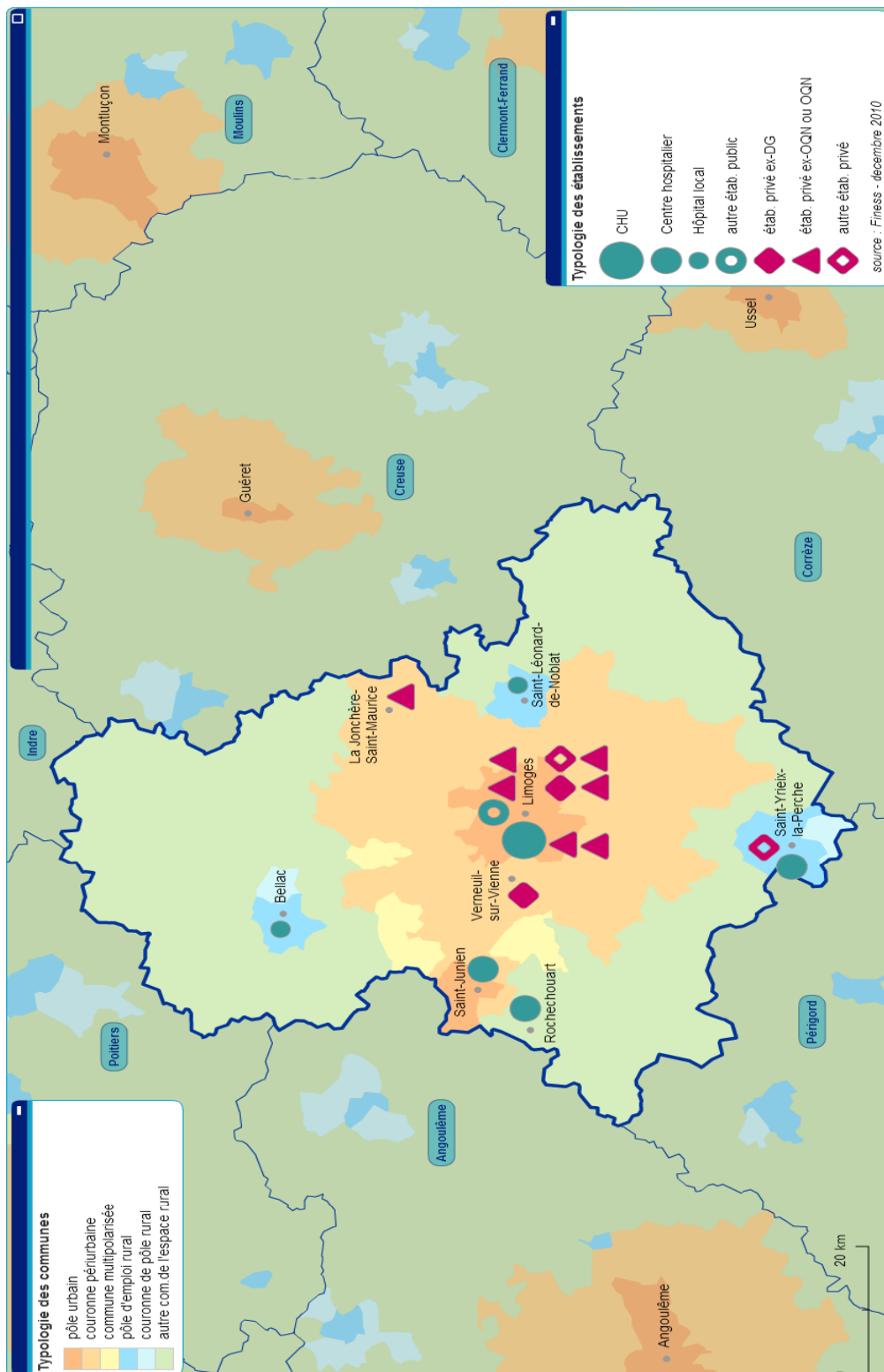


Figure 1 : Ressources de soins en Haute-Vienne

Source : pARHtage, Finess – décembre 2010

1.4. L'évolution des ressources hospitalières

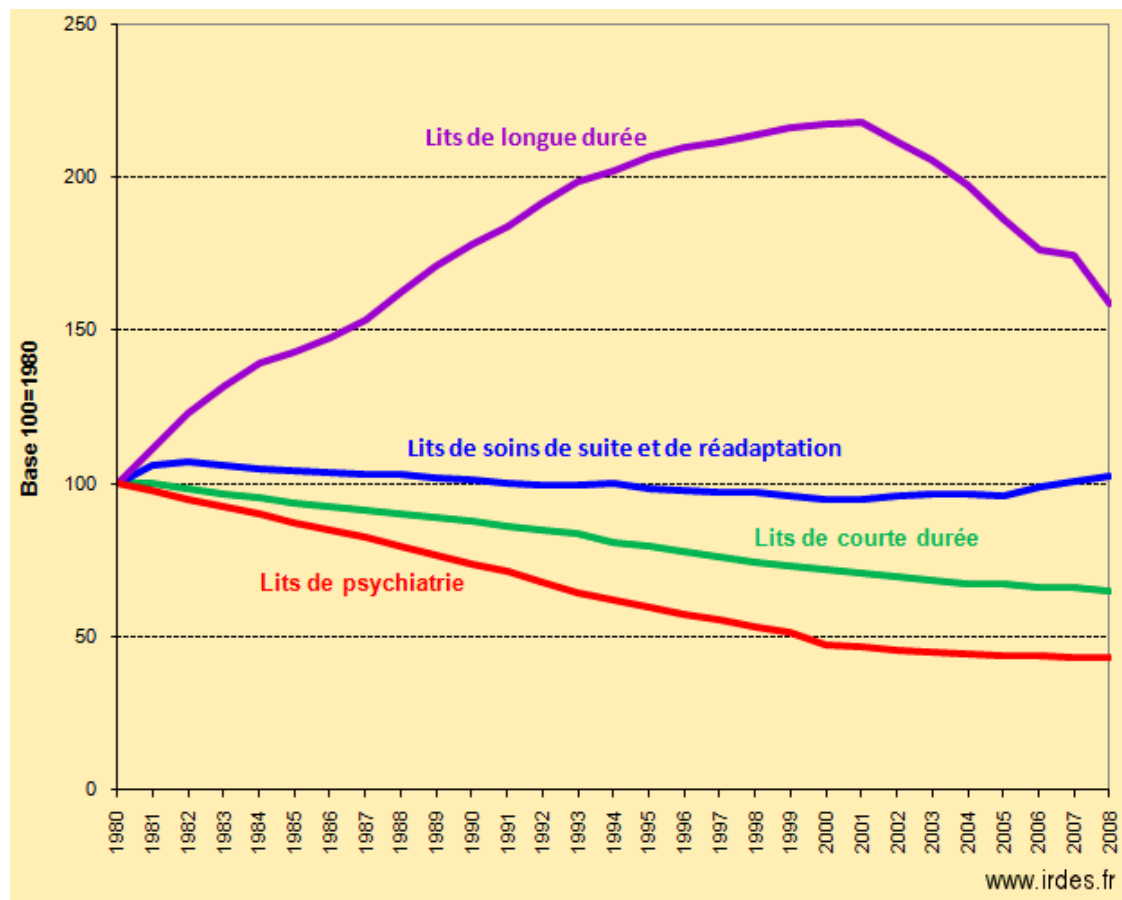


Figure 2 : Evolution du nombre de lit par discipline

Données: institut de recherche et documentation de la santé
Source : www.ecosante.fr, d'après données SAE de la Drees

Depuis 1980, le nombre de lit de soins de courte durée a chuté. En revanche, le nombre de lits de longue durée n'ont cessé d'augmenter, reflétant les besoins concernant les personnes âgées. Ceux-ci connaissent une diminution car ils se sont transformés en lit d'E.H.P.A.D. et relèvent d'établissements médico-sociaux.

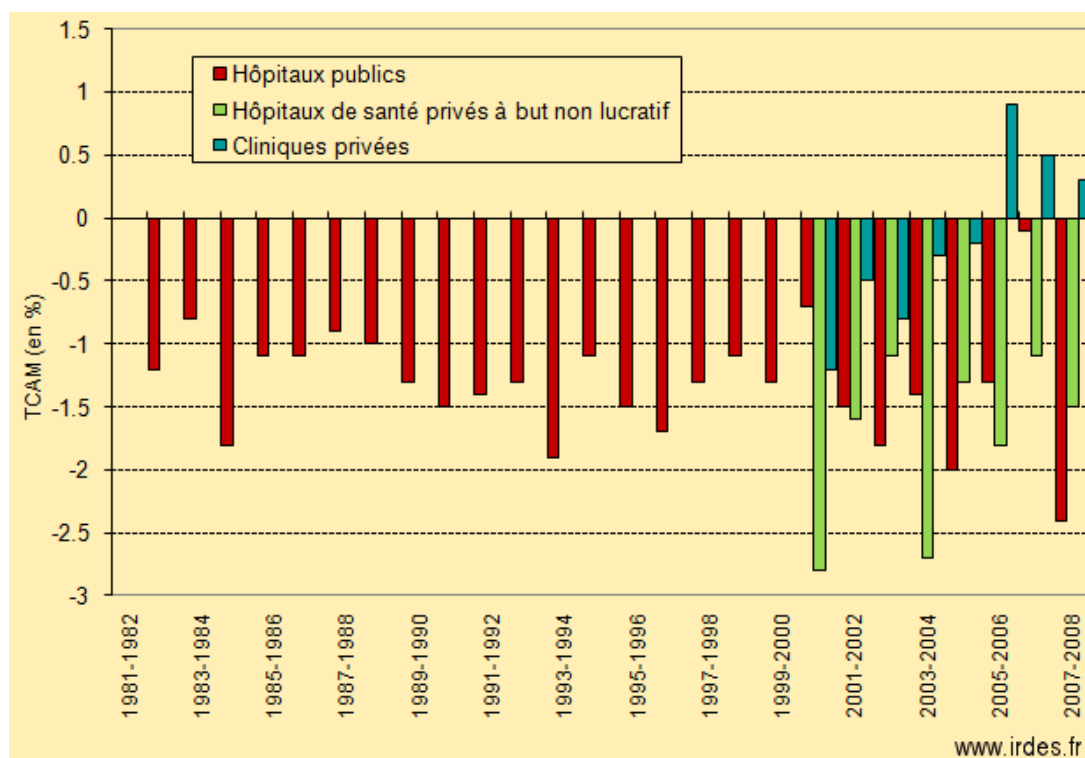


Figure 3 : Evolution du nombre de lits d'hospitalisation complète en section hôpital par secteur en taux de croissance annuel moyen

Données: institut de recherche et documentation de la santé
 Source : www.ecosante.fr, d'après données SAE de la Drees

Le nombre de lits décroît de façon significative, aussi bien pour les hôpitaux publics (de 392 644 lits en 1981 à 277 910 lits en 2008) que pour les hôpitaux privés à but non lucratif (de 70 093 en 2000 à 60 956 en 2006). Alors que les lits de cliniques diminuaient moins rapidement, on observe même une augmentation de leur nombre à partir de 2005-2006 (+1 519 lits de 2005 à 2008).

Auparavant, l'hospitalisation programmée était réalisée au sein des hospitalisations conventionnelles sans avoir une équipe spécifique dédiée. Les différentes lois ont permis de mettre en conformité leurs services, à analyser leur besoin, et à définir les modalités pratiques. Certains services ont une activité trop faible de programmation pour justifier de la création d'une unité dédiée et ne peuvent pas employer du personnel spécifique. Dès lors, différents types de patients sont disséminés dans les services conventionnels. Certains services ont été créés, par exemple la médecine polyvalente mais restent plus une unité de dégorgeement des urgences plus qu'un réel service d'hospitalisation programmée polyvalente.

Des places de médecine conventionnelles ont été redistribuées en hospitalisation de jour ou de semaine, mais ont entraîné une diminution de la capacité de l'hospitalisation conventionnelle; ce qui pourrait être vu comme la perte d'une spécificité du service.

Toutes ces difficultés, ont pu être un frein au remodelage des services et la faible prévalence des unités de courte durée d'hospitalisation. Ce sont souvent ces obstacles qui conduisent à une stagnation et un maintien en l'état de l'organisation structurel du service.

1.5. L'hospitalisation programmée

Dans une vision globale, on peut quand même dire qu'à la demande des politiques, des lois, la proportion d'hospitalisation va augmenter par la naissance de plus en plus de place d'hospitalisation de courte durée. Mais ce n'est pas la seule raison.

Une meilleure connaissance des pathologies, de leur histoire naturelle et des traitements de moins en moins contraignants poussent les dernières études à envisager des prises en charge de plus courte durée.

Comme nous l'avons signalé plus haut, la biotechnologie, l'ingénierie médicale est dans une dynamique hors du commun, les médias apprennent de plus en plus aux non-initiés et nous sommes désormais face à des patients appartenant à une société de consommation. Les patients sont devenus demandeurs, consommateurs et décisionnaires des soins qui leurs sont apportés. D'ailleurs, on ne parle presque plus de « patients » mais d' « usagers »...

Lors d'une hospitalisation programmée, ils ont eu le temps d'être informés, de vérifier cette information, de l'intégrer. Les patients souhaitent de moins en moins être hospitalisés sur de longues durées d'autant qu'ils ont pu prendre connaissance des nouvelles prises en charge, plus rapide et qui ne nécessite pas un passage prolongé à l'hôpital. Ils exigent de la transparence dans les soins, et la connaissance d'effets indésirables. Les usagers revendiquent donc une prise en charge à la fois de qualité et de sécurité. Le malade est d'autant plus au centre du soin. Il l'était déjà depuis quelques années mais sa position centrale s'ancre encore plus dans l'esprit du corps médical.

L'hospitalisation programmée est une situation privilégiée permettant de disposer du temps nécessaire à la bonne information du patient. Il existe une sorte de contrat tacite lors de la programmation d'une hospitalisation. Le patient est au courant, est d'accord, il adhèrera à sa prise en charge.

L'hospitalisation programmée est en train d'être gravé dans le marbre de la médecine hospitalière moderne. Les médecins, qu'ils exercent en ville ou à l'hôpital vont de plus en plus y être confronté.

Comment se positionne la médecine ambulatoire face à ces nouvelles hospitalisations ?

Ces hospitalisations font-elles l'objet de contraintes pour les médecins généralistes exerçant en ambulatoire ?

Existe-t-il des facteurs accélérateurs ou freinateurs chez les médecins généralistes qui pourraient impacter le processus de planification ?

2. Matériel et méthode

2.1. Choix de la méthode

Quelles sont les difficultés que rencontrent les médecins généralistes libéraux en Haute Vienne pour hospitaliser leurs patients de manière programmée ?

Quels sont les facteurs liés à la médecine générale, ayant un impact sur la démarche d'hospitalisation programmée dans ce département français ?

Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons choisi d'élaborer un questionnaire type enquête descriptive transversale. Cette méthode permet d'interroger un panel de médecins pouvant être représentatif de l'ensemble de la population des médecins généralistes de la Haute-Vienne.

Cette étude utilise un sondage aléatoire stratifié avec des strates d'âge permettant de contrôler l'échantillon et d'améliorer la précision des résultats obtenus dans le sondage. Cela élimine ainsi la possibilité de travailler sur un échantillon dans lequel certaines classes seraient sous ou surreprésentées par le fait du tirage aléatoire. L'objectif de ce type de sondage est d'obtenir au niveau de la population des estimations les plus précises et les plus proches possibles de la réalité : la meilleure répartition est la répartition dite optimale ou répartition de Neyman dans laquelle la taille de l'échantillon dans une strate est proportionnelle au nombre d'individus dans la strate.

Notre questionnaire comporte des questions ouvertes et des questions fermées dans une même proportion mais souvent alternées pour ne pas tomber dans un dialogue rébarbatif.

Compte tenu de la présence de questions ouvertes, nous avons choisi d'interroger les médecins par téléphone. L'appel téléphonique permet de ressentir l'implication des médecins et de lancer un processus de réponse qui peut être rapide et simple. Le contact téléphonique permet également de limiter les non-réponses, de relancer et de réduire au minimum le coût du sondage. Pendant l'entretien, il est plus facile de faire préciser les idées, et en définitive, d'aller plus loin dans la réflexion. Les médecins pouvaient répondre au questionnaire à toute heure de la journée sans disposer de données liées au dossier de leurs patients. Les médecins n'ont pas été rémunérés pour participer à ce travail.

Les réponses à choix multiples permettent de faciliter l'analyse et l'interprétation des résultats. Ils ont été ainsi aisément classés avec intégration en statistique. En revanche, les nombreuses réponses ouvertes ont été organisées de la manière suivante : chaque « idée-clé » a été intégrée dans une colonne spécifique. Ces idées-clé sont souvent corrélées à des mots-clés.

Les non-réponses ont été recensées avec le motif de non-réponse et également classées.

La relative simplicité des questions et le peu de temps effectif pour y répondre ont permis un taux de réponse correct, garant d'une bonne pertinence et d'une bonne puissance des résultats de l'étude.

En revanche, il faut noter que certaines des questions posées apportent des notions subjectives qui conduiront à l'expression de résultats sous forme d'impression.

2.2. L'élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé avec :

- des questions fermées rapides et aisés à poser, permettant de collecter des faits précis, un dépouillement facilité, et des réponses directement quantifiables ;
- des questions avec une seule réponse possible : choix binaire et multiples et des réponses à situer sur une échelle ;
- des questions avec plusieurs réponses possibles à choisir dans une liste ;
- des questions ouvertes d'opinion permettant un choix de la réponse et une personnalisation des questionnaires. La contrepartie de cette personnalisation est un temps plus important pour répondre, les réponses nécessitant une analyse et une quantification plus difficile ;
- des questions filtres qui entraînent par la suite une précision avec d'autres questions selon la réponse au filtre.

Notre questionnaire comporte 25 questions avec 17 questions fermées et 8 questions ouvertes.

Nous avons divisé le questionnaire en 4 sous-parties.

2.2.1. Renseignements généraux

Cette première partie permet de caractériser le profil du médecin interrogé et recherche pour chaque répondeur :

- le sexe,
- l'âge,

- le mode d'exercice, seul ou en groupe,
- la présence ou non d'un secrétariat,
- le secteur d'activité,
- la date de début d'installation,
- le nombre d'acte hebdomadaire.

2.2.2. Situation clinique qui relève d'une hospitalisation programmée

Cette seconde partie met le médecin dans une situation rencontrée récemment, pour laquelle il a besoin d'un bilan diagnostique, thérapeutique ou d'éducation d'un patient adulte sans urgence vitale dans un service de médecine.

- Fréquence d'envoi aux urgences sans faire une démarche de planification ;
- Démarche de contact d'une structure publique, d'une structure privée ;
- Si une démarche de planification a été initiée et si le patient type est passé par un service d'urgences, le questionnaire fait un recensement des causes qui ont conduit à cette situation en distinguant celles spécifiques au secteur public et celles spécifiques au secteur privé.

2.2.3. Contact avec le service

La troisième partie évalue le temps initial de la planification avec :

- le mode de contact,
- les intervenants,
- les attentes du médecin généraliste,
- la qualification de la difficulté à contacter un médecin dans le public et dans le privé,
- le temps moyen entre la prise de décision de planifier le patient et le moment où il obtient une réponse concrète.

2.2.4. Intérêts, bénéfices, objectifs d'avenir

Cette dernière partie s'attache à évaluer la pensée du médecin vis à vis de la planification :

- planifier est-il synonyme de meilleur prise en charge ?, quels sont les arguments avancés ? ;
- évaluer la possibilité à l'heure actuelle de planifier dans le secteur public et dans le secteur privé ;

- quelles sont les alternatives dont dispose le médecin en cas de non possibilité de planifier sur le premier contact, toujours avec une distinction entre secteur public et secteur privé ;
- donner son sentiment sur les méthodes qui pourraient améliorer sa capacité à programmer dans le futur.

Il est demandé à chaque médecin interrogé s'il souhaite être informé des résultats de cette enquête par email ou par courrier (en cas de non possession de système informatique) pour préciser l'attachement que peuvent avoir les praticiens de l'échantillon sur ce thème.

2.3. L'échantillon de médecins interrogés

Il n'y a pas d'étude spécifique sur la prévalence des difficultés que rencontrent les médecins généralistes pour hospitaliser avec une programmation. Toutefois, de manière empirique on pourrait dire que la quasi-totalité des médecins généralistes éprouvent une difficulté dans ce type d'hospitalisation. En se laissant une marge de sécurité nous avons choisi une prévalence de difficulté d'hospitalisation programmée de 90%. Nous avons donc nos trois constantes :

- prévalence estimée 90%
- niveau de confiance visé 95% (valeur type de 1.96)
- marge d'erreur acceptable 5%

Selon la formule ;
$$n = \frac{(\text{niveau de confiance})^2 * \text{prévalence estimée} * (1 - \text{prévalence estimée})}{(\text{marge d'erreur})^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 * 0.9 * (1 - 0.9)}{0.05^2} = 138.29$$

Nous ajoutons 5% à l'échantillon pour tenir compte des impondérables. Nous obtenons un échantillon de 146 médecins que nous arrondissons à 152 médecins ce qui correspond à 33% des médecins ciblés par notre étude (n=456). Ce nombre a été déterminé par la demande au conseil départemental des médecins d'un fichier exhaustif des médecins généralistes exerçant en secteur libéral recensés en Haute-Vienne.

Un échantillonnage stratifié a été réalisé sur la base de sous-groupes par tranche d'âge de 10 ans : les 30 (révolus) à 40 ans, les 40 (révolus) à 50 ans, les 50 (révolus) à 60 et les 60 (révolus) à 70 ans. 2 médecins de strictement moins de 30 ans ont été exclus car cet âge

correspond à la sortie de la faculté. En effet des réponses pour ces praticiens avec une expérience personnelle inférieure à 2 ans ne reflètent peut-être pas la réalité de terrain. De la même manière, les médecins remplaçant ont été exclus de l'échantillon.

Le tirage au sort a été réalisé avec la méthode Excel suivante : nous numérotions de 1 à x les cases de la première colonne d'un tableau et insérons dans celles de la deuxième colonne un nombre aléatoire situé entre 0 et 1 (fonction Excel® « = ALEA () »). Nous ordonnons ensuite ces deux colonnes d'après la seconde, celle contenant les nombres aléatoires. Ce n'est pas grave si, dans Excel®, les valeurs aléatoires déjà introduites changent à chaque nouvelle insertion. Nous laissons transparaître les champs contenant les premiers numéros dans la première colonne : nous disposons à présent de notre échantillon. Nous réitérons la manipulation sur chacune des tranches d'âge en conservant les proportions de l'ensemble considéré au départ. Nous avons alors notre échantillon stratifié basé sur un tirage aléatoire.

2.4. Protocole pour le recueil des données

2.4.1. Prise de contact

Nous avons contacté les 152 médecins par téléphone entre mai et juillet 2013. Les appels téléphoniques ont été réalisés sans horaire particulier. La présentation initiale s'est faite au téléphone avec présentation de l'interviewer, du sujet abordé dans le cadre d'une thèse de médecine, du temps minimum pour réaliser le questionnaire (Annexe 1). La garantie de l'anonymat est affirmée. Généralement, ce premier appel a été nécessaire pour fixer un rendez-vous pour que le médecin interviewé soit libre de temps donc plus confortable et avec toute son attention dans les réponses. Cela s'est traduit par des appels tous les jours du lundi 8h au samedi 12h entre 8 et 9h, 12 et 14h et après 18h jusqu'à 21h30 pour certains.

2.4.2. Interview de l'échantillon

Selon l'horaire d'appel les médecins ont plus ou moins pris de temps pour les réponses. Nous nous en sommes strictement tenus à la lecture des questions sans indigage particulier. A la fin du questionnaire, nous avons signalé qu'il était terminé et que toute autre réponse ne serait pas prise en compte. En effet, notamment pour les appels réalisés le soir, il arrivait fréquemment qu'un dialogue s'instaure voire un débat d'idées ce qui notait l'implication de nos interlocuteurs. Ce processus de maïeutique a conduit à des entretiens téléphoniques allant de

5 à 60 minutes. A la fin de l'interview, il était proposé au médecin de recevoir un compte-rendu résumé des résultats. Un remerciement sincère était également donné.

2.4.3. Relance

Les appels téléphoniques étaient réitérés jusqu'à avoir en contact le médecin concerné. En cas de réponse par un secrétariat, sur place ou à distance, nous avons programmé un horaire pour rappeler et avoir en direct le médecin. En cas d'absence, de congés, un appel a été déclenché à son retour.

2.4.4. Recueil de données

L'ensemble des réponses ont été classées dans un tableur Excel®.

2.5. La méthode statistique

Pour la description et l'analyse, les données issues des questionnaires ont été ordonnées dans plusieurs tableurs Excel® :

- le premier regroupant les données de manière brut
- les autres réalisés grâce à des tableaux croisés dynamiques pour rechercher des relations entre les données

Cette méthode a permis de réaliser des graphiques de type histogrammes, secteurs et radar afin de présenter de manière visuelle les différentes réponses des médecins et sous forme numérique avec pourcentages, écart-type et intervalles de confiance à 95% pour les données univariées (indiqué IC95% = ±...).

En calcul statistique, nous avons utilisé la médiane, plus fiable et robuste que la moyenne dans des cas de valeur extrême, qui permet de séparer une population en deux parties égales.

L'analyse des données bivariées conduit à l'utilisation du test du khi deux avec l'appui d'Excel® dans le but de trouver des facteurs influençant les médecins généraliste concernant une hospitalisation programmée ainsi que l'utilisation d'alternatives. Toutes les "p values" inférieures à 0.05 (5% de chance de se tromper quant à une association) sont significatives.

Notons que pour de faibles effectifs, le test exact de Fisher a été utilisé donnant des p values ayant la même signification que les p values obtenues avec le test du khi deux.

3. Résultats

3.1. Les réponses au questionnaire

Taux de participation des questionnaires : 123 sur 152 soit 80.9%

Taux de non-réponse totale des questionnaires : 29 soit 19.1%

Taux de refus : 11 soit 7.2%

Taux d'échec d'exécution : 18 soit 11.8%

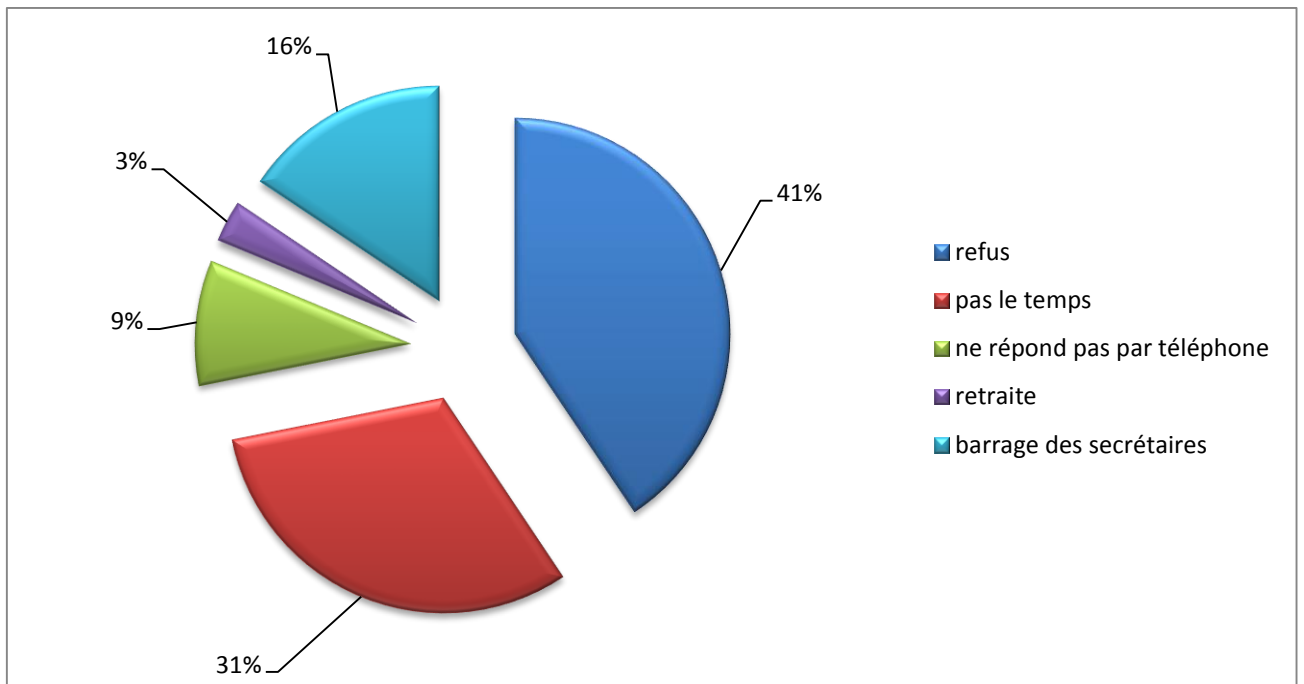


Figure 4 : Causes des non-réponses totales

Tableau 1 : Causes des non-réponses totales

Cause des non réponses	Nombre de médecins
Refus	11 (41%±7.46)
Pas le temps	9 (31%±7.01)
Ne répond pas par téléphone	3 (9%±4.34)
Retraite imminente	1 (3%±2.59)
Barrage des secrétaires	5 (16%±5.56)

Près de la moitié des non-réponses est due à un refus (IC95% = 41%±7.46).

Près d'un tiers des non réponses est due à l'argument « pas le temps » (31%±7.01).

3.2. Analyse univariée

3.2.1. Caractéristique de la population étudiée

3.2.1.1. Répartition par tranche d'âge

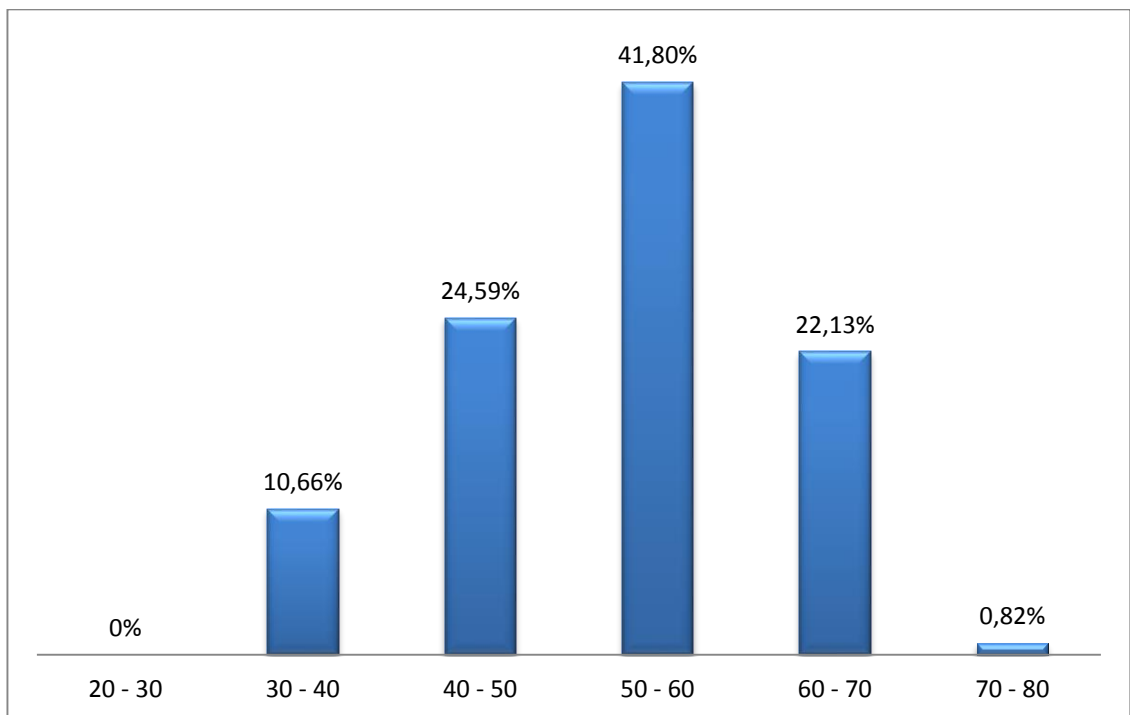


Figure 5 : Répartition des médecins de l'échantillon par tranche d'âge

Tableau 2 : Répartition des médecins de l'échantillon par tranche d'âge

Tranche d'âge	Nombre de médecins
20-30	0 (0%)
30-40	13 (10.66%)
40-50	30 (24.59%)
50-60	51 (41.80%)
60-70	27 (22.13%)
70-80	1 (0.82%)

L'échantillon comprend :

- aucun médecin de moins de 30 ans
- 13 médecins de 30 (révolu) à 40 ans soit 11%
- 30 médecins de 40 (révolu) à 50 ans soit 25%
- 51 médecins de 50 (révolu) à 60 ans soit 42%
- 27 médecins de 60 (révolu) à 70 ans 22%
- 1 médecin de 70 (révolu) à 80 ans soit 1%

3.2.1.2. Répartition des médecins selon le sexe

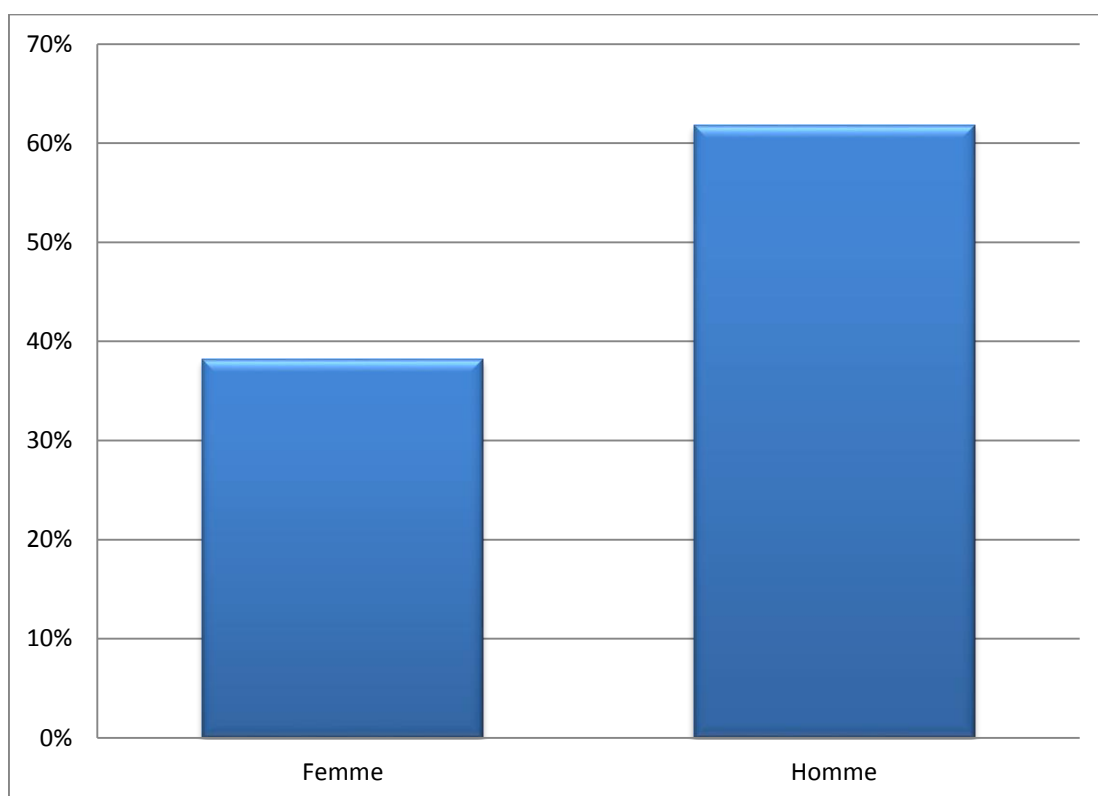


Figure 6 : Répartition des médecins de l'échantillon selon le sexe

Tableau 3 : Répartition des médecins de l'échantillon selon le sexe

Sexe	Nombre de médecins
Homme	76 (61.79%)
Femme	47 (38.21%)

61,79% des médecins interrogés sont des hommes et 38,21 % sont des femmes.

3.2.1.3. Année d'installation

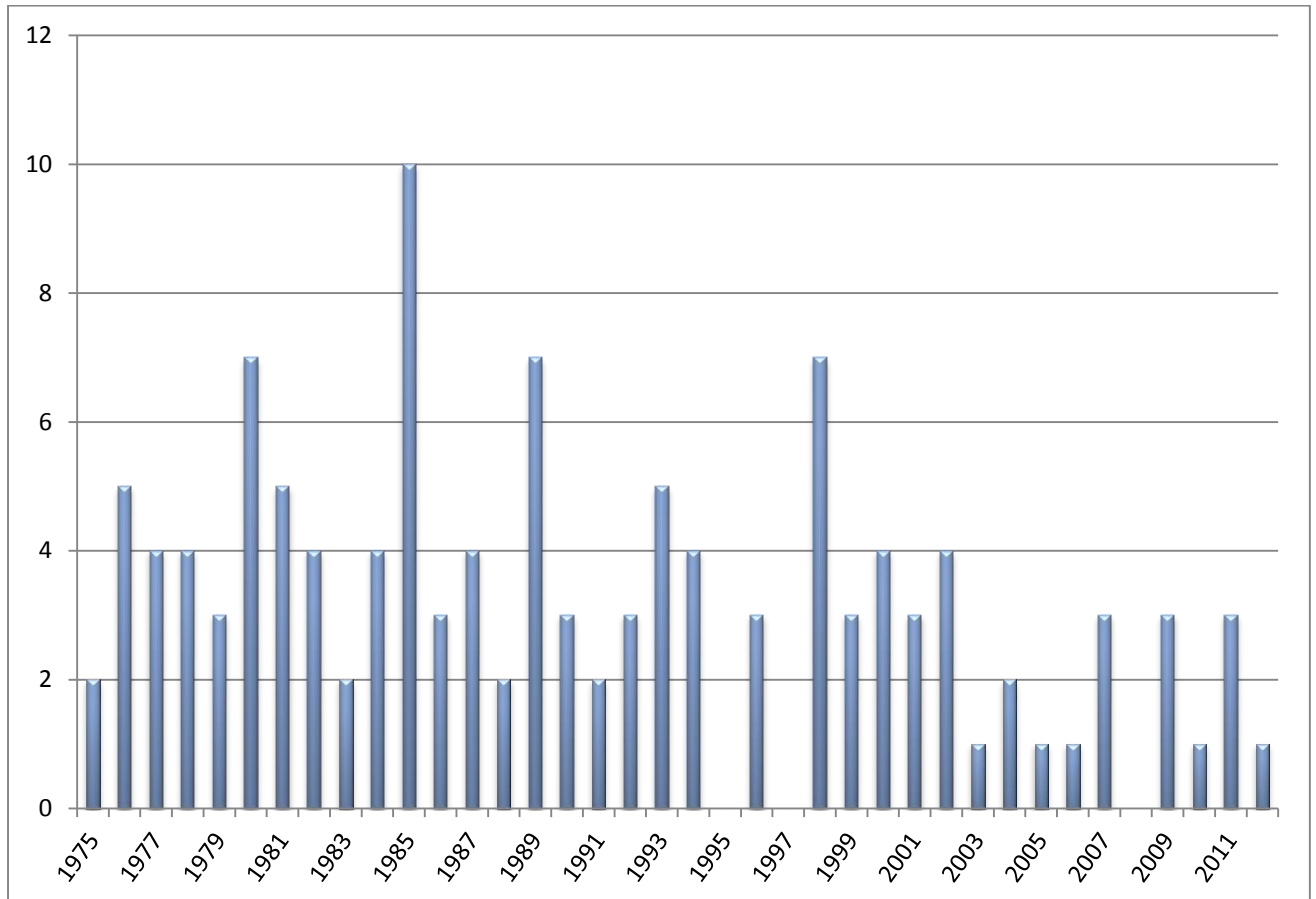


Figure 7 : Nombre de médecins en fonction de l'année d'installation

L'année d'installation moyenne est de **1990,34** (extrêmes 1975-2012)

La médiane est **1989**.

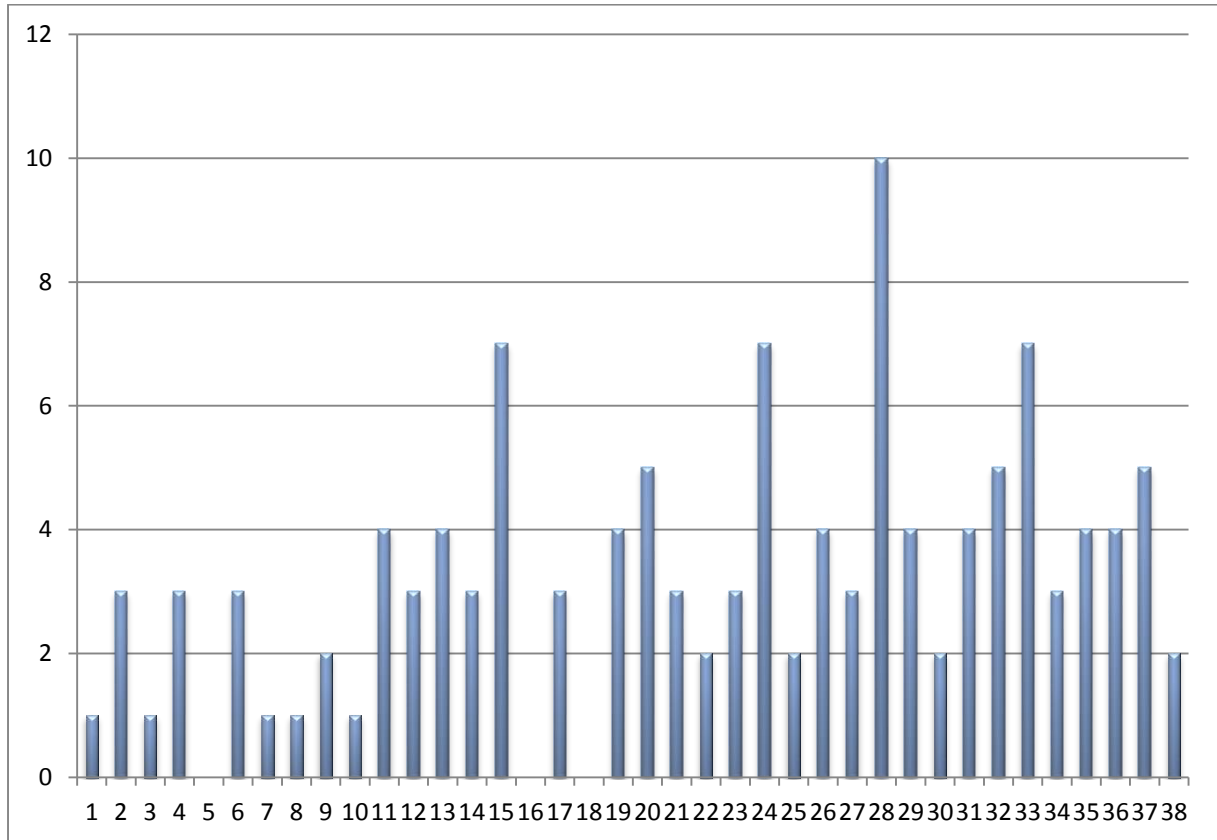


Figure 8 : Nombre de médecins selon le nombre d'années d'installation

La médiane d'année d'installation est de 24 ans.

10 médecins ont 28 années d'installation locale.

3.2.1.4. Secteur d'activité

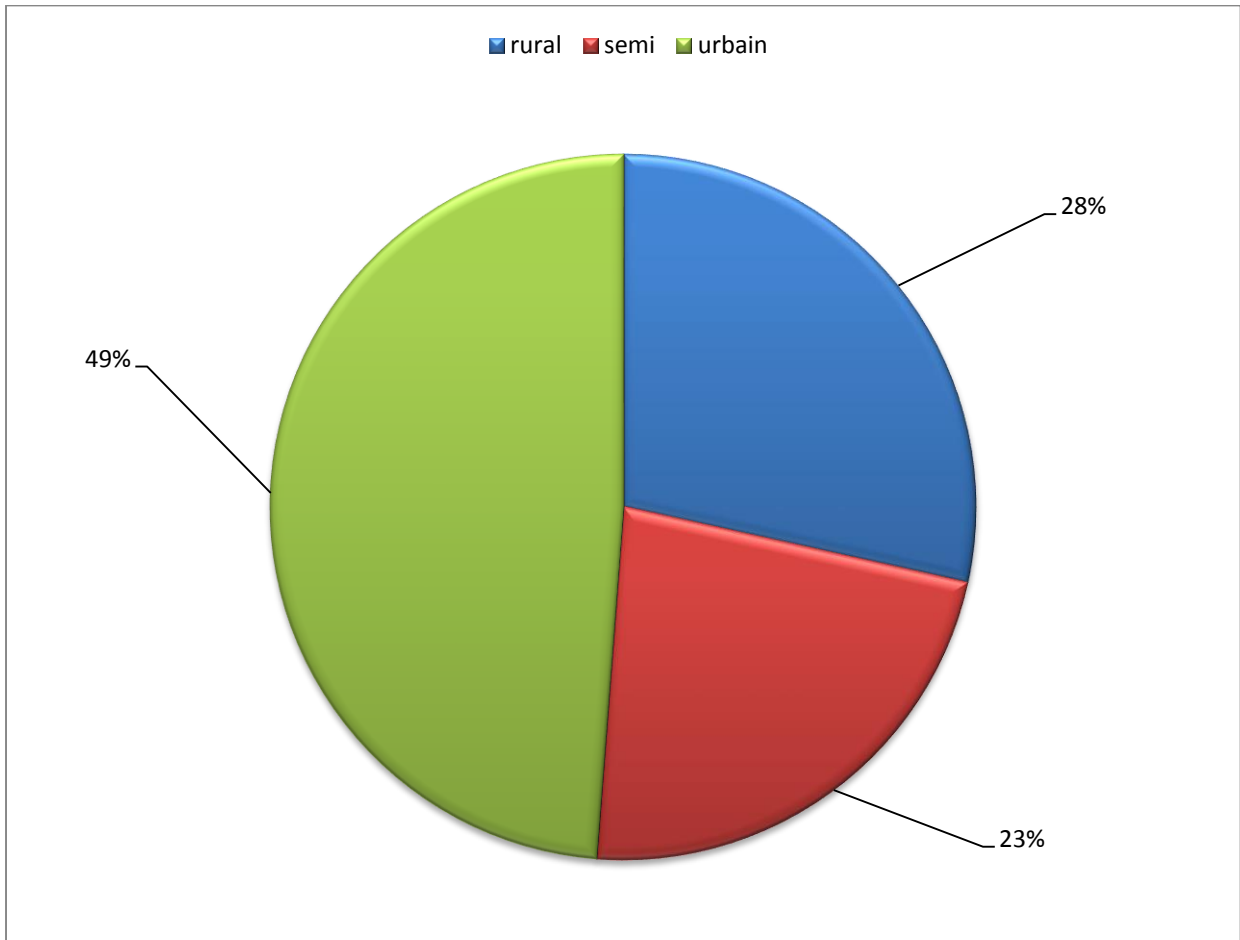


Figure 9 : Proportion des médecins en fonction du secteur d'activité

Tableau 4 : Proportion des médecins en fonction du secteur d'activité

Secteur d'activité	Nombre de médecins
Urbain	60 (48%±7.58)
Semi	28 (23%±6.36)
Rural	35 (28%±6.84)

Une majorité de médecin exercent en secteur urbain : IC95% = 48%±7.58 contre 23 % en semi rural et 28% en rural.

3.2.1.5. Mode d'exercice

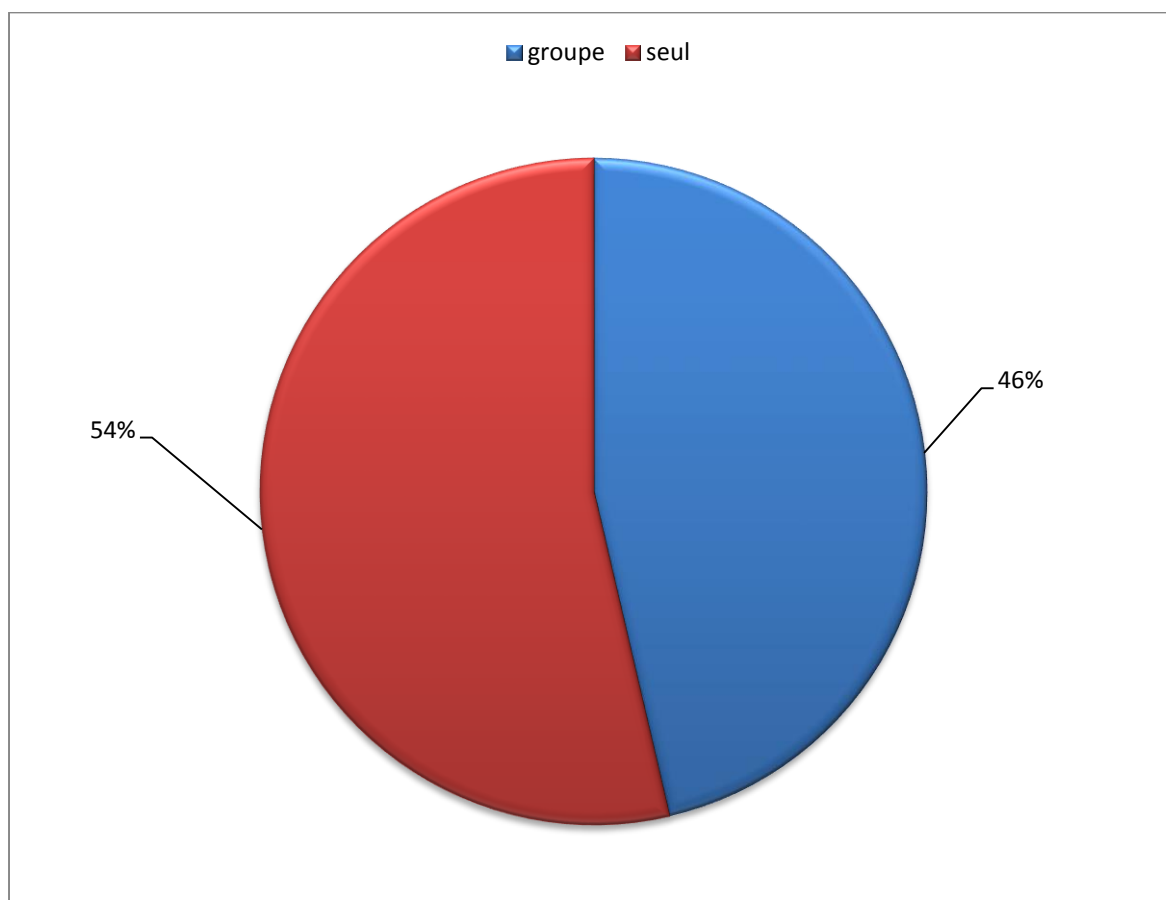


Figure 10 : Proportion des médecins en fonction du mode d'exercice

Tableau 5 : Proportion des médecins en fonction du mode d'exercice

Mode d'exercice	Nombre de médecins
Seul	66 (54%±7.56)
Groupe	57 (46%±7.56)

La proportion de médecin exerçant seul est quasiment équivalente à celle de médecin exerçant en groupe.

3.2.1.6. Ressource téléphonique du cabinet médical

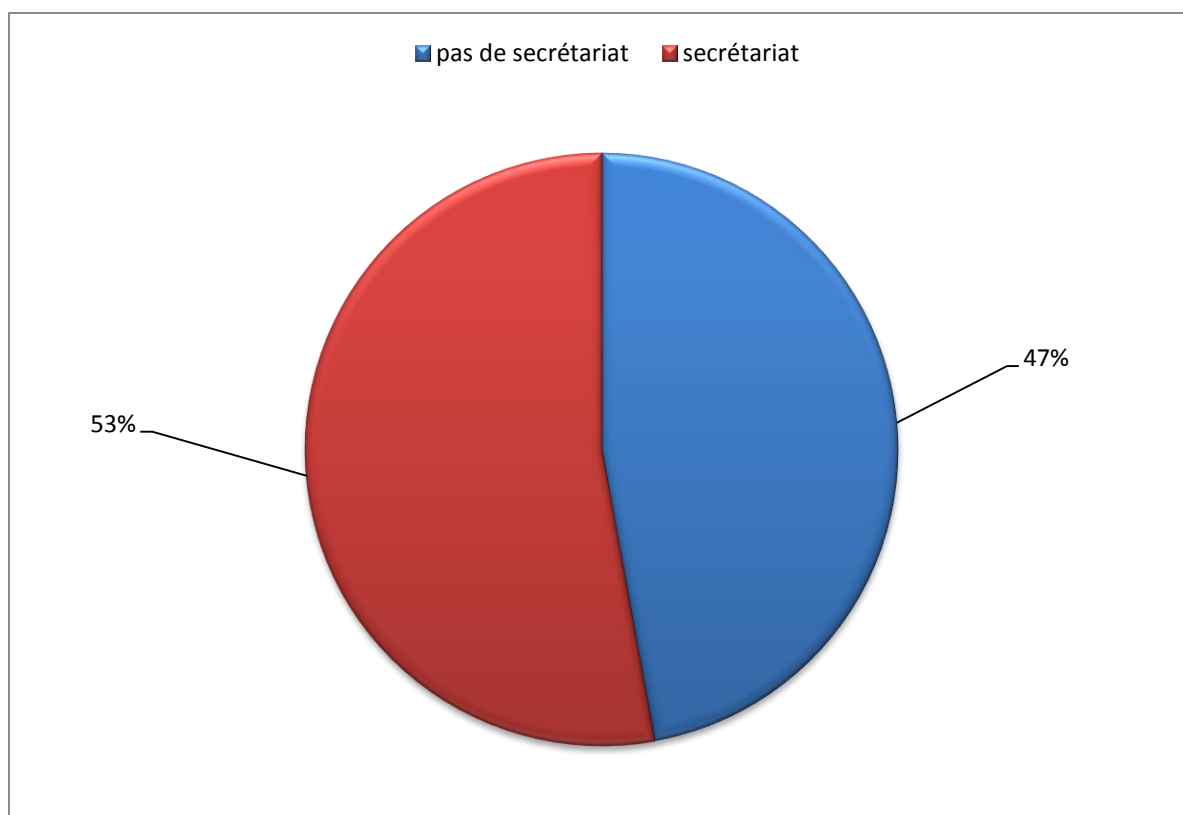


Figure 11 : Proportions des médecins ayant des ressources d'accueil téléphonique

Tableau 6 : Proportion des médecins ayant des ressources d'accueil téléphonique

Ressource d'accueil	Nombre de médecins
Secrétariat	65 (53%±7.57)
Pas de secrétariat	58 (47%±7.57)

La proportion de médecin ayant un secrétariat est équivalente à ceux n'en n'ayant pas.

3.2.1.7. Volume d'activité

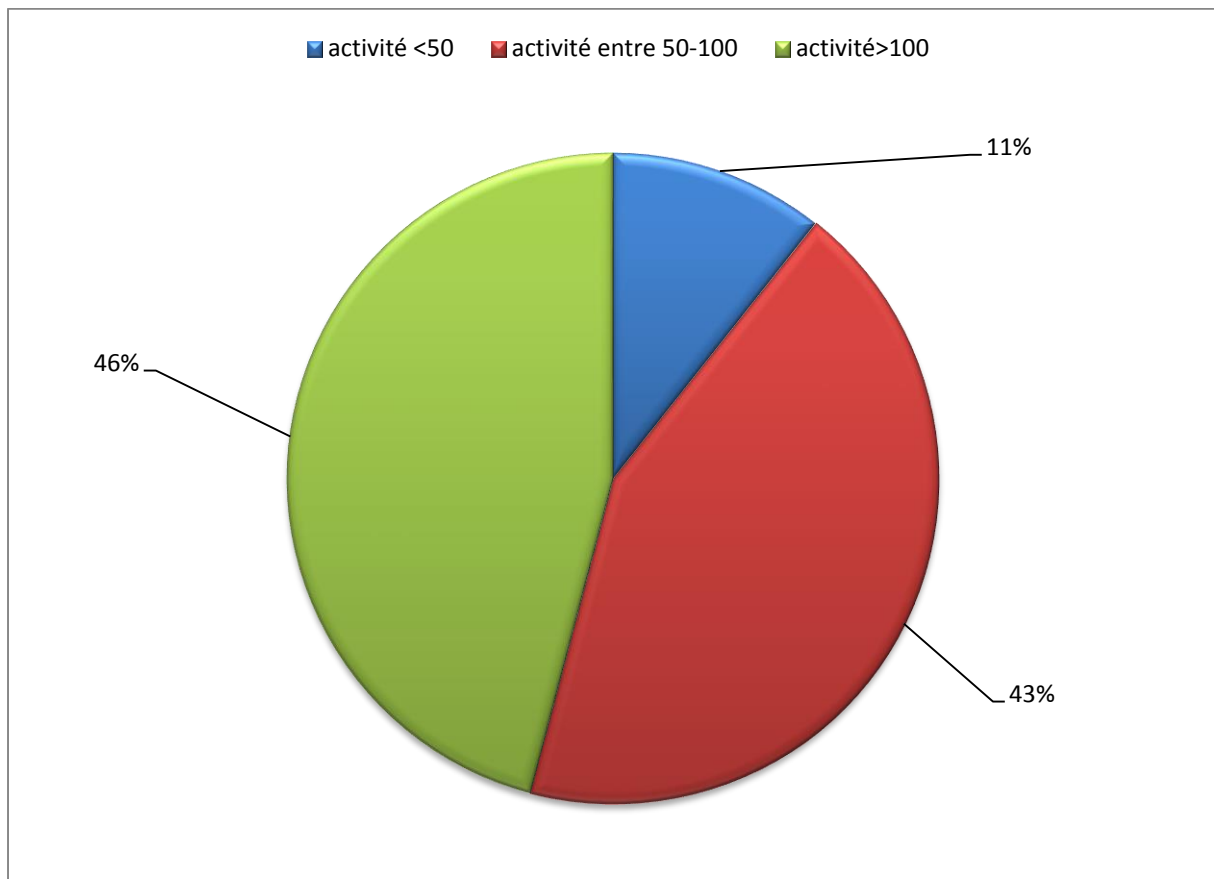


Figure 12 : Proportion des médecins en fonction du volume de l'activité

Tableau 7 : Proportion des médecins en fonction du volume de l'activité

Activité hebdomadaire	Nombre de médecins
<50	13 (11%±4.74)
50-100	53 (43%±7.5)
>100	56 (46%±7.55)

Il y a approximativement autant de médecins ayant une activité modéré (entre 50 et 100 patients par semaine) et une activité intense (plus de 100 patients par semaine).

La proportion de médecin ayant une faible activité libérale est minoritaire : 13 médecins (IC95% = 11%±4.74).

3.2.2. Situation clinique qui relève d'une hospitalisation programmée

3.2.2.1. Envoi direct aux urgences, sans faire une démarche de planification

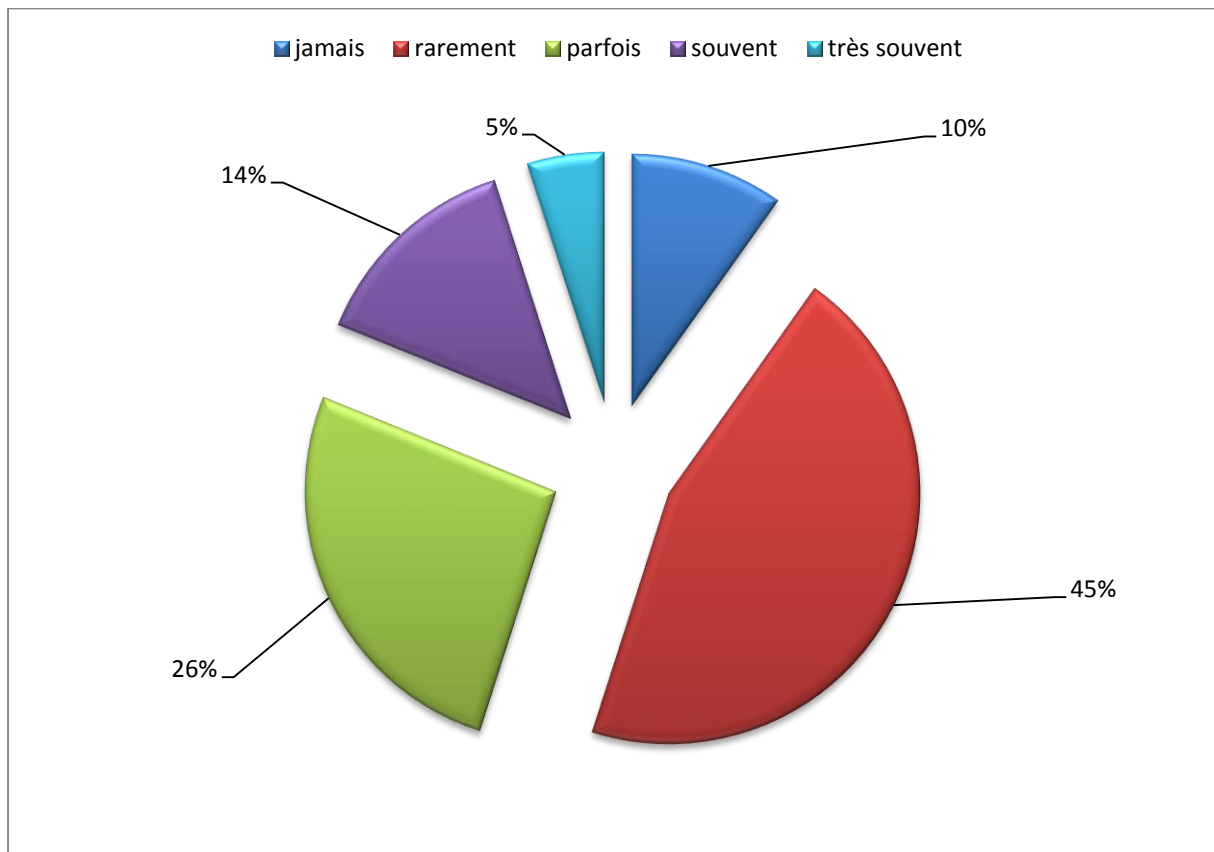


Figure 13 : Evaluation qualitative de l'envoi direct aux urgences sans planifier

Tableau 8 : Evaluation qualitative de l'envoi direct aux urgences sans planifier

Fréquence d'envoi sans planifier	Nombre de médecins
Jamais	12 (10%±4.55)
Rarement	55 (45%±7.54)
Parfois	32 (26%±6.65)
Souvent	17 (14%±5.26)
Très souvent	6 (5%±3.3)

Plus de la moitié des médecins envoient rarement voire jamais aux urgences sans avoir essayer de planifier.

45% des médecins envoient rarement aux urgences sans planifier et 26% envoient parfois aux urgences sans planifier.

3.2.2.2. Contact d'un service public

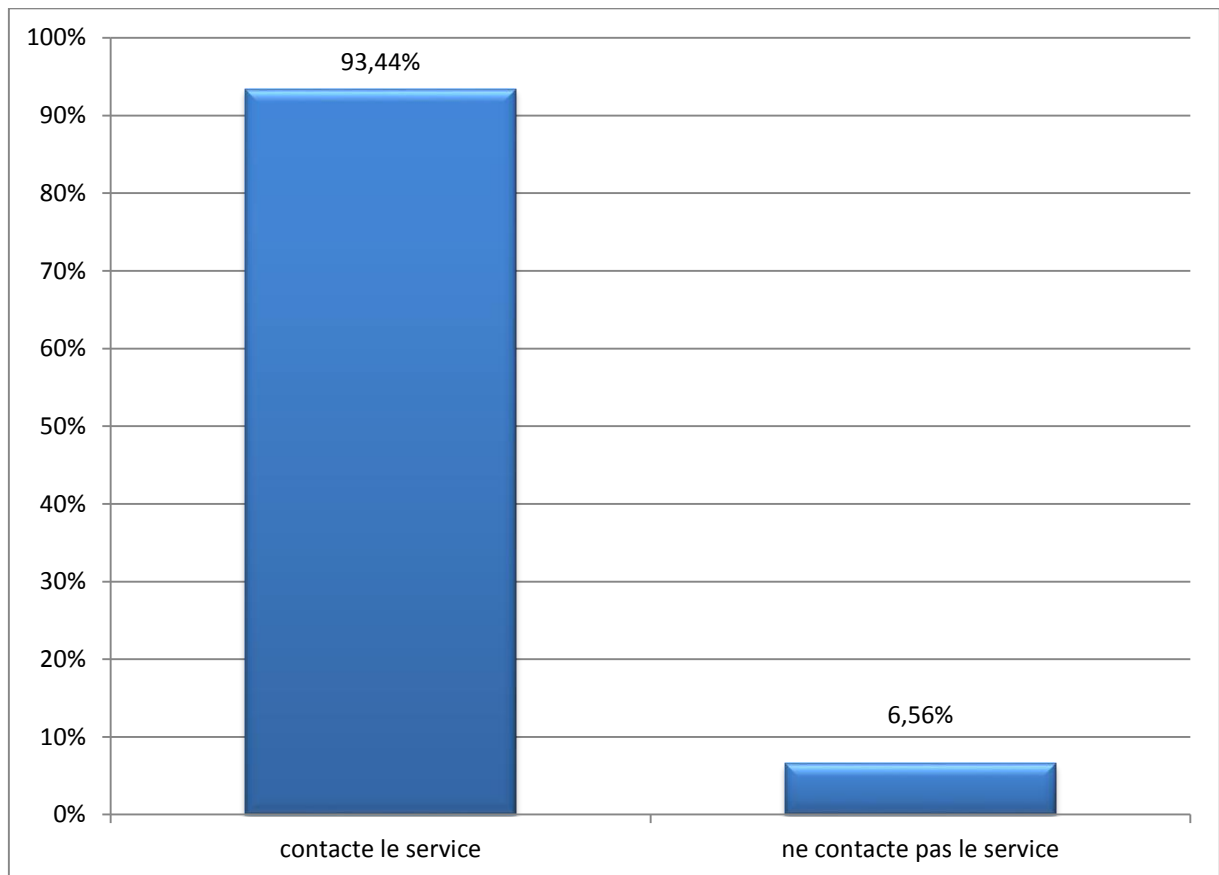


Figure 14 : Evaluation du contact initial du secteur public

Tableau 9 : Evaluation du contact initial du secteur public

Démarche d'initier la planification dans le public	Nombre de médecins
Contacte le service	114 (93.44%±3.75)
Ne contacte pas le service	8 (6.56%±3.75)

La quasi-totalité des médecins contactent le service public pour planifier.

3.2.2.3. Causes de passage par les urgences après avoir essayé de planifier dans le public

Tableau 10 : Causes d'envoi aux urgences suite à l'essai de programmation dans le secteur public

Causes d'envoi aux urgences (proportion des médecins)	Nombres de réponses	Proportion des réponses
exigence du service 27%	34	13,08%±5.11
délai 25%	31	11,92%±4.91
refus du service 13%	16	6,15%±3.64
pas de place 41%	51	19,62%±6.02
horaire d'appel 18%	22	8,46%±4.22
pas d'appel de retour 15%	19	7,31%±3.95
médecin absent 15%	19	7,31%±3.95
maintien à domicile impossible 2%	3	1,15%±1.62
aggravation de l'état clinique 20%	25	9,62%±4.47
pression patient ou de la famille 7%	9	3,46%±2.77
patient va aux urgences de lui-même 5%	7	2,69%±2.45
pas le temps d'attendre au téléphone, trop de travail 7%	9	3,46%±2.77
élucider le problème plus rapidement 4%	5	1,92%±2.08
difficultés relationnelle 1%	2	0,77%±1.32
divergence de point de vue 3%	4	1,54%±1.87
certitude d'être vu rapidement 3%	4	1,54%±1.87

Les médecins font passer les patients par les urgences pour les trois grandes causes (représentées en rouge pour les causes liées aux à l'hôpital, orange pour celles liées aux patients et jaunes pour celles liées aux médecins généralistes). Les 3 raisons évoquées sont :

- manque de place dans les services 51 (IC95% = 19.62%±6.02),
- exigence des services 34 (IC95% = 13.08%±5.11),
- délais proposés par les services 31 (IC95% = 11.92%±4.91).

La quantité de causes évoquées en valeur absolue est de 260.

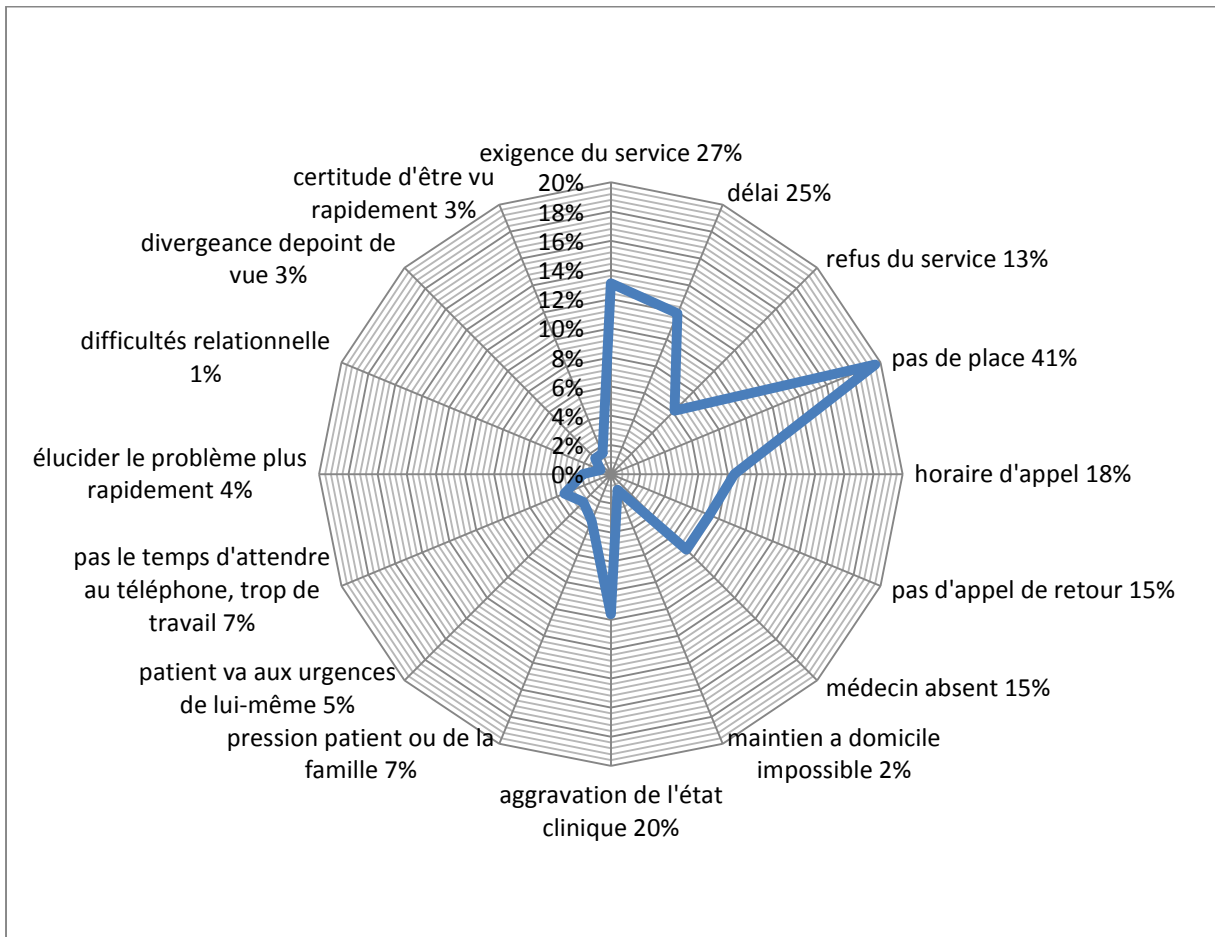


Figure 15 : Causes d'envoi aux urgences après essai de planification dans le public

Les surfaces les plus importantes se situent dans la zone droite du radar. Cela correspond à des faits inhérents aux services hospitaliers.

3.2.2.4. Contact d'un service privé

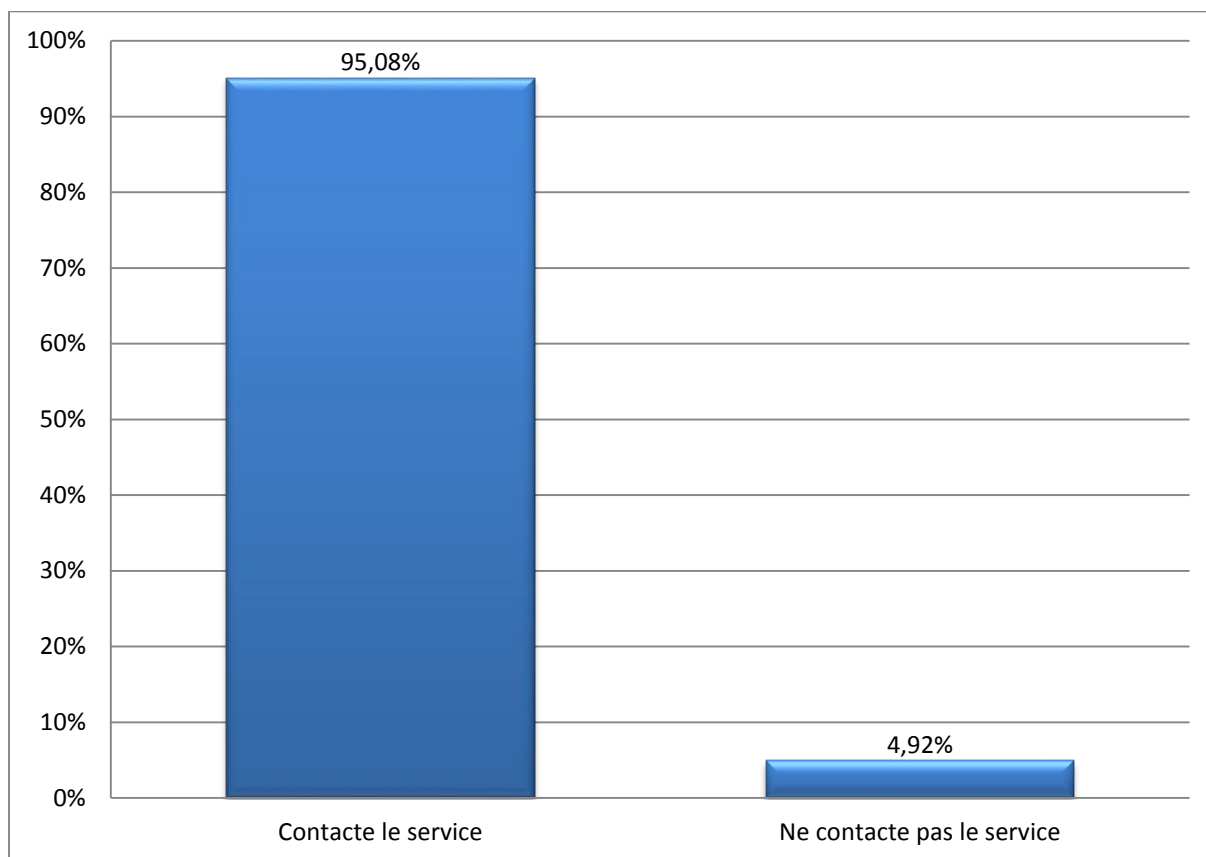


Figure 16 : Evaluation du contact initial du secteur privé

Tableau 11 : Evaluation du contact initial du secteur privé

Démarche d'initier la planification dans le privé	Nombre de médecins
Contacte le service	116 (95.08%±3.28)
Ne contacte pas le service	6 (4.92%±3.28)

La quasi-totalité des médecins contactent le service public pour planifier.

3.2.2.5. Causes de passage par les urgences après avoir essayé de planifier dans le privé

Tableau 12 : Causes d'envoi aux urgences suite à l'essai de programmation dans le secteur privé

Causes d'envoi aux urgences (proportion des médecins)	Nombres de réponses	Proportion des réponses
Exigence du service 20%	24	15,09%±5.43
Délai 16%	20	12,58%±5.03
Refus du service 2%	3	1,89%±2.06
Pas de place 25%	30	18,87%±5.93
Absence de la spécialité 1%	1	0,63%±1.2
Horaire d'appel 12%	15	9,43%±4.43
Pas de réponse 12%	15	9,43%±4.43
Maintien à domicile impossible 4%	5	3,14%±2.64
Aggravation de l'état clinique 16%	20	12,58%±2.03
Pression patient ou famille 7%	8	5,03%±3.31
Patient va aux urgences de lui-même 7%	9	5,66%±3.5
Pas le temps d'appeler, trop de travail 2%	3	1,89%±2.06
Elucider le problème plus rapidement 4%	5	3,14%±2.64
Difficultés relationnelles 1%	1	0,63%±1.2

Les médecins font passer les patients par les urgences pour les trois causes principales :

- Manque de place dans les services 30 réponses (IC95% = 18.87%±5.93),
- exigence des services 24 réponses (IC95% = 15.09%±5.43),
- délais proposés par les services 20 réponses (IC95% = 12.58%±5.03).

La quantité de causes évoquées en valeur absolue est de 159.

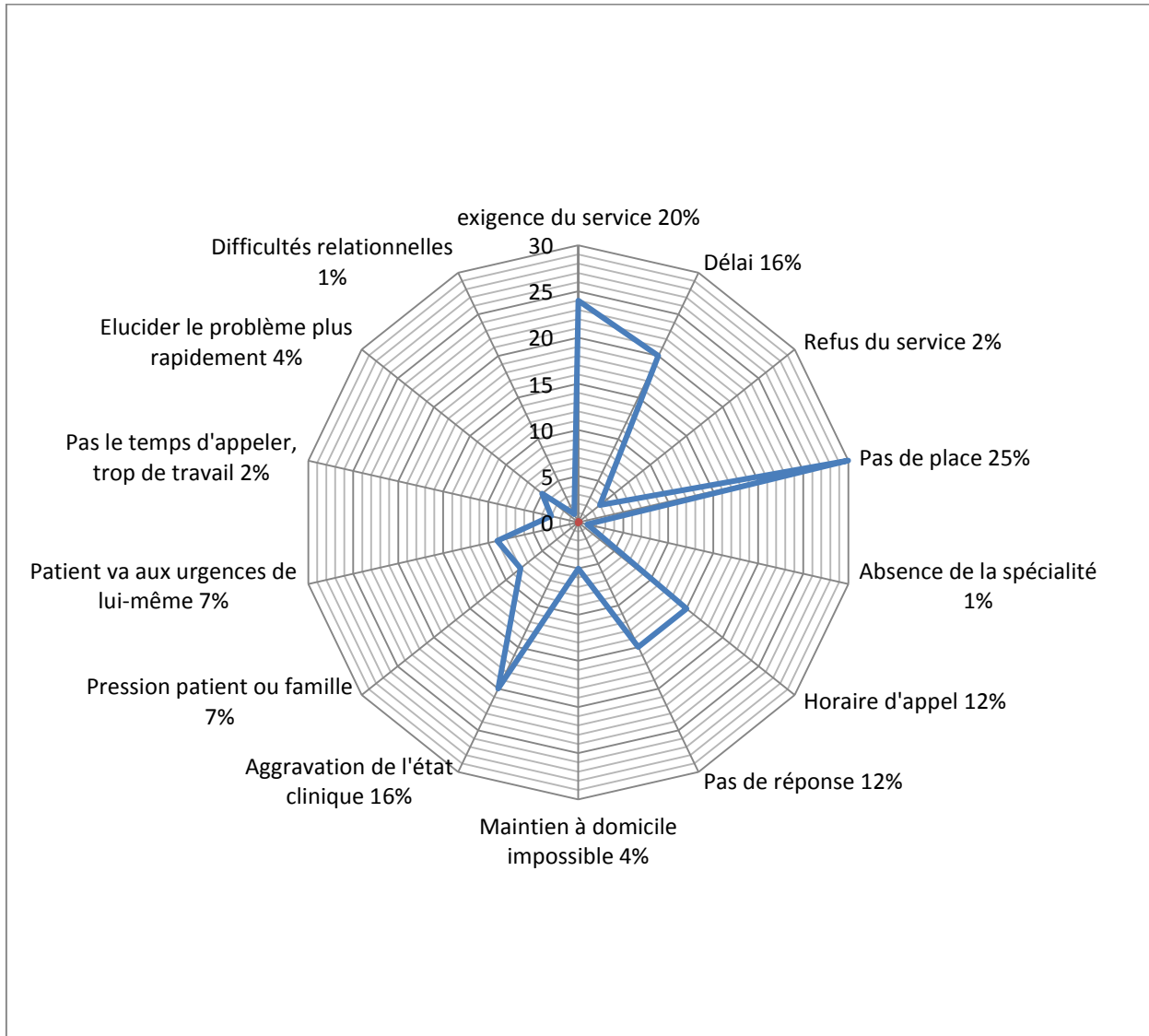


Figure 17 : Causes d'envoi aux urgences après essai de planification dans le privé

Les plages les plus importantes se répartissent entre causes liées aux services et cause liées au patient.

3.2.3. Contact avec le service

3.2.3.1. Mode de communication

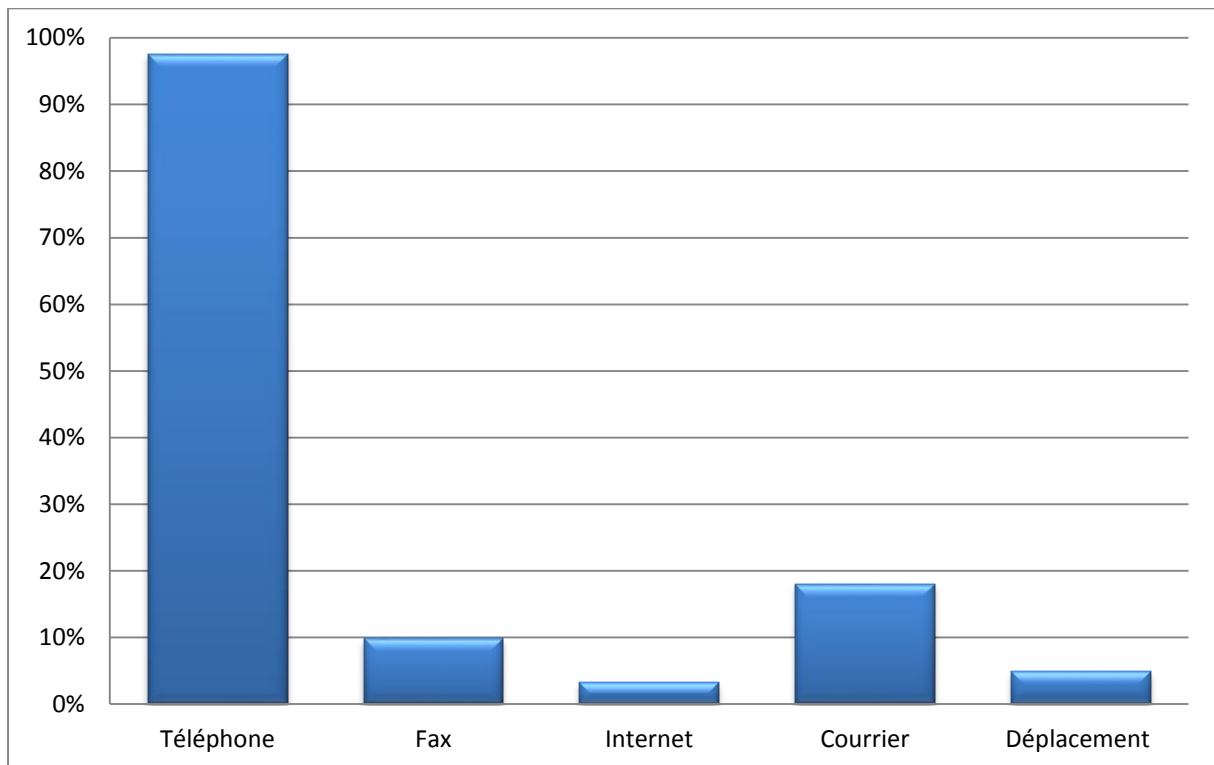


Figure 18 : Modes de contact utilisé par les médecins pour contacter les services

Tableau 13 : Modes de contact utilisé par les médecins pour contacter les services

Modes de communication	Nombre de médecins
Téléphone	119 (97.54%±2.35)
Fax	12 (9.84%±4.51)
Internet	4 (3.28%±2.7)
Courrier	22 (18.03%±5.83)
Déplacement dans le service	6 (4.92%±3.28)

Le téléphone est le mode de communication le plus largement répandu 119 (IC95% = 97.54%±2.35).

3.2.3.2. Les interlocuteurs

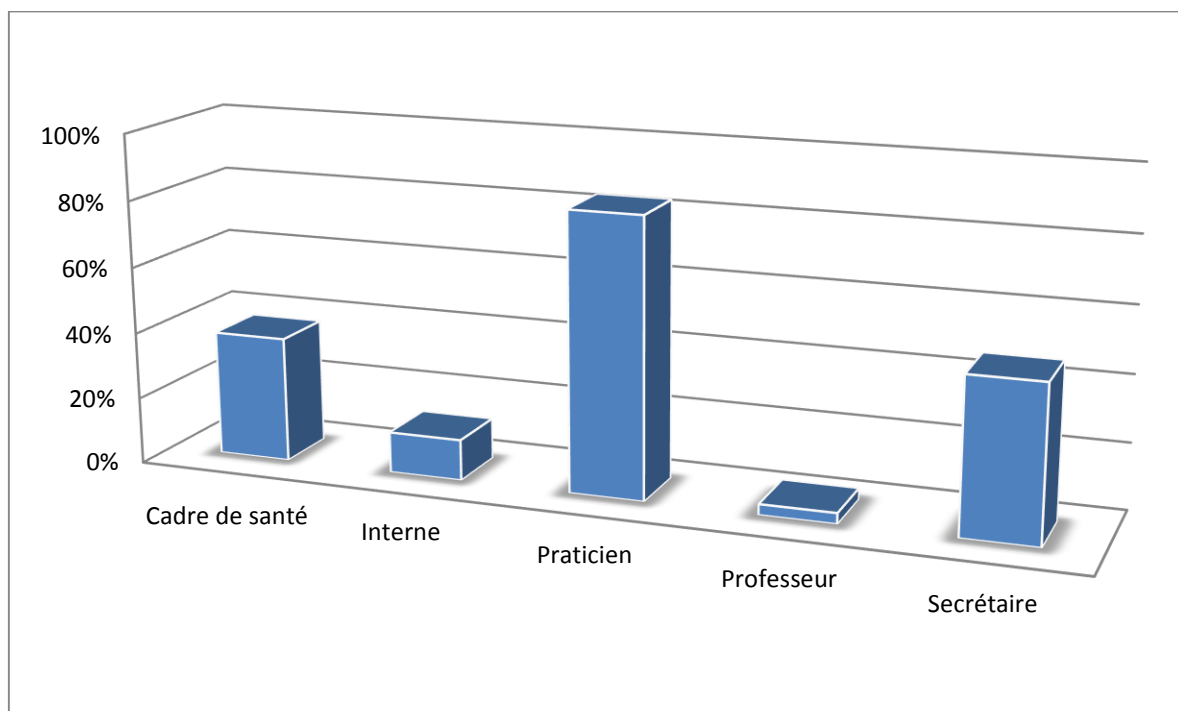


Figure 19 : Les différents interlocuteurs qui se succèdent lors de la phase initiale de la planification

Tableau 14 : Les différents interlocuteurs qui se succèdent lors de la phase initiale de la planification

Contacts en communication	Nombre de médecins confrontés à cet interlocuteur
Cadre de santé	46 (37.70%±7.35)
Interne	15 (12.30%±4.98)
Praticien	102 (83.61%±5.61)
Professeur	4 (3.28%±2.7)
Secrétaire	57 (46.72%±7.56)

Les trois principaux intervenants au contact des médecins appelant sont :

- les secrétaires dans 46.72%±7.56 des cas
- les cadres de santé dans 37.70%±7.35 des cas
- les praticiens dans 83.61%±5.61 des cas

3.2.3.3. Attentes des médecins lors du contact initial hormis l'acceptation ou le refus de l'hospitalisation

Tableau 15 : Les attentes des médecins lors du premier contact pour la planification

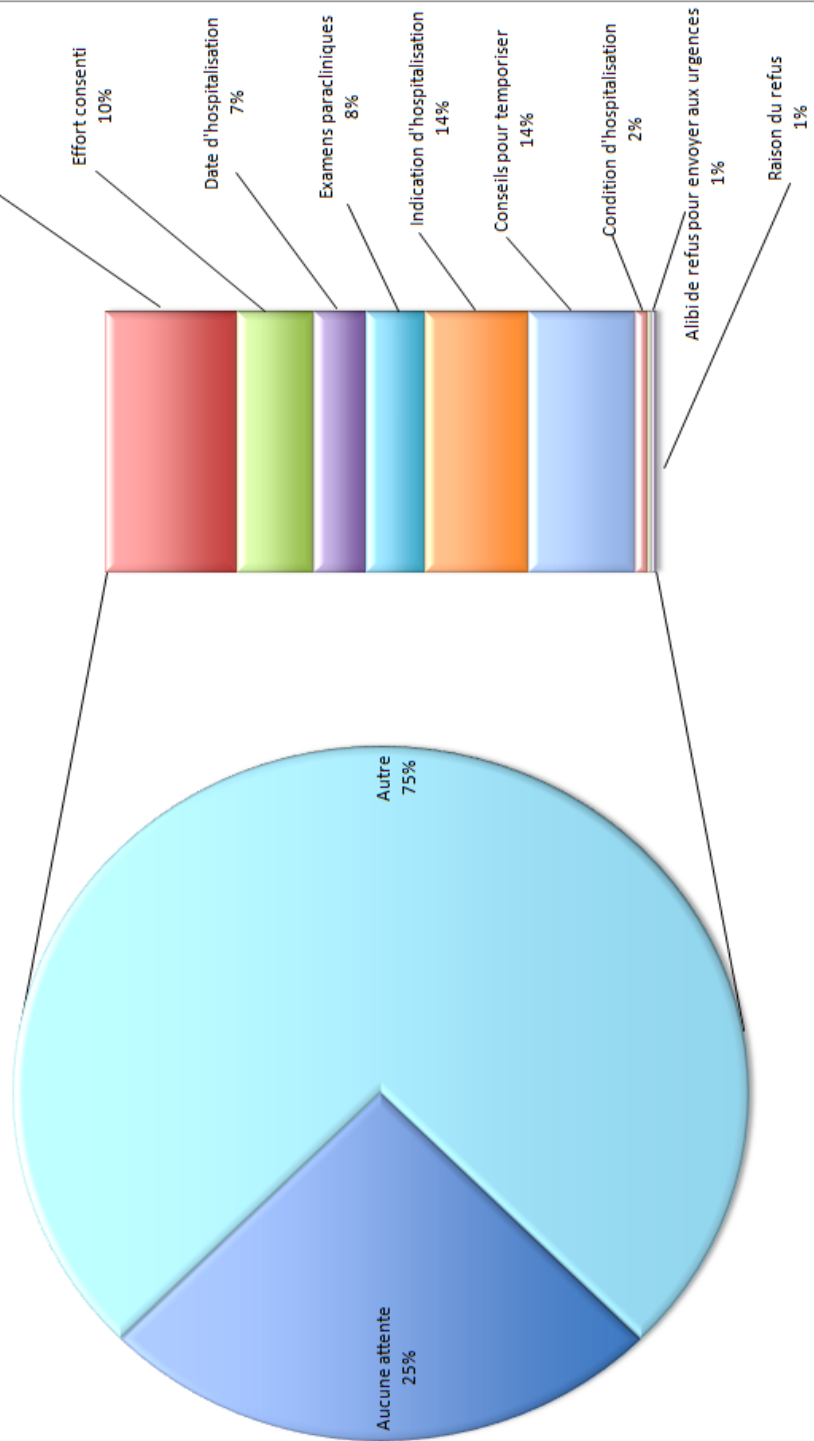
Attentes des médecins	Nombre de médecins
Aucune attente	43 (25%±6.56)
Eléments du dossier	31 (18%±5.82)
Effort consenti	18 (10%±4.55)
Date d'hospitalisation	12 (7%±3.87)
Examens paracliniques	14 (8%±4.11)
Indication d'hospitalisation	24 (14%±5.26)
Condition d'hospitalisation	3 (2%±2.12)
Conseils pour temporiser	25 (14%±5.26)
Alibi de refus	1 (1%±1.51)
Raison du refus	1 (1%±1.51)

Un tiers des médecins n'a aucune attente vis à vis du médecin décideur hormis le fait qu'il accepte ou refuse le patient en hospitalisation programmée.

Les médecins ayant des attentes veulent surtout :

- discuter du dossier 31 réponses (IC95% = 18%±5.82),
- être certain de l'indication de l'hospitalisation 24 réponses (IC95% = 14%±5.26)
- avoir des conseils de prise en charge pour temporiser 25 réponses (IC95% = 14%±5.26).

Attentes des médecins lors du contact initial



3.2.3.4. La difficulté ressentie pour entrer en contact avec un médecin dans le secteur public

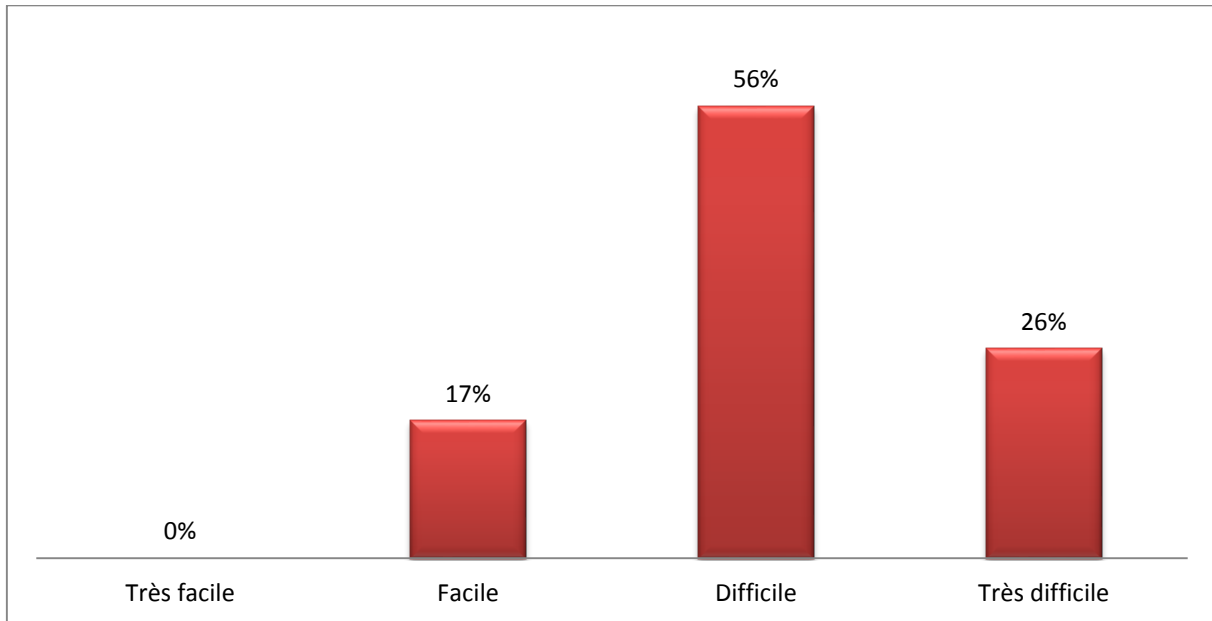


Figure 20 : Difficulté ressentie pour contacter un médecin dans le secteur public

Tableau 16 : Difficulté ressentie pour contacter un médecin dans le secteur public

Difficulté ressentie	Nombre de médecins
Très facile	0 (0%)
Facile	21 (17.21%±5.72)
Difficile	69 (56.55%±7.51)
Très difficile	32 (26.22%±6.67)

Il existe une grande difficulté pour contacter un médecin dans le secteur public : c'est difficile plus d'une fois sur deux et très difficile une fois sur quatre. Ce n'est qualifié de facile qu'une fois sur six.

3.2.3.5. Temps moyen entre la prise de décision d'hospitalisation programmée dans le public et la réponse d'acceptation ou de refus de l'interlocuteur décisionnaire

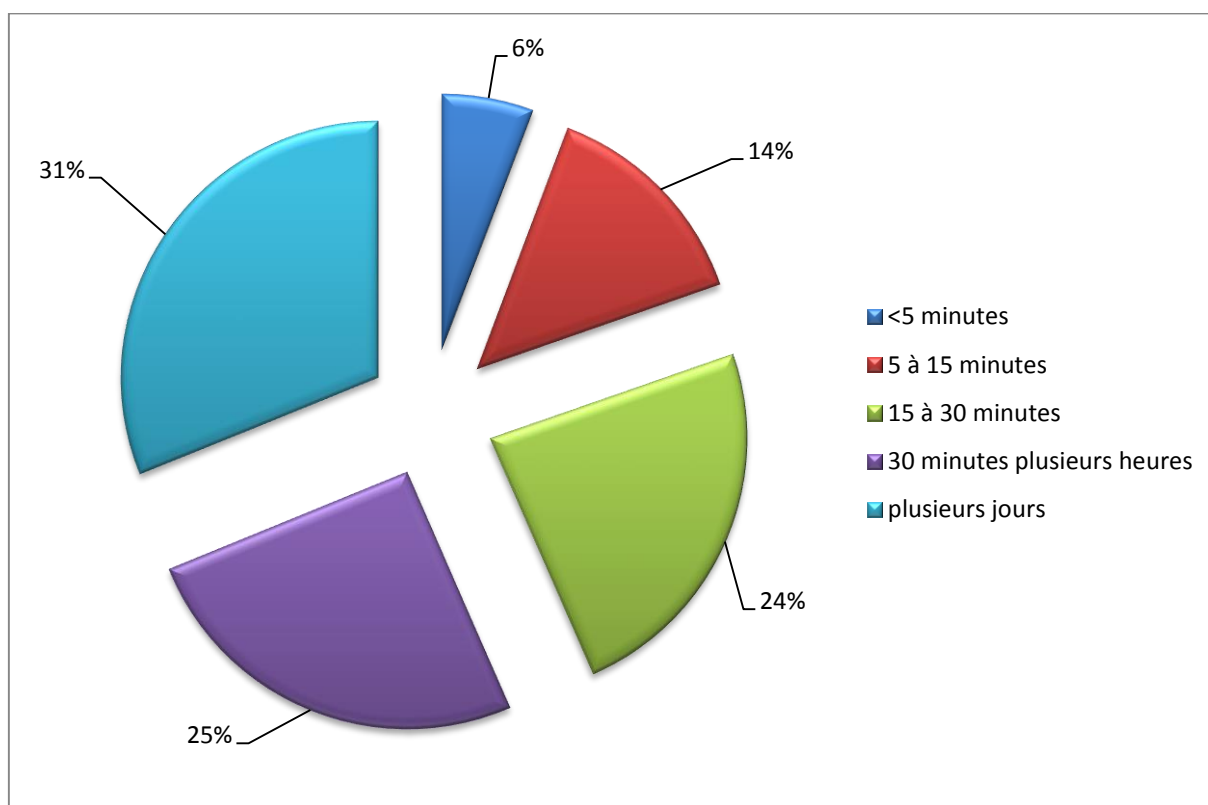


Figure 21 : Temps moyen pour avoir une réponse concernant la planification dans le secteur public

Tableau 17 : Temps moyen pour avoir une réponse concernant la planification dans le secteur public

Temps moyen	Nombre de médecins
Moins de 5 minutes	7 (5.74%±3.53)
Entre 5 et 15 minutes	17 (13.93%±5.25)
Entre 15 et 30 minutes	29 (23.77%±6.45)
Entre 30 minutes et plusieurs heures	31 (25.41%±6.6)
Plusieurs jours	38 (31.15%±7.02)

56% des appels dans le public conduisent à une réponse qui ne se fait qu'au bout de 30 minutes minimum. Une fois sur 4 la réponse est obtenue entre 15 et 30 minutes.

3.2.3.6. La difficulté ressentie pour entrer en contact avec un médecin dans le secteur privé

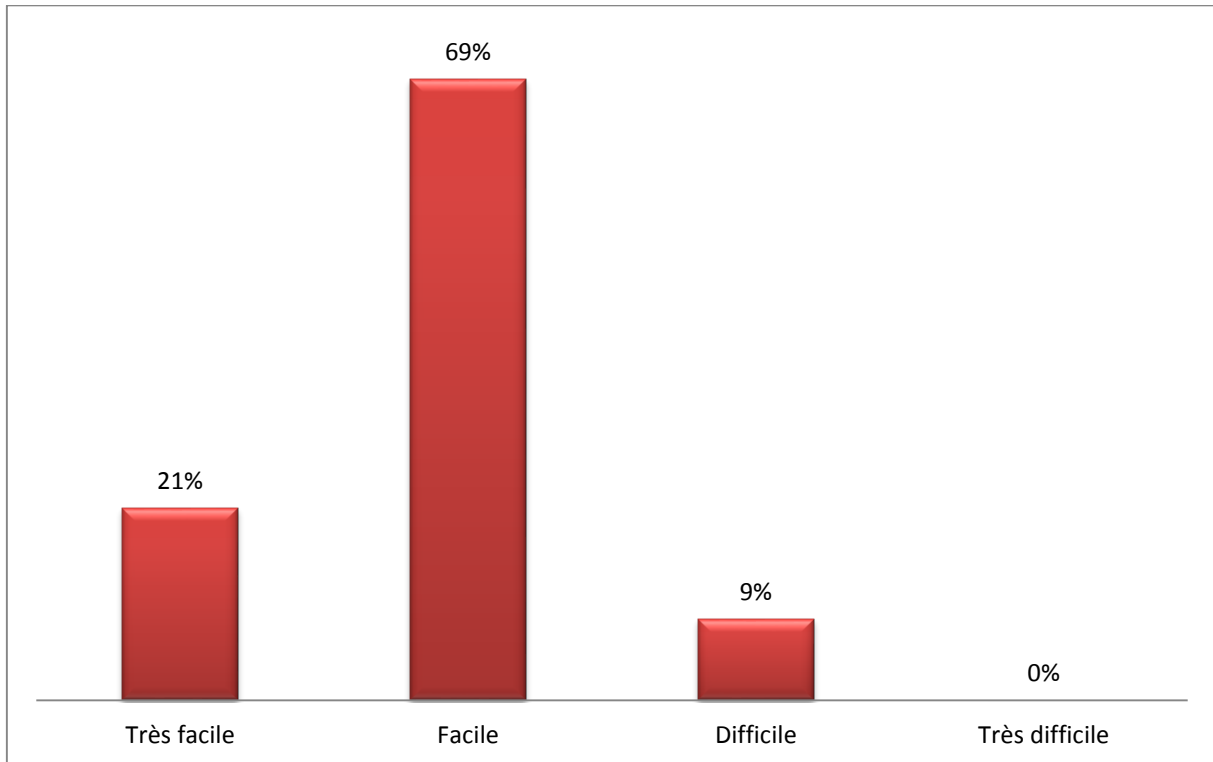


Figure 22 : Difficulté ressentie pour contacter un médecin dans le secteur privé

Tableau 18 : Difficulté ressentie pour contacter un médecin dans le secteur privé

Difficulté ressentie	Nombre de médecins
Très facile	26 (21.49%±6.23)
Facile	84 (69.42%±6.98)
Difficile	11 (9.09%±4.36)
Très difficile	0 (0%)

La sensation de pouvoir joindre aisément les médecins dans le secteur privé est très largement majoritaire : c'est facile voir très facile dans 90 % des cas.

3.2.3.7. Temps moyen entre la prise de décision d'hospitalisation programmée dans le privé et la réponse d'acceptation ou de refus de l'interlocuteur décisionnaire

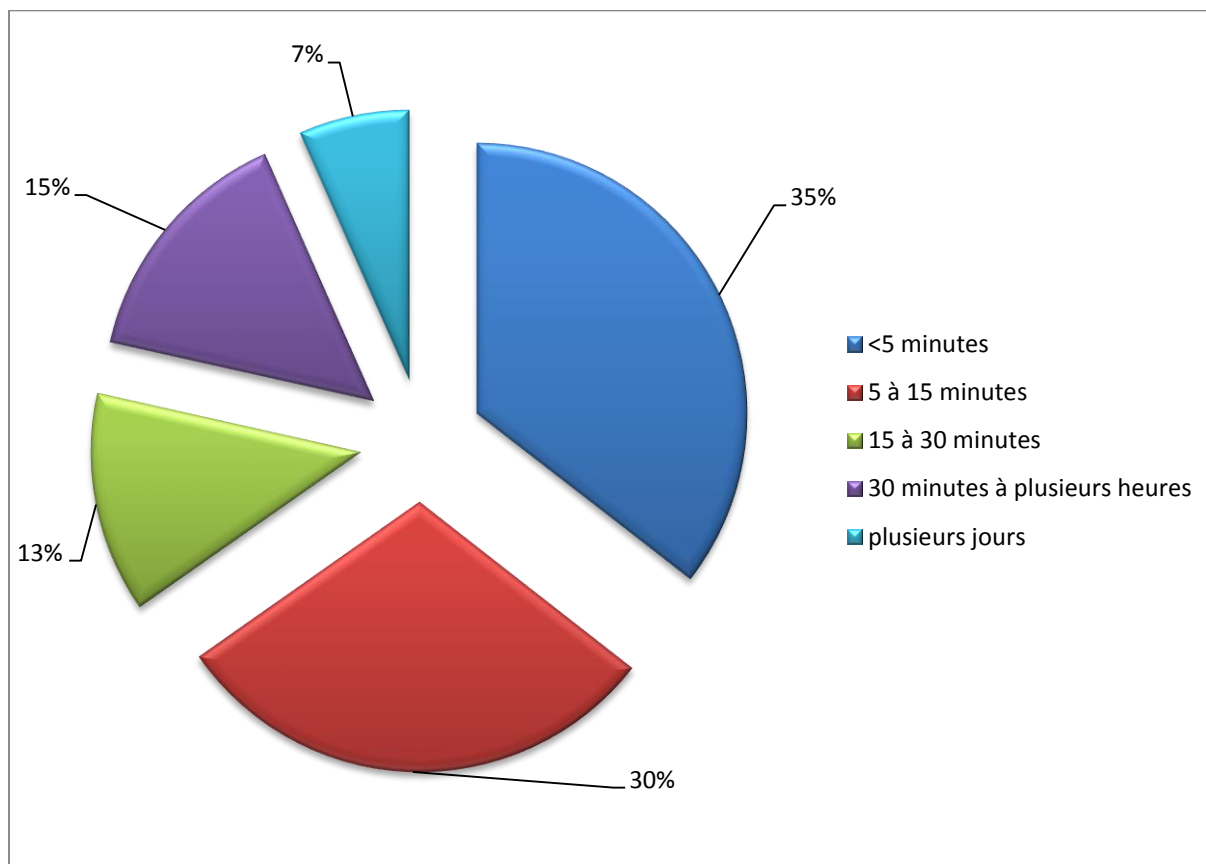


Figure 23 : Temps moyen pour avoir une réponse concernant la planification dans le secteur privé

Tableau 19 : Temps moyen pour avoir une réponse concernant la planification dans le secteur privé

Temps moyen	Nombre de médecins
Moins de 5 minutes	43 (35.54%±7.26)
Entre 5 et 15 minutes	36 (29.75%±6.93)
Entre 15 et 30 minutes	16 (13.22%±5.13)
Entre 30 minutes et plusieurs heures	18 (14.88%±5.39)
Plusieurs jours	8 (6.61%±3.77)

65% des appels dans le secteur privé conduisent à une réponse avant une quinzaine de minutes.

3.2.4. Intérêt, bénéfices et objectifs d'avenir

3.2.4.1. La considération de médecins de l'échantillon vis-à-vis de l'hospitalisation programmée

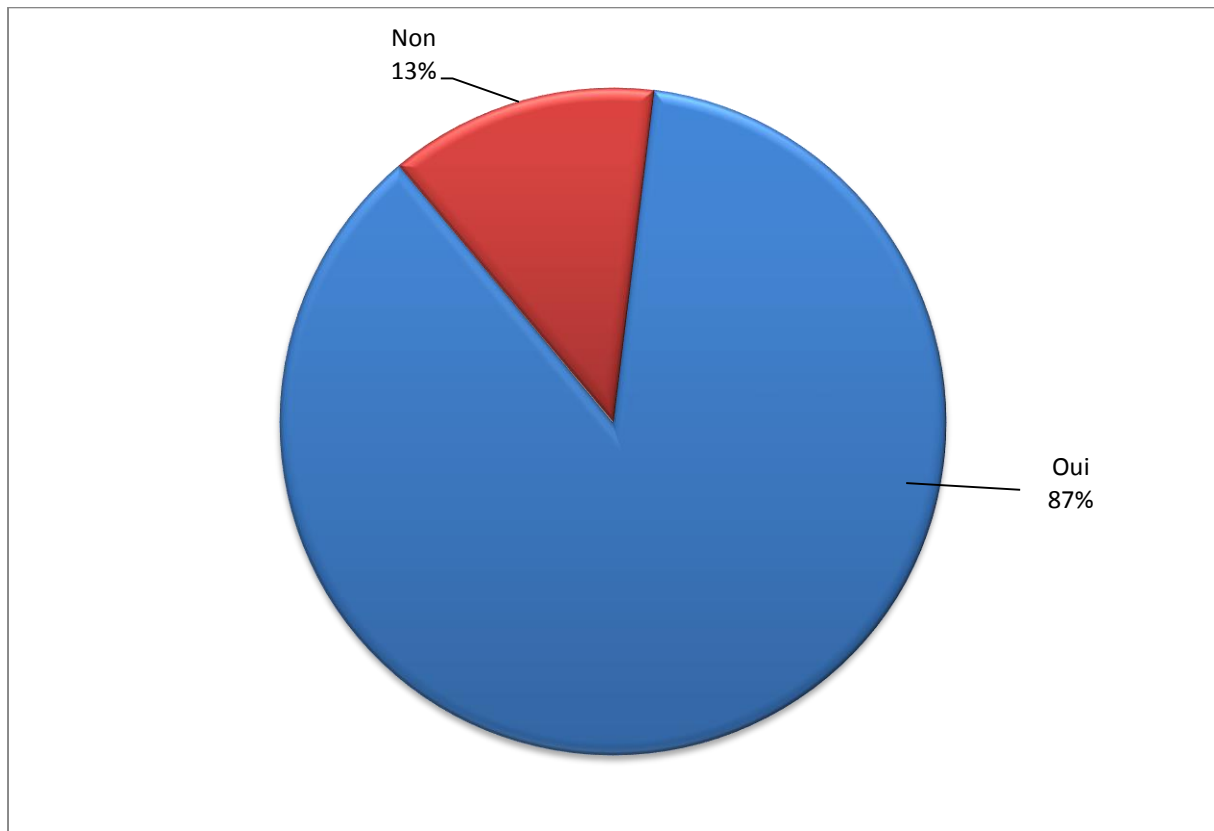


Figure 24 : Opinion des médecins vis-à-vis de la programmation

Tableau 20 : Opinion des médecins vis-à-vis de la programmation

Meilleure prise en charge par la programmation ?	Nombre de médecins
Oui	107 (87%±5.1)
Non	16 (13%±5.1)

87 % des médecins pensent que c'est une mieux de programmer une hospitalisation.

3.2.4.2. Avantages ressentis de l'hospitalisation programmée

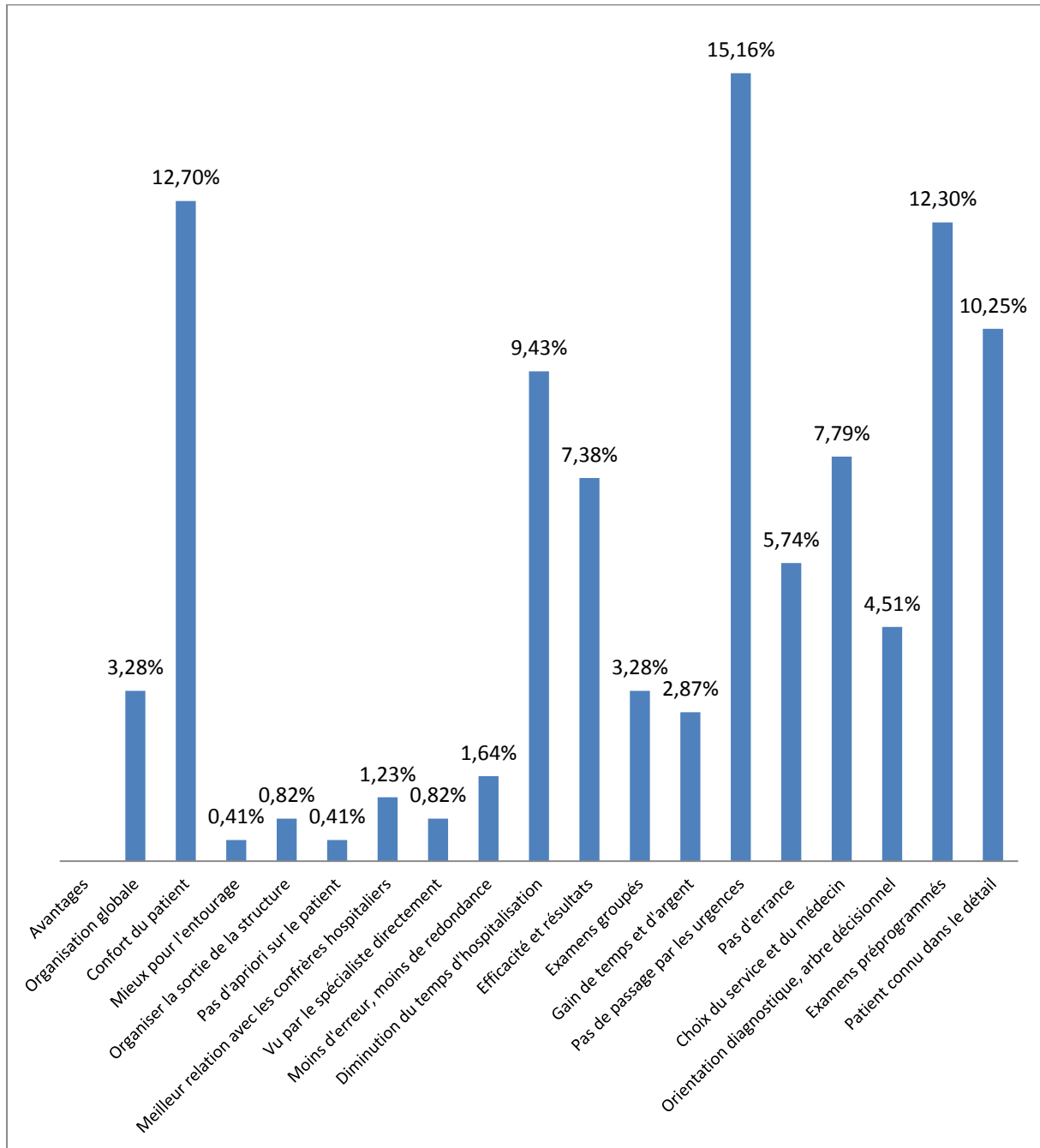


Figure 25 : Avantages ressentis par les médecins de l'hospitalisation programmée

Tableau 21 : Avantages ressentis par les médecins de l'hospitalisation programmée

Avantages	Nombre de réponses
Organisation globale	8 (3.28%±2.7)
Confort du patient	31 (12.70%±5.05)
Mieux pour l'entourage	1 (0.41%±0.97)
Organiser la sortie de la structure	2 (0.82%±1.37)
Pas d'apriori sur le patient	1 (0.41%±0.97)
Meilleure relation avec les confrères hospitaliers	3 (1.23%±1.67)
Vu par le spécialiste directement	2 (0.82%±1.37)
Moins d'erreur, moins de redondance	4 (1.64%±1.93)
Diminution du temps d'hospitalisation	23 (9.43%±4.43)
Efficacité et résultats	18 (7.38%±3.96)
Examens groupés	8 (3.28%±2.7)
Gain de temps et d'argent	7 (2.87%±2.53)
Pas de passage par les urgences	37 (15.16%±5.44)
Pas d'errance	14 (5.74%±3.53)
Choix du service et du médecin	19 (7.79%±4.06)
Orientation diagnostique, arbre décisionnel	11 (4.51%±3.15)
Examens préprogrammés	30 (12.30%±4.98)
Patient connu dans le détail	25 (10.25%±4.6)

Les médecins voient dans la programmation l'avantage :

- de ne pas passer par les urgences dans 15.16%±5.44,
- d'avoir un mode confortable pour le patient dans 12.70%±5.05,
- de pouvoir préprogrammer les examens dans 12.30%±4.98 des cas,
- de pouvoir faire connaître précisément les détails du dossier dans 10.25%±4.6
- de diminuer le temps d'hospitalisation dans 9.43%±4.43 des cas
- de choisir le service et le médecin dans 7.79%±4.06 des cas
- pour l'efficacité et le résultat dans 7.38%±3.96 des cas

3.2.4.3. Inconvénients ressentis de l'hospitalisation programmée

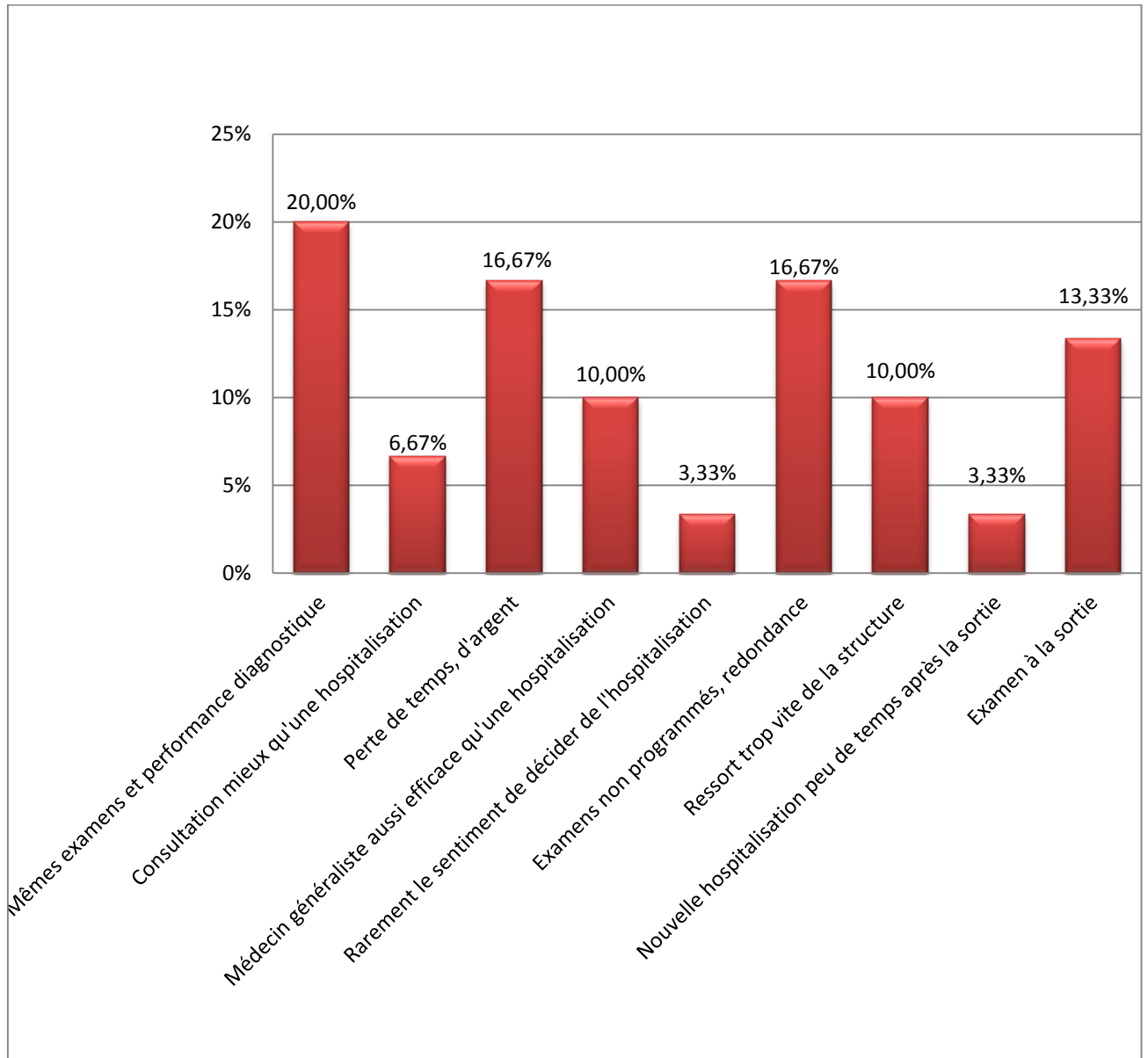


Figure 26 : Inconvénients déclarés par les médecins de l'hospitalisation programmée

Tableau 22 : Inconvénients déclarés par les médecins de l'hospitalisation programmée

Inconvénients	Nombre de réponses
Mêmes examens et performance diagnostique	6 (20%±6.06)
Consultation mieux qu'une hospitalisation	2 (6.67%±3.78)
Perte de temps, d'argent	5 (16.67%±5.65)
Médecin généraliste aussi efficace qu'une hospitalisation	3 (10%±4.55)
Rarement le sentiment de décider de l'hospitalisation	1 (3.33%±2.72)
Examens non programmés, redondance	5 (16.67%±5.65)
Ressort trop vite de la structure	3 (10%±4.55)
Nouvelle hospitalisation peu de temps après la sortie	1 (3.33%±2.07)
Examen à la sortie	4 (13.33%±5.15)

Les médecins voient surtout comme inconvénient :

- une prise en charge identique à celle d'une structure d'urgences dans 20%±6.06 des cas,
- une prise en charge moins rapide et plus coûteuse 16.67%±5.65, avec des examens qui ne sont pas programmés 16.67%±5.65.

3.2.4.4. La possibilité actuelle de réaliser une démarche de planification dans le secteur public

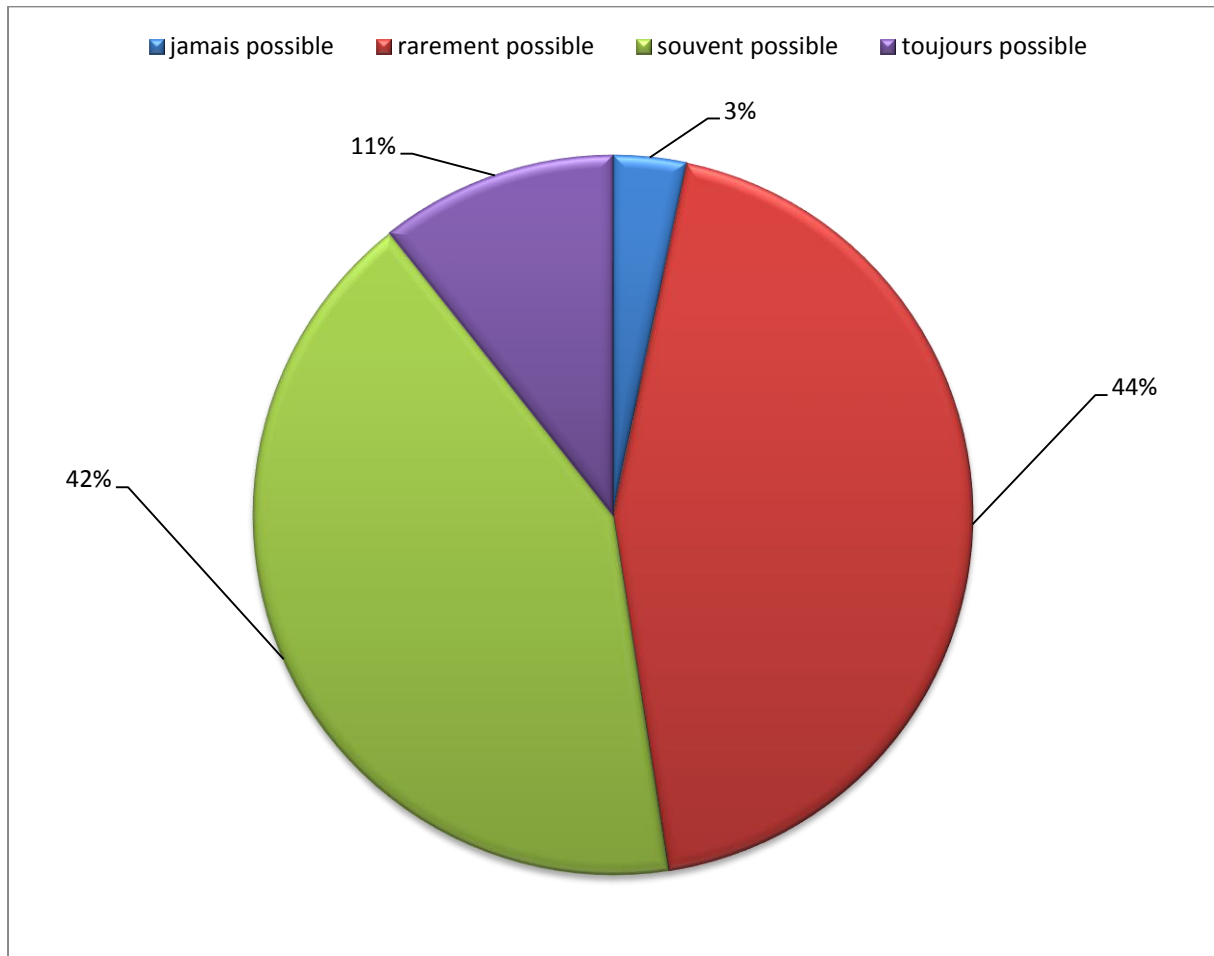


Figure 27 : La fréquence des possibilités de planification dans le secteur public

Tableau 23 : La fréquence des possibilités de planification dans le secteur public

Fréquence de planification	Nombre de médecins
Jamais possible	4 (3%±2.59)
Rarement possible	54 (44%±7.52)
Souvent possible	51 (42%±7.48)
Toujours possible	13 (11%±4.74)

42 %±7.48 des médecins trouvent que planifier dans le public est souvent possible et 44 %±7.52 pensent que c'est rarement possible. 11 %±4.74 estiment que c'est toujours possible.

3.2.4.5. Les solutions auxquelles les médecins ont recours dans le cas où la planification dans le secteur public est impossible

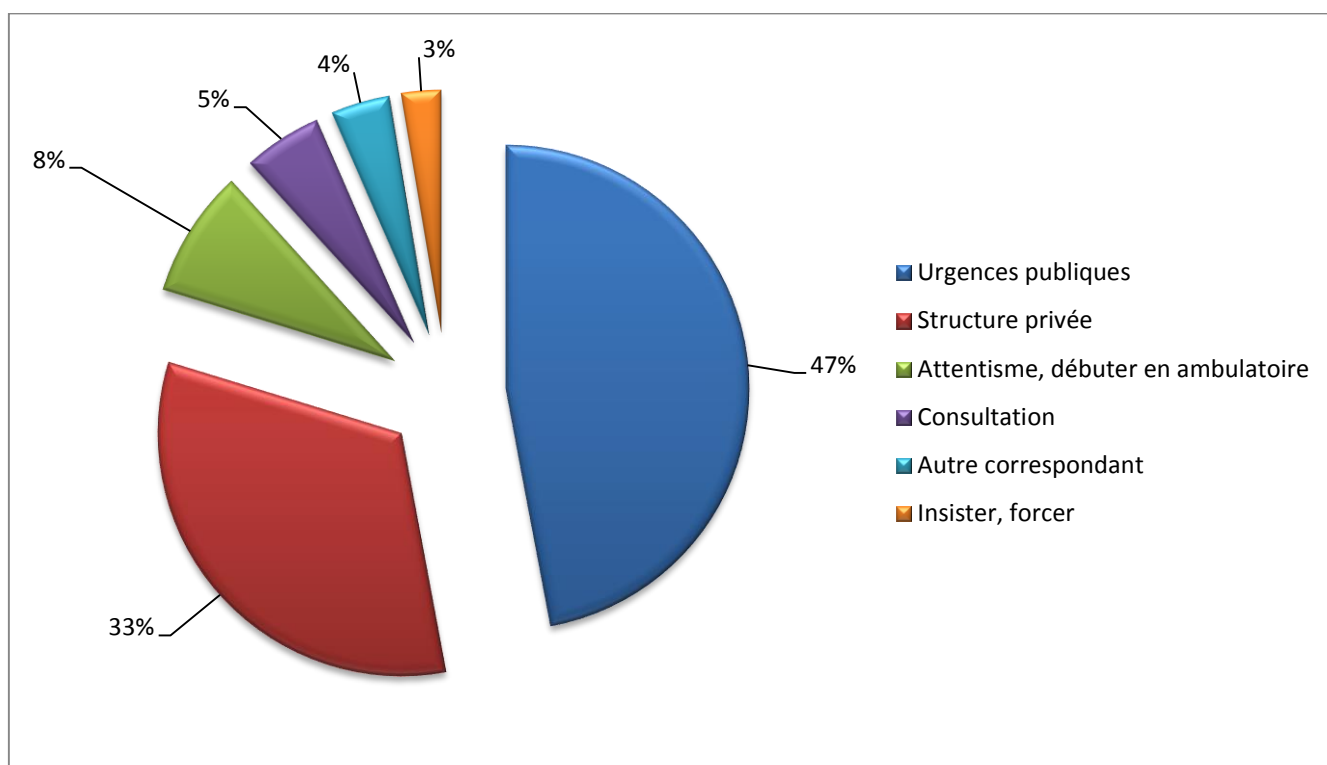


Figure 28 : Solutions envisagées par les médecins en cas de difficulté pour programmer (secteur public)

Tableau 24 : Solutions envisagées par les médecins en cas de difficulté pour programmer (secteur public)

Solutions	Nombre de réponses
Urgences publiques	72 (47%±7.57)
Structure privée	50 (33%±7.13)
Attentisme, débiter en ambulatoire	13 (8%±4.11)
Consultation	8 (5%±3.3)
Autre correspondant	6 (4%±2.97)
Insister, forcer	4 (3%±2.59)

Les deux solutions majoritaires auxquelles font appel les médecins quand la programmation est impossible sont :

- L'adressage aux urgences publiques 72 (IC95% = 47%±7.57)
- L'adressage dans une structure privée 50 (IC95% = 33%±7.13).

3.2.4.6. La possibilité actuelle de réaliser une démarche de planification dans le secteur privé

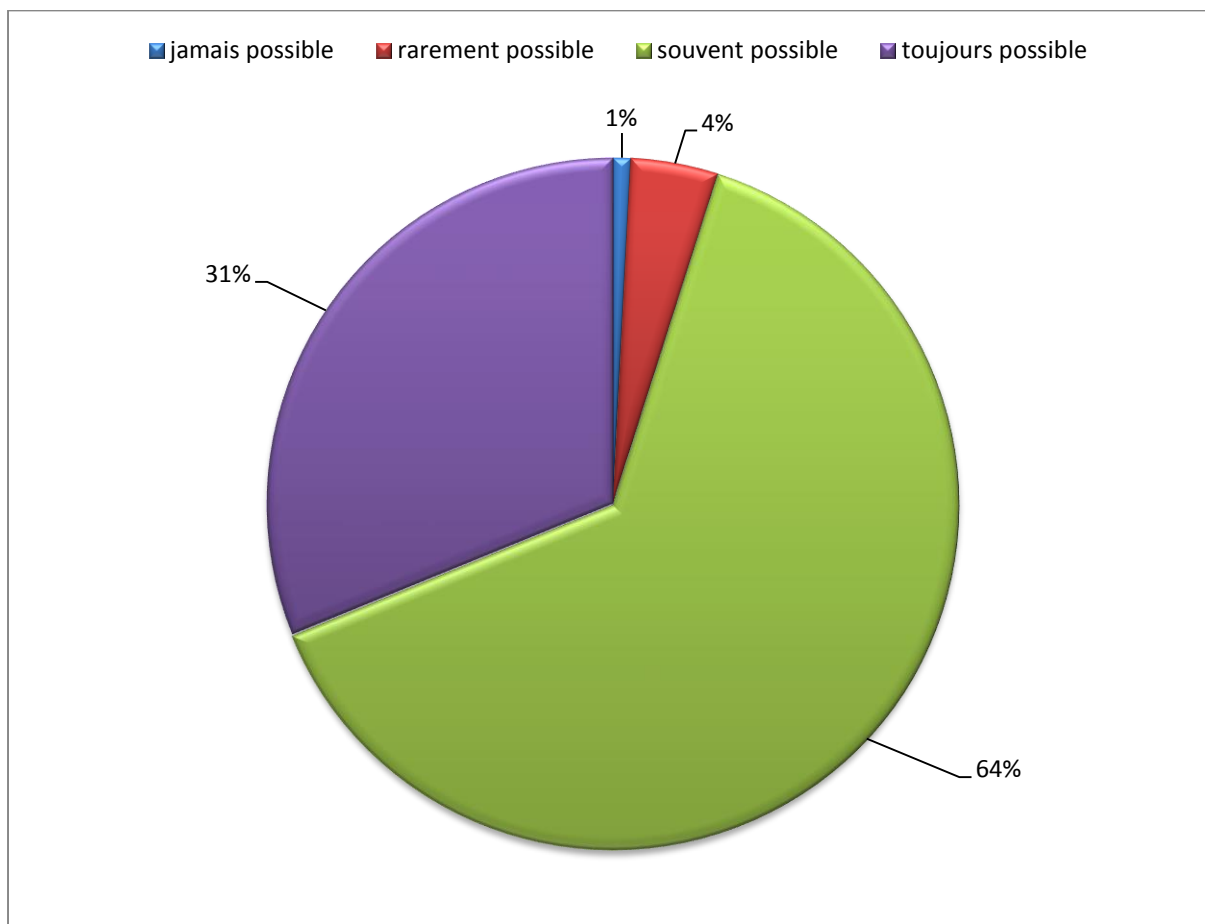


Figure 29 - La fréquence des possibilités de planification dans le secteur privé

Tableau 25 - La fréquence des possibilités de planification dans le secteur privé

Fréquence de planification	Nombre de médecins
Jamais possible	1 (1%±1.51)
Rarement possible	5 (4%±2.97)
Souvent possible	78 (64%±7.28)
Toujours possible	38 (31%±7.01)

64 %±7.28 des médecins pensent que planifier dans le secteur privé est souvent possible et 31 %±7.01 pensent que c'est toujours possible.

3.2.4.7. Les solutions auxquelles les médecins ont recours dans le cas où la planification dans le secteur privé est impossible

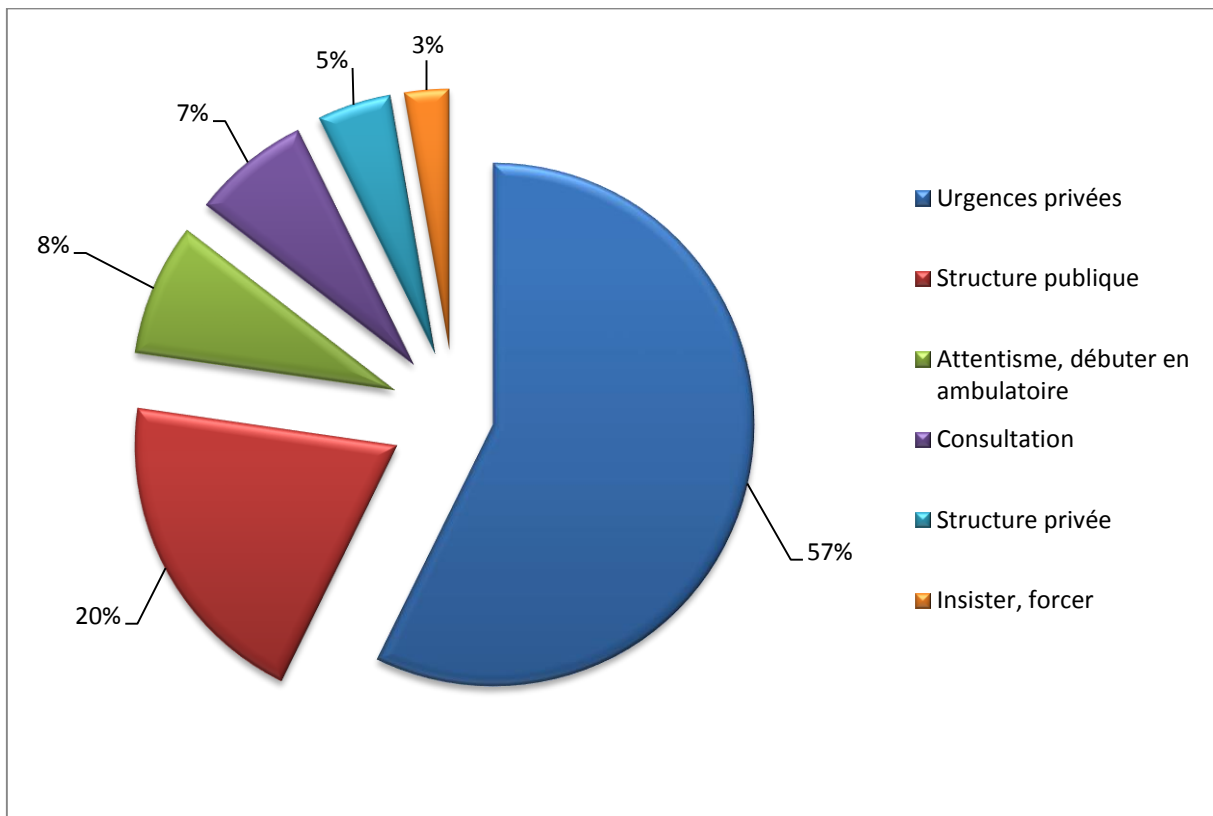


Figure 30 - Solutions envisagées par les médecins en cas de difficulté pour programmer (secteur privé)

Tableau 26 : Solutions envisagées par les médecins en cas de difficulté pour programmer (secteur privé)

Solutions	Nombre de réponses
Urgences privées	63 (57%±7.5)
Structure publique	22 (20%±6.06)
Attentisme, débiter en ambulatoire	9 (8.18%±4.15)
Consultation	8 (7.27%±3.94)
Autre structure privée	5 (4.55%±3.16)
Insister, forcer	3 (2.73%±2.47)

Les deux solutions majoritaires auxquelles font appel les médecins sont :

- L'adressage aux urgences privées 63 (IC95% = 57%±7.5)
- L'adressage dans une structure publique 22 (IC95% = 20%±6.06).

3.2.4.8. Les mesures qui amélioreraient le quotidien des médecins

Tableau 27 : Classement des mesures ressenties par les médecins généralistes qui amélioreraient leur possibilité de programmation

Mesures	Nombres de réponses
Joindre plus facilement	49
Contact direct - ligne entre professionnels	44
Augmenter le nombre de lit	40
Régulation des appels par un médecin qui dispache	21
Augmenter le personnel soignant	20
Service spécifique administratif ou non	20
Augmenter la disponibilité des praticiens	17
Organisation, application	15
Augmenter la dotation financière	15
Supprimer les barrages de secrétariat	14
Plus de considération	14
Connaissance plus personnel des médecins (amélioration des relations) ou élargir le carnet d'adresse	14
Internet - contact ou formulaire	13
Lits spécifiques	11
Modifier les mentalités public/privé	10
Améliorer les délais d'obtention des places	8
Sélection des patients aux urgences	7
Diminuer l'envoi aux urgences pour diminuer l'engorgement	6
Réception plus humaine et moins administrative	6
Augmenter le nombre de secrétaire	6
Gestion informatique des places	5
Les généralistes doivent faire plus d'actes techniques	5
Supprimer la T2A et la tarification à la performance	5
Ne pas supprimer des lits en période estivale	4
Meilleurs explications ou campagne pour limiter les exigences des patients / familles	4
Elargir la porte d'entrée de l'hôpital autre que par les urgences	4
Relancer les patients qui consomment trop par les caisses (notamment aux urgences)	2
Formation des secrétaires	2
Augmenter le nombre de généraliste	1

Les trois grands souhaits exprimés par les médecins généralistes pour améliorer leur programmation dans les structures sont :

- joindre plus facilement leurs confrères hospitaliers,
- avoir des contacts directs

- augmenter la capacité de lits au sein de la structure.

Les souhaits surlignés en rouge sont les 3 causes les plus fréquemment citées ; en orange celles où il existe au moins 10 occurrences ; les causes citées minoritairement en jaune.

3.3. Analyse bivariée

3.3.1. Les variations selon le sexe

Dans cette partie, nous allons exposer les données qui mettent en opposition : le fait qu'un médecin soit une femme ou un homme et le ressenti, les modes de prise en charge.

3.3.1.1. Comparaison entre sexe et volume d'activité

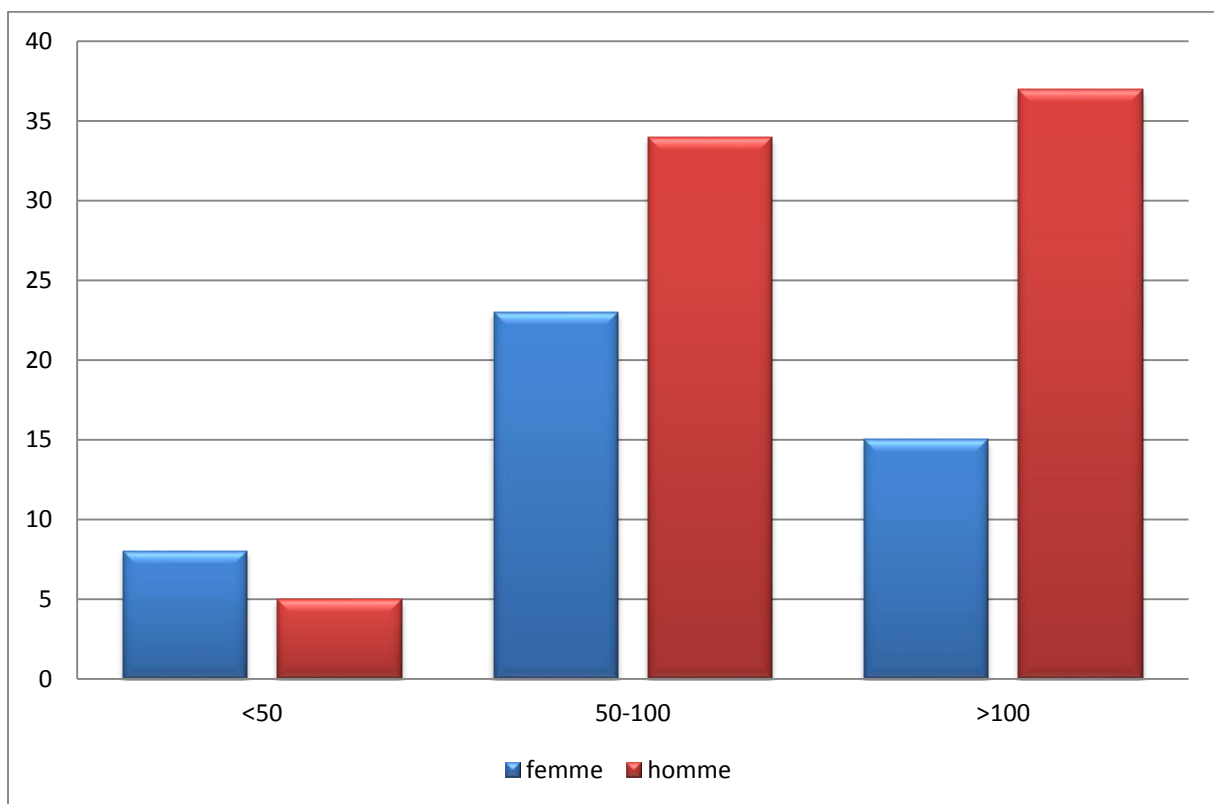


Figure 31 : Comparaison entre le volume d'activité des hommes et des femmes en Haute-Vienne dans l'échantillon

Sur de faibles activités, la proportion de femme est plus grande :

- moins de 50 patients par semaine, les femmes représentent 62% des médecins
- entre 50-100 patients par semaine, les femmes représentent 40% des médecins
- plus de 100 patients par semaine, les femmes représentent 29% des médecins

3.3.1.2. L'envoi direct aux urgences

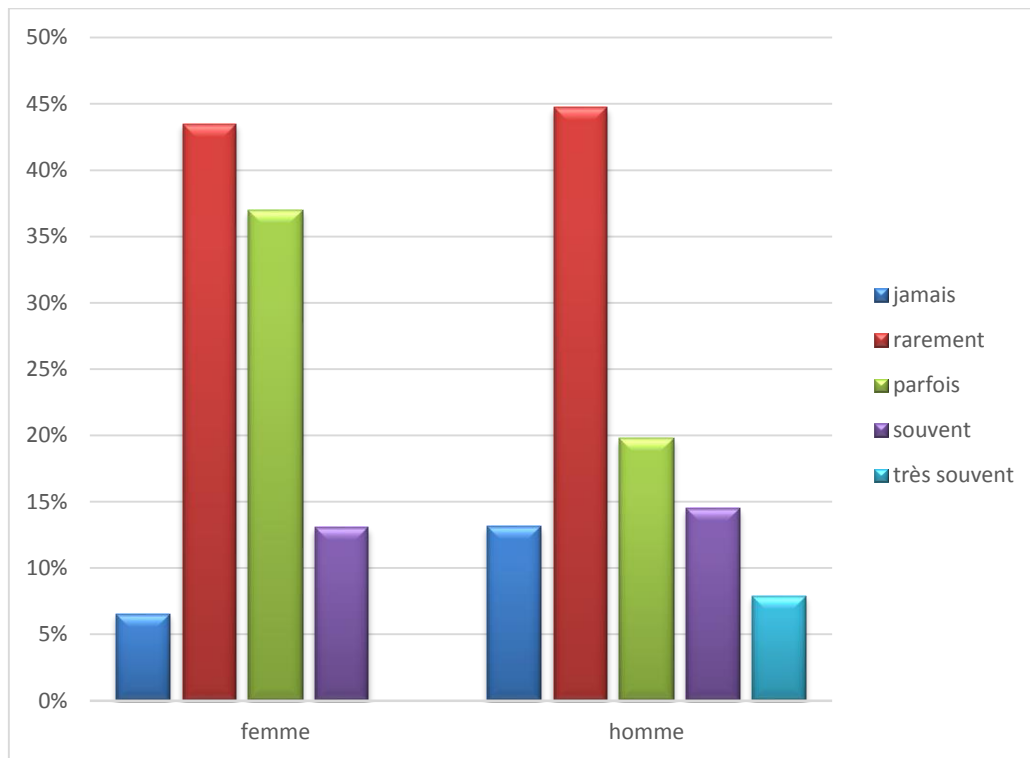


Figure 32 : Fréquence d'envoi direct aux urgences sans démarche de planification en fonction du sexe

Tableau 28 : Fréquence d'envoi direct aux urgences sans démarche de planification en fonction du sexe

	jamais	rarement	parfois	souvent	très souvent
femme	3 (6.5%)	20 (43.5%)	17 (37%)	6 (13%)	0
homme	10 (13.2%)	34 (44.7%)	15 (19.7%)	11 (14.5%)	6 (7.9%)

Les femmes hospitalisent directement aux urgences plus souvent que les hommes. « Parfois » de 37% chez les femmes contre 20% chez les hommes. Toutefois cette tendance n'est pas significative (p value selon le test exact de Fisher = 0.08).

3.3.1.3. Attentes lors du contact initial

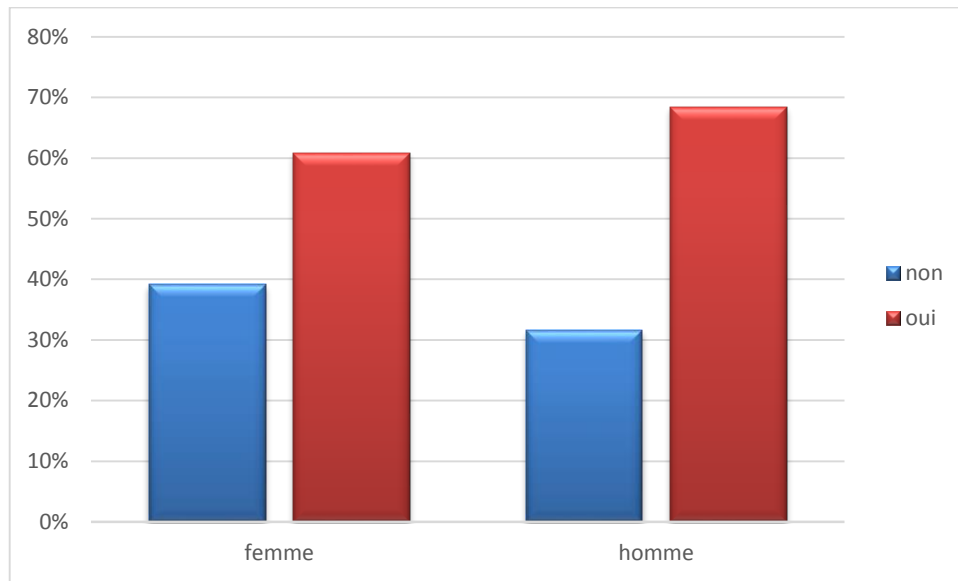


Figure 33 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour planifier une hospitalisation en fonction du sexe

Tableau 29 : Attentes complémentaires lors du contact pour planifier une hospitalisation en fonction du sexe

	non	oui
femme	18 (39.1%)	28 (60.9%)
homme	24 (31.6%)	52 (68.4%)

En plus d'une réponse d'acceptation ou de refus de l'hospitalisation programmée, les hommes ont 68% d'attente contre 61% pour les femmes. La tendance n'est pas significative (p value = 0.7).

3.3.1.4. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public

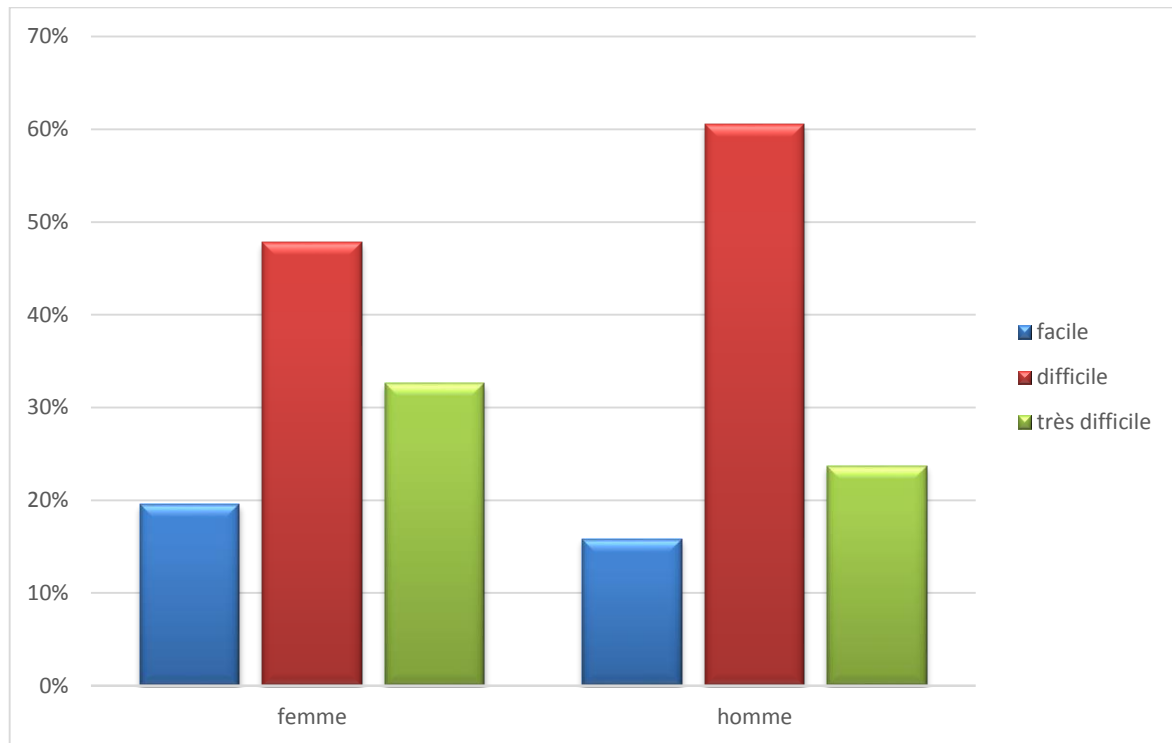


Figure 34 : Difficulté ressentie pour contacter les praticiens dans le secteur public en fonction du sexe

Tableau 30 : Difficulté ressentie pour contacter les praticiens dans le secteur public en fonction du sexe

	facile	difficile	très difficile
femme	9 (19.6%)	22 (47.8%)	15 (32.6%)
homme	12 (15.8%)	46 (60.5%)	18 (23.7%)

Les médecins femmes trouvent qu'il est difficile et très difficile dans 80% dans cas de contacter un praticien dans le secteur public. Les médecins hommes éprouvent ce niveau de difficulté à 84%. La variation entre les deux groupe n'est pas significative (p value = 0.7).

3.3.1.5. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur privé

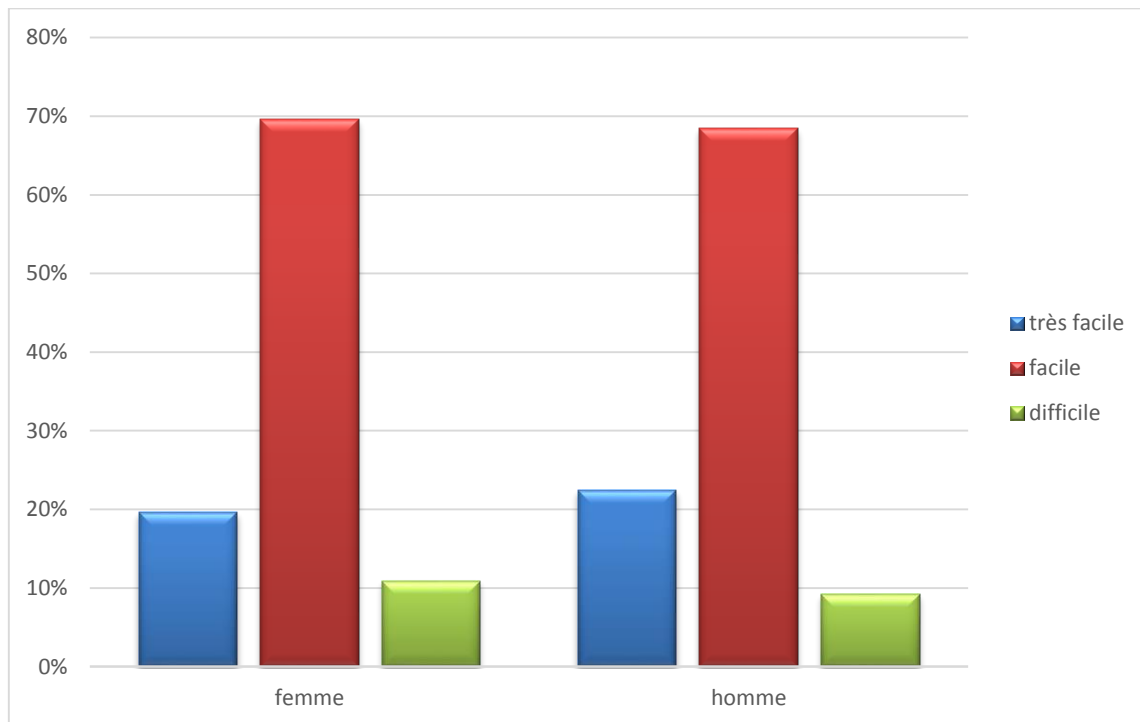


Figure 35 : Difficulté ressentie pour contacter les praticiens dans le secteur privé en fonction du sexe

Tableau 31 : Difficulté ressentie pour contacter les praticiens dans le secteur privé en fonction du sexe

	très facile	facile	difficile
femme	9 (19.6%)	32 (69.6%)	5 (10.9%)
homme	17 (22.4%)	52 (68.4%)	7 (9.2%)

90% des femmes et des hommes déclarent qu'il est très facile et facile de contacter un médecin dans le secteur privé. La distinction entre les deux n'est pas significative (p value = 0.7).

3.3.1.6. Possibilité de planifier dans le secteur public

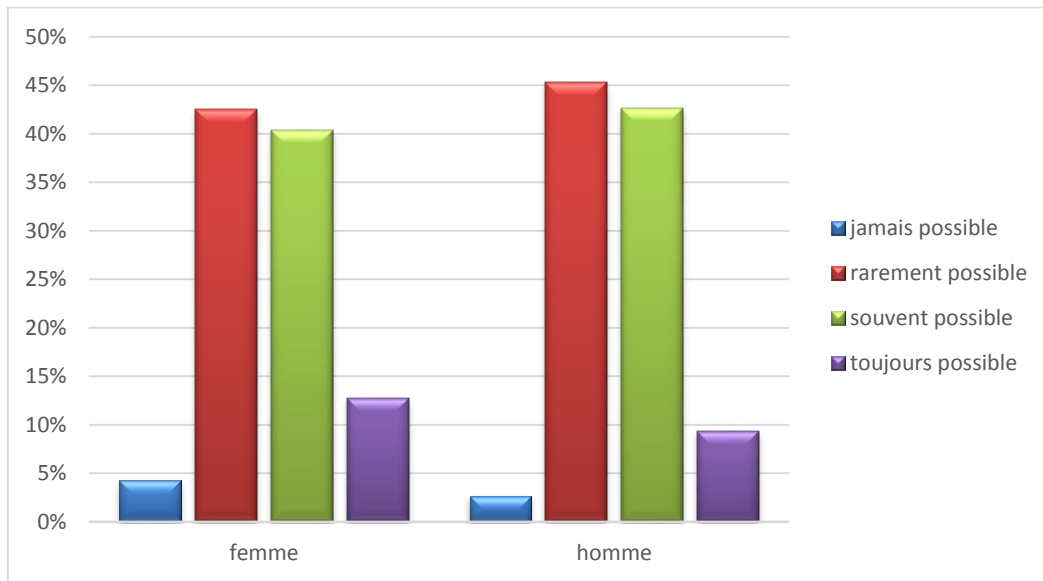


Figure 36 : Possibilité de planifier dans le secteur public en fonction du sexe

Tableau 32 : Possibilité de planifier dans le secteur public en fonction du sexe

	jamais	rarement	souvent	toujours
femme	2 (4.3%)	20 (42.6%)	19 (40.3%)	6 (12.8%)
homme	2 (2.7%)	34 (45.3%)	32 (42.7%)	7 (9.3%)

53% des femmes et des hommes estiment qu'il est souvent et toujours possible de planifier dans le public. Il n'existe de pas relation entre le sexe et cette possibilité de planifier dans le secteur public (Fisher = 0.84).

3.3.1.7. Orientation en cas de planification impossible dans le secteur public

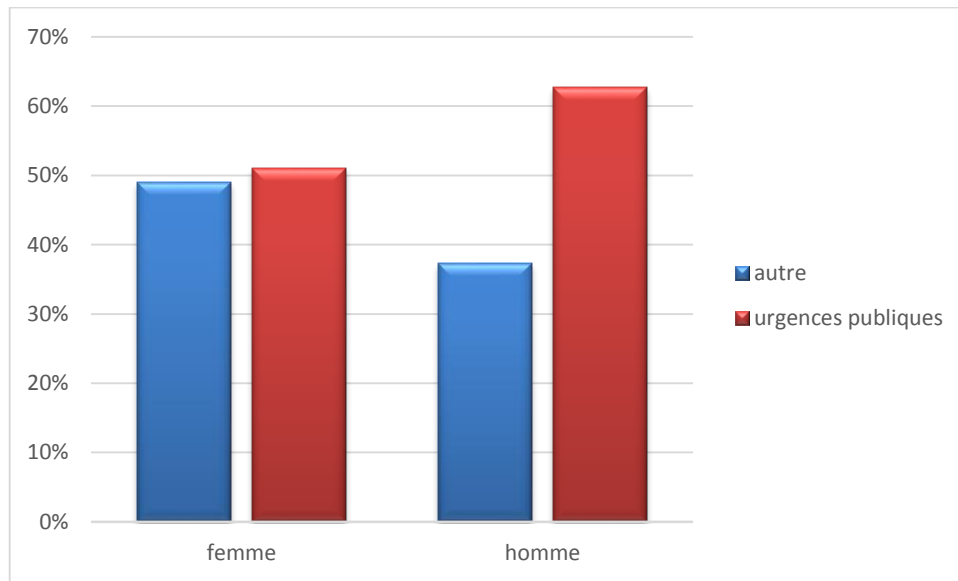


Figure 37 : Orientation en cas de planification impossible dans le secteur public en fonction du sexe

Tableau 33 : Orientation en cas de planification impossible dans le secteur public en fonction du sexe

	urgences publiques	autre
femme	24 (51.1%)	23 (48.9%)
homme	47 (62.7%)	28 (37.3%)

51% des femmes et 63% des hommes envoi leurs patients dans un service d'urgences publiques quand la planification n'est pas réalisable. Cette variation de donnée n'est cependant pas significative (p value = 0.3).

3.3.1.8. Possibilité de planifier dans le secteur privé

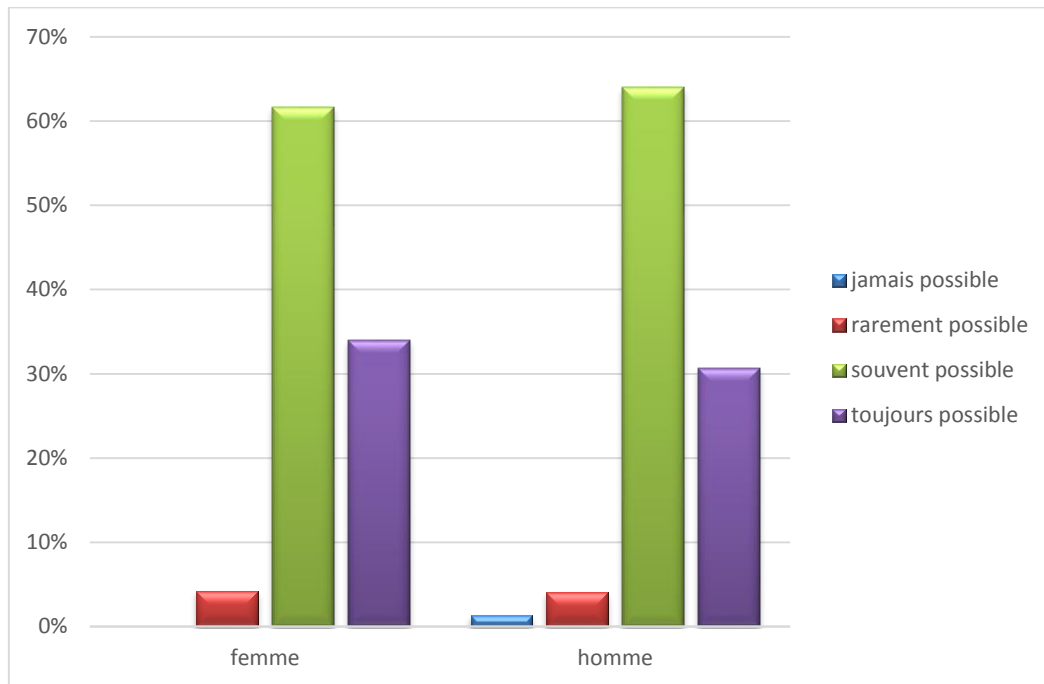


Figure 38 : Possibilité de planifier une hospitalisation dans le secteur privé selon le sexe

Tableau 34 : Possibilité de planifier une hospitalisation dans le secteur privé selon le sexe

	jamais	rarement	souvent	toujours
femme	0	2 (4.3%)	29 (61.7%)	16 (34%)
homme	1 (1.3%)	3 (4%)	48 (64%)	23 (30.7%)

Il existe une similitude de réponse entre hommes et femmes concernant la possibilité pour pouvoir planifier souvent et toujours dans le secteur privé à 95%. La faible variation correspond à un test exact de Fisher avec une p value de 0.96.

3.3.1.9. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé

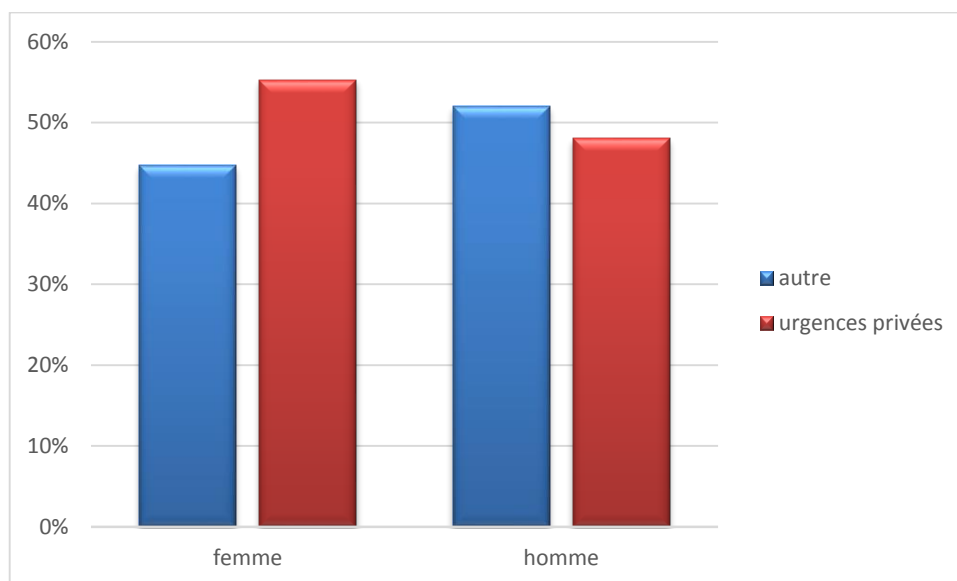


Figure 39 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction du sexe

Tableau 35 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction du sexe

	urgences privées	autre
femme	26 (55.3%)	21 (44.7%)
homme	36 (48%)	39 (52%)

Dans 55% des cas de planification impossible dans le secteur privé, les femmes adressent leurs patients aux urgences du même secteur contre 48% pour les hommes. La p value inférieure à 0.5 nous indique que la variation est liée aux fluctuations du hasard.

3.3.2. Variations selon le mode d'activité

Dans cette partie, nous allons confronter le mode d'activité des médecins de la Haute-Vienne avec ses méthodes de prises en charge et son ressenti des difficultés engendrées par la programmation d'une hospitalisation. Les médecins sont ici les seuls juges du mode d'activité qu'ils présentent. Ils se définissent eux-mêmes comme exerçant en semi-rural ou rural selon cette définition :

- Le secteur urbain correspond à une zone avec une structure hospitalière à proximité immédiate,
- le secteur semi – pour semi-rural ou semi-urbain – correspond à une zone avec une structure hospitalière et plateau technique à distance moyenne
- le secteur rural correspond à une zone avec une structure hospitalière à longue distance

3.3.2.1. Envoi direct aux urgences

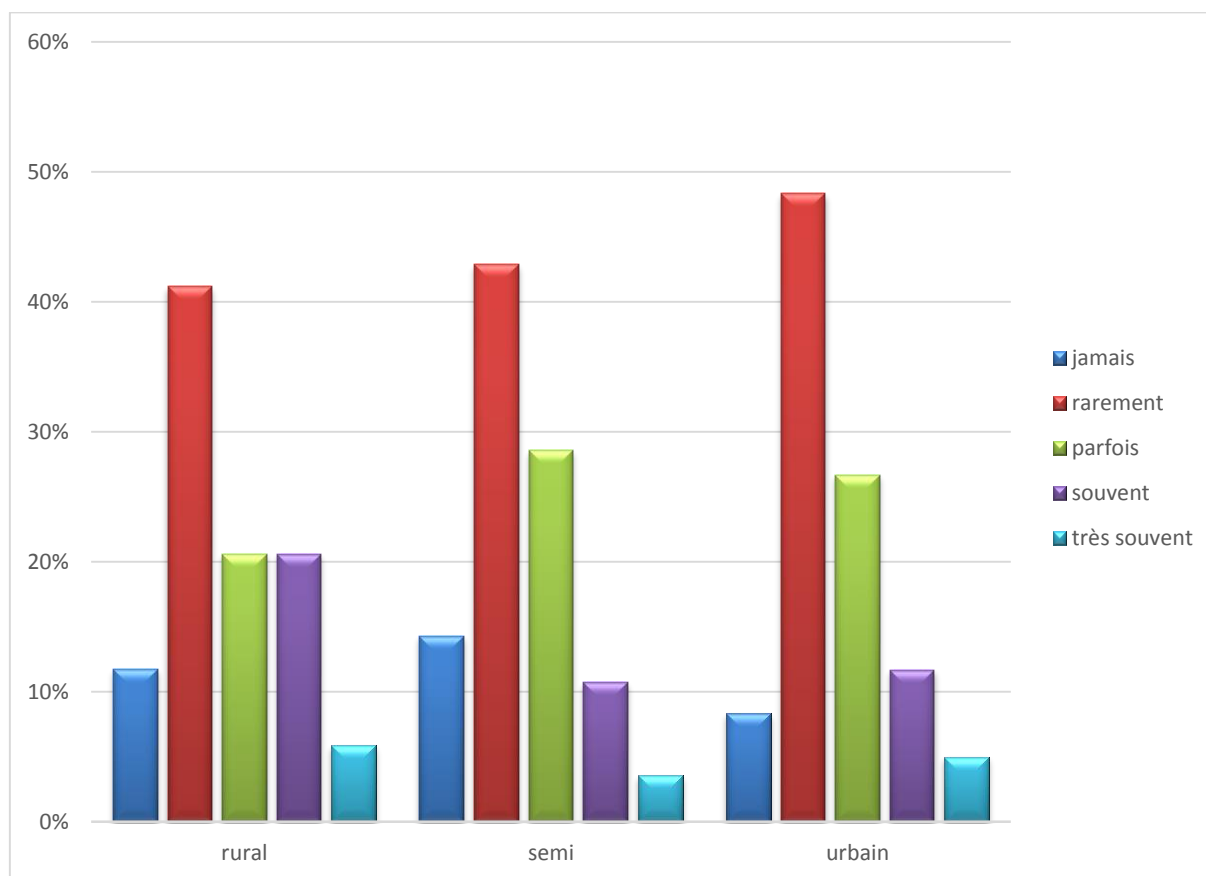


Figure 40 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction du mode d'activité

Tableau 36 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction du mode d'activité

	jamais	rarement	parfois	souvent	très souvent
rural	4 (11.8%)	14 (41.2%)	7 (20.6%)	7 (20.6%)	2 (5.9%)
semi	4 (14.3%)	12 (42.9%)	8 (28.6%)	3 (10.7%)	1 (3.6%)
urbain	5 (8.3%)	29 (48.3%)	16 (26.7%)	7 (11.7%)	3 (5%)

Les données obtenues sont symétriques dans les trois modes d'activité avec plus de 50% des médecins qui adressent « jamais » et « rarement » aux urgences sans essayer de programmer. Il existe une indépendance entre le mode d'installation et le fait d'envoyer aux urgences directement sans essayer de planifier (garantie par le Fisher à 0.93).

3.3.2.2. Attentes lors du contact initial

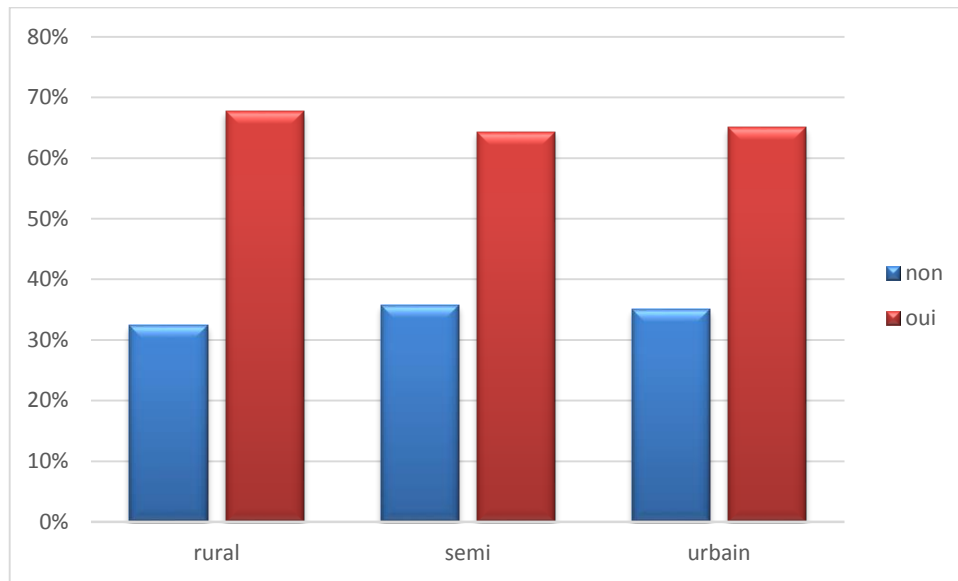


Figure 41 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction du mode d'activité

Tableau 37 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction du mode d'activité

	oui	non
rural	23 (67.7%)	11 (32.6%)
semi	18 (64.3%)	10 (35.7%)
urbain	39 (65%)	21 (35%)

La majorité des médecins ont une attente complémentaire lors du premier contact. Les variations ne sont pas significatives (p value = 0.9).

3.3.2.3. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public

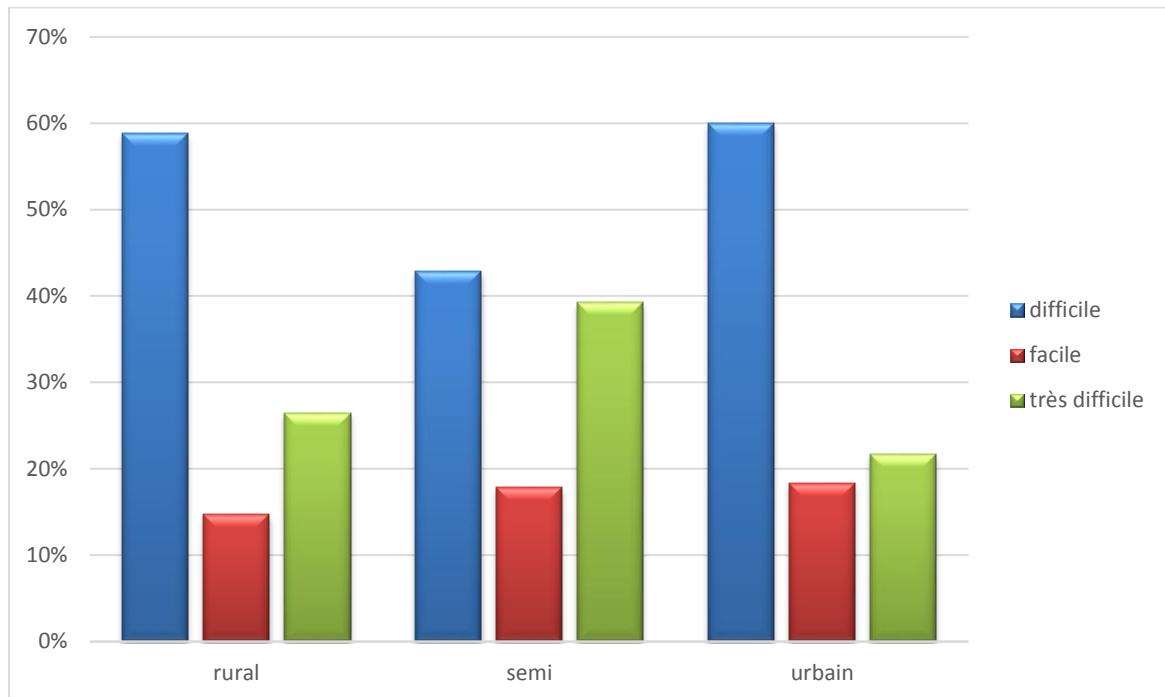


Figure 42 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction du mode d'activité

Tableau 38 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction du mode d'activité

	facile	difficile	très difficile
rural	5 (14.7%)	20 (58.8%)	9 (26.5%)
semi	5 (17.9%)	12 (42.9%)	11 (39.3%)
urbain	11 (18.3%)	36 (60%)	13 (21.7%)

85% des médecins ruraux déclarent qu'il est difficile voire très difficile d'avoir un contact avec un praticien hospitalier. 81% des médecins en semi-urbain et 82% des médecins urbains pensent de même. Les variations sont liées au hasard (p value = 0.5).

3.3.2.4. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur privé

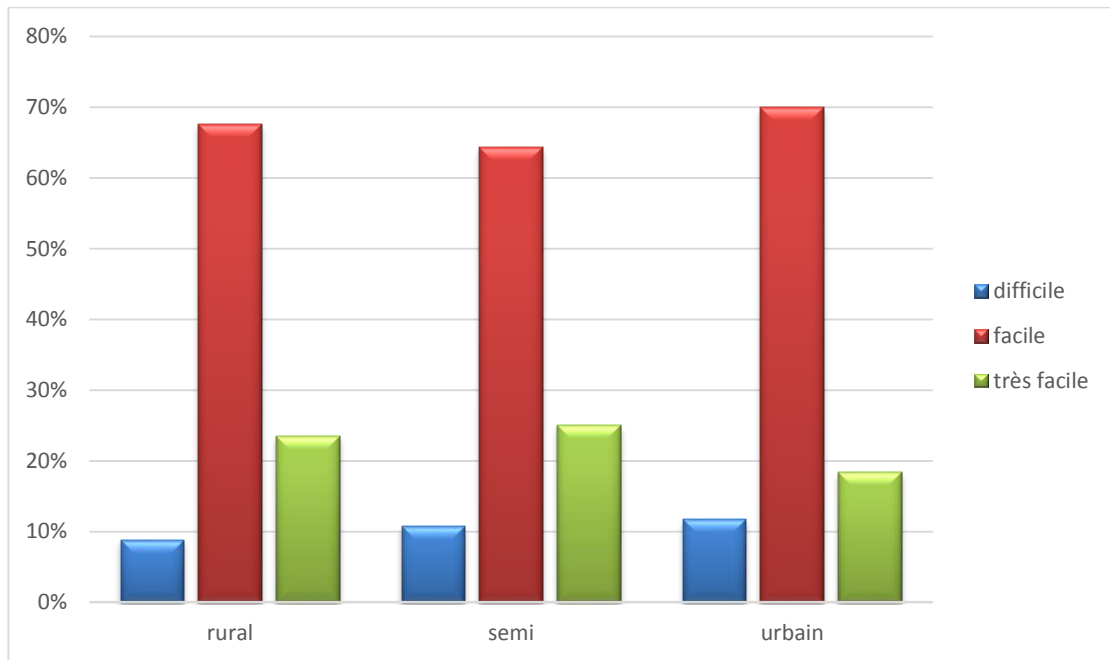


Figure 43 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction du mode d'activité

Tableau 39 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction du mode d'activité

	très facile	facile	difficile
rural	8 (23.5%)	23 (67.7%)	3 (8.8%)
semi	7 (25%)	18 (64.3%)	3 (10.7%)
urbain	11 (18.3%)	42 (70%)	7 (11.7%)

64 à 70 % des médecins selon le mode d'installation estiment qu'il est « facile » de contacter un praticien du secteur privé. La p value par test de Fisher de 0.93 montre que les variations sont le fruit du hasard.

3.3.2.5. Possibilité de planifier dans le secteur public

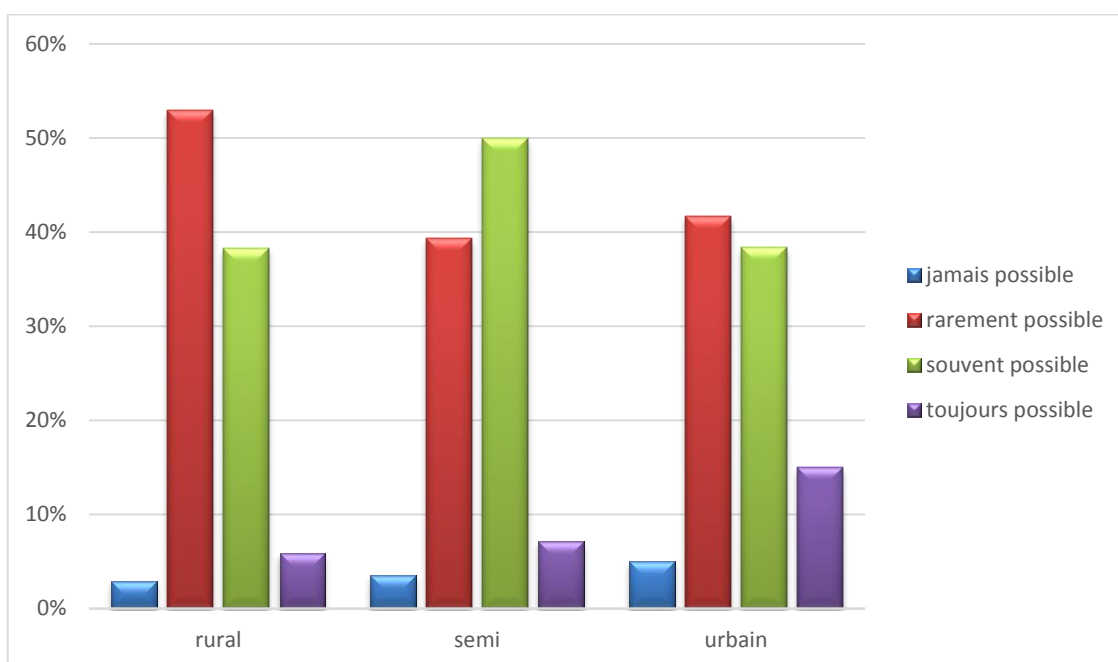


Figure 44 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction du mode d'activité

Tableau 40 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction du mode d'activité

	jamais	rarement	souvent	toujours
rural	1 (2.9%)	18 (52.9%)	13 (38.2%)	2 (5.9%)
semi	1 (3.57%)	11 (39.3%)	14 (50%)	2 (7.1%)
urbain	3 (5%)	25 (41.7%)	23 (38.3%)	9 (15%)

53 % des médecins exerçant en rural déclarent qu'il est rarement possible d'hospitaliser les patients de manière programmée contre 42 % pour ceux exerçant en ville et 39% pour ceux (semi) exerçant à moyenne distance de la structure.

Les différences ne sont pas significative (p value selon le test exact de Fisher = 0.75).

3.3.2.6. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public

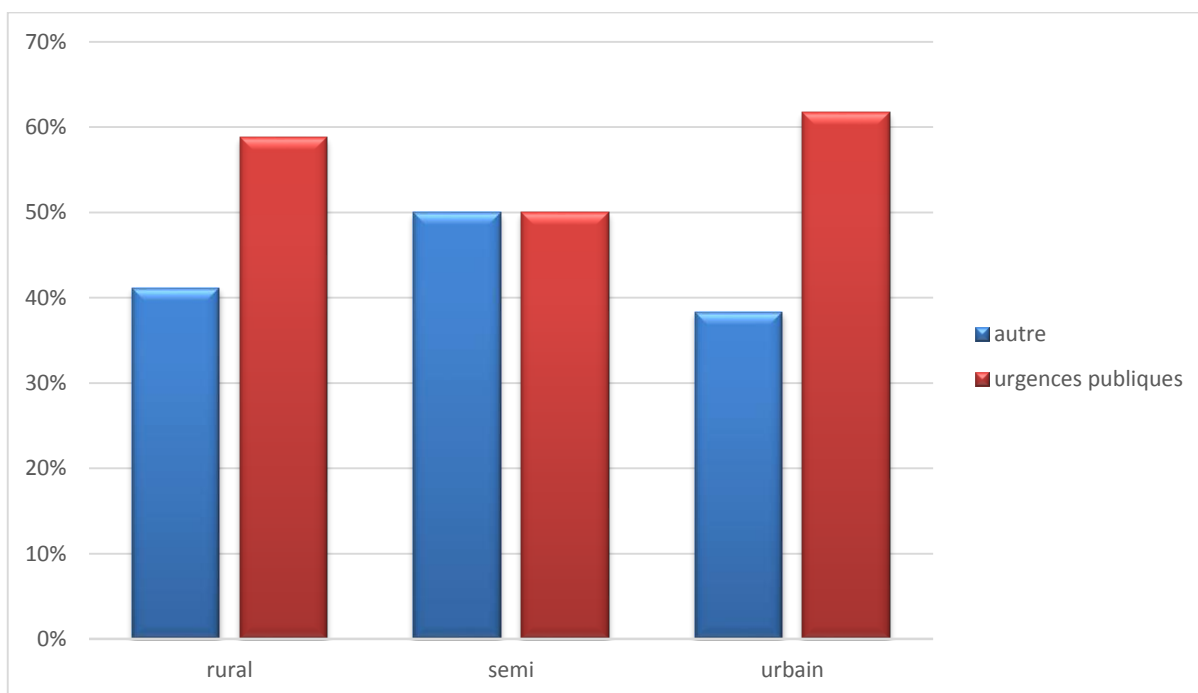


Figure 45 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public selon le mode d'activité

Tableau 41 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public selon le mode d'activité

	urgences publiques	autre
rural	20 (58.8%)	14 (41.2%)
semi	14 (50%)	14 (50%)
urbain	37 (61.7%)	23 (38.3%)

La majorité des médecins quel que soit le mode d'exercice orientent leurs patients en majorité vers les urgences publiques à hauteur de 59%, 50% et 62% respectivement pour le rural, le semi et l'urbain.

Les variations sont liées aux fluctuations du hasard (p value = 0.5).

3.3.2.7. Possibilité de planifier dans le secteur privé

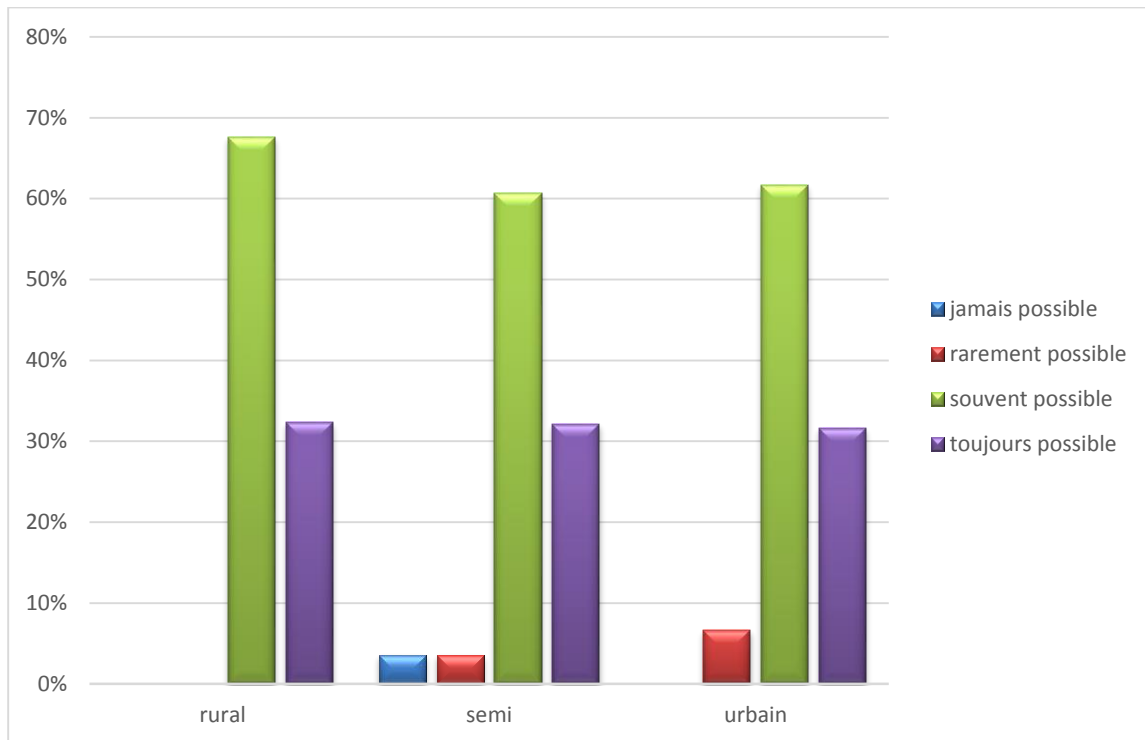


Figure 46 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé selon le mode d'activité

Tableau 42 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé selon le mode d'activité

	jamais	rarement	souvent	toujours
rural	0	0	23 (67.7%)	11 (32.4%)
semi	1 (3.6%)	1 (3.6%)	17 (60.7%)	9 (32.1%)
urbain	0	4 (6.7%)	37 (61.7%)	19 (31.7%)

Les médecins estiment qu'il est toujours ou souvent possible d'hospitaliser dans le secteur privé avec une quasi-unanimité 100% en rural, 93% en semi-rural et 93% en urbain (p value selon le test exact de Fisher = 0.57).

3.3.2.8. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé

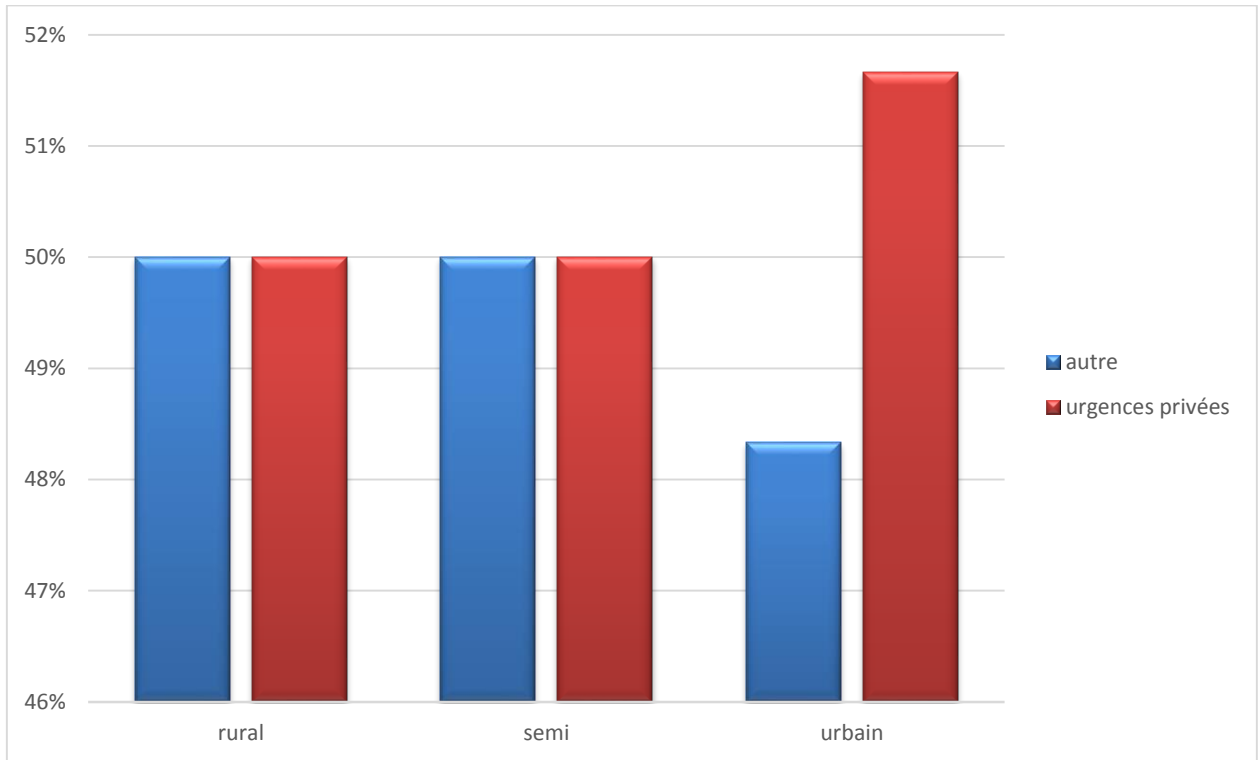


Figure 47 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé selon le mode d'activité

Tableau 43 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé selon le mode d'activité

	urgences privées	autre
rural	17 (50%)	17 (50%)
semi	14 (50%)	14 (50%)
urbain	31 (51.7%)	29 (48.3%)

En cas d'impossibilité de planifier une hospitalisation dans le secteur privé, les médecins recourent de façon égale aux urgences de ce secteur et d'autres moyens (p value = 0.99).

3.3.3. Variations selon le volume de l'activité

3.3.3.1. Envoi direct aux urgences

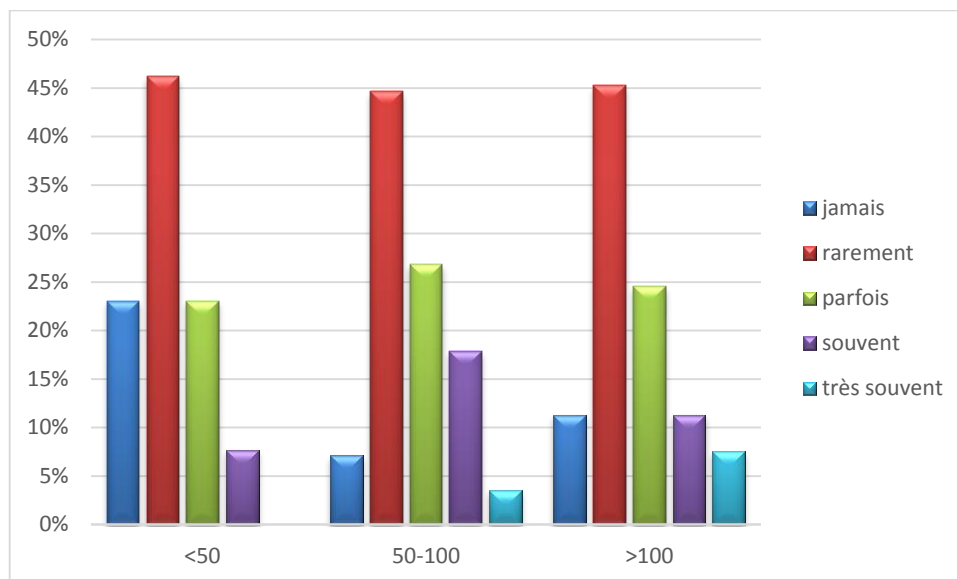


Figure 48 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction du volume de l'activité

Tableau 44 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction du volume de l'activité

	jamais	rarement	parfois	souvent	très souvent
<50	3 (23.1%)	6 (46.1%)	3 (23.1%)	1 (7.7%)	0
50-100	4 (7.1%)	25 (44.6%)	15 (26.8%)	10 (17.7%)	2 (3.6%)
>100	6 (11.3%)	24 (45.3%)	13 (24.5%)	6 (11.3%)	4 (7.6%)

Les médecins orientent en majorité rarement voire jamais aux urgences quel que soit le volume de leur activité :

- 70% pour une activité faible,
- 52% pour une activité moyenne
- 56% pour une forte activité.

Les différences ne sont pas significatives (p value selon le test exact de Fisher = 0.8).

3.3.3.2. Attentes lors du contact initial

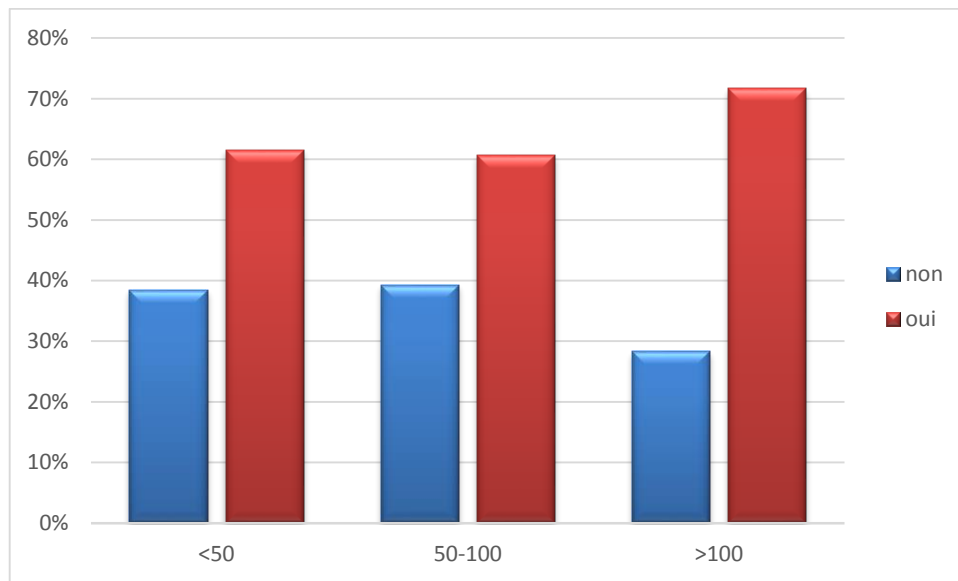


Figure 49 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction du volume de l'activité

Tableau 45 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction du volume de l'activité

	oui	non
<50	8 (61.5%)	5 (38.5%)
50-100	34 (60.7%)	22 (39.3%)
>100	38 (71.7%)	15 (28.3%)

En plus de l'accès ou non à l'hospitalisation programmée :

- les médecins avec un faible volume d'activité ont 62% d'attentes complémentaires,
- ceux avec une activité moyenne ont 61% d'attente et
- ceux avec plus de 100 patients par semaine ont 72% d'attentes secondaires.

Les fluctuations sont liées au hasard (p value = 0.5).

3.3.3.3. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public

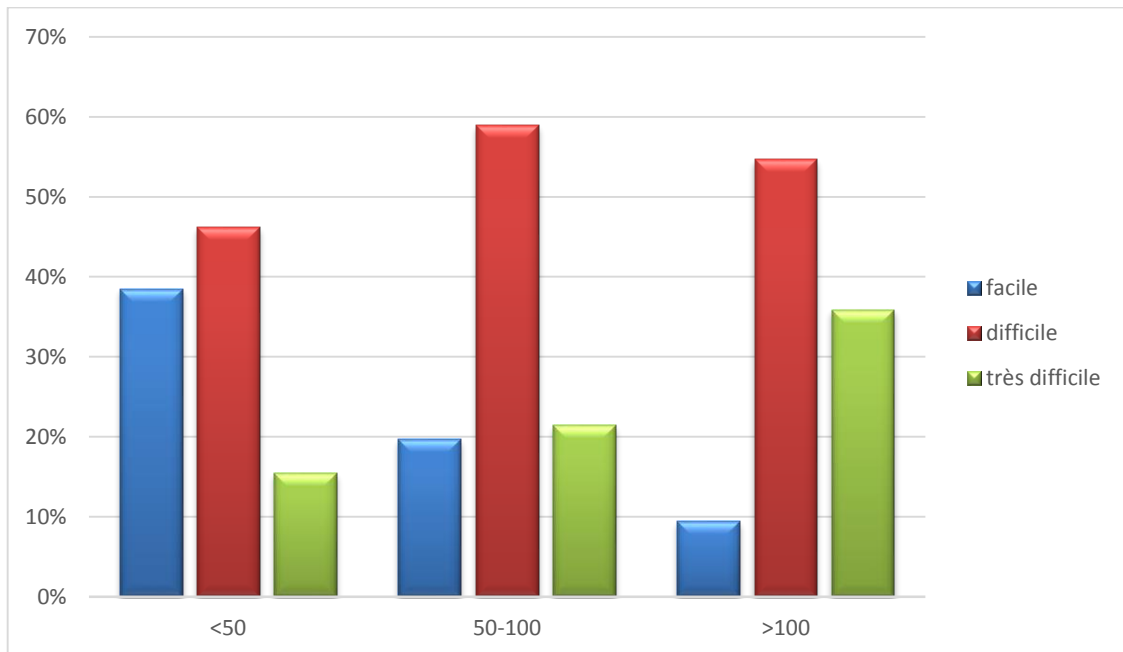


Figure 50 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction du volume d'activité

Tableau 46 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction du volume d'activité

	facile	difficile	très difficile
<50	5 (38.5%)	6 (46.2%)	2 (15.4%)
50-100	11 (19.6%)	33 (58.9%)	12 (21.4%)
>100	5 (9.4%)	29 (54.7%)	19 (35.9%)

Les médecins ont un contact relativement difficile avec le secteur public :

- 46% pour les faibles activités,
- 59% pour les activités moyennes
- 55% pour les fortes activités.

Les fluctuations sont à la limites de la significativité mais il existe 8% de chance de se tromper (p value par Fisher = 0.08).

3.3.3.4. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur privé

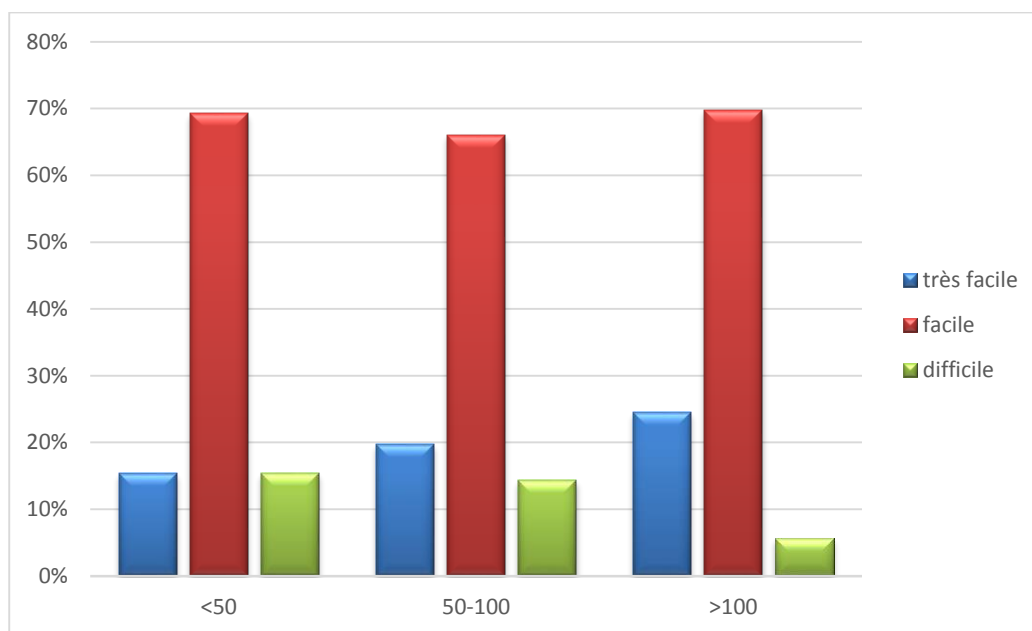


Figure 51 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé selon le volume de l'activité

Tableau 47 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé selon le volume de l'activité

	très facile	facile	difficile
<50	2 (15.4%)	9 (69.2%)	2 (15.4%)
50-100	11 (19.6%)	37 (66.1%)	8 (14.3%)
>100	13 (24.5%)	37 (69.8%)	3 (5.7%)

Les médecins, quel que soit leur volume d'activité ont un contact facile voire très facile dans le secteur privé :

- 75% pour les faibles activités,
- 80% pour les activités moyennes,
- 94% pour les activités fortes.

Les variations sont liées au hasard (p value selon Fisher = 0.54). De même en additionnant les colonnes très facile et facile, la p value du khi carré reste non significative avec 0.3.

3.3.3.5. Possibilité de planifier dans le secteur public

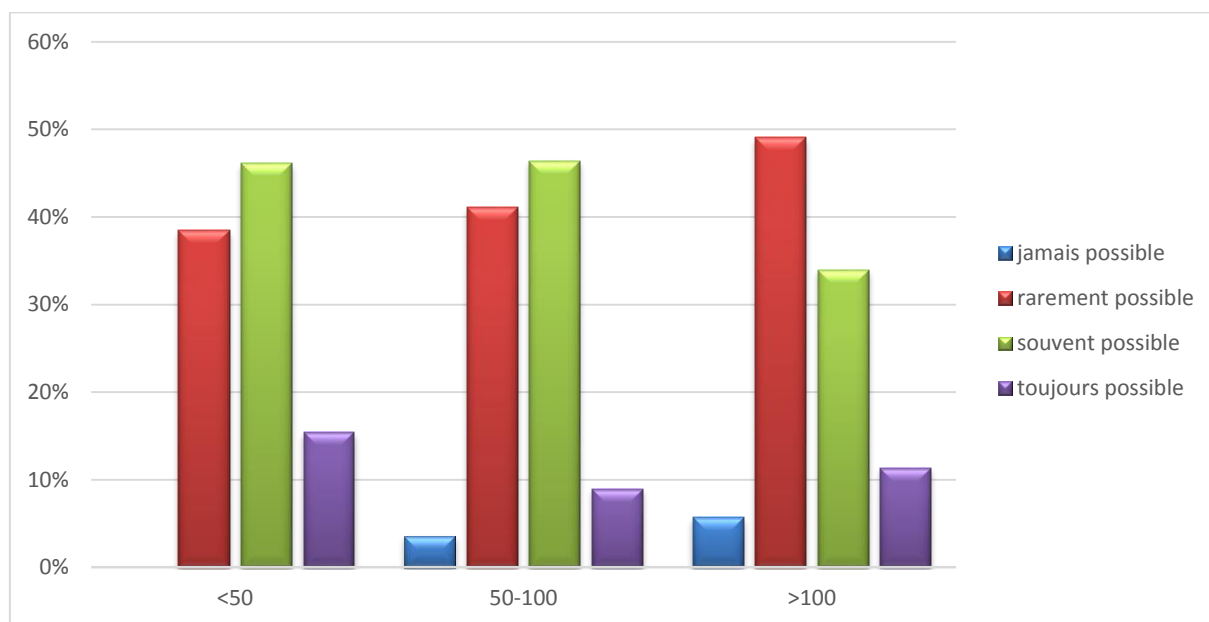


Figure 52 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public selon le volume de l'activité

Tableau 48 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public selon le volume de l'activité

	jamais	rarement	souvent	toujours
<50	0	5 (38.5%)	6 (46.2%)	2 (15.4%)
50-100	2 (3.6%)	23 (41.1%)	26 (46.4%)	5 (8.9%)
>100	3 (5.7%)	26 (49.1%)	18 (34%)	6 (11.3%)

46 % des médecins avec une faible activité et 46% des médecins avec une activité moyenne estiment qu'il est souvent possible de programmer dans le secteur public.

Pour ceux ayant une forte activité, ils trouvent cela plus rarement possible à 49%.

Les différences s'expliquent par une fluctuation liée à l'échantillon (p value selon Fisher = 0.83).

3.3.3.6. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public

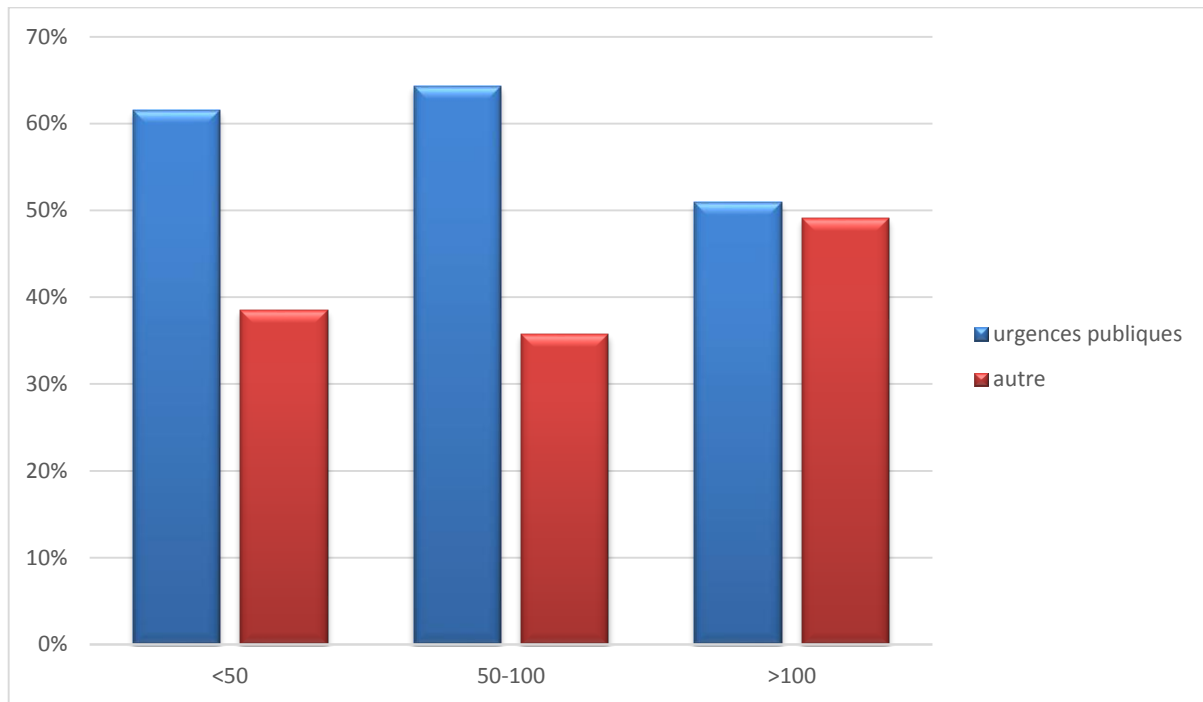


Figure 53 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public selon le volume de l'activité

Tableau 49 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public selon le volume de l'activité

	urgences publiques	autre
<50	8 (61.5%)	5 (38.5%)
50-100	36 (64.3%)	20 (35.7%)
>100	27 (50.9%)	26 (49.1%)

Les médecins orientent leurs patients vers les urgences publiques dans 61% des cas pour les faibles activités, dans 64% des cas pour les activités moyennes et 51% des cas pour les fortes activités. La tendance n'est toutefois pas significative (p value = 0.4).

3.3.3.7. Possibilité de planifier dans le secteur privé

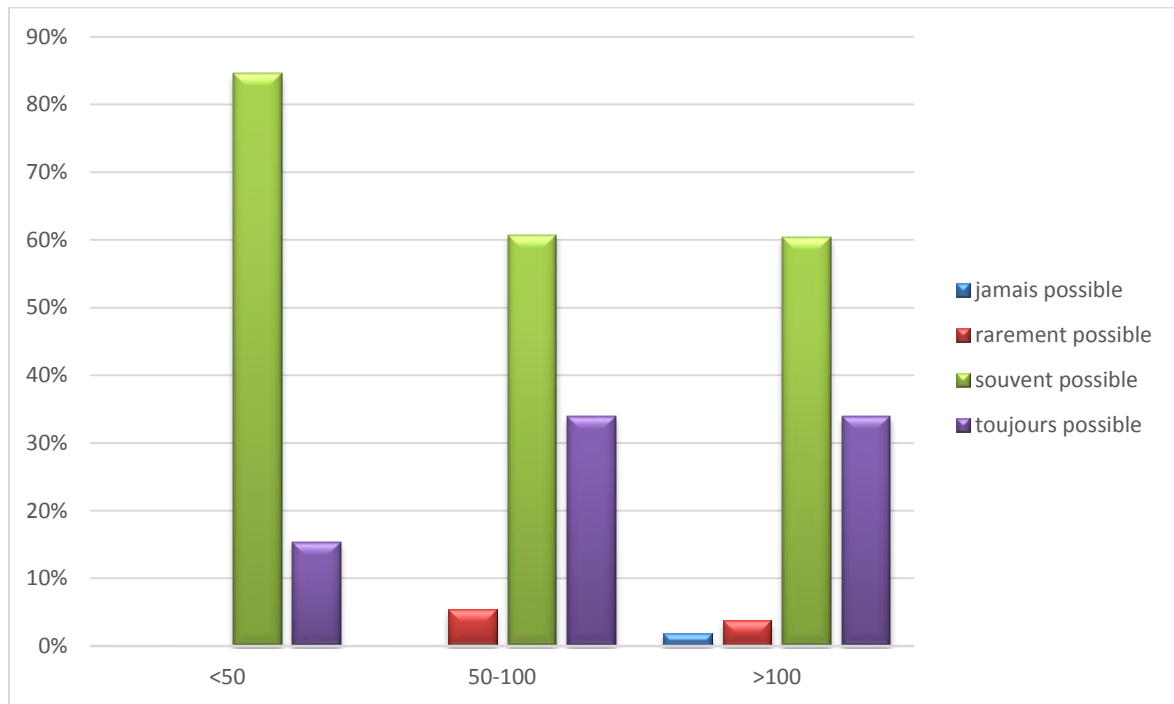


Figure 54 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé selon le volume de l'activité

Tableau 50 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé selon le volume de l'activité

	jamais	rarement	souvent	toujours
<50	0	0	11 (84.6%)	2 (15.4%)
50-100	0	3 (5.4%)	34 (60.7%)	19 (33.9%)
>100	1 (1.9%)	2 (3.8%)	32 (60.4%)	18 (34%)

Dans le secteur privé, il est souvent et toujours possible de planifier à hauteur de :

- 100% pour les faibles activités,
- 94% pour les activités moyennes,
- 94% pour les activités fortes.

Toutefois l'activité et la possibilité d'hospitaliser dans le secteur public sont indépendantes (p value selon le test exact de Fisher = 0.66).

3.3.3.8. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé

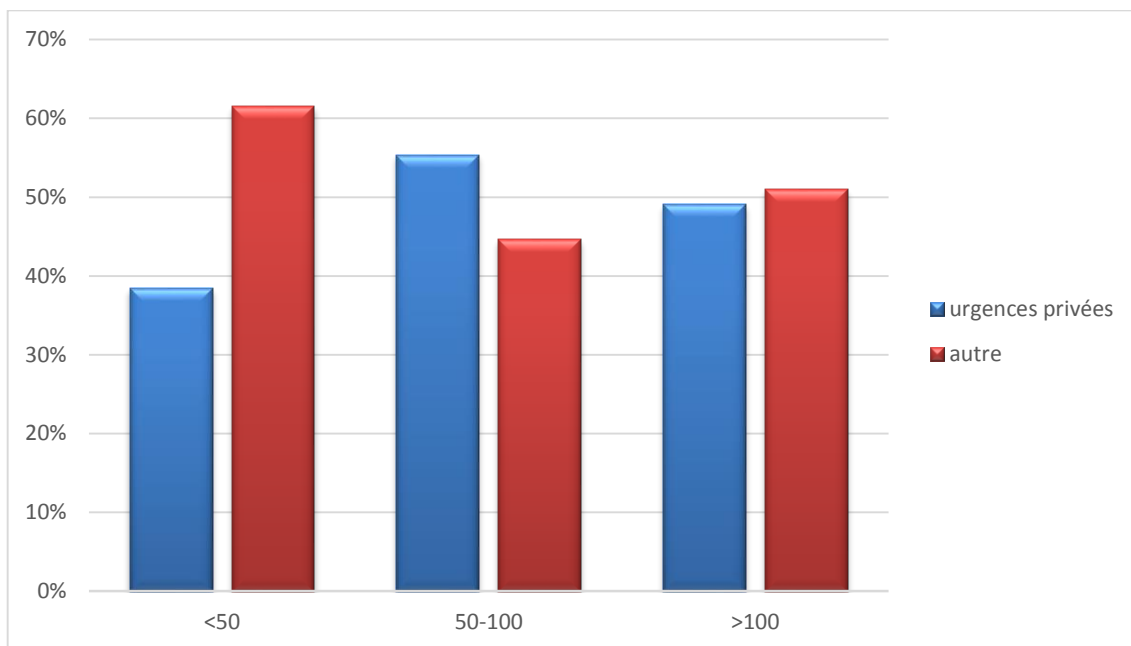


Figure 55 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction du volume de l'activité

Tableau 51 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction du volume de l'activité

	urgences privées	autre
<50	5 (38.5%)	8 (61.5%)
50-100	31 (55.4%)	25 (44.6%)
>100	26 (49.1%)	27 (50.9%)

Les médecins exerçant avec une faible activité adressent aux urgences privées dans 38,5 % des cas alors que les médecins avec une activité moyenne le font dans 55,4 % des cas et les médecins avec une forte activité le font dans 49,1 % des cas.

Les médecins à fortes activités envoient autant aux urgences privées qu'une autre orientation. Les médecins à activités moyennes préfèrent les urgences privées dans 55% des cas.

Il existe toutefois une indépendance entre le volume d'activité et la réaction à l'impossibilité de programmer dans le secteur privé (p value = 0.6).

3.3.4. Variations selon le mode d'installation

Cette partie va considérer les options prises par les médecins et leurs difficultés en fonction du travail en groupe ou en solitaire.

3.3.4.1. Envoi direct aux urgences

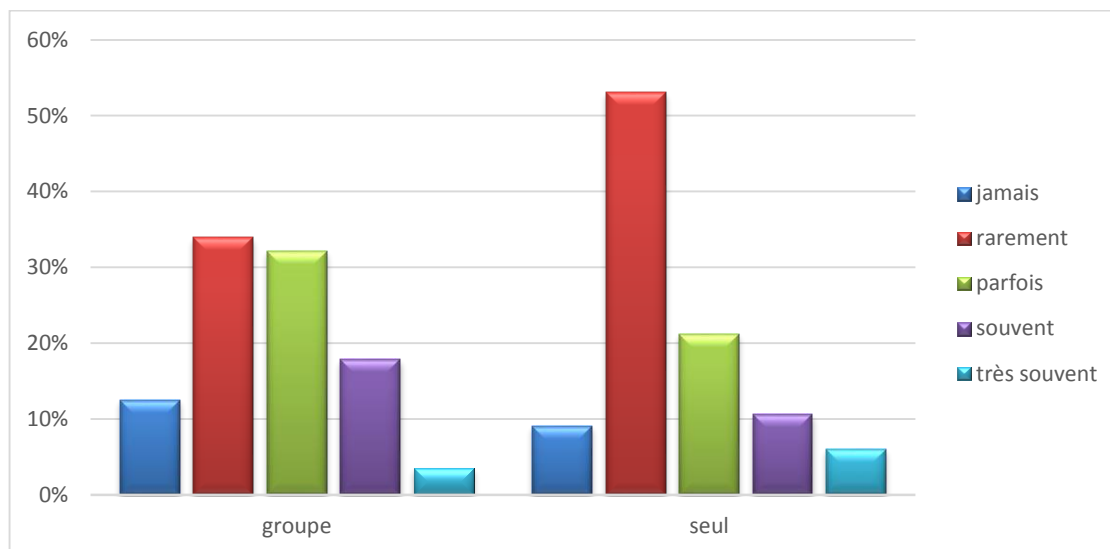


Figure 56 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction du mode d'installation

Tableau 52 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction du mode d'installation

	jamais	rarement	parfois	souvent	très souvent
groupe	7 (12.5%)	19 (33.9%)	18 (32.1%)	10 (17.9%)	2 (3.6%)
seul	6 (9.1%)	35 (53%)	14 (21.2%)	7 (10.6%)	4 (6.1%)

32 % des médecins exerçant en groupe adressent parfois leurs patients aux urgences sans démarche préalable de planification et le font rarement dans 34 % des cas.

53 % des médecins exerçants seuls adressent rarement leurs patients aux urgences sans démarche préalable de planification et le font parfois dans 21 % des cas.

Malgré cette variation, la p value de Fisher à 0.21 est insuffisante pour affirmer qu'il existe un phénomène non dû au hasard.

3.3.4.2. Attentes lors du contact initial

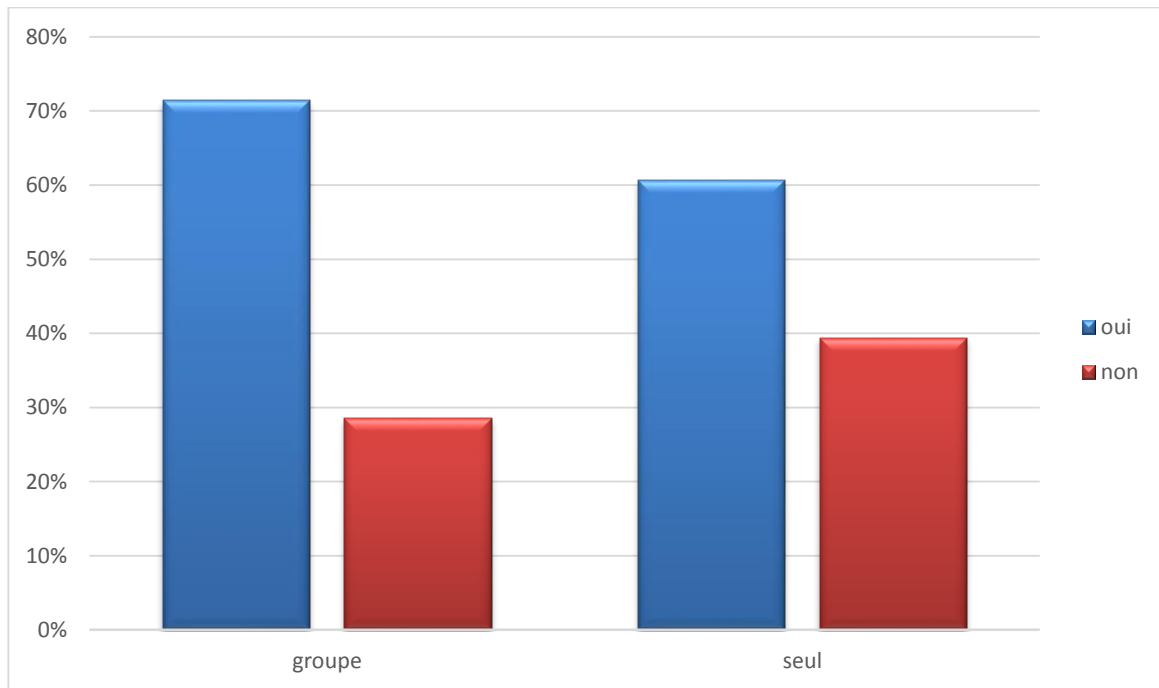


Figure 57 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation selon le mode d'installation

Tableau 53 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation selon le mode d'installation

	oui	non
groupe	40 (71.4%)	16 (28.6%)
seul	40 (60.6%)	26 (39.4%)

Les médecins, qu'ils exercent en groupe ou seul ont majoritairement des attentes secondaires, respectivement 71% et 61%. La variation est liée au hasard (p value = 0.3).

3.3.4.3. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public

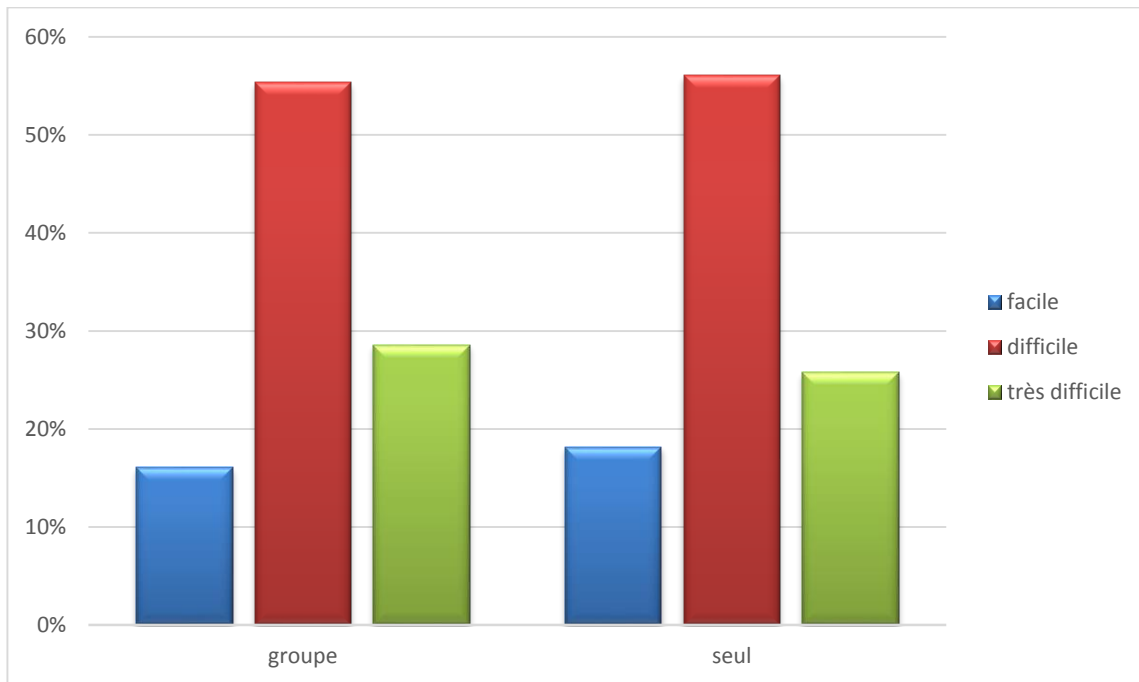


Figure 58 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction du mode d'installation

Tableau 54 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction du mode d'installation

	facile	difficile	très difficile
groupe	9 (16.1%)	31 (55.4%)	16 (28.6%)
seul	12 (18.2%)	37 (56.1%)	17 (25.8%)

Les médecins déclarent qu'il est difficile ou très difficile d'entrer en contact avec le secteur public : 84% pour ceux étant en groupe et 82% pour ceux étant seuls. La différence n'est pas significative (p value = 0.95).

3.3.4.4. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur privé

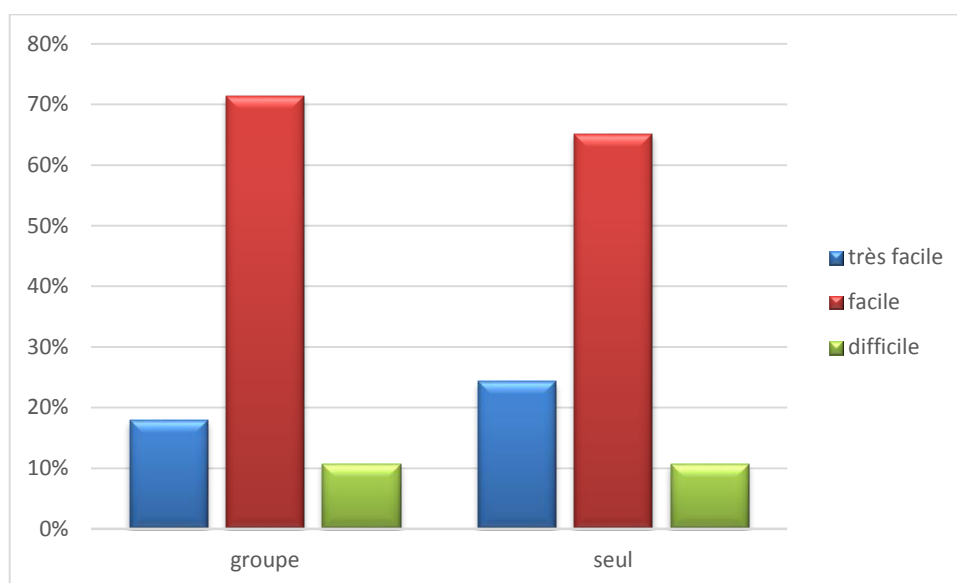


Figure 59 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé selon le mode d'installation

Tableau 55 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé selon le mode d'installation

	très facile	facile	difficile
groupe	10 (17.9%)	40 (71.4%)	6 (10.7%)
seul	16 (24.2%)	43 (65.1%)	7 (10.6%)

Les médecins exerçant en groupe déclarent qu'il est facile à 71% de contacter un praticien dans le secteur privé. Pour ceux exerçant seuls cette facilité s'élève à 65%. L'écart entre les deux n'est pas significatif (p value = 0.7).

3.3.4.5. Possibilité de planifier dans le secteur public

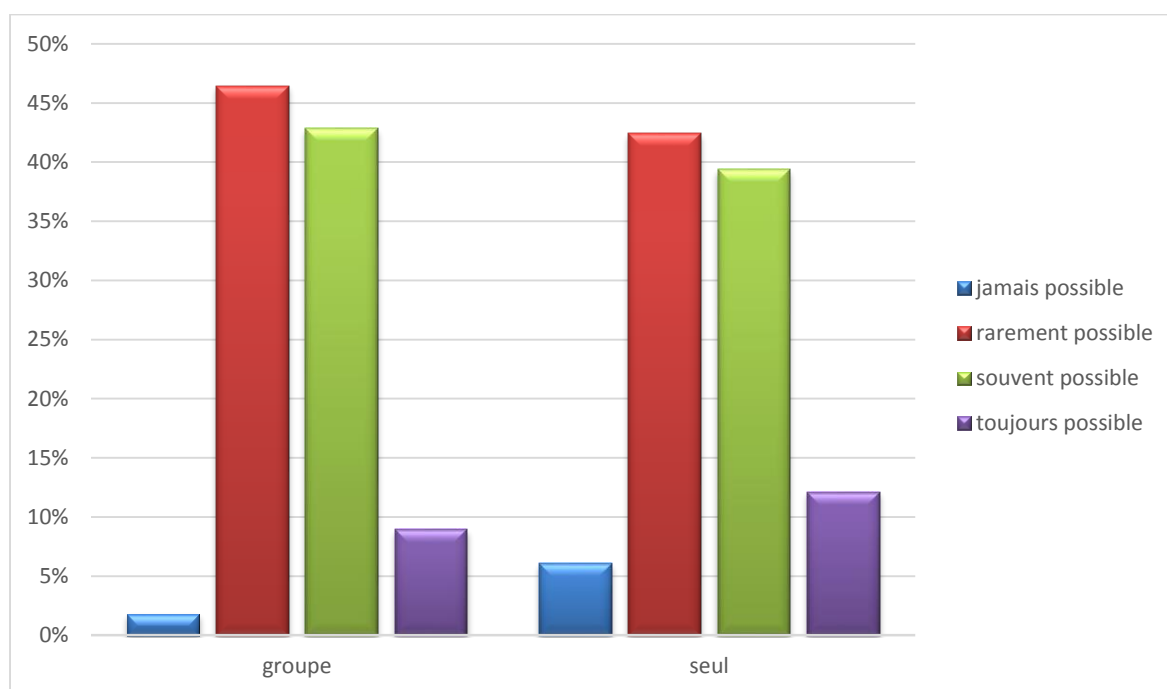


Figure 60 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public selon le mode d'installation

Tableau 56 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public selon le mode d'installation

	jamais	rarement	souvent	toujours
groupe	1 (1.8%)	26 (46.4%)	24 (42.9%)	5 (8.9%)
seul	4 (6.1%)	28 (42.4%)	26 (39.4%)	8 (12.1%)

Les médecins exerçant en groupe estiment à 46% que c'est rarement possible de planifier dans le secteur public et à 43% que c'est souvent possible.

Les médecins exerçant seuls estiment à 42% que c'est rarement possible et à 39% que c'est souvent possible.

Les différences observées entre les type d'installation sont le fruit du hasard (p value selon Fisher = 0.64).

3.3.4.6. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public

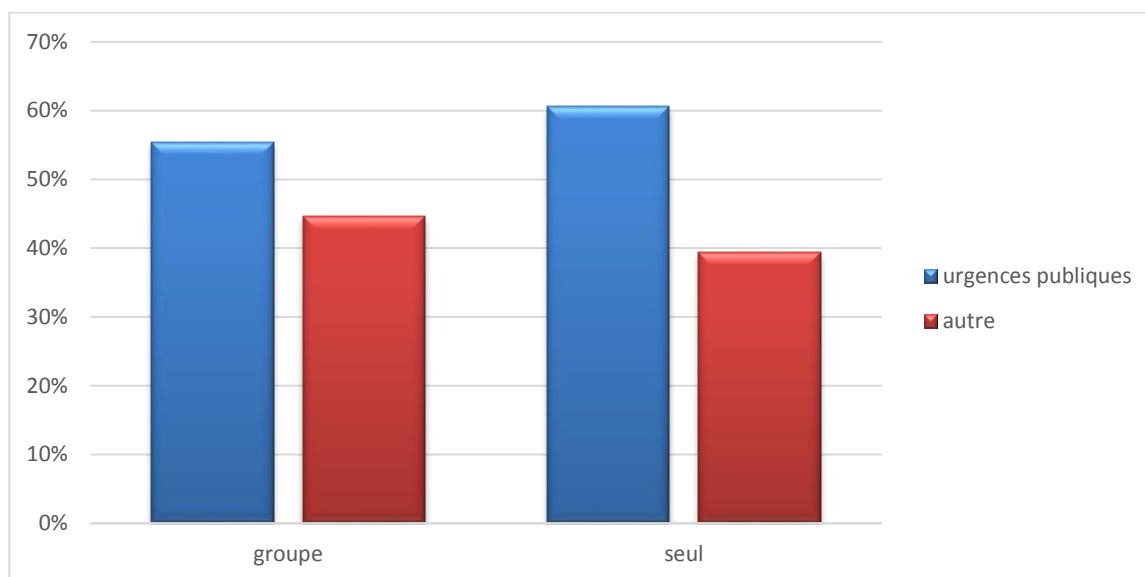


Figure 61 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public selon le mode d'installation

Tableau 57 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public selon le mode d'installation

	urgences publiques	autre
groupe	31 (55.4%)	25 (44.6%)
seul	40 (60.6%)	26 (39.4%)

Les médecins adressent plus vers les urgences publiques en cas de non possibilité de planifier dans le secteur public 55% pour l'ensemble « groupe » et 60% pour l'ensemble « seul ». Il n'y a pas d'association entre le deux (p value = 0.6).

3.3.4.7. Possibilité de planifier dans le secteur privé

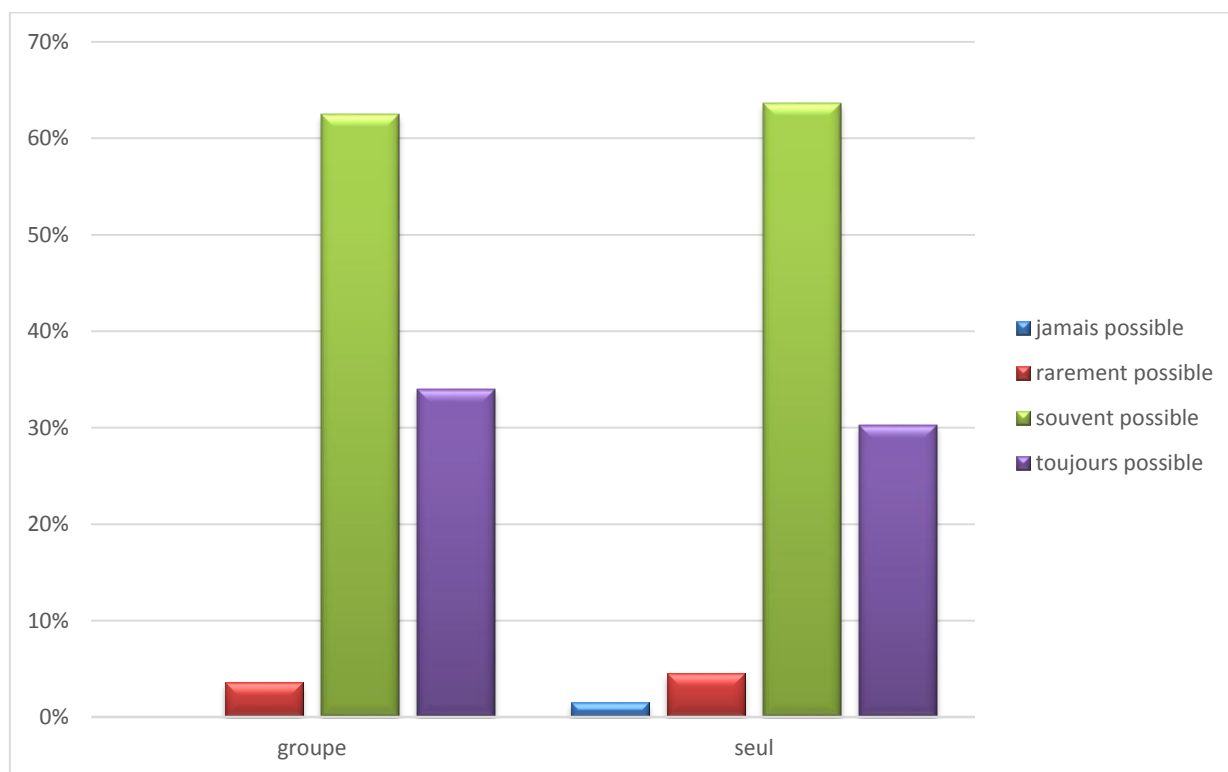


Figure 62 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé selon le mode d'installation

Tableau 58 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé selon le mode d'installation

	jamais	rarement	souvent	toujours
groupe	0	2 (3.6%)	35 (62.5%)	19 (33.9%)
seul	1 (0.8%)	3 (4.6%)	42 (63.6%)	20 (30.3%)

Dans le secteur privé, les médecins ont la possibilité « souvent » et « toujours » de programmer : pour ceux travaillant en groupe 96% et 94% pour ceux exerçant seul. Le seuil de significativité n'est pas franchi (p value selon le test exact de Fisher = 0.97).

3.3.4.8. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé

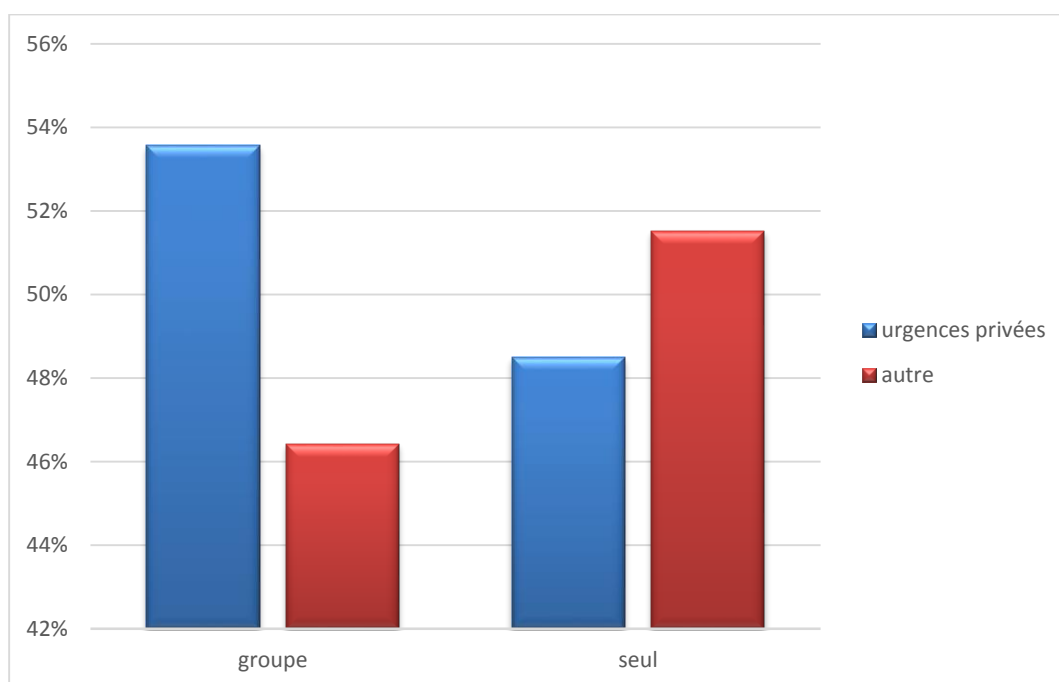


Figure 63 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction du mode d'installation

Tableau 59 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction du mode d'installation

	urgences privées	Autre
groupe	30 (53.6%)	26 (46.4%)
seul	32 (48.5%)	34 (51.5%)

Si l'hospitalisation programmée en secteur privé est impossible, 53% des médecins exerçant en groupe choisissent d'adresser aux urgences contre 49% des médecins exerçant seuls. Il n'y a pas de significativité de la différence (p value = 0.9).

3.3.5. Variations selon la ressource du secrétariat

3.3.5.1. Envoi direct aux urgences

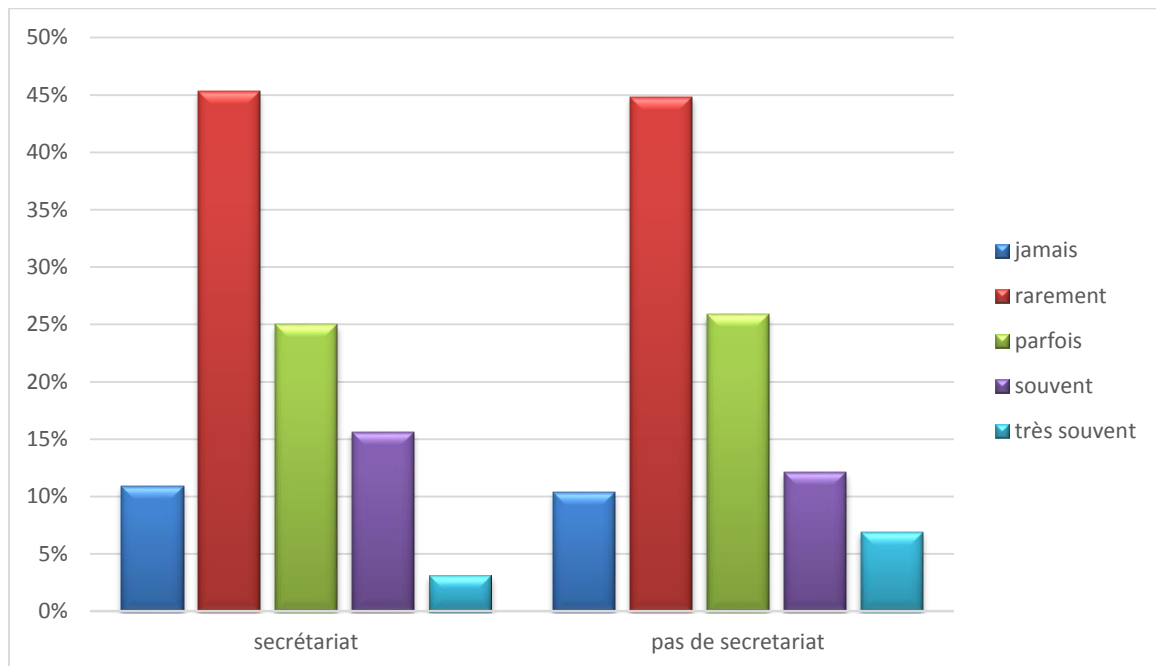


Figure 64 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction de l'existence d'un secrétariat

Tableau 60 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction de l'existence d'un secrétariat

	jamais	rarement	parfois	souvent	très souvent
secrétariat	7 (10.9%)	29 (45.3%)	16 (25%)	10 (15.6%)	2 (3.1%)
Pas de secrétariat	6 (10.3%)	26 (44.8%)	15 (25.9%)	7 (12.1%)	4 (6.9%)

La présence d'un secrétariat n'influe pas la décision d'adresser un patient aux urgences (p value de Fisher = 0.89).

3.3.5.2. Attentes lors du contact initial

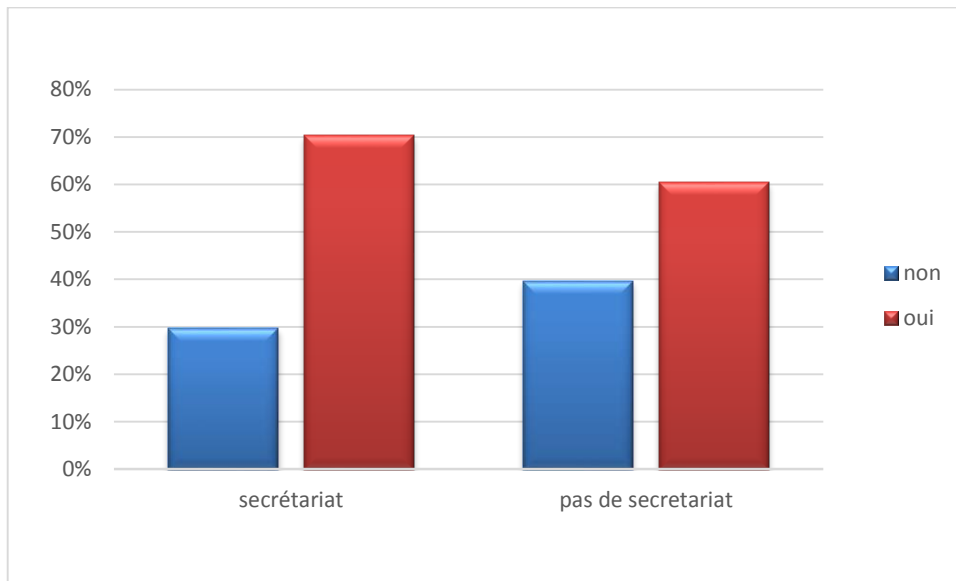


Figure 65 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction de l'existence d'un secrétariat

Tableau 61 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction de l'existence d'un secrétariat

	oui	non
secrétariat	45 (70.3%)	19 (29.7%)
pas de secrétariat	35 (60.3%)	23 (39.7%)

Les attentes secondaires des cabinets avec secrétariat sont de 70%. Sans secrétariat, le taux s'élève à 60%, sans différence significative (p value = 0.6).

3.3.5.3. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public

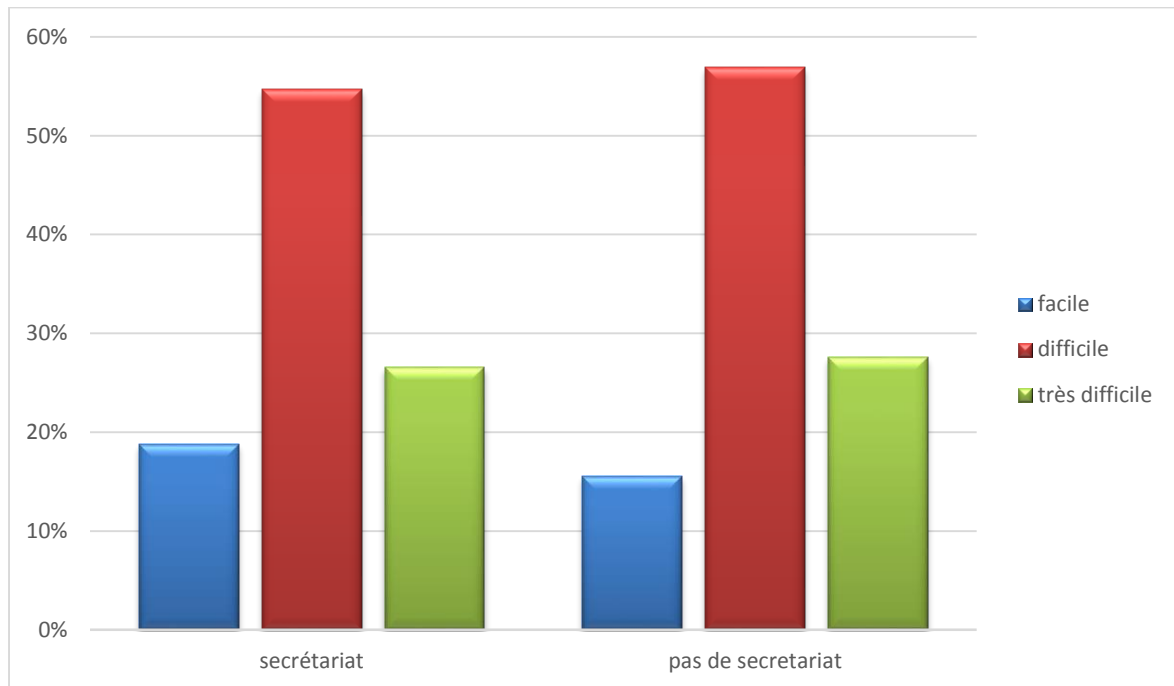


Figure 66 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction de l'existence d'un secrétariat

Tableau 62 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction de l'existence d'un secrétariat

	facile	difficile	très difficile
secrétariat	12 (18.8%)	35 (54.7%)	17 (26.6%)
pas de secrétariat	9 (15.5%)	33 (56.9%)	16 (27.6%)

La majorité des médecins ayant un secrétariat trouve à 55% qu'il est difficile d'entrer en contact avec un praticien dans le secteur public. Ceux qui n'en ont pas éprouvent une difficulté dans 57% dans cas. Il n'y a pas de divergence significative (p value = 0.9).

3.3.5.4. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur privé

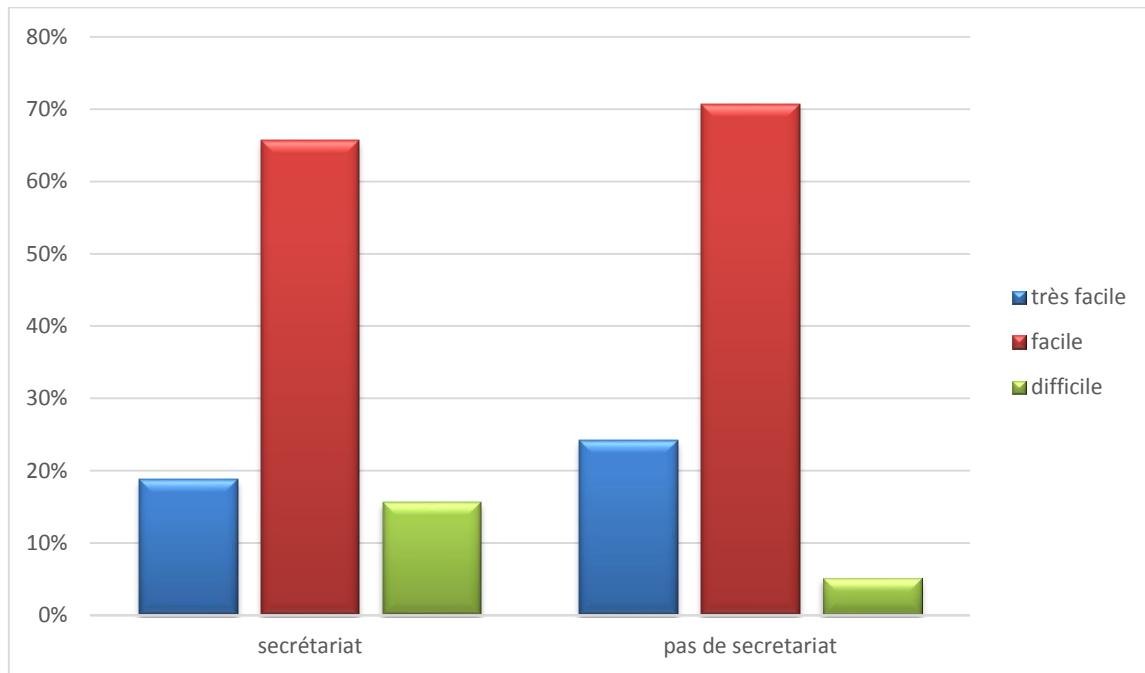


Figure 67 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé selon l'existence d'un secrétariat

Tableau 63 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé selon l'existence d'un secrétariat

	très facile	facile	difficile
secrétariat	12 (18.8%)	42 (65.6%)	10 (15.6%)
pas de secrétariat	14 (24.1%)	41 (70.7%)	3 (5.2%)

Les médecins avec secrétariat déclarent qu'il est facile d'entrer en contact avec un praticien dans le secteur privé à hauteur de 66%. Ils sont 71% dans le groupe sans secrétariat.

La différence n'est pas significative (p value = 0.17).

3.3.5.5. Possibilité de planifier dans le secteur public

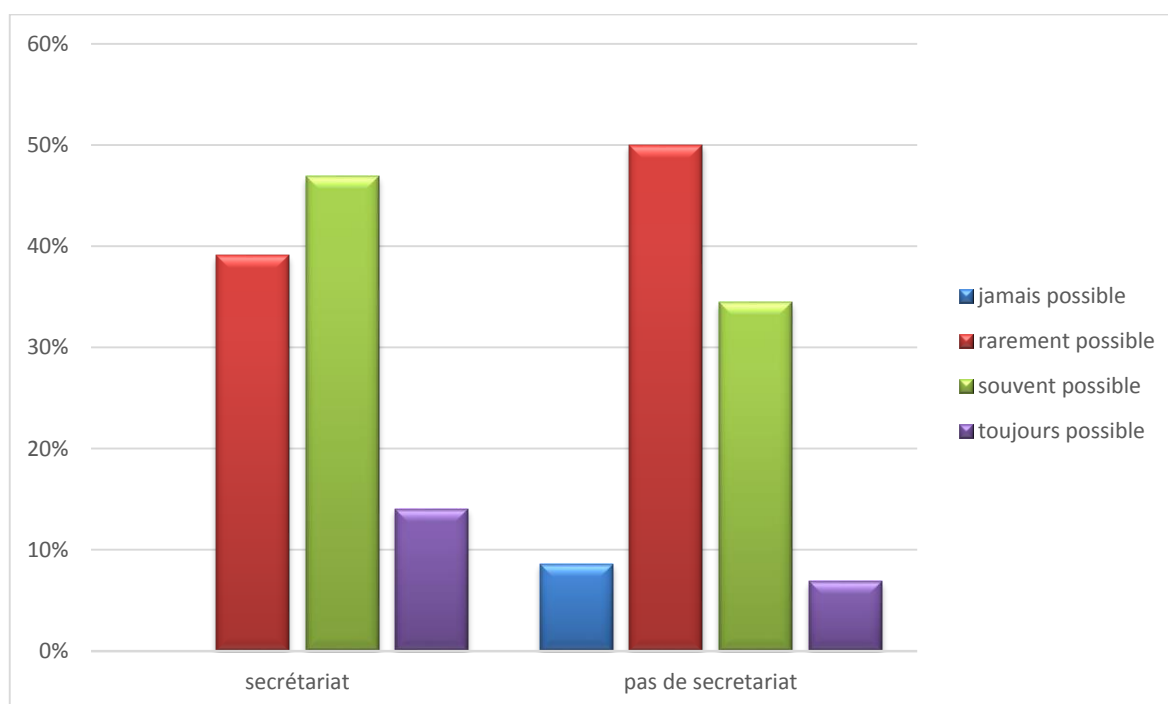


Figure 68 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction de l'existence d'un secrétariat

Tableau 64 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction de l'existence d'un secrétariat

	jamais	rarement	souvent	toujours
secrétariat	0	25 (39.1%)	30 (46.9%)	9 (14.1%)
pas de secrétariat	5 (8.6%)	29 (50%)	20 (34.5%)	4 (6.9%)

Les médecins n'utilisant pas de secrétariat estiment qu'il est rarement possible d'accéder à une hospitalisation programmée à 50% et jamais possible à 9%.

Ceux qui ont un secrétariat, aucun n'estime qu'il ne soit jamais possible de planifier dans le secteur public, 47% déclarent que c'est souvent possible et 14% estiment que c'est toujours possible.

Il existe un rapport de dépendance entre avoir un secrétariat et la considération d'une possibilité d'hospitalisation dans le secteur publique. Les différences observées sont significative (**p value par test exact de Fisher = 0.028**).

3.3.5.6. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public

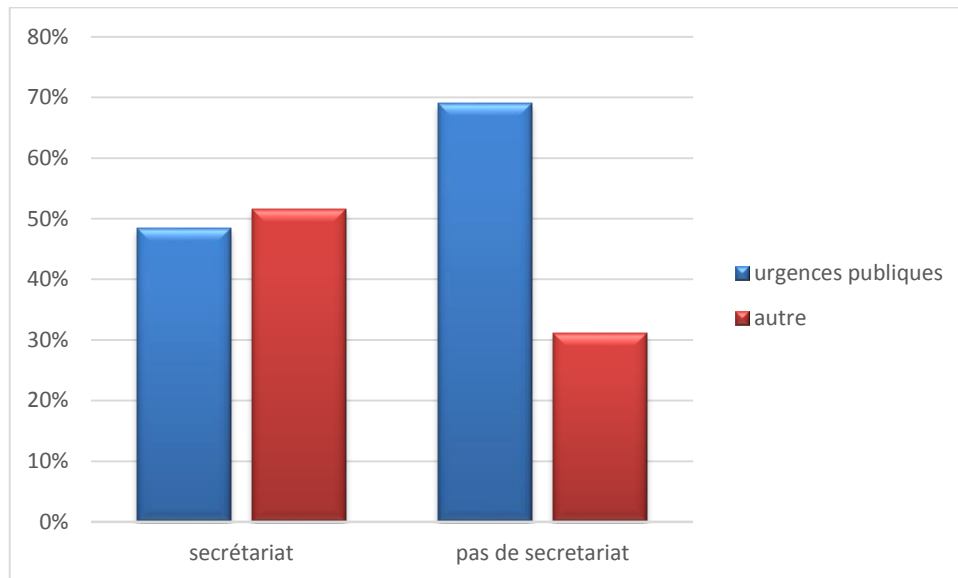


Figure 69 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public selon l'existence d'un secrétariat

Tableau 65 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public selon l'existence d'un secrétariat

	urgences publiques	autre
secrétariat	31 (48.4%)	33 (51.6%)
pas de secrétariat	40 (69%)	18 (31%)

En cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public, les médecins disposant d'un secrétariat ont une prise en charge à égale proportion entre envoyer aux urgences publiques 48% et utiliser une autre méthode 52%.

Les médecins n'ayant pas de secrétariat orientent vers les urgences publiques dans 69% des cas.

La différence est à la limite de la significativité avec p value = 0.1.

3.3.5.7. Possibilité de planifier dans le secteur privé

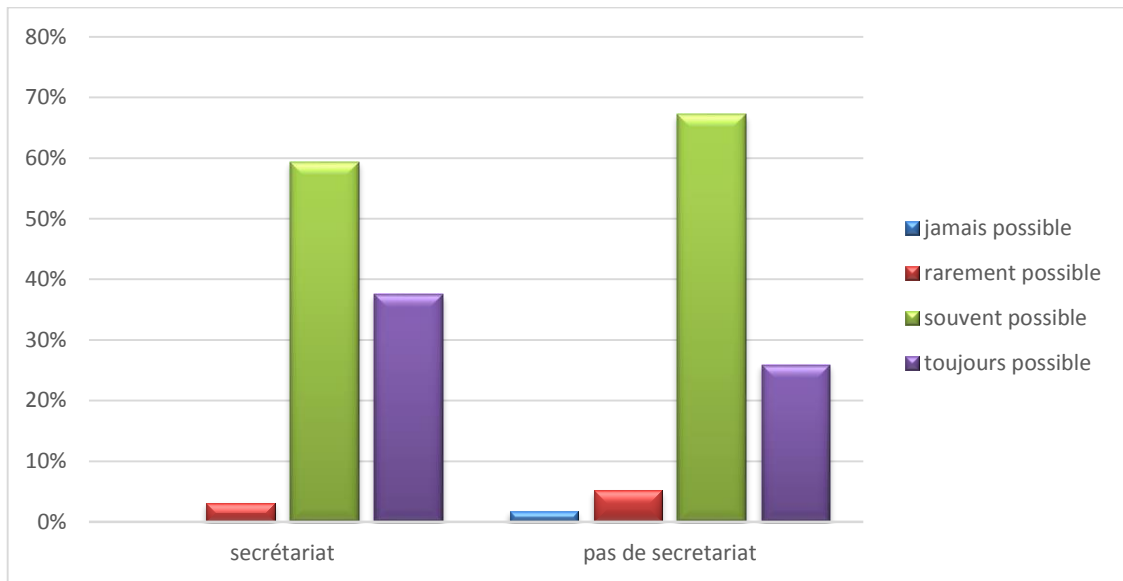


Figure 70 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé selon l'existence d'un secrétariat

Tableau 66 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé selon l'existence d'un secrétariat

	jamais	rarement	souvent	toujours
secrétariat	0	2 (3.1%)	38 (59.4%)	24 (37.5%)
pas de secrétariat	1 (1.7%)	3 (5.2%)	39 (67.2%)	15 (25.9%)

La quasi-totalité des médecins qu'ils aient ou non un secrétariat déclarent qu'il est souvent et toujours possible de planifier dans le secteur privé : respectivement 97% et 93%. Il n'existe pas de différence significative (p value = 0.38).

3.3.5.8. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé

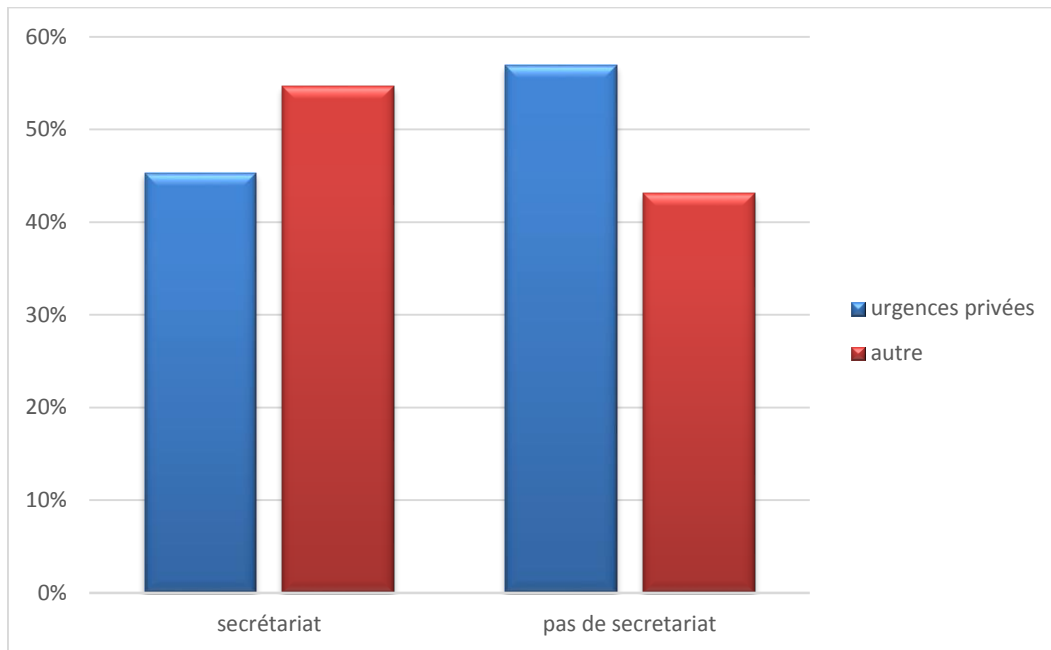


Figure 71 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé selon l'existence d'un secrétariat

Tableau 67 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé selon l'existence d'un secrétariat

	urgences privées	autre
secrétariat	29 (45.3%)	35 (54.7%)
pas de secrétariat	33 (56.9%)	25 (43.1%)

Les médecins avec secrétariat ayant recours aux urgences privées en cas d'impossibilité de planifier sont 45%. Ceux n'ayant pas de secrétariat et ayant recours aux urgences privées sont 57%.

Cet écart n'est pas significatif (p value = 0.5).

3.3.6. Variations selon l'expérience

Cette partie va permettre de recueillir des données de prise en charge et de ressenti en fonction de l'expérience du médecin. Celle-ci est calculée en fonction de l'année d'installation. Cela suggère donc l'expérience avec la connaissance et l'utilisation des structures de la Haute-Vienne. Les données seront classées par tranche de 9 ans d'expérience : 1 à 10 ans, 11 à 20 ans, 21 à 30 ans, 31 à 38 ans.

3.3.6.1. Envoi direct aux urgences

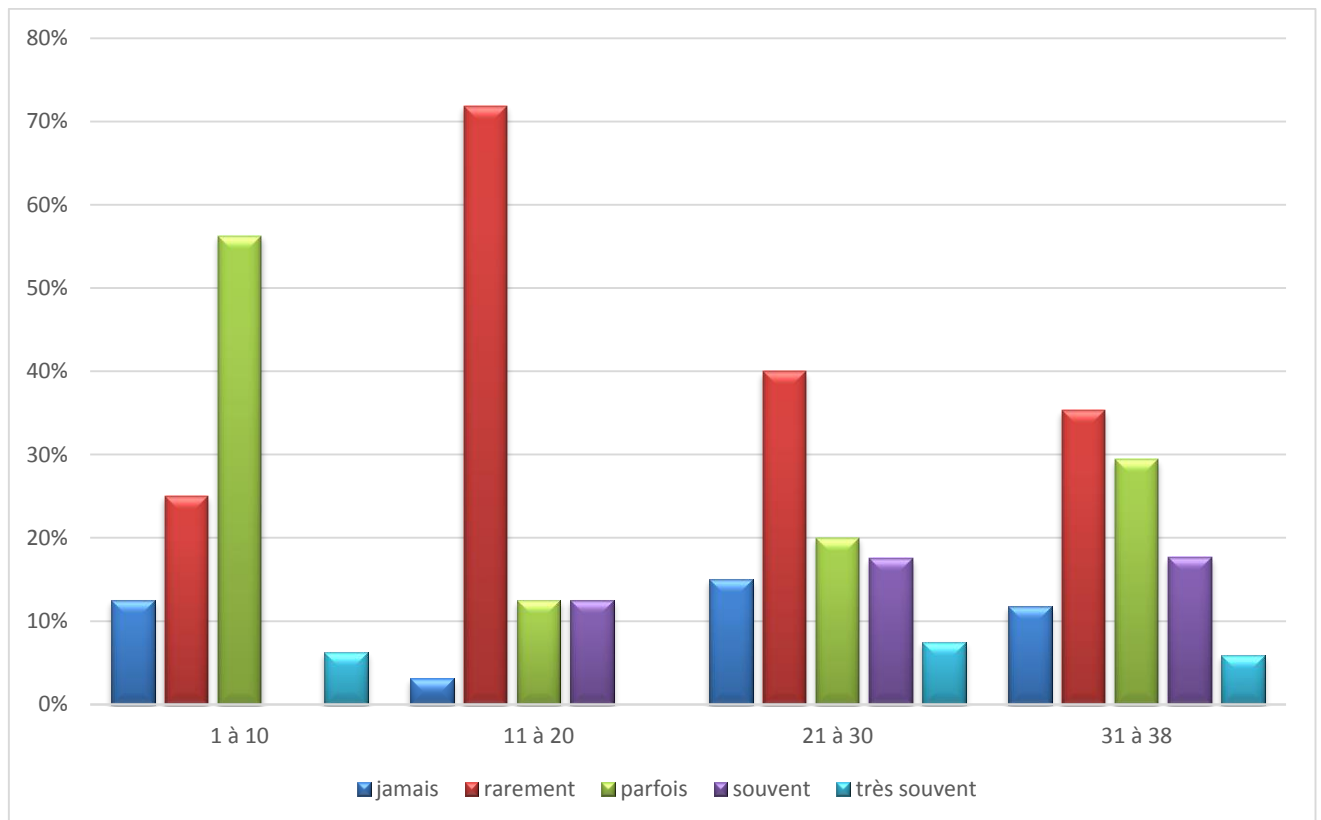


Figure 72 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction de l'expérience du médecin

Tableau 68 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction de l'expérience du médecin

	1 à 10	11 à 20	21 à 30	31 à 38
jamais	2 (12.5%)	1 (3.1%)	6 (15%)	4 (11.8%)
rarement	4 (25%)	23 (71.9%)	16 (40%)	12 (35.3%)
parfois	9 (56.3%)	4 (12.5%)	8 (20%)	10 (29.4%)
souvent	0	4 (12.5%)	7 (17.5%)	6 (17.7%)
très souvent	1 (6.3%)	0	3 (7.5%)	2 (5.9%)

56 % des médecins avec 1 à 10 années d'expérience envoient parfois aux urgences sans planifier.

Les médecins avec une expérience intermédiaire envoient rarement aux urgences directement dans 72% des cas (11 à 20 ans d'expérience) et dans 40% des cas (21 à 30 d'expérience).

Enfin, les médecins avec le plus d'expérience envoient rarement et parfois à niveau comparable : respectivement 35% et 29%.

Les variations observées sont significatives et il existe bien une relation entre l'expérience des médecins et leurs fréquence d'envoi aux urgences sans planifier (**p value selon Fisher inférieure à 0.05**). Les médecins après quelques années d'expériences envoient moins souvent aux urgences sans planifier. Les médecins avec le plus d'expérience ont une fréquence d'envoi qui se rehausse.

3.3.6.2. Attentes lors du contact initial

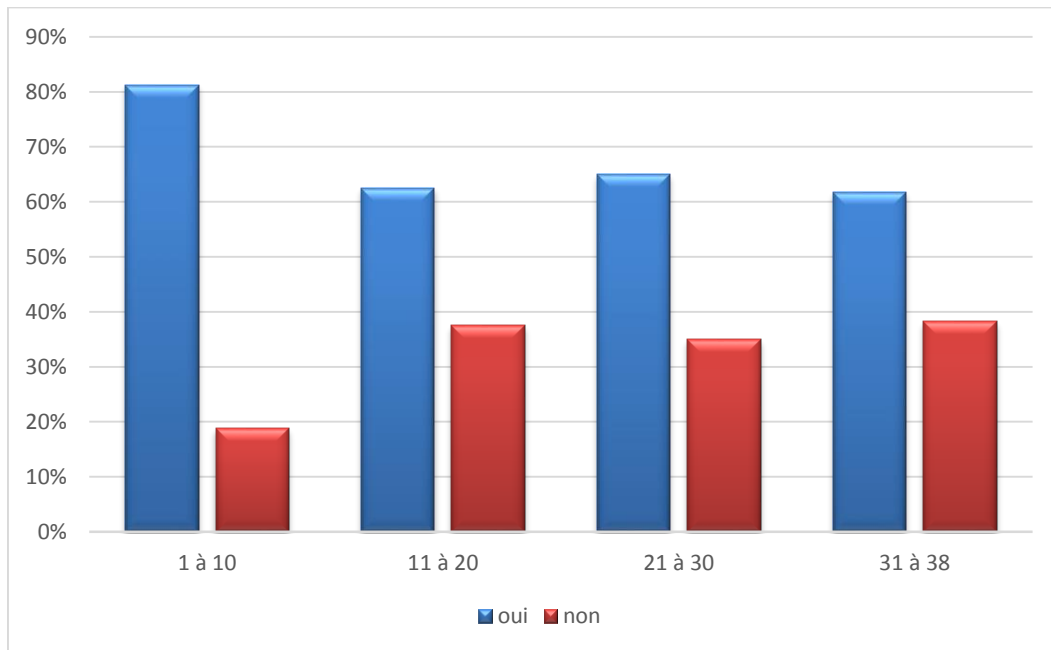


Figure 73 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction de l'expérience

Tableau 69 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction de l'expérience

	1 à 10	11 à 20	21 à 30	31 à 38
oui	13 (81.3%)	20 (62.5%)	26 (65%)	21 (61.8%)
non	3 (18.8%)	12 (37.5%)	14 (35%)	13 (38.2%)

Quelle que soit l'expérience des médecins, les attentes secondaires sont toujours en large majorité et vont de 63% à 81%. Les variations entre les catégories sont des fluctuations liées au hasard (p value selon Fisher = 0.58).

3.3.6.3. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public

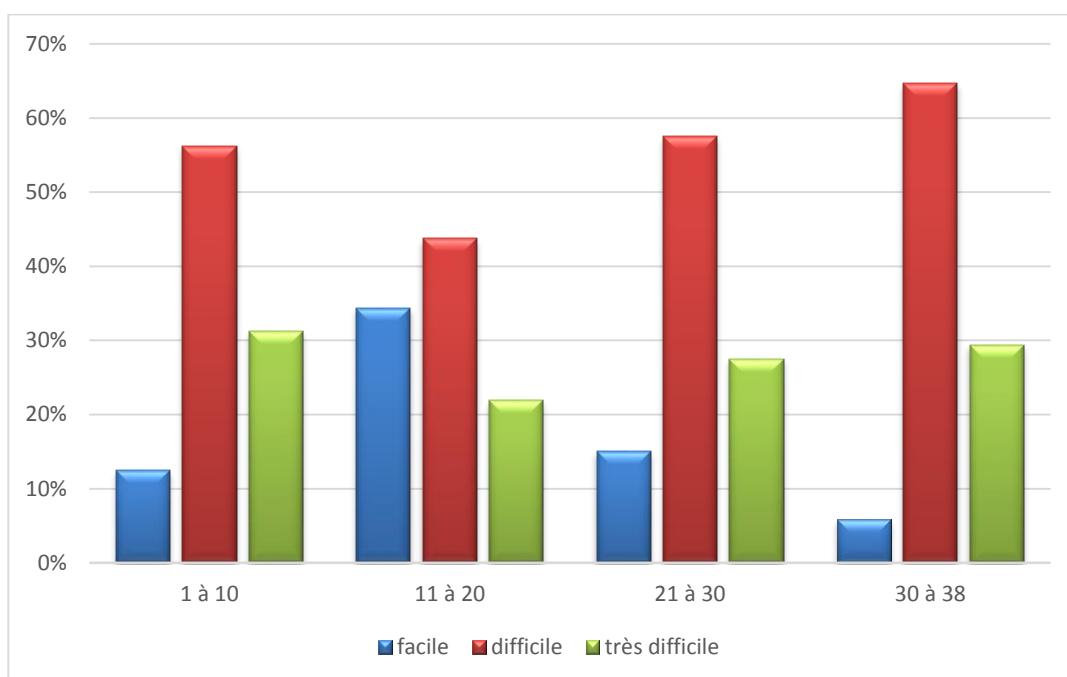


Figure 74 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction de l'expérience

Tableau 70 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction de l'expérience

	1 à 10	11 à 20	21 à 30	30 à 38
facile	2 (12.5%)	11 (34.4%)	6 (15%)	2 (5.9%)
difficile	9 (56.3%)	14 (43.8%)	23 (57.5%)	22 (64.7%)
très difficile	5 (31.3%)	7 (21.9%)	11 (27.5%)	10 (29.4%)

A chaque niveau d'expérience, les médecins déclarent difficile l'obtention d'un contact avec un praticien dans le secteur public. Les médecins les plus expérimentés estiment ressentir une réelle difficulté dans 94% dans cas.

Toutes les fluctuations entre classe d'expérience est le fruit du hasard (p value Fisher = 0.14).

3.3.6.4. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur privé

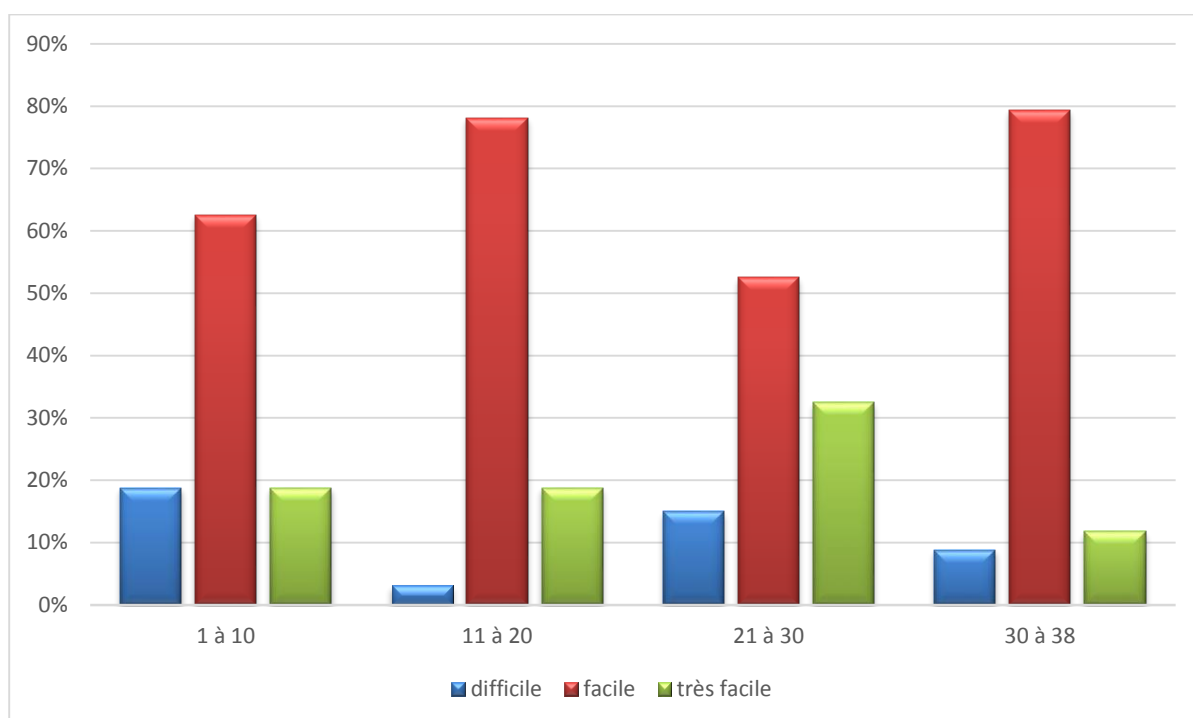


Figure 75 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction de l'expérience

Tableau 71 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction de l'expérience

	1 à 10	11 à 20	21 à 30	30 à 38
difficile	3 (18.8%)	1 (3.1%)	6 (15%)	3 (8.8%)
facile	10 (62.5%)	25 (78.1%)	21 (52.5%)	27 (79.4%)
très facile	3 (18.8%)	6 (18.8%)	13 (32.5%)	4 (11.8%)

Dans le secteur privé, les médecins déclarent qu'il est facile d'accéder à un praticien dans 62% pour ceux ayant la plus faible expérience et 79% pour les médecins ayant la plus grande expérience.

Les variations ne peuvent pas être considérée comme significative (p value Fisher = 0.11).

3.3.6.5. Possibilité de planifier dans le secteur public

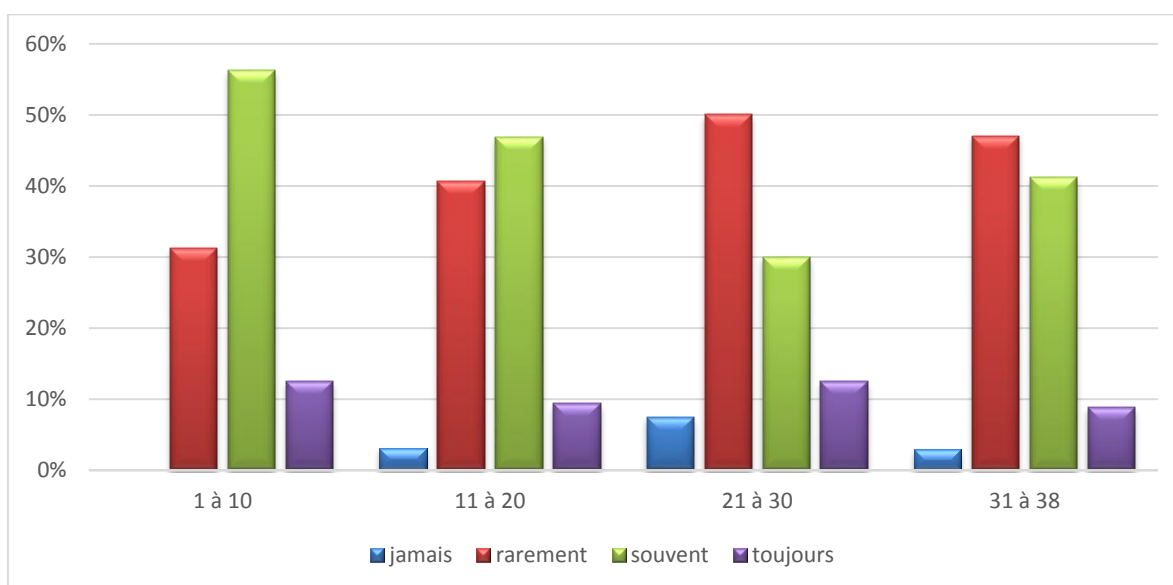


Figure 76 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction de l'expérience

Tableau 72 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction de l'expérience

	1 à 10	11 à 20	21 à 30	31 à 38
jamais	0	1 (3.1%)	3 (7.5%)	1 (3%)
rarement	5 (31.3%)	13 (40.6%)	20 (50%)	16 (47.1%)
souvent	9 (56.3%)	15 (46.9%)	12 (30%)	14 (41.2%)
toujours	2 (12.5%)	3 (9.4%)	5 (12.5%)	3 (8.8%)

Les médecins avec une faible expérience estiment qu'il est souvent possible de planifier dans le secteur public à 56%.

Les médecins avec la plus grande expérience pensent à 47% que c'est rarement possible.

Les fluctuations de pourcentage sont liés au hasard (p value de Fisher = 0.82).

3.3.6.6. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public

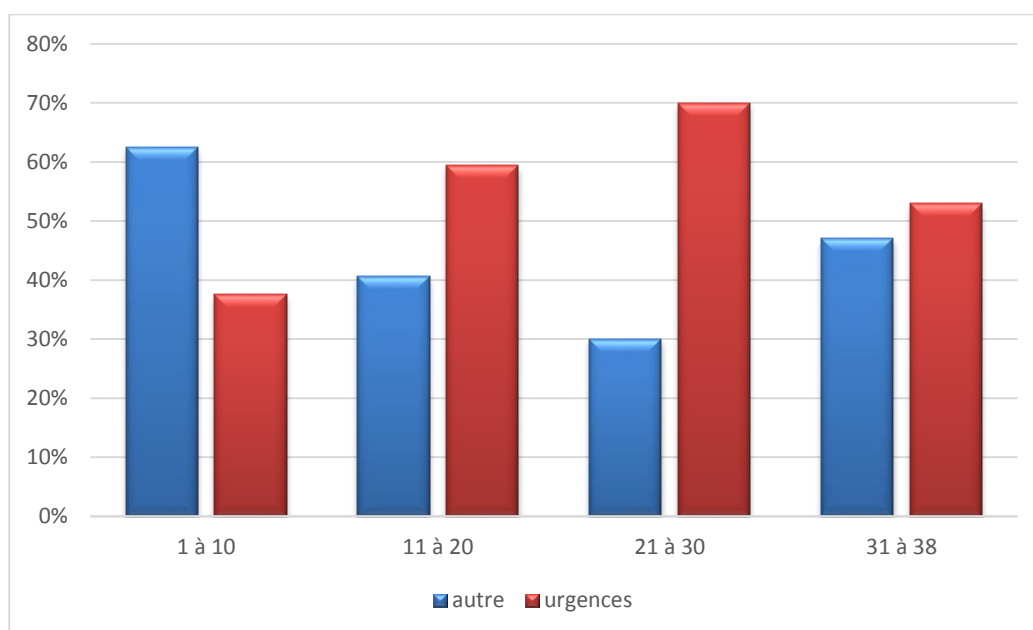


Figure 77 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public en fonction de l'expérience

Tableau 73 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public en fonction de l'expérience

	1 à 10	11 à 20	21 à 30	31 à 38
urgences	6 (37.5%)	19 (59.4%)	28 (70%)	18 (52.9%)
autre	10 (62.5%)	13 (40.6%)	12 (30%)	16 (47%)

Les médecins avec une faible expérience évitent les urgences publiques à 63% en cas d'impossibilité de planification dans le secteur public.

Ceux d'une plus grande expérience utilisent urgences à 53%.

Les différences observées sont peu significatives (p value = 0.2).

3.3.6.7. Possibilité de planifier dans le secteur privé

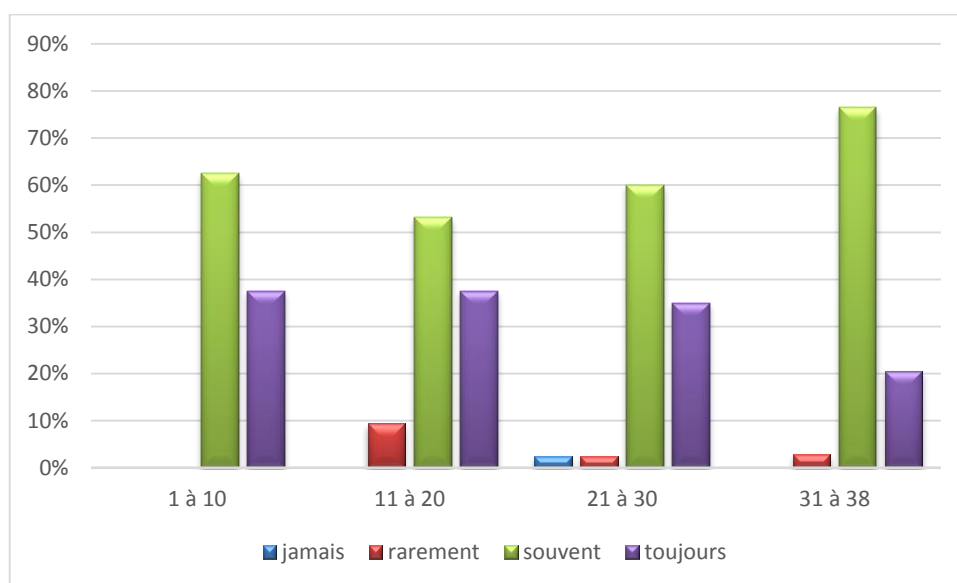


Figure 78 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé en fonction de l'expérience

Tableau 74 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé en fonction de l'expérience

	1 à 10	11 à 20	21 à 30	31 à 38
jamais	0	0	1 (2.5%)	0
rarement	0	3 (9.4%)	1 (2.5%)	1 (2.9%)
souvent	10 (62.5%)	17 (53.1%)	24 (60%)	26 (76.5%)
toujours	6 (37.5%)	12 (37.5%)	14 (35%)	7 (20.6%)

Les médecins qu'ils aient peu ou beaucoup d'expérience estiment qu'il est souvent voire toujours possible d'hospitaliser de manière planifié dans le secteur privé à des taux allant de 53% à 76%.

Il n'y a pas de lien de dépendance entre cette possibilité de planifier dans le privé et l'expérience des médecins (p value de Fisher = 0.47).

3.3.6.8. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé

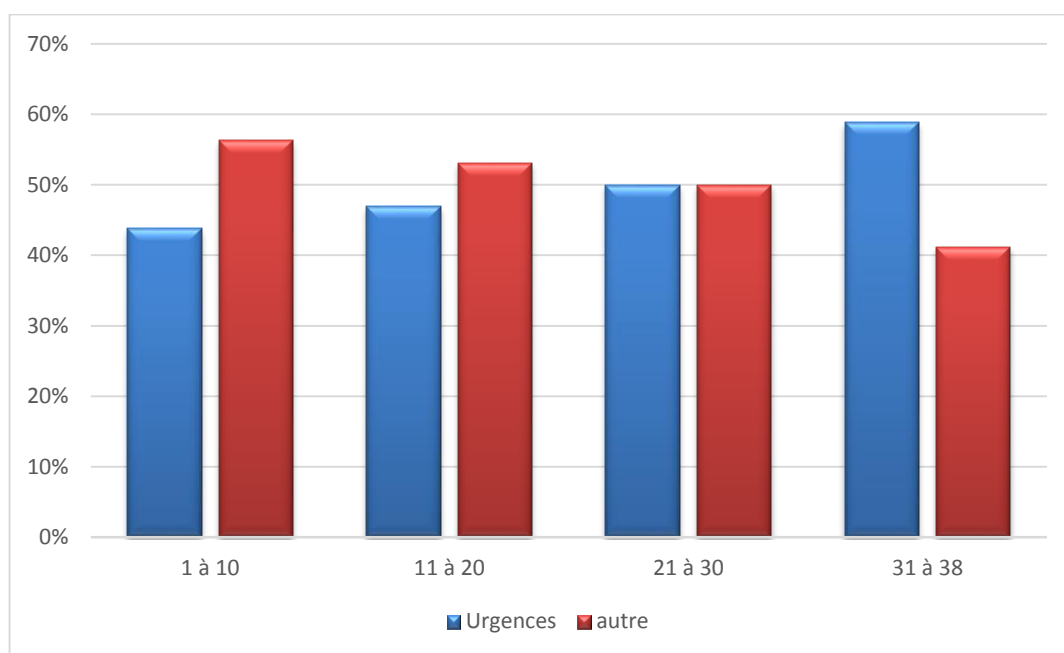


Figure 79 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction de l'expérience

Tableau 75 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction de l'expérience

	urgences	autre
1 à 10	7 (43.8%)	9 (56.3%)
11 à 20	15 (46.9%)	17 (53.1%)
21 à 30	20 (50%)	20 (50%)
31 à 38	20 (58.8%)	14 (41.2%)

Tous les groupes d'expériences utilisent une autre voie que les urgences privées en cas d'impossibilité de planification dans le secteur privé à plus de 50%.

Seuls les médecins ayant le plus d'expérience passent majoritairement par les urgences 59%.

Il y a indépendance entre l'expérience et la prise en charge si la planification est impossible dans le privé (p value = 0.8).

3.3.7. Variations selon l'âge

3.3.7.1. Envoi direct aux urgences

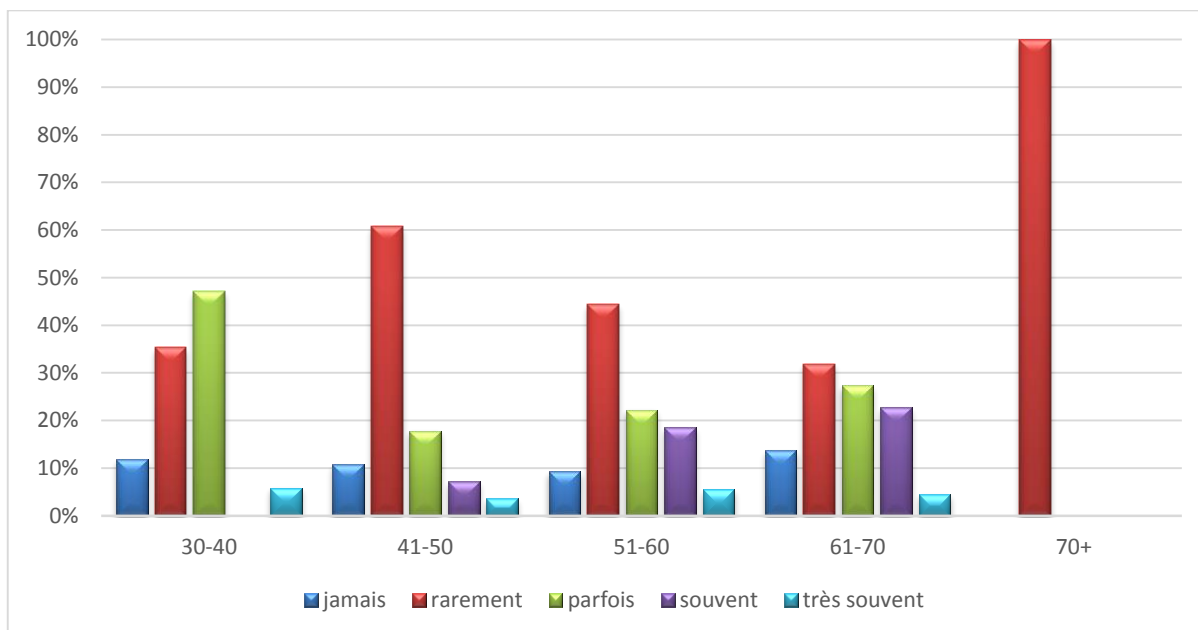


Figure 80 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction de l'âge du médecin

Tableau 76 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction de l'âge du médecin

	jamais	rarement	parfois	souvent	très souvent
30-40	2 (11.8%)	6 (35.3%)	8 (47.1%)	0	1 (5.9%)
41-50	3 (10.7%)	17 (60.7%)	5 (17.9%)	2 (7.1%)	1 (3.6%)
51-60	5 (9.3%)	24 (44.4%)	12 (22.2%)	10 (18.5%)	3 (5.6%)
61-70	3 (13.6%)	7 (31.8%)	6 (27.3%)	5 (22.7%)	1 (4.5%)
70+	0	1 (100%)	0	0	0

47% de jeunes médecins adressent parfois aux urgences.

Les tranches d'âge suivantes envoient rarement aux urgences à 61%, 44% et 32%

Il n'existe pas de relation entre tranche d'âge et fréquence d'envoi aux urgences sans planifier (p value = 0.8).

3.3.7.2. Attentes lors du contact initial

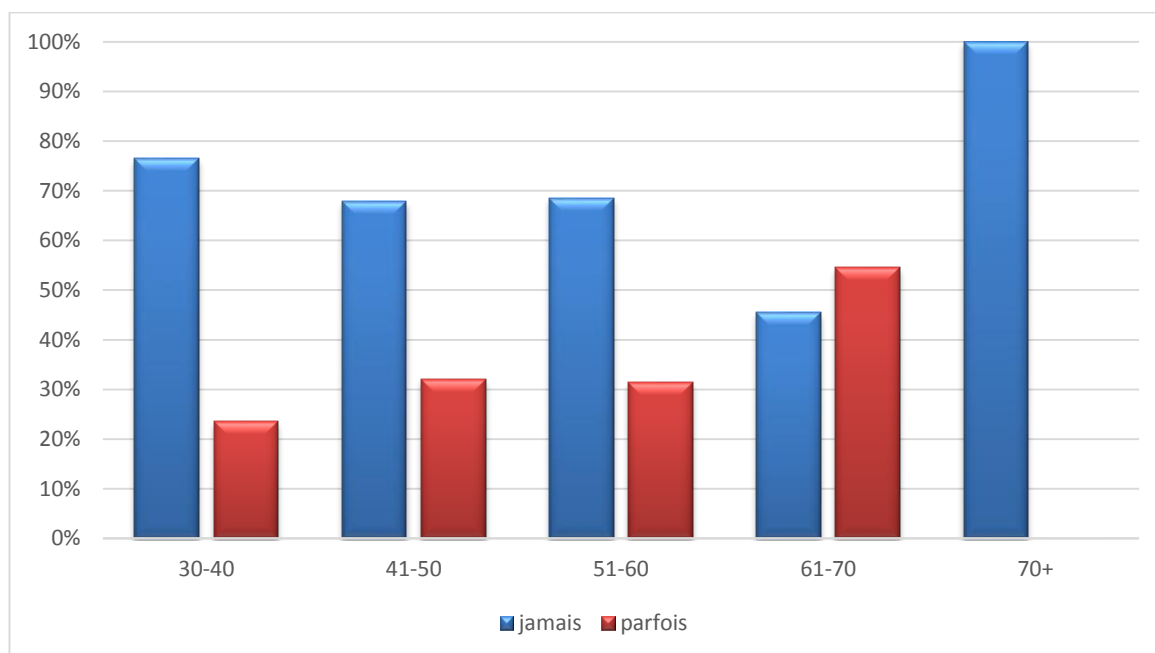


Figure 81 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction de l'âge

Tableau 77 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction de l'âge

	oui	non
30-40	13 (76.5%)	4 (23.5%)
41-50	19 (67.9%)	9 (32.1%)
51-60	37 (68.5%)	17 (31.5%)
61-70	10 (45.5%)	12 (54.5%)
70+	1 (100%)	0

Entre 30 ans et 60 ans, les médecins ont des attentes complémentaires dépassant les 50% : 77% de 30 à 40 ans, 68% de 41 à 50 ans et 69% de 51 à 60 ans.

Entre 61 et 70 ans, les médecins n'ont pas d'autres attentes, ils veulent seulement savoir si la structure prendra en charge leurs patients.

Toutefois, ces variations sont essentiellement le fruit des fluctuations du hasard (p value Fisher = 0.23). Même en négligeant la réponse du médecin de plus de 70 ans, on trouve une p value de 0.19.

3.3.7.3. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public

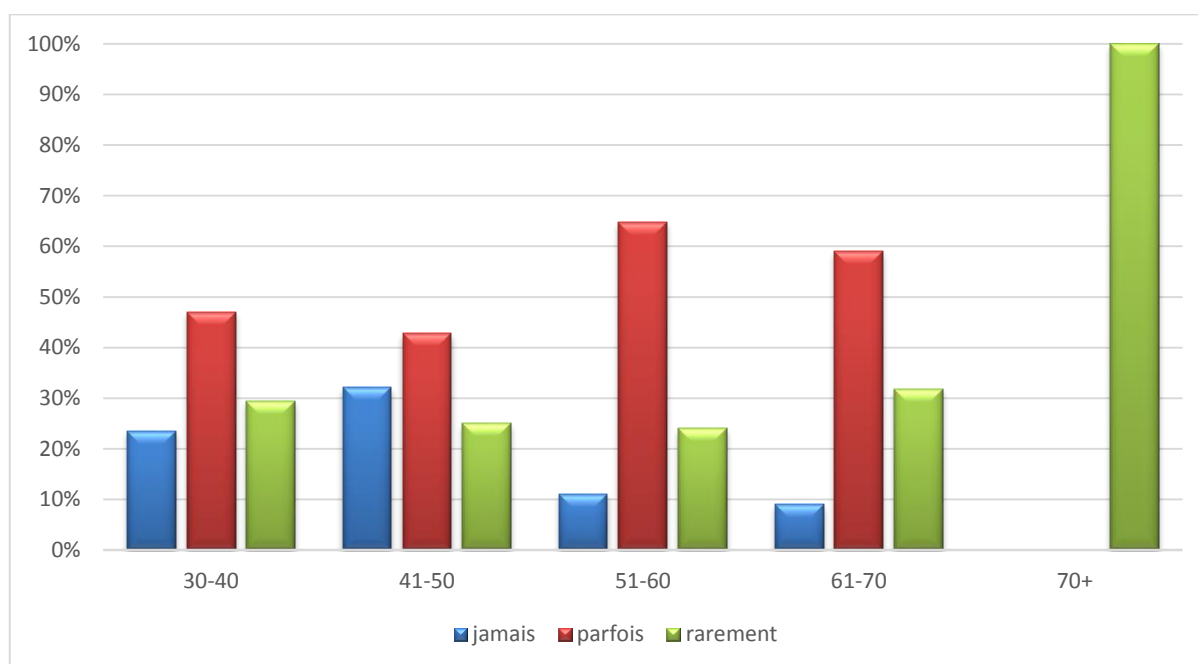


Figure 82 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction de l'âge

Tableau 78 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction de l'âge

	facile	difficile	très difficile
30-40	4 (23.5%)	8 (47.1%)	5 (29.4%)
41-50	9 (32.1%)	12 (42.9%)	7 (25%)
51-60	6 (11.1%)	35 (64.8%)	13 (24.1%)
61-70	2 (9.1%)	13 (59.1%)	7 (31.8%)
70+	0	0	1 (100%)

Toutes les tranches d'âge trouvent qu'il est difficile d'arriver à contacter un praticien dans le secteur public à hauteur de 47%, 43%, 65% et 59%, respectivement pour les tranches d'âge de 10 ans en 10 ans.

Les variations ne sont pas significatives avec une p value de 0.3 selon le calcul de Fisher.

En regroupant le médecin isolé de plus de 70 ans avec la tranche juste en dessous on atteint une p value de 0.2 toujours insuffisant pour parvenir à conclure à une association.

3.3.7.4. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur privé

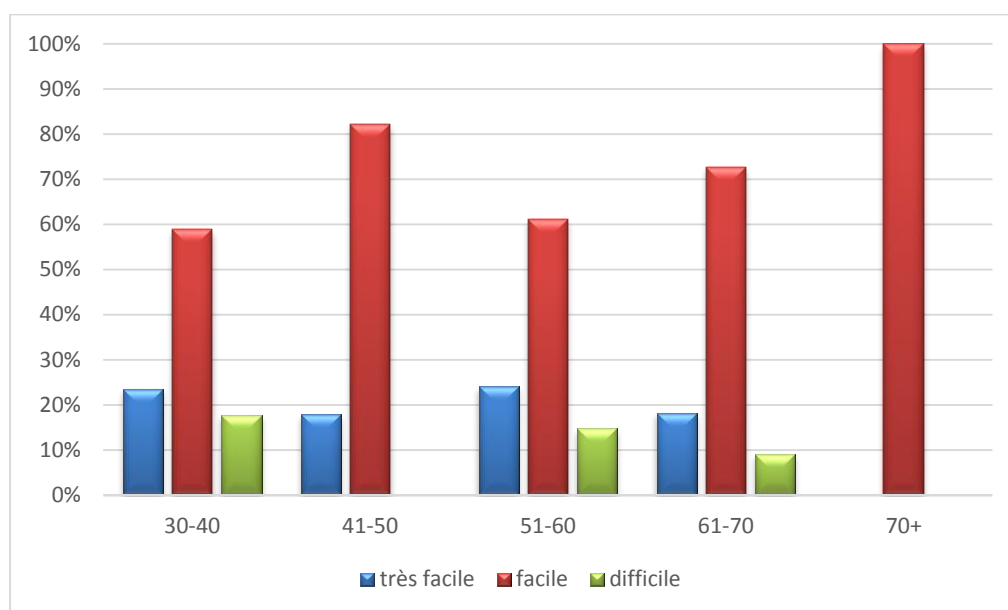


Figure 83 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction de l'âge

Tableau 79 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction de l'âge

	Très facile	facile	difficile
30-40	4 (23.5%)	10 (58.8%)	3 (17.7%)
41-50	5 (17.9%)	23 (82.1%)	0
51-60	13 (24.1%)	33 (61.1%)	8 (14.8%)
61-70	4 (18.2%)	16 (72.7%)	2 (9.1%)
70+	0	1 (100%)	0

Dans chaque tranche d'âge, la majorité des médecins trouvent qu'il est facile de contacter le secteur privé : respectivement à 59%, 82%, 61%, 73% des médecins les plus jeunes aux médecins les plus âgés (ainsi que pour le médecin de plus de 70 ans).

Les variations retrouvées ne sont pas significatives (p value Fisher = 0.38).

3.3.7.5. Possibilité de planifier dans le secteur public

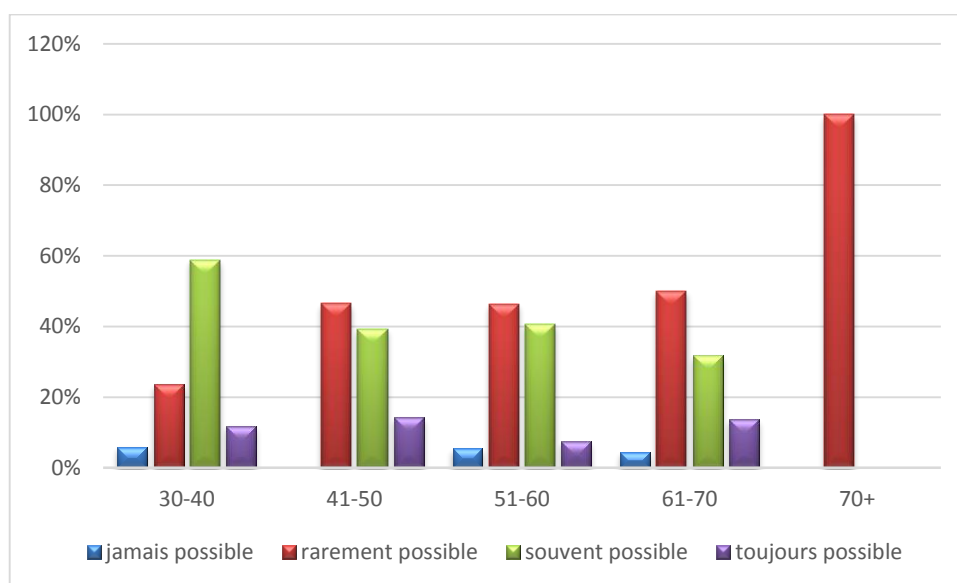


Figure 84 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction de l'âge

Tableau 80 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction de l'âge

	jamais	rarement	souvent	toujours
30-40	1 (5.9%)	4 (23.5%)	10 (58.8%)	2 (11.8%)
41-50	0	13 (46.4%)	11 (39.3%)	4 (14.3%)
51-60	3 (5.6%)	25 (46.3%)	22 (40.7%)	4 (7.4%)
61-70	1 (4.6%)	11 (50%)	7 (31.8%)	3 (13.6%)
70+	0	1 (100%)	0	0

59 % des jeunes médecins déclarent qu'il est souvent possible d'hospitaliser de manière programmée un patient dans le secteur public.

Parmi les 61-70 ans, ils sont 50 % à penser que c'est rarement possible.

Toutes les différences observées dans le tableau ne sont pas significatives (p value Fisher = 0.67).

3.3.7.6. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public

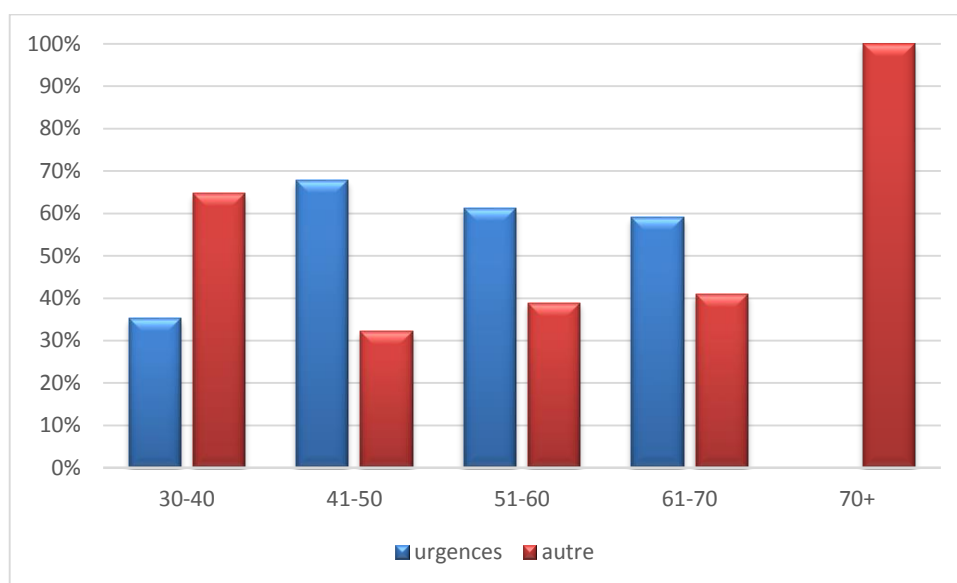


Figure 85 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public en fonction de l'âge

Tableau 81 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public en fonction de l'âge

	urgences	autre
30-40	6 (35.3%)	11 (64.7%)
41-50	19 (67.9%)	9 (32.1%)
51-60	33 (61.1%)	21 (38.9%)
61-70	13 (59.1%)	9 (40.9%)
70+	0	1 (100%)

Alors que les médecins de plus de 41 ans s'orientent à plus de 50% vers les unités d'urgences, la tranche la plus jeune utilise d'autres méthodes de prise en charge en cas d'impossibilité de programmation dans le secteur public.

La p value de Fisher = 0.16 indique qu'il n'y a pas de relation entre la prise en charge en cas d'impossibilité de programmation dans le public et l'âge des médecins.

3.3.7.7. Possibilité de planifier dans le secteur privé

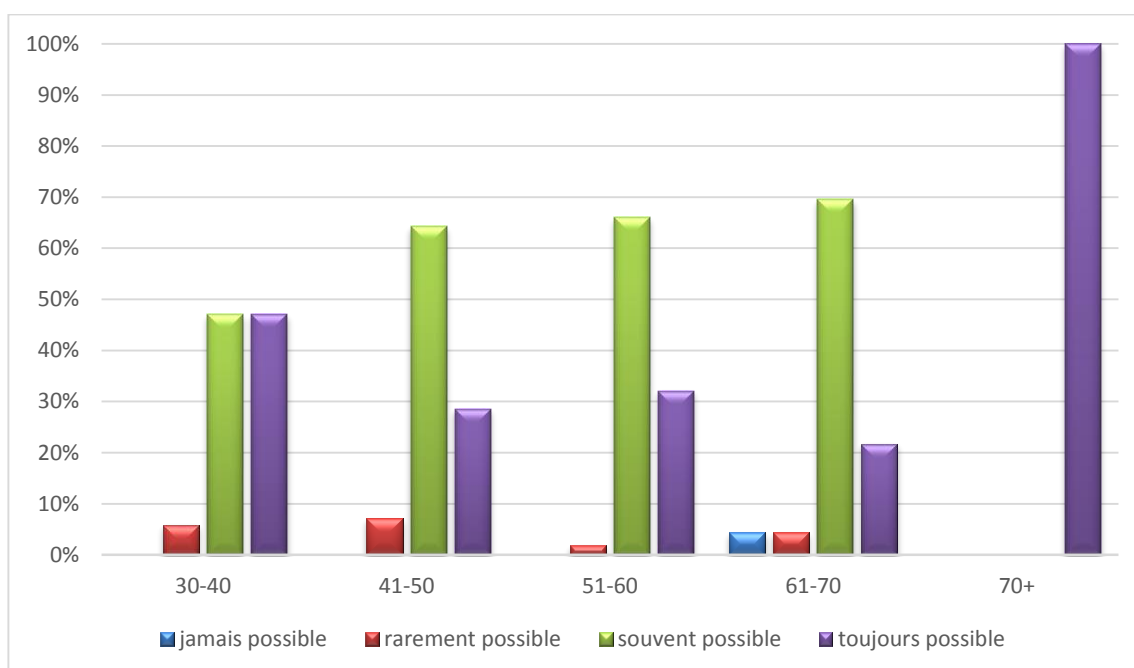


Figure 86 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé en fonction de l'âge

Tableau 82 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé en fonction de l'âge

	jamais	rarement	souvent	toujours
30-40	0	1 (5.9%)	8 (47.1%)	8 (47.1%)
41-50	0	2 (7.1%)	18 (64.3%)	8 (28.6%)
51-60	0	1 (1.9%)	35 (66%)	17 (32.1%)
61-70	1 (4.3%)	1 (4.3%)	16 (69.6%)	5 (21.7%)
70+	0	0	0	1 (100%)

Toutes les tranches d'âge estiment qu'il est souvent ou toujours possible d'hospitaliser un patient de manière programmée dans le secteur privé à une très large majorité respectivement pour chaque tranche d'âge : 94%, 93%, 98%, 91% des médecins les plus jeunes aux plus âgés.

Les variations observées sont liées au hasard (p value selon Fisher = 0.35).

3.3.7.8. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé

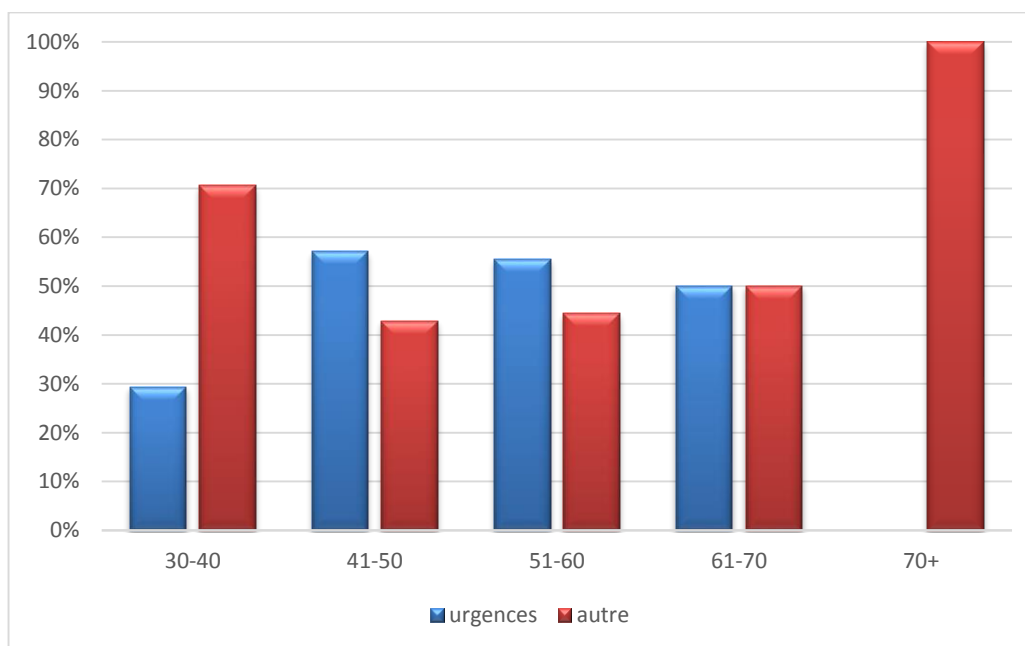


Figure 87 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction de l'âge

Tableau 83 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction de l'âge

	urgences	autre
30-40	5 (29.4%)	12 (70.6%)
41-50	16 (57.1%)	12 (42.9%)
51-60	30 (55.6%)	24 (44.4%)
61-70	11 (50%)	11 (50%)
70+	0	1 (100%)

Les tranches d'âge intermédiaires s'orientent à 57% et 56% vers les urgences privées en cas d'impossibilité de planifier.

La tranche 61-70 ans se partage également les urgences et d'autres orientations à 50%.

Les plus jeunes utilisent d'autres méthodes de prise en charge à 71%.

L'orientation si la programmation est impossible dans le privé et l'âge n'ont pas de relation (p value avec le test exact de Fisher = 0.26).

3.3.8. Variations selon l'idée que la planification permet une meilleure prise en charge

3.3.8.1. Envoi direct aux urgences

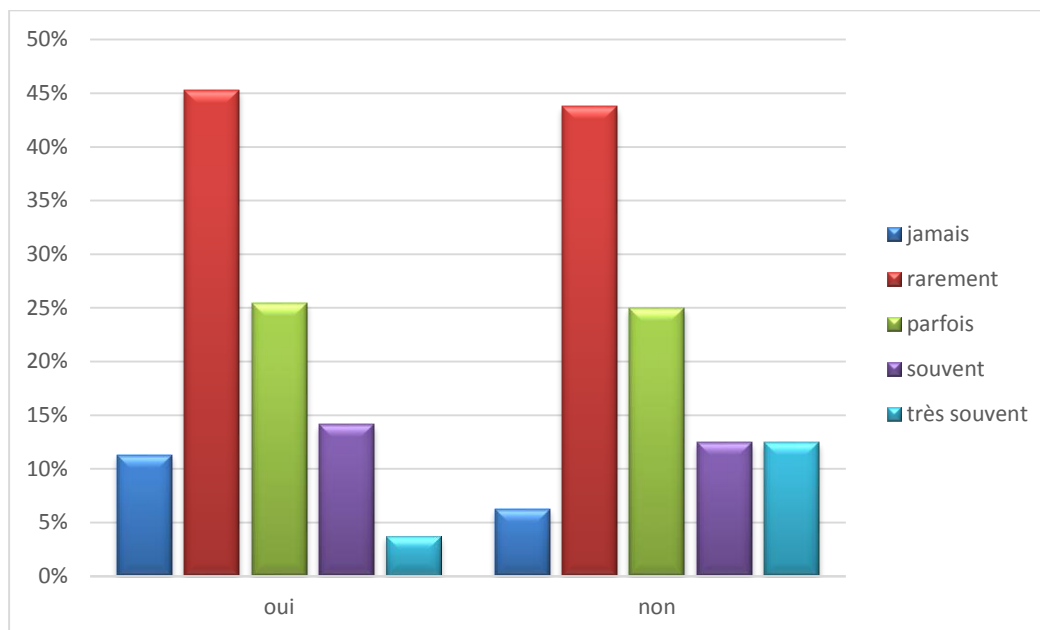


Figure 88 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée

Tableau 84 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée

	jamais	rarement	parfois	souvent	très souvent
oui	12 (11.3%)	48 (45.3%)	27 (25.5%)	15 (14.2%)	4 (3.8%)
non	1 (6.3%)	7 (43.8%)	4 (25%)	2 (12.5%)	2 (12.5%)

Que la considération de l'hospitalisation programmée soit positive ou négative, les médecins hospitalisent rarement directement aux urgences sans planifier à 45% et à 44%. Les différences ne sont pas significatives (p value selon Fisher = 0.65).

3.3.8.2. Attentes lors du contact initial

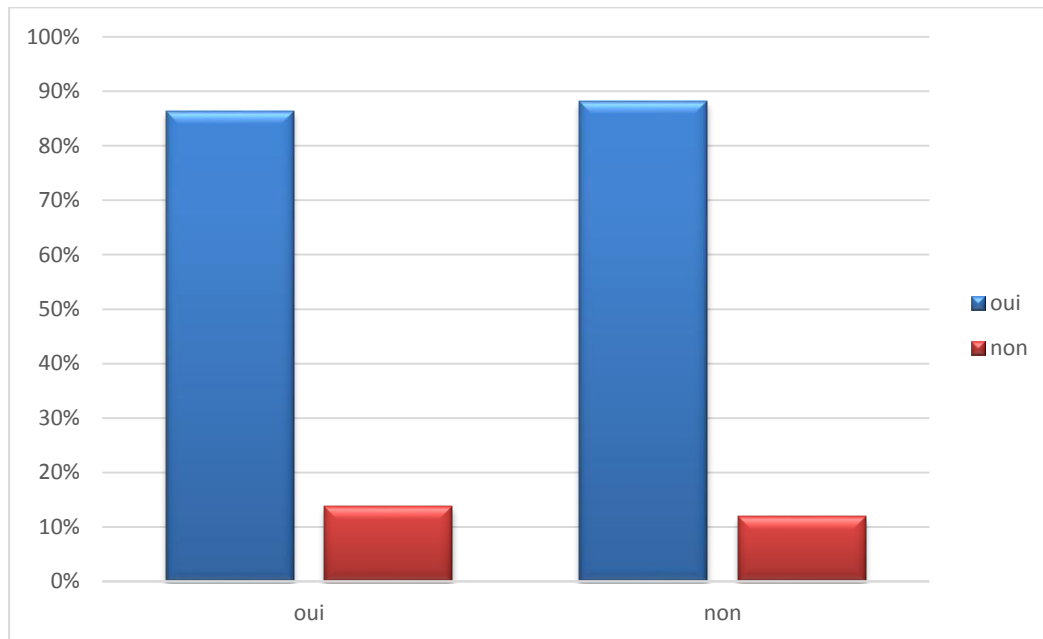


Figure 89 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée

Tableau 85 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée

	Oui (attentes)	Non (attentes)
Oui (planification)	69 (86.3%)	11 (13.8%)
Non (planification)	37 (88.1%)	5 (11.9%)

86 % des médecins ayant une opinion positive de l'hospitalisation programmée ont des attentes complémentaires lors du contact initial.

88 % de ceux qui ont une opinion plutôt négative ont des attentes complémentaires lors du contact initial.

Les différences sont des fluctuations liées au hasard (p value = 0.8).

3.3.8.3. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public

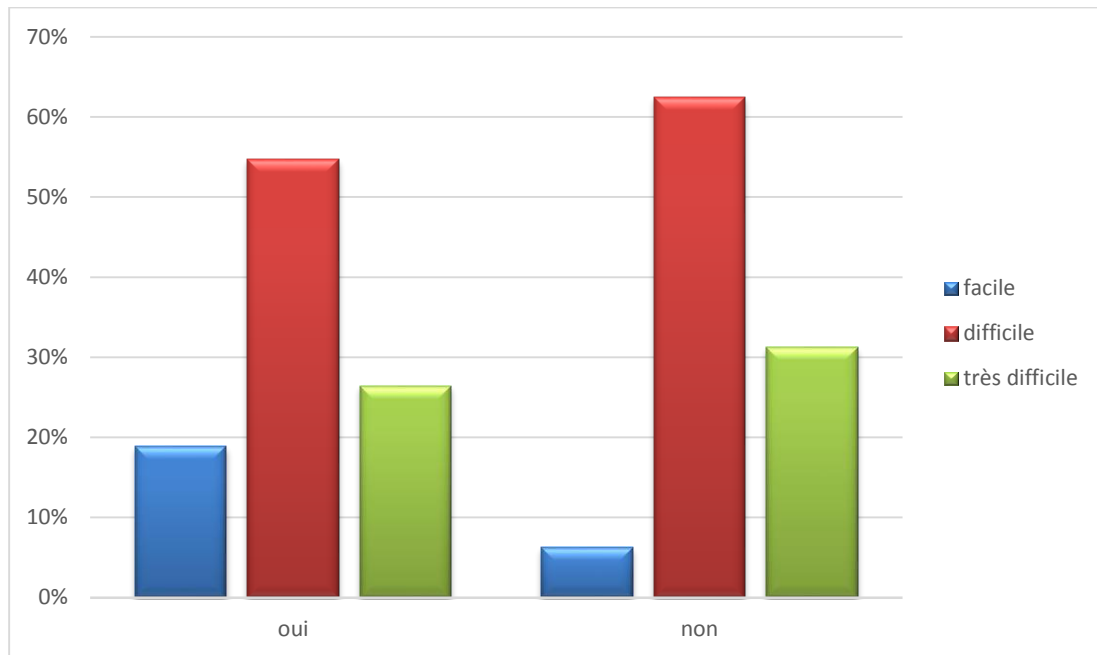


Figure 90 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée

Tableau 86 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée

	facile	difficile	très difficile
oui	20 (18,87%)	58 (54,72%)	28 (26,42%)
non	1 (6,25%)	10 (62,50%)	5 (31,25%)

55% des médecins trouvent qu'il est difficile de contacter le secteur public malgré leur opinion positive de l'hospitalisation programmée.

63% des médecins trouvent le contact avec le secteur public difficile parmi la totalité ayant une opinion négative de l'hospitalisation programmée.

Les fluctuations sont liées au hasard (p value selon Fisher = 0.54).

3.3.8.4. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur privé

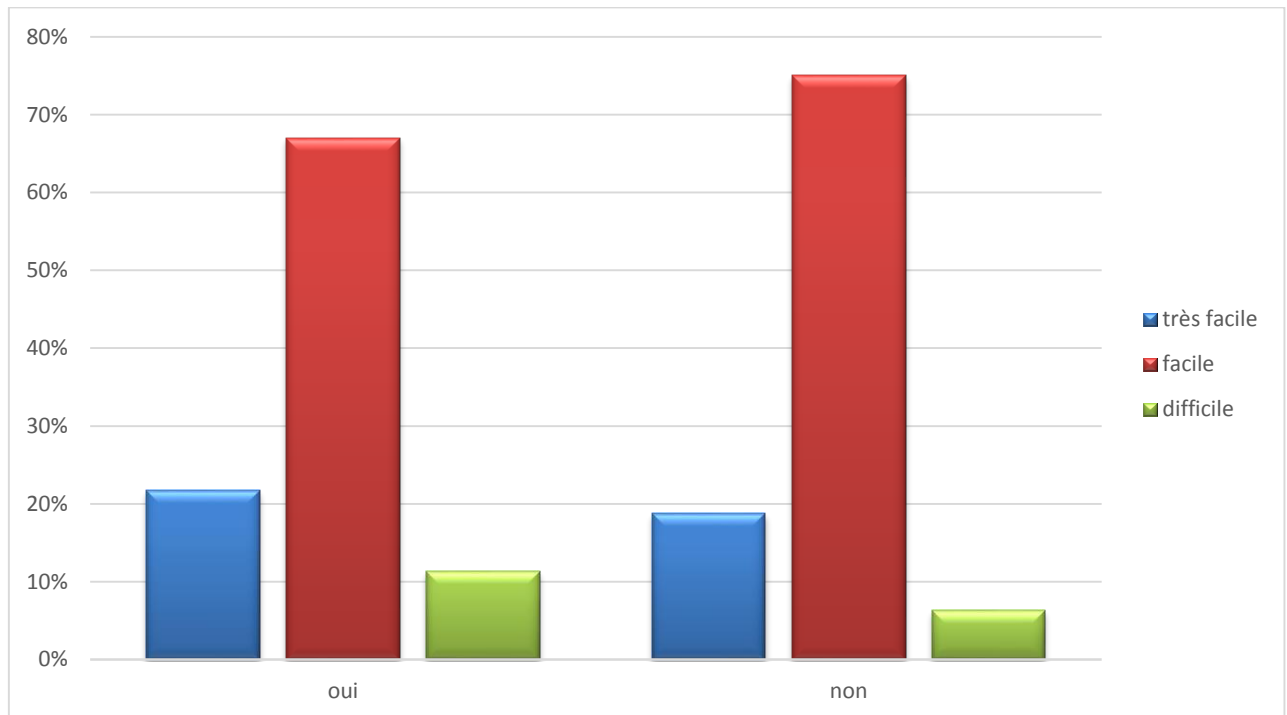


Figure 91 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée

Tableau 87 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée

	très facile	facile	difficile
oui	23 (21,70%)	71 (66,98%)	12 (11,32%)
non	3 (18,75%)	12 (75,00%)	1 (6,25%)

Qu'ils aient bonne ou mauvaise considération de l'hospitalisation programmée les médecins trouvent facile d'avoir en contact un praticien dans le secteur privé à 67% et 75%.

Cette différence est liée au hasard (p value = 1).

3.3.8.5. Possibilité de planifier dans le secteur public

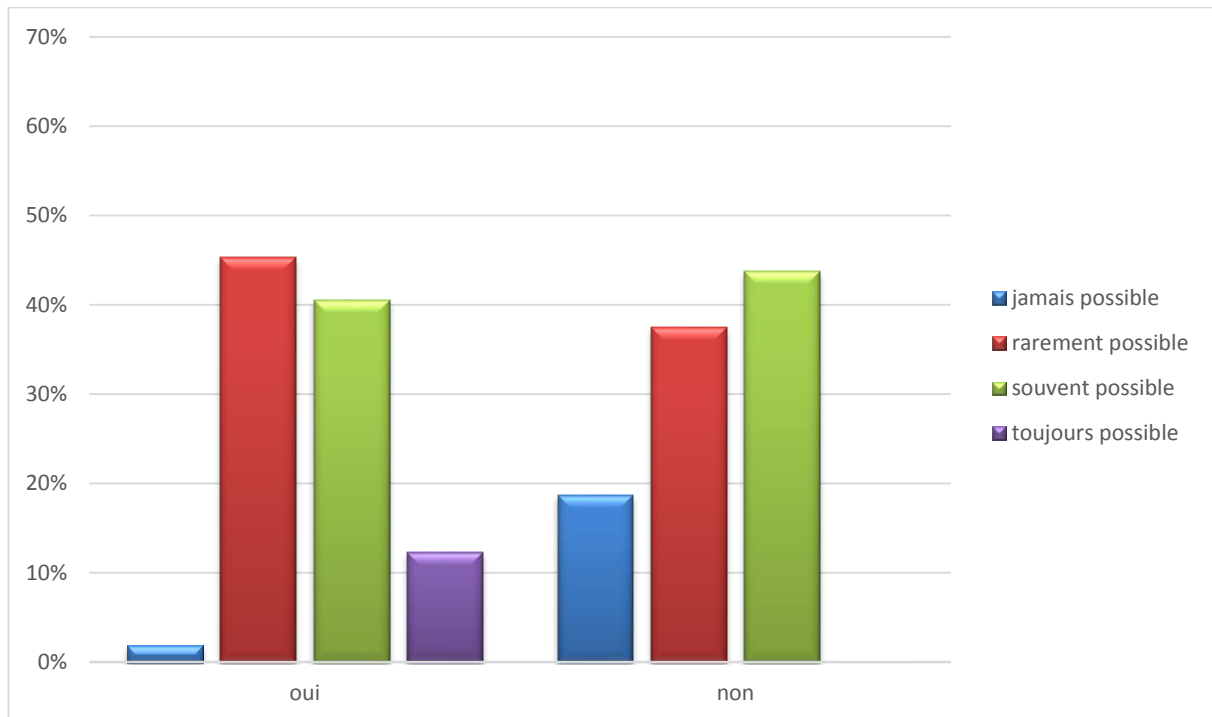


Figure 92 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée

Tableau 88 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée

	jamais	rarement	souvent	toujours
oui	2 (1,89%)	48 (45,28%)	43 (40,57%)	13 (12,26%)
non	3 (18,75%)	6 (37,50%)	7 (43,75%)	0

Les médecins qui considèrent positivement l'hospitalisation programmée estiment qu'il est toujours possible de planifier dans le secteur public à 12%.

Les médecins qui considèrent négativement l'hospitalisation programmée trouvent qu'il n'est jamais possible de planifier dans le secteur public à 19%.

La p value de 0.02 par le test exact de Fisher nous garantit une association entre la possibilité de programmer dans le secteur public et l'image qu'ont les médecins de la programmation et les variations retrouvées sont significative.

3.3.8.6. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public

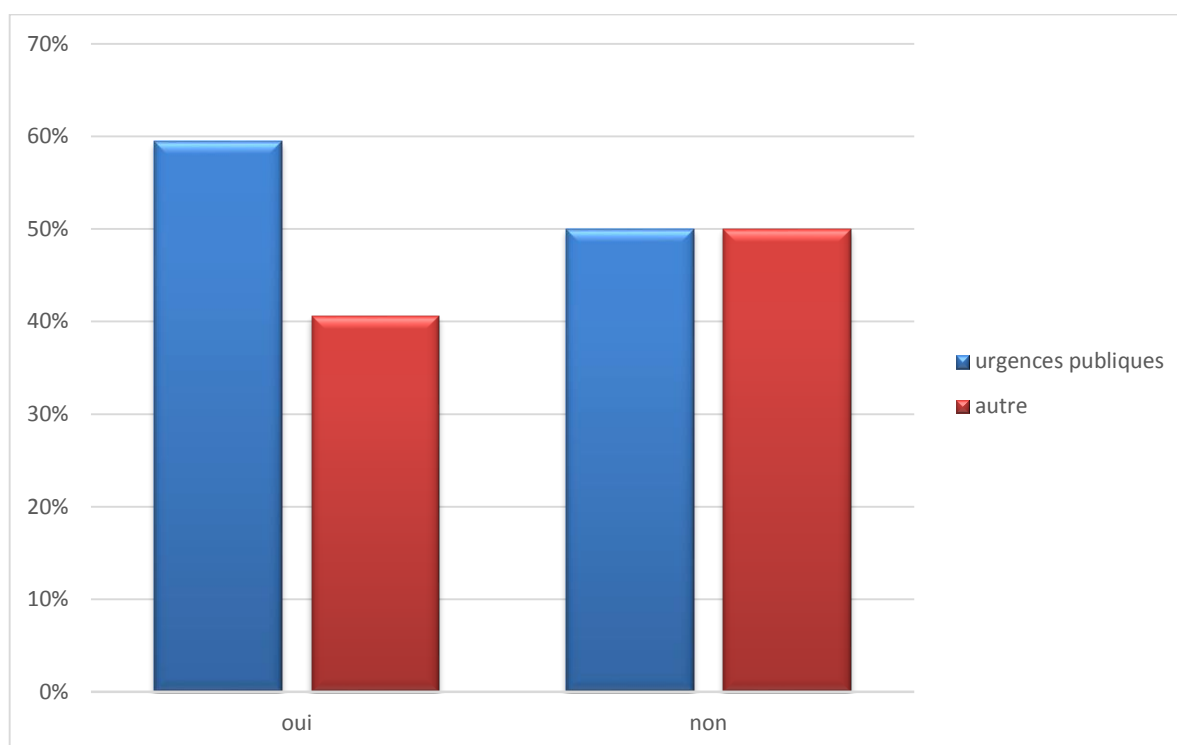


Figure 93 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée

Tableau 89 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée

	urgences publiques	autre
oui	63 (59,43%)	43 (40,57%)
non	8 (50,00%)	8 (50,00%)

Les médecins qui ont des considérations positives pour l'hospitalisation programmée sont 59% à orienter les patients vers les urgences publiques en cas d'impossibilité de planifier.

Les variations observées ne sont pas significatives (p value = 0.5).

3.3.8.7. Possibilité de planifier dans le secteur privé

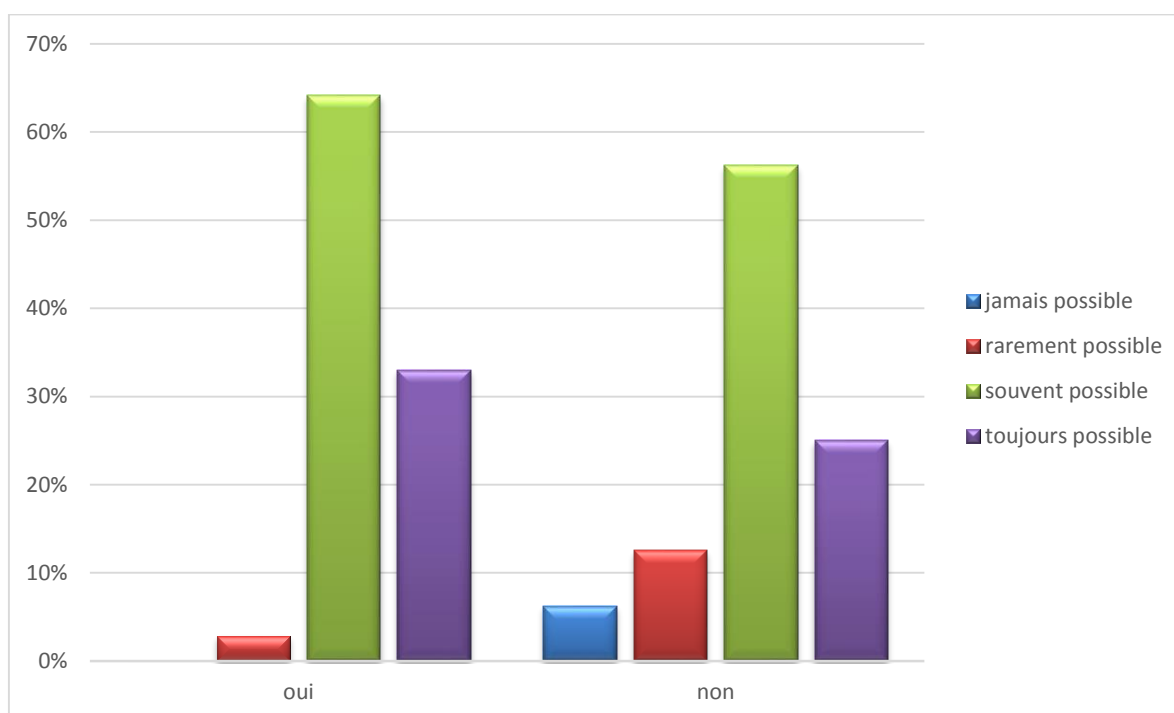


Figure 94 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée

Tableau 90 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée

	jamais	rarement	souvent	toujours
oui	0	3 (2,83%)	68 (64,15%)	35 (33,02%)
non	1 (6,25%)	2 (12,50%)	9 (56,25%)	4 (25,00%)

Les médecins pensant que l'hospitalisation programmée est une meilleure prise en charge déclarent qu'il est souvent ou toujours possible de planifier dans le secteur privé à respectivement 64% et 33%.

A l'inverse, ceux qui pensent que l'hospitalisation programmée n'est pas une meilleure prise en charge déclarent qu'il n'est rarement voire jamais possible de planifier dans le secteur privé à hauteur de 13% et 6%.

La p value par test de Fisher de 0.04 nous assure qu'il y a une dépendance entre la considération de l'hospitalisation et les possibilités que s'offrent les médecins généralistes pour planifier une hospitalisation dans le secteur privé avec des résultats significatifs et non liés au hasard.

3.3.8.8. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé

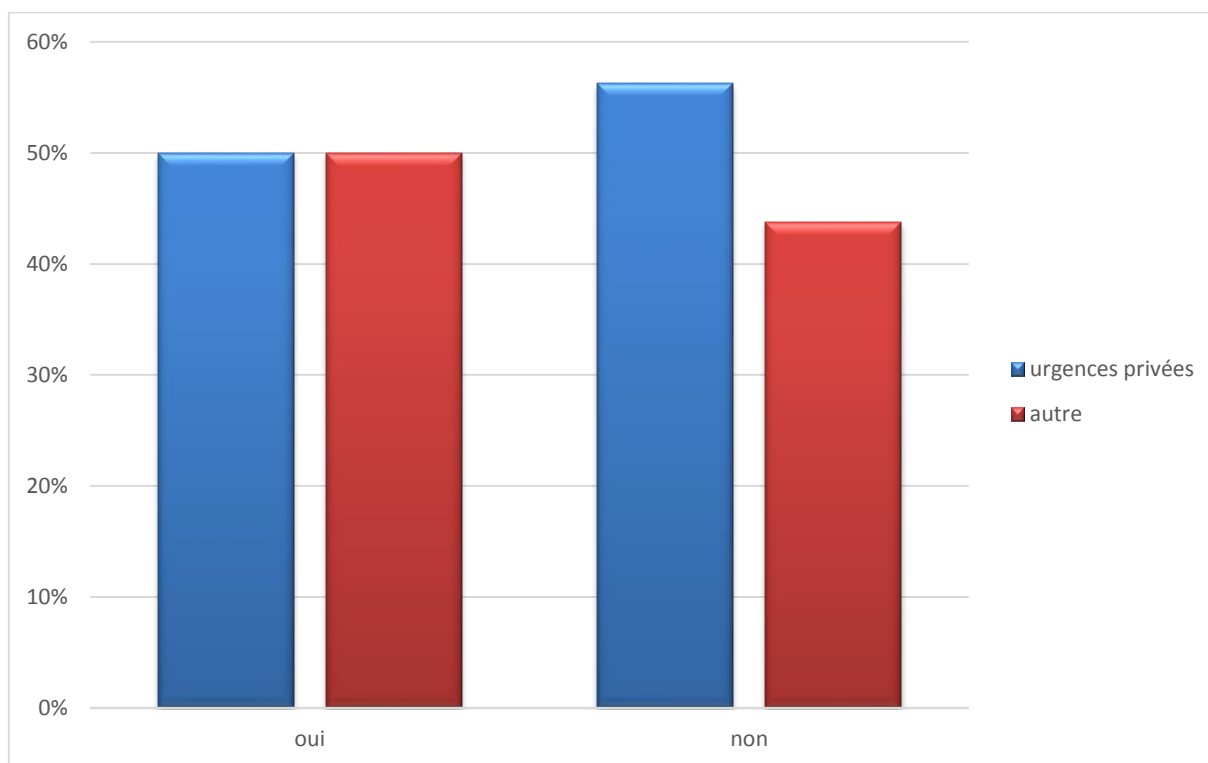


Figure 95 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée

Tableau 91 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée

	urgences privées	autre
oui	53 (50%)	53 (50%)
non	9 (56.3%)	7 (43.8%)

La considération positive des médecins pour l'hospitalisation programmée font qu'ils orientent à 50% vers des urgences privées en cas d'impossibilité de planifier.

Ceux qui trouvent que l'hospitalisation programmée n'est pas une meilleure prise en charge orientent vers les urgences à 56%

Toutefois, les variations ne sont pas significatives (p value = 0.7).

3.3.9. Variations selon la rapidité des réponses dans le secteur privé

3.3.9.1. Attentes lors du contact initial

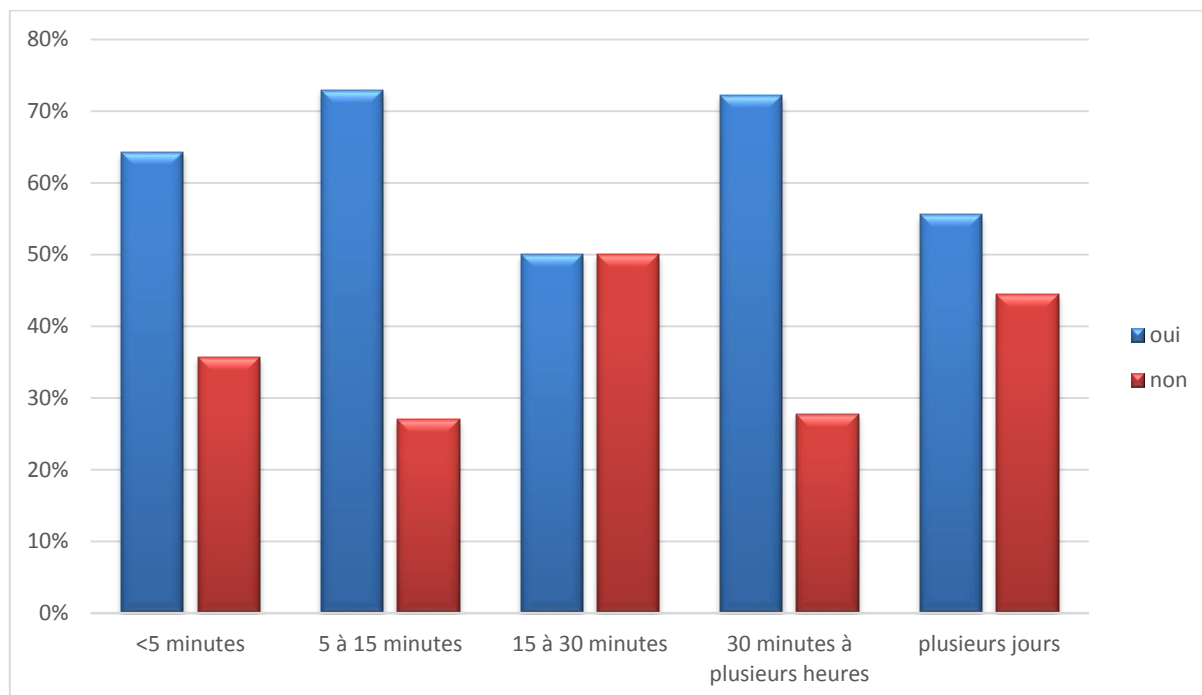


Figure 96 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction du temps de réponse dans le privé

Tableau 93 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction du temps de réponse dans le privé

	oui	Non
<5 minutes	27 (64,29%)	15 (35,71%)
5 à 15 minutes	27 (72,97%)	10 (27,03%)
15 à 30 minutes	8 (50,00%)	8 (50,00%)
30 minutes à plusieurs heures	13 (72,22%)	5 (27,78%)
plusieurs jours	5 (55,56%)	4 (44,44%)

Pour toutes les strates de temps de réponse, il y a toujours une majorité d'attentes complémentaires : de 50%, pour des réponses de 15 à 30 minutes, à 73% pour des réponses de 5 à 15 minutes.

Les variations de ce tableau sont liées au hasard (p value de Fisher = 0.49).

3.3.9.2. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public

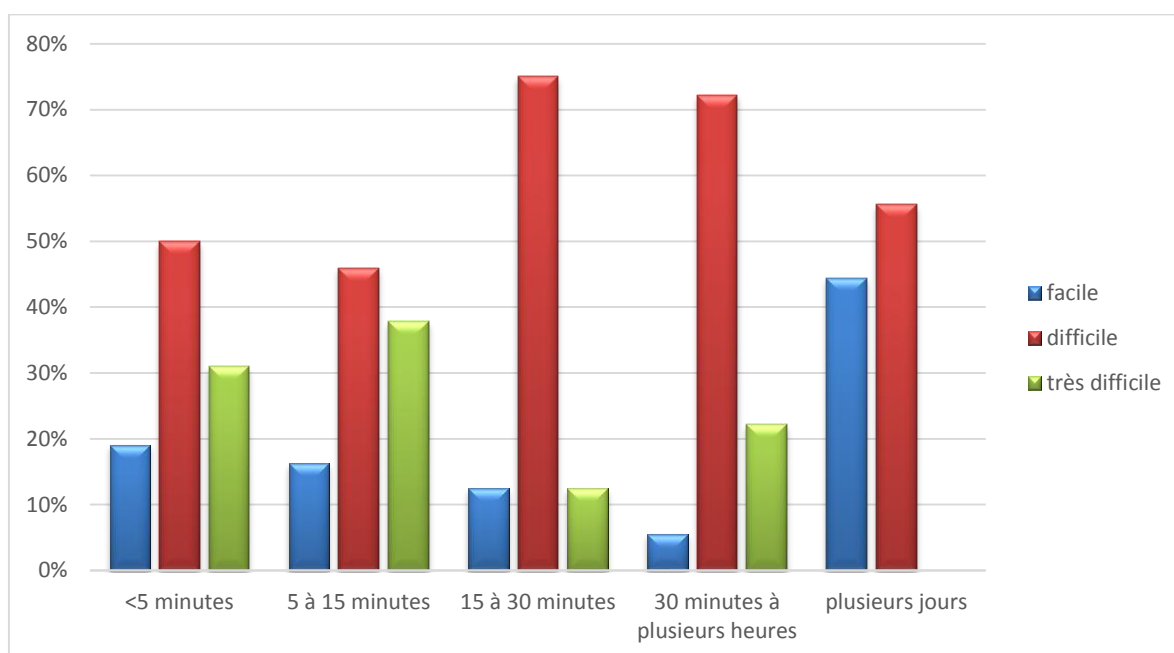


Figure 97 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction du temps de réponse dans le secteur privé

Tableau 94 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction du temps de réponse dans le secteur privé

	facile	difficile	très difficile
<5 minutes	8 (19.1%)	21 (50%)	13 (30.9%)
5 à 15 minutes	6 (16.2%)	17 (46%%)	14 (37.8%)
15 à 30 minutes	2 (12.5%)	12 (75%)	2 (12.5%)
30 minutes à plusieurs heures	1 (5.6%)	13 (72.2%)	4 (22.2%)
plusieurs jours	4 (44.4%)	5 (55.6%)	0

Les médecins qui ont une réponse de la part du praticien du privé très rapidement (moins de 5 minutes) trouvent qu'il existe une difficulté pour entrer en contact avec le secteur public : difficile 50% et très difficile 31%

Toutefois les variations observés ne sont pas significatives (p value Fisher = 0.29).

3.3.9.3. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur privé

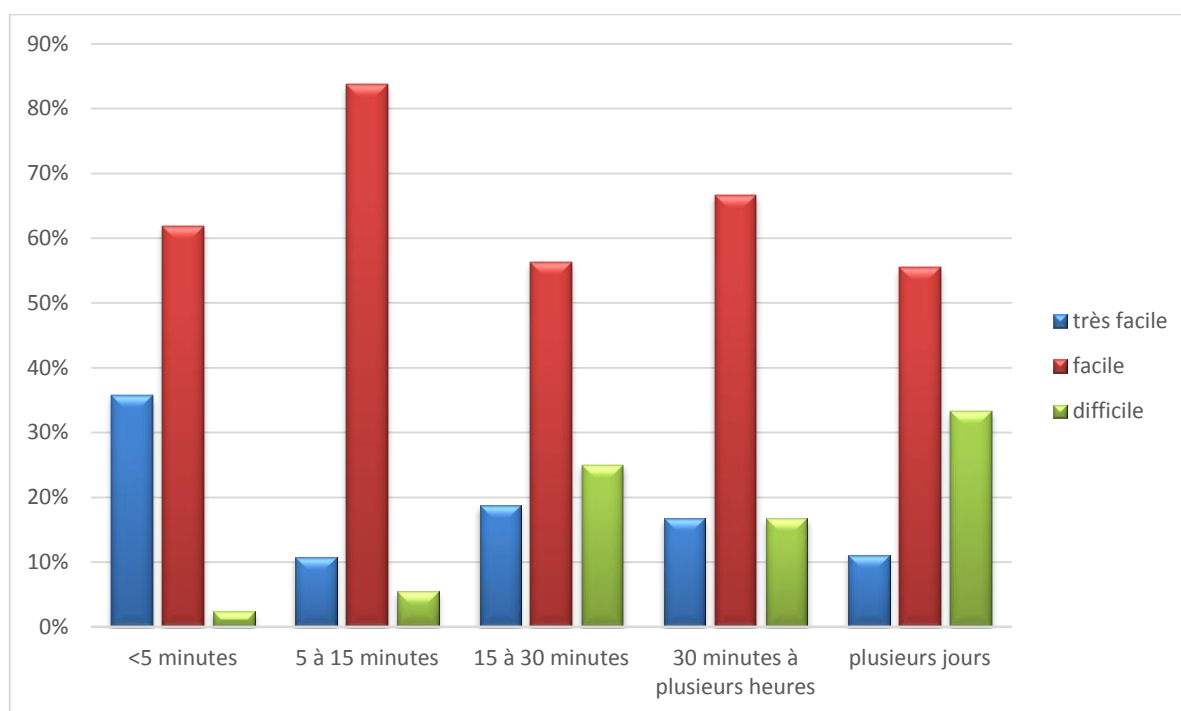


Figure 98 : Difficulté ressentie pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction du temps de réponse

Tableau 95 : Difficulté ressentie pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction du temps de réponse

	très facile	facile	difficile
<5 minutes	15 (35.7%)	26 (61.9%)	1 (2.4%)
5 à 15 minutes	4 (10.8%)	31 (83.8%)	2 (5.4%)
15 à 30 minutes	3 (18.8%)	9 (56.3%)	4 (25%)
30 minutes à plusieurs heures	3 (16.7%)	12 (66.8%)	3 (16.7%)
plusieurs jours	1 (11.1%)	5 (55.7%)	3 (33.3%)

Quel que soit le temps de réponse dans le secteur privé, les médecins ont la sensation majoritaire qu'il est facile d'avoir un contact dans le secteur privé. Par exemple, pour des réponses rapides entre 5 à 15 minutes, les médecins pensent à 84% qu'il est facile d'avoir un contact dans le secteur privé.

Les différences observées dans ce tableau sont significatives (**p value par Fisher = 0.004**).

3.3.9.4. Possibilité de planifier dans le secteur public

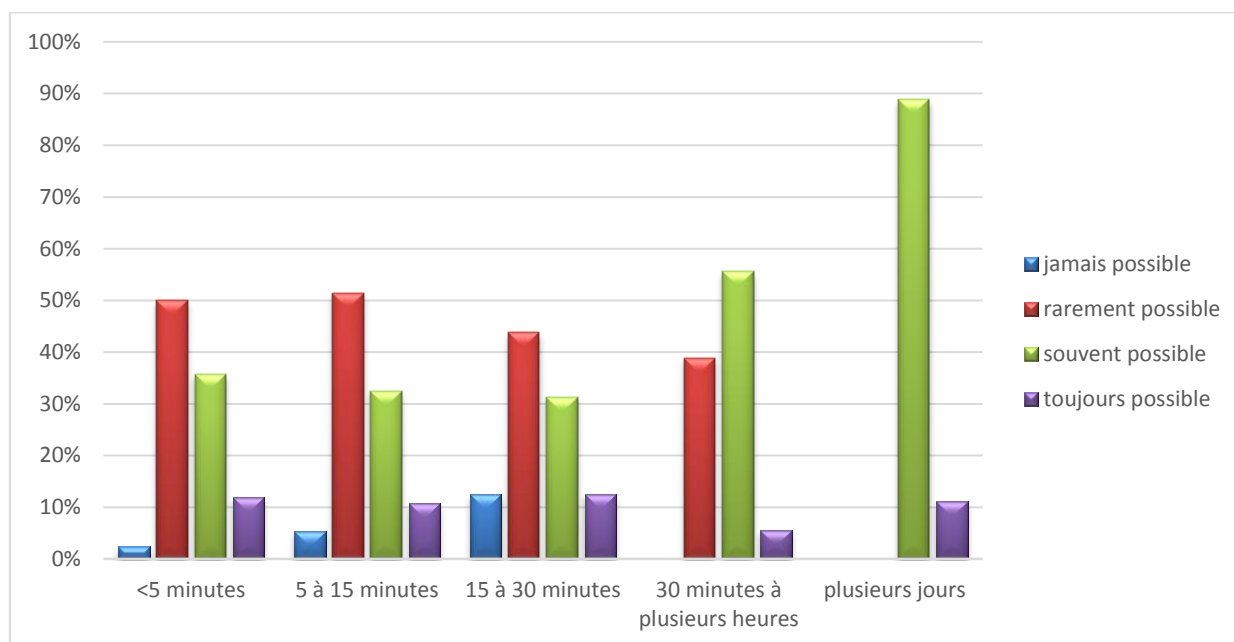


Figure 99 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction du temps de réponse dans le secteur privé

Tableau 96 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction du temps de réponse dans le secteur privé

	jamais	rarement	souvent	toujours
<5 minutes	1 (2.4%)	21 (50%)	15 (35.7%)	5 (11.9%)
5 à 15 minutes	2 (5.4%)	19 (51.4%)	12 (32.4%)	4 (10.8%)
15 à 30 minutes	2 (12.5%)	7 (43.8%)	5 (31.3%)	2 (12.5%)
30 minutes à plusieurs heures	0	7 (38.9%)	10 (55.6%)	1 (5.6%)
plusieurs jours	0	0	8 (88.9%)	1 (11.1%)

Les médecins obtenant une réponse très lente dans le privé – plusieurs jours – déclarent qu’il est souvent possible d’hospitaliser de manière programmé dans le secteur public à 89%.

Les médecins qui ont une réponse très rapide dans le privé - moins de cinq minutes- trouvent qu’il est rarement possible d’hospitaliser un patient de manière programmé dans le secteur public à 50%.

Toutefois les valeurs observées ne sont pas significatives (p value de Fisher = 0.15).

3.3.9.5. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public

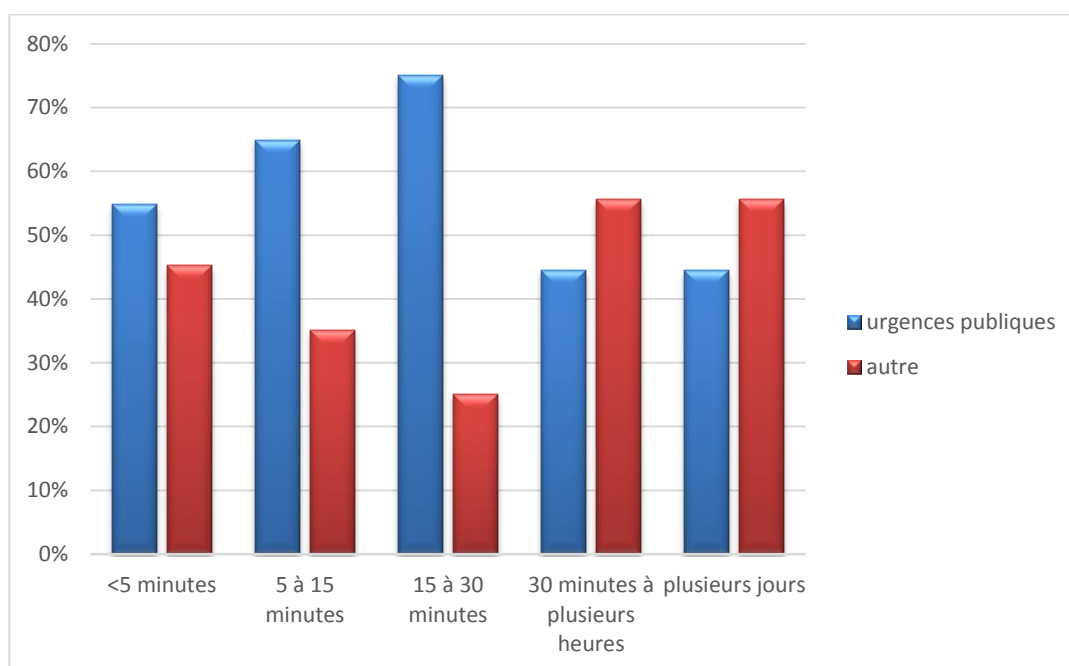


Figure 100 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public en fonction du temps de réponse dans le secteur privé

Tableau 97 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public en fonction du temps de réponse dans le secteur privé

	urgences publiques	autre
<5 minutes	23 (54.8%)	19 (45.2%)
5 à 15 minutes	24 (64.9%)	13 (35.1%)
15 à 30 minutes	12 (75%)	4 (25%)
30 minutes à plusieurs heures	8 (44.4%)	10 (55.6%)
plusieurs jours	4 (44.4%)	5 (55.6%)

Les médecins obtenant des réponses très rapides dans le privé orientent à 55% aux urgences publiques lorsque l'hospitalisation programmée n'est pas possible.

Si la réponse est de rapidité modérée dans le privé, on trouve 75% d'orientation vers les urgences publiques en cas d'impossibilité de planifier dans ce même secteur.

Les données sont liées au hasard des fluctuations (p value de Fisher = 0.31).

3.3.9.6. Possibilité de planifier dans le secteur privé

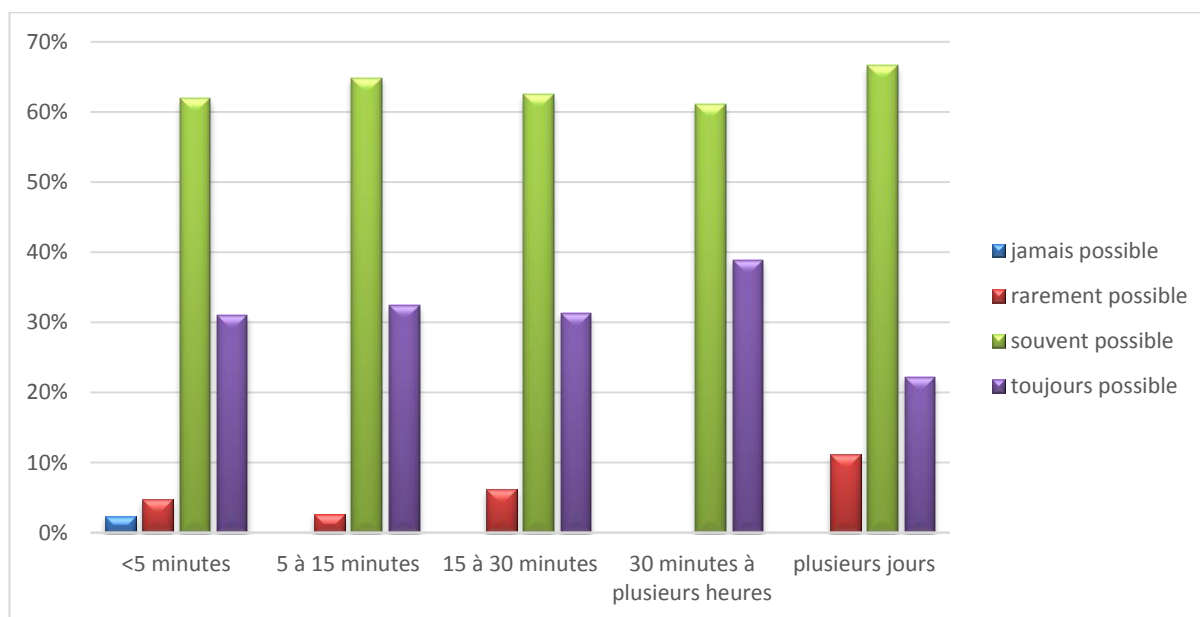


Figure 101 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé en fonction du temps de réponse

Tableau 98 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé en fonction du temps de réponse

	jamais	rarement	souvent	toujours
<5 minutes	1 (2.4%)	2 (4.8%)	26 (61.9%)	13 (31%)
5 à 15 minutes	0	1 (2.7%)	24 (64.9%)	12 (32.4%)
15 à 30 minutes	0	1 (6.3%)	10 (62.5%)	5 (32.3%)
30 minutes à plusieurs heures	0	0	11 (61.1%)	7 (38.9%)
plusieurs jours	0	1 (11.1%)	6 (66.7%)	2 (22.2%)

Les médecins estiment qu'il est souvent et toujours possible de planifier dans le privé, dans la mesure où la réponse dans ce secteur est très rapide, moins de 5 minutes (91%), rapide de 5 à 15 minutes (97%), moyenne de 15 à 30 minutes (95%), voire lente de 30 min à plusieurs jours (100%).

Lorsque la réponse est très lente – plusieurs jours – ils estiment qu'il est rarement possible d'hospitaliser à 11%.

La fluctuation retrouvées ici sont le résultat du hasard et ne dépendent pas du temps de réponse (p value de Fisher = 0.95).

3.3.9.7. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé

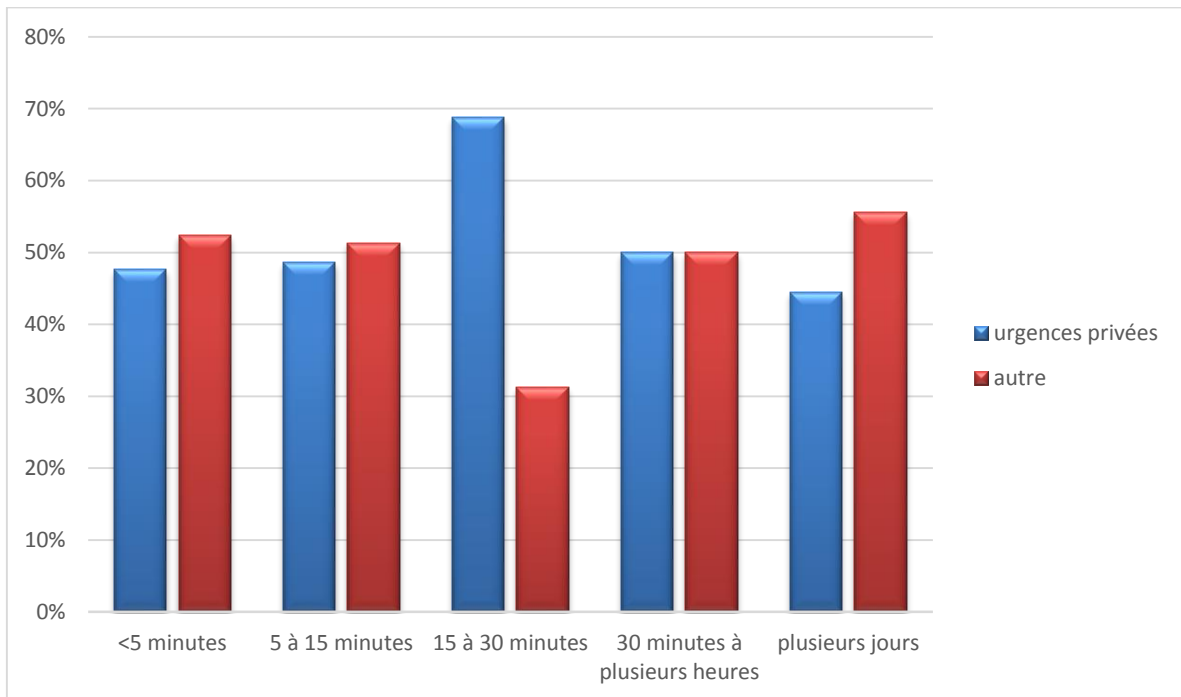


Figure 102 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction du temps de réponse

Tableau 99 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé du temps de réponse

	urgences privées	autre
<5 minutes	20 (47.6%)	22 (52.4%)
5 à 15 minutes	18 (48.7%)	19 (51.4%)
15 à 30 minutes	11 (68.8%)	5 (31.3%)
30 minutes à plusieurs heures	9 (50%)	9 (50%)
plusieurs jours	4 (44.4%)	5 (55.6%)

Les prises en charge se font de manière très équilibrée en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé avec des proportions globales autour de 50%.

Les variations sont toutefois liées aux fluctuations du hasard (p value de Fisher = 0.66).

3.3.10. Variations selon la rapidité des réponses dans le secteur public

3.3.10.1. Envoi direct aux urgences

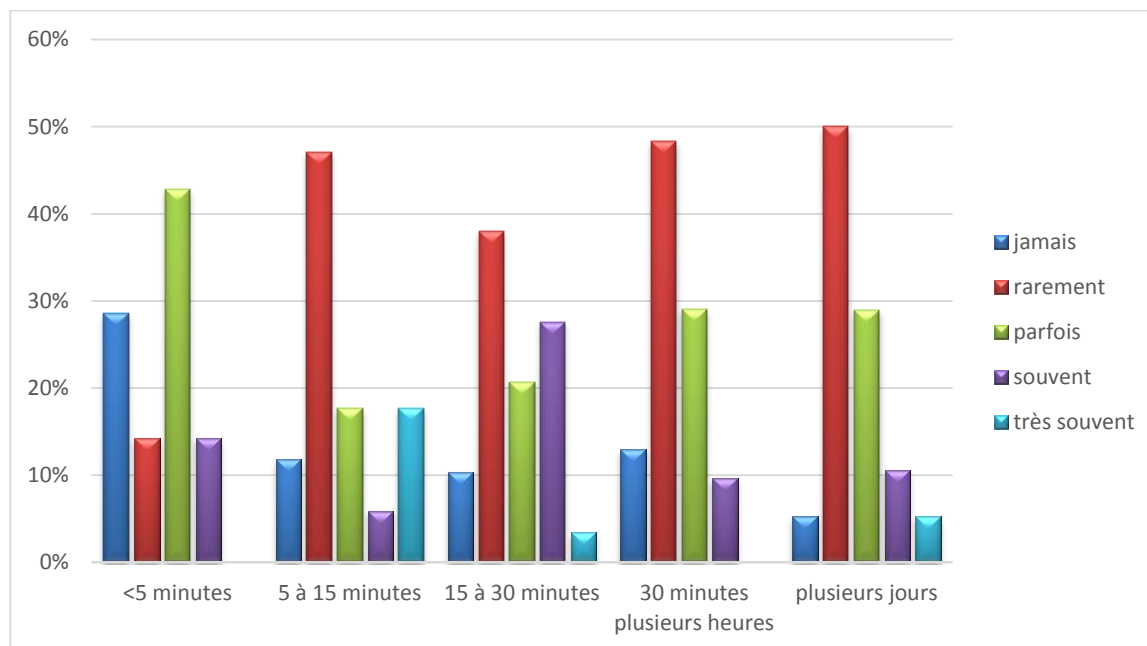


Figure 103 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction de la rapidité de réponse du secteur public

Tableau 100 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction de la rapidité de réponse du secteur public

	jamais	rarement	parfois	souvent	très souvent
<5 minutes	2 (28.6%)	1 (14.3%)	3 (42.9%)	1 (14.3%)	0
5 à 15 minutes	2 (11.8%)	8 (47.1%)	3 (17.7%)	1 (5.9%)	3 (17.7%)
15 à 30 minutes	3 (10.3%)	11 (37.9%)	6 (20.7%)	8 (27.6%)	1 (3.5%)
30 minutes plusieurs heures	4 (12.9%)	15 (48.4%)	9 (29%)	3 (9.7%)	0
plusieurs jours	2 (5.3%)	19 (50%)	11 (29%)	4 (10.5%)	2 (5.3%)

Les médecins qui planifient et ont des réponses de 5 minutes à plusieurs jours envoient rarement aux urgences sans planifier à 47%, 38%, 48% et 50%.

Les médecins qui planifient et ont des réponses de moins de 5 minutes envoient parfois aux urgences sans planifier à 43%.

Les variations n'ont pas de signification particulière (p value de Fisher = 0.3).

3.3.10.2. Attentes lors du contact initial

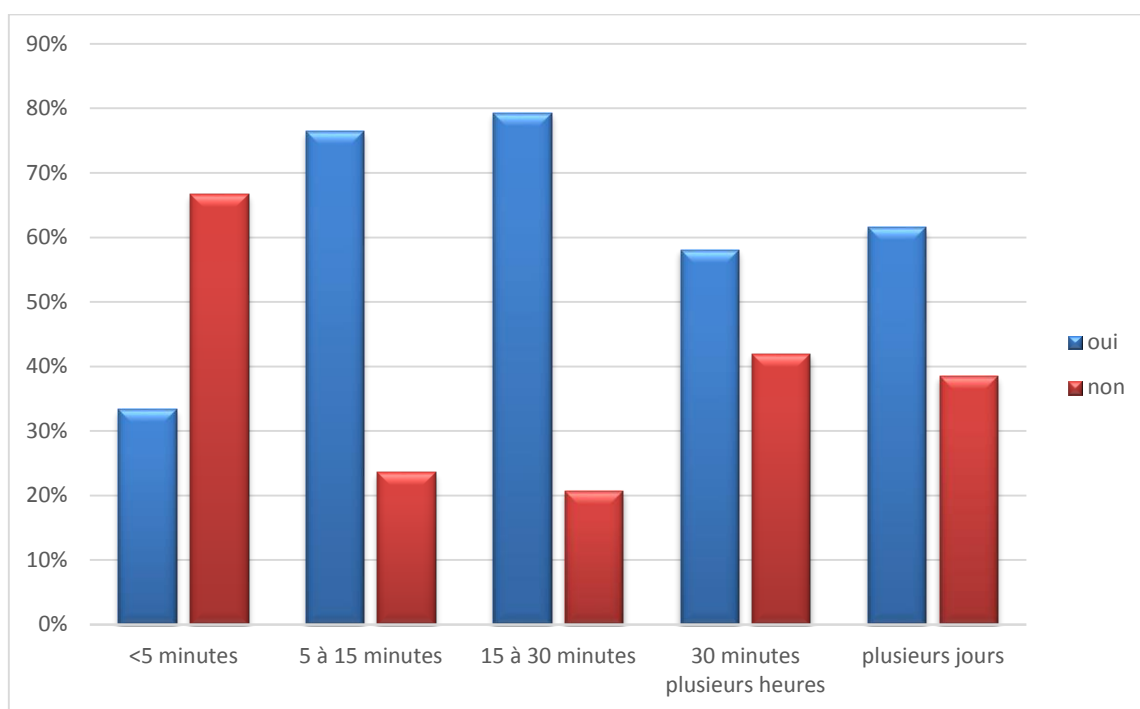


Figure 104 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction de la rapidité de réponse du secteur public

Tableau 101 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction de la rapidité de réponse du secteur public

	oui	non
<5 minutes	2 (33,33%)	4 (66,67%)
5 à 15 minutes	13 (76,47%)	4 (23,53%)
15 à 30 minutes	23 (79,31%)	6 (20,69%)
30 minutes plusieurs heures	18 (58,06%)	13 (41,94%)
plusieurs jours	24 (61,54%)	15 (38,46%)

Les médecins qui ont une réponse concernant la planification entre 5 minutes et plusieurs jours ont des attentes secondaires lors du contact initial à 76%, 79%, 58%, 62%.

Les médecins qui ont une réponse en moins de 5 minutes dans le secteur public n'ont pas d'attente secondaire 67%.

Les différences sont liées au hasard (p value de Fisher = 0.13).

3.3.10.3. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public

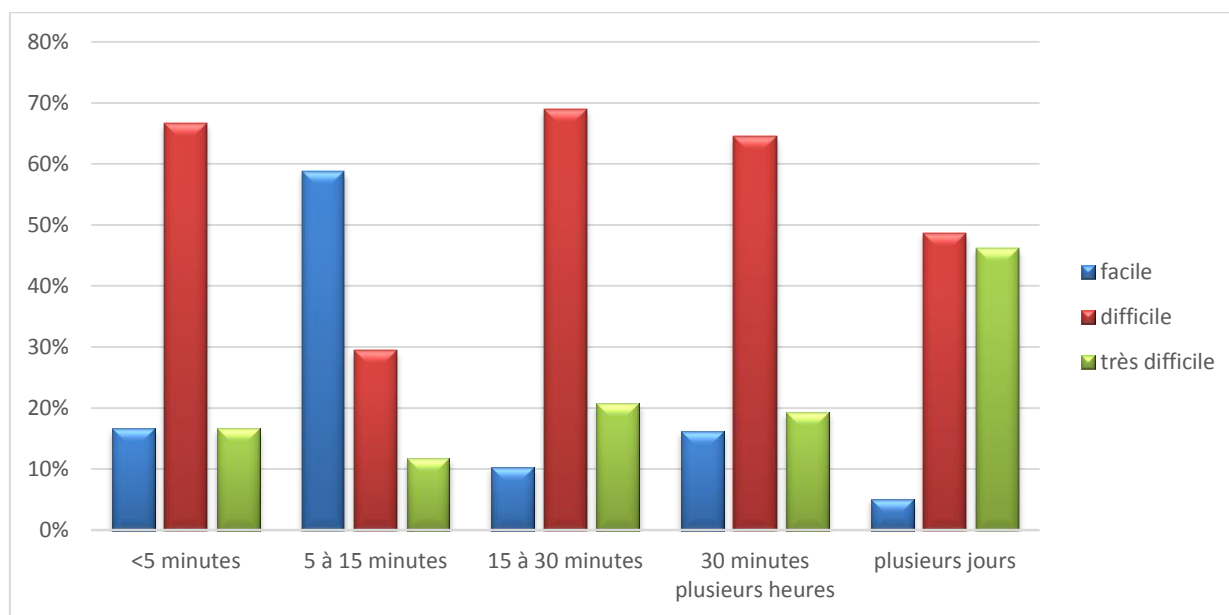


Figure 105 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction de la rapidité de réponse

Tableau 102 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction de la rapidité de réponse

	facile	difficile	très difficile
<5 minutes	1 (16.7%)	4 (66.7%)	1 (16.7%)
5 à 15 minutes	10 (58.8%)	5 (29.4%)	2 (11.8%)
15 à 30 minutes	3 (10.3%)	20 (69%)	6 (20.7%)
30 minutes plusieurs heures	5 (16.1%)	20 (64.5%)	6 (13.4%)
plusieurs jours	2 (5.1%)	19 (48.7%)	18 (46.1%)

Les médecins qui passent entre 5 et 15 minutes pour avoir une réponse estiment qu'il est facile à 59% d'entrer en contact avec un médecin du secteur public.

Ceux qui ont une réponse en 15 à 30 minutes trouvent que c'est difficile à 69% et très difficile à 21%.

Ceux qui ont une réponse après plusieurs jours trouvent que c'est difficile à 49% et très difficile à 46% d'entrer en contact avec le secteur public.

Il existe une correspondance entre le temps que mettent les médecins généralistes pour avoir une réponse dans le secteur public et la difficulté ressentie. Les variations sont significatives avec une **p value avec le test exact de Fisher de 0.001**.

3.3.10.4. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur privé

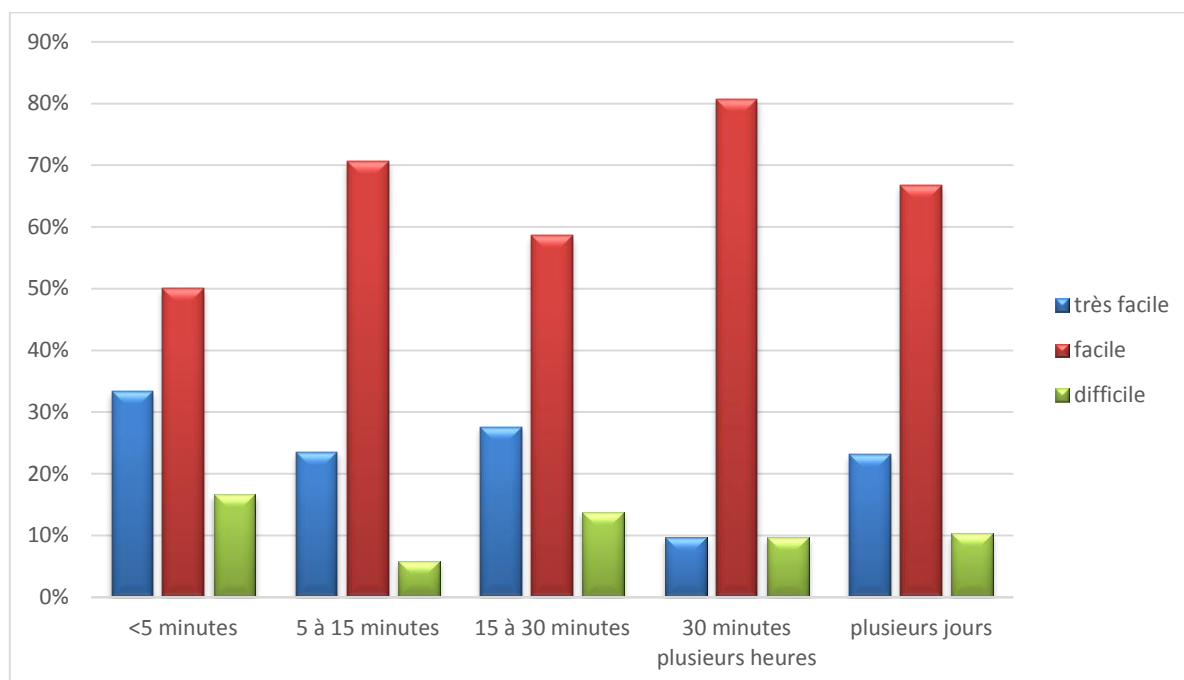


Figure 106 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction de la rapidité de réponse dans le secteur public

Tableau 103 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction de la rapidité de réponse dans le secteur public

	très facile	facile	difficile
<5 minutes	2 (33.3%)	3 (50%)	1 (16.7%)
5 à 15 minutes	4 (23.5%)	12 (70.6%)	1 (5.9%)
15 à 30 minutes	8 (27.6%)	17 (58.6%)	4 (13.8%)
30 minutes plus heures	3 (9.7%)	25 (80.7%)	3 (9.7%)
plusieurs jours	9 (23.1%)	26 (66.7%)	4 (10.3%)

La p value de Fisher égale à 0.6 montre qu'il n'y a pas de relation entre le temps que passent les médecins pour avoir une réponse dans le secteur publique et les difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé.

3.3.10.5. Possibilité de planifier dans le secteur public

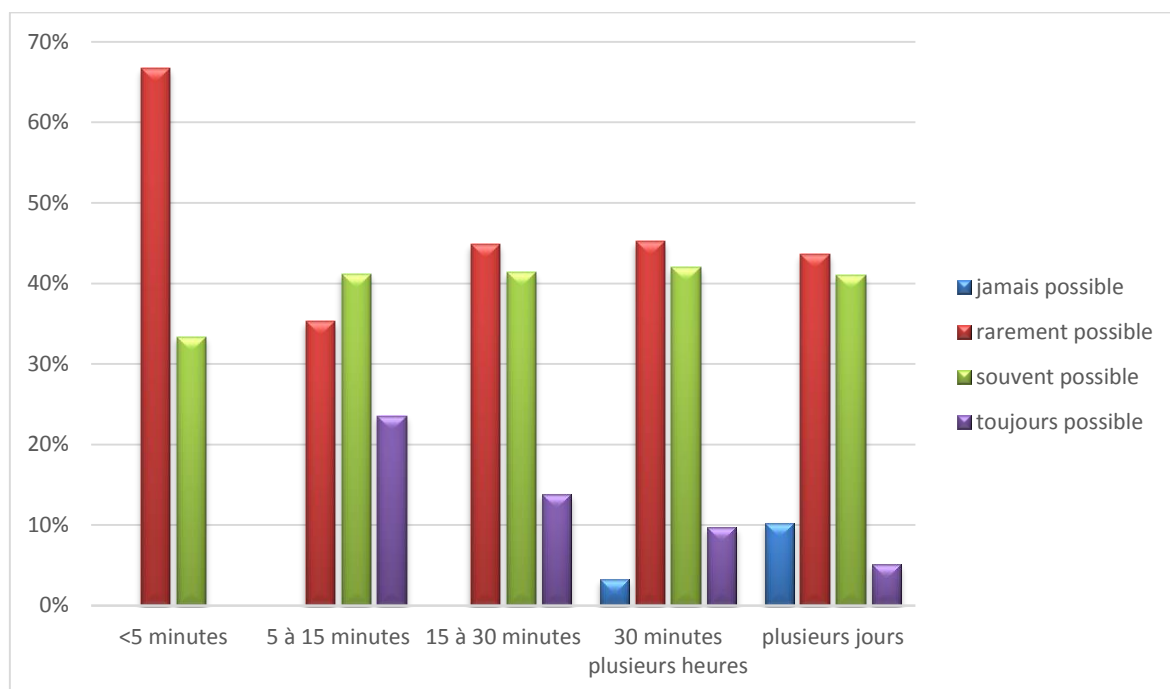


Figure 107 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction de la rapidité de réponse

Tableau 104 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction de la rapidité de réponse

	jamais	rarement	souvent	toujours
<5 minutes	0	4 (66.7%)	2 (33.3%)	0
5 à 15 minutes	0	6 (35.3%)	7 (41.2%)	4 (23.5%)
15 à 30 minutes	0	13 (44.8%)	12 (41.4%)	4 (13.8%)
30 minutes plusieurs heures	1 (3.2%)	14 (45.2%)	13 (41.9%)	3 (9.7%)
plusieurs jours	4 (10.3%)	17 (43.6%)	16 (41%)	2 (5.1%)

Dans tous les cas de figure, quel que soit le temps que mettent les médecins pour avoir une réponse dans le secteur public, il est estimé qu'il est rarement possible de planifier dans ce même secteur avec des proportions allant de 35% à 67%.

La tendance n'est cependant pas significative avec une p value de 0.61.

3.3.10.6. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public

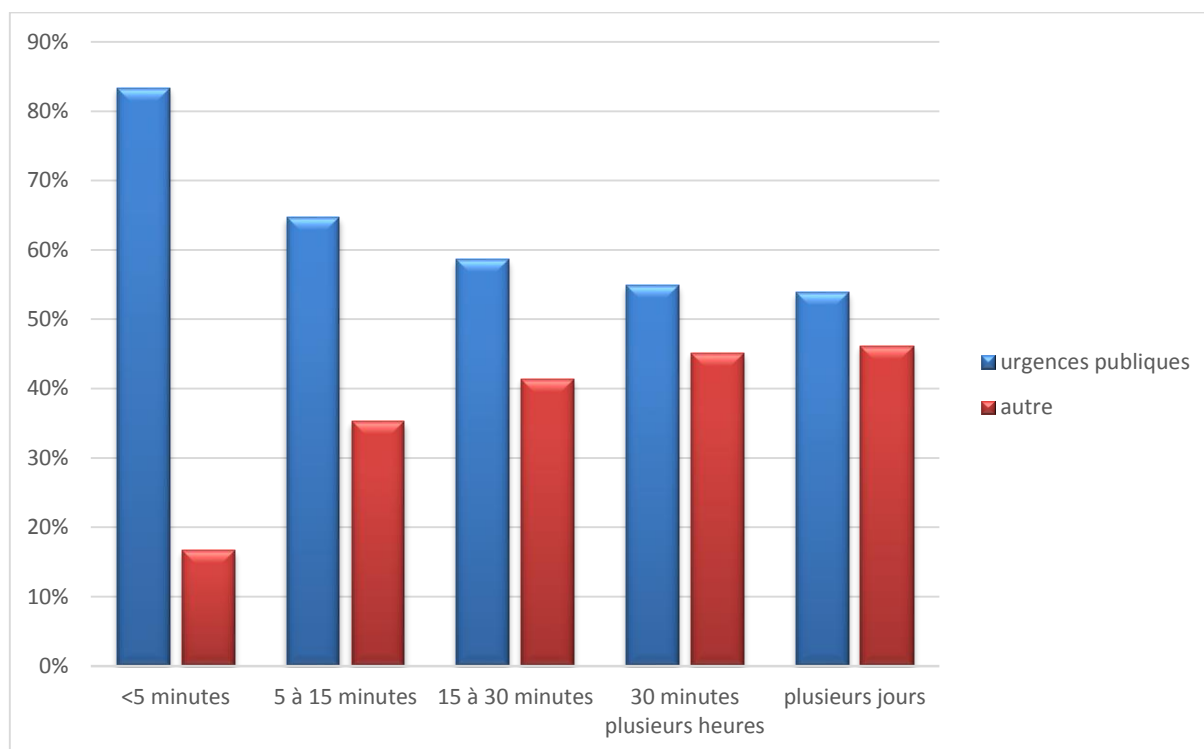


Figure 108 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public en fonction de la rapidité de réponse

Tableau 105 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public en fonction de la rapidité de réponse

	urgences publiques	autre
<5 minutes	5 (83,3%)	1 (16,7%)
5 à 15 minutes	11 (64,7%)	6 (35,3%)
15 à 30 minutes	17 (58,6%)	12 (41,4%)
30 minutes plusieurs heures	17 (54,8%)	14 (45,2%)
plusieurs jours	21 (53,8%)	18 (46,2%)

Les médecins qui mettent cinq minutes pour avoir une réponse dans le secteur public, envoient aux urgences à 83% en cas d'impossibilité de programmer dans le secteur public.

Ceux qui ont des réponses en plusieurs jours envoient aux urgences publiques à raison de 54%.

Les variations retrouvées ne sont pas significatives (p value de Fisher = 0.72).

3.3.10.7. Possibilité de planifier dans le secteur privé

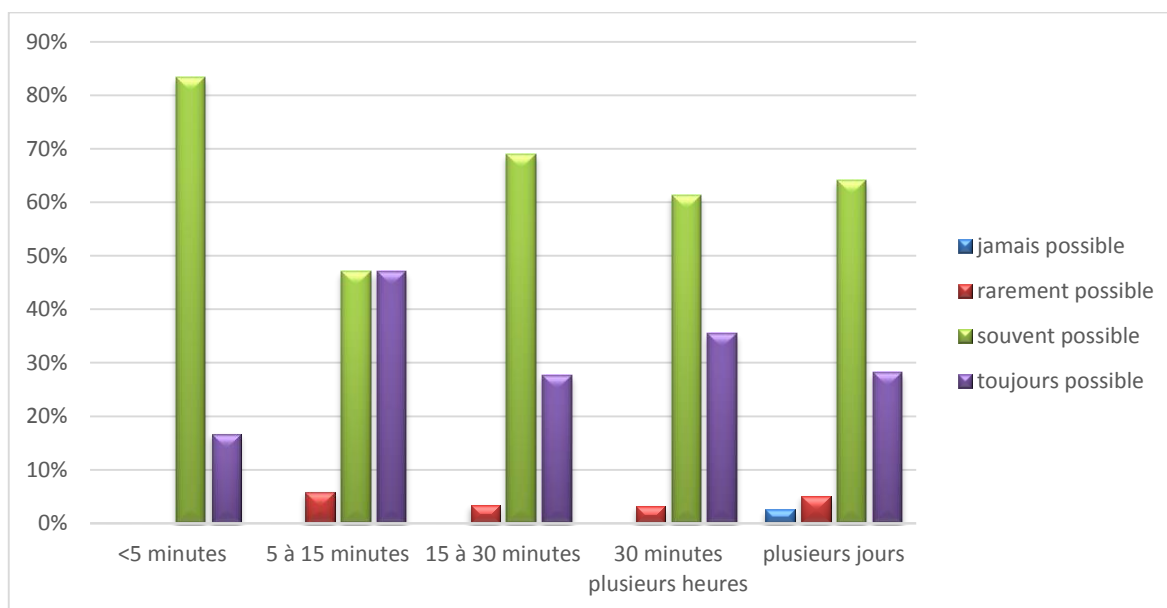


Figure 109 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé en fonction de la rapidité de réponse dans le secteur public

Tableau 105 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé en fonction de la rapidité de réponse dans le secteur public

	jamais	rarement	souvent	toujours
<5 minutes	0	0	5 (83,33%)	1 (16,67%)
5 à 15 minutes	0	1 (5,88%)	8 (47,06%)	8 (47,06%)
15 à 30 minutes	0	1 (3,45%)	20 (68,97%)	8 (27,59%)
30 minutes	0	1 (3,23%)	19 (61,29%)	11 (35,48%)
plusieurs heures	1 (2,56%)	2 (5,13%)	25 (64,10%)	11 (28,21%)

Quels que soient les temps de réponse proposés dans le secteur public, les médecins estiment pouvoir planifier souvent et toujours avec des proportions de 92% à 100%.

Ces résultats sont indépendants (p value de Fisher = 0.90).

3.3.10.8. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé

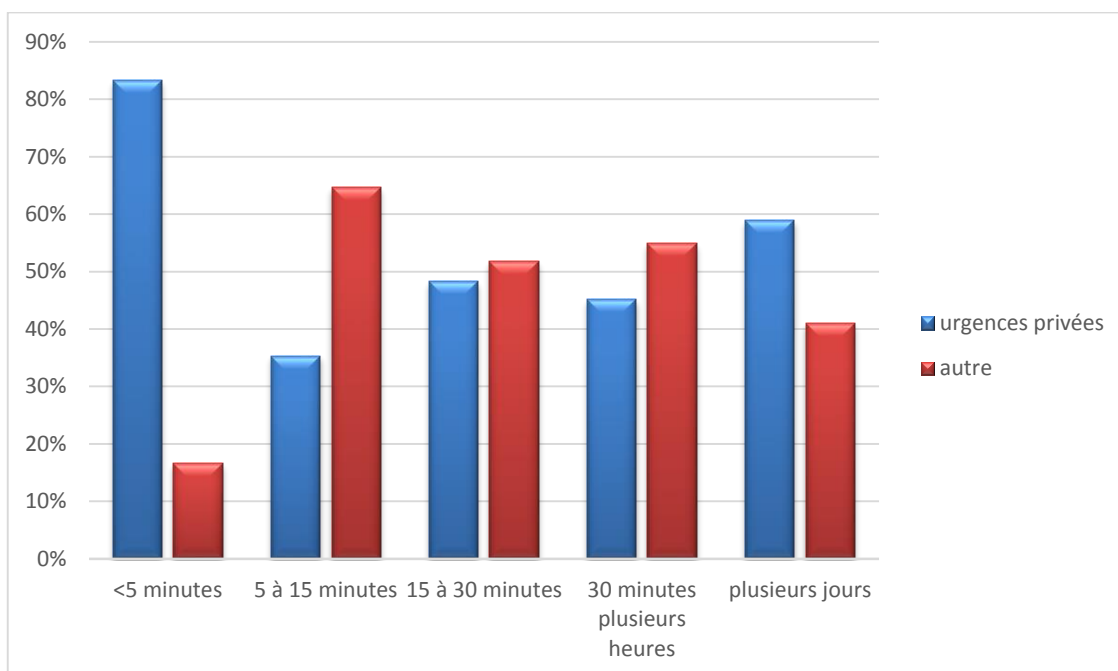


Figure 110 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction de la rapidité de réponse dans le secteur public

Tableau 106 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction de la rapidité de réponse dans le secteur public

	urgences privées	autre
<5 minutes	5 (83.3%)	1 (16.7%)
5 à 15 minutes	6 (35.3%)	11 (64.7%)
15 à 30 minutes	14 (48.3%)	15 (51.7%)
30 minutes plusieurs heures	14 (45.2%)	17 (54.8%)
plusieurs jours	23 (59%)	16 (41%)

Les médecins envoient aux urgences privées à 83% en cas de non possibilité de planifier dans le privé malgré des réponses très rapide constatées dans le secteur public.

Toutefois, il existe une relation d'indépendance entre ces deux notions (p value = 0.24).

4. Discussion

4.1. Méthodologie

4.1.1. Aspects positifs

L'enquête par questionnaire est un outil observationnel qui permet de quantifier et comparer l'information.

Les questions fermées imposent au répondant une réponse précise et un nombre limité de choix de réponse. Le but étant de connaître l'opinion du répondant concernant un panel de jugement. Ces questions facilitent grandement l'analyse statistique.

L'étude a bénéficié d'un taux de participation important témoignant de l'intérêt que portent les médecins à ce thème. Celui-ci a été de 80.92% ce qui montre une réelle implication des médecins interrogés et de l'importance du problème.

Le sondage a été réalisé sur une base aléatoire stratifiée.

Les avantages sont :

- la connaissance des probabilités d'inclusion de chaque individu de la population permet de calculer une marge d'erreur sur les résultats ;
- le tirage aléatoire fournit une protection contre une sélection biaisée de l'échantillon et rend les résultats « opposables aux tiers » ; l'étude a été faite avec une fonction aléatoire Excel.
- la connaissance des taux de participation fournit un critère d'appréciation de la qualité des résultats. Ici, elle est de 80.92%. Ce n'est plus considéré comme suffisant ; actuellement on utilise volontiers le T.R.E.E.P. (Taux de : Refus, Echec d'Exécution, Participation) pour permettre les comparaisons (19). Pour cette étude le T.R.E.E.P. est (7.2% ; 11.8% ; 81%).

4.1.2. Aspects négatifs contrés

Les inconvénients du sondage sont

- de disposer d'une base de sondage, c'est-à-dire d'une liste des individus de la population ou au moins d'une liste de sous-populations. Celle-ci a été récoltée après demande auprès du conseil départemental de l'ordre des médecins (C.D.O.M.).

- les coûts non négligeables et des délais de réalisation plus longs : l'obstacle a été franchi par le choix du sondage par téléphone. Dans une étude (20), il est déclaré que le taux de réponse chutent pour les enquêtes téléphoniques. Toutefois, l'implication dans le domaine de la santé est bien meilleure que dans d'autres domaines.

L'échantillon post-stratification obtenu est donc correct. Il apparaît donc inutile d'utiliser des méthodes de redressement qui modifieront peu les résultats.

4.1.3. Les biais de l'étude

L'erreur de couverture provient essentiellement de la différence entre la valeur du paramètre sur la population cible ou population étudiée, et la valeur du paramètre sur la base de sondage à partir de laquelle est sélectionné l'échantillon. Par exemple, si le fichier source avec l'intégralité des médecins de la Haute-Vienne exerçant en ambulatoire est incomplet ou non mis à jour avant la réalisation de l'enquête.

Le biais de sélection est peu influençant. Dans cette étude, il a été exclu les médecins débutant l'exercice. Le biais de sélection est toutefois faible car sur l'ensemble de la population il ne représente que 2 éléments.

Le biais de mobilisation pourrait laisser à penser que seuls les médecins intéressés par le sujet auraient répondu mais à la vue du taux de réponse on peut estimer que, nous nous sommes affranchis de ce biais.

L'erreur de non-réponse provient de l'absence de réponse de la part d'individus appartenant à l'échantillon sélectionné. Il y a eu 29 non-réponses. Cela représente 19.07% de réponses en moins. Toutefois la totalité des 123 réponses restent au-delà de 25% de l'effectif total.

L'erreur de mesure (ou d'observation) provient d'écarts entre les réponses fournies par les interviewés et les vraies valeurs. Elle peut être survenue. Les trois causes principales sont l'enquêteur, l'instrument de mesure et l'interviewé. Nous ne contrôlons pas celle lié aux réponses des médecins qui ont pu volontairement ou non donner une information incorrecte.

Le questionnaire peut avoir subi un **effet de halo**. En effet, lorsque certaines questions ont des échelles orientées dans le même sens, les interviewés ont pu avoir tendance à répondre de manière semblable.

Enfin, il se peut qu'il existe un **effet de contamination** notamment sur la dernière partie avec une succession de questions posées ayant une influence sur les réponses.

Certaines questions ont des réponses subjectives qui sont plus difficiles à interpréter et nécessiteront des études complémentaires pour être plus précis. Elles permettent déjà de prendre la température sur certains thèmes.

Il n'y a pas eu d'erreur de codage ou de saisie. Les réponses ont été écrites au fur et à mesure de l'interview, sans ambiguïté et reportées sur un tableur Excel.

Il faut enfin noter qu'un questionnaire d'enquête a une qualité qui est lié à l'expérience de celui qui le crée et l'interprète. Or, notre inexpérience dans ce domaine fait que le questionnaire aurait pu être plus robuste et sans effet de halo, ni de contamination.

4.2. Les non-réponses

On s'expose toujours à des non-réponses globales lors de la réalisation d'une étude. Il existe des méthodes pour limiter le taux de non-réponse (21). Les médecins étaient plutôt enthousiasmés par la thématique et cela se ressent sur le taux de réponse qui est élevé. Durant le protocole de l'étude, nous avons été souvent confrontés au problème des secrétariats médicaux à distance qui bloquent. Ils ont souvent des consignes claires et ne dérogent pas aux règles. Il est plus facile d'avoir un interlocuteur sur place, qui est souvent plus arrangeant. Une petite partie des médecins ne souhaitaient pas répondre par téléphone (20) et auraient préféré un courrier. La majorité des non-réponses ont été des refus catégoriques ou par manque de temps ou d'activité trop importante.

4.3. Analyse univariée

4.3.1. Caractéristiques de l'échantillon

4.3.1.1. Comparaison de la proportion hommes/femmes

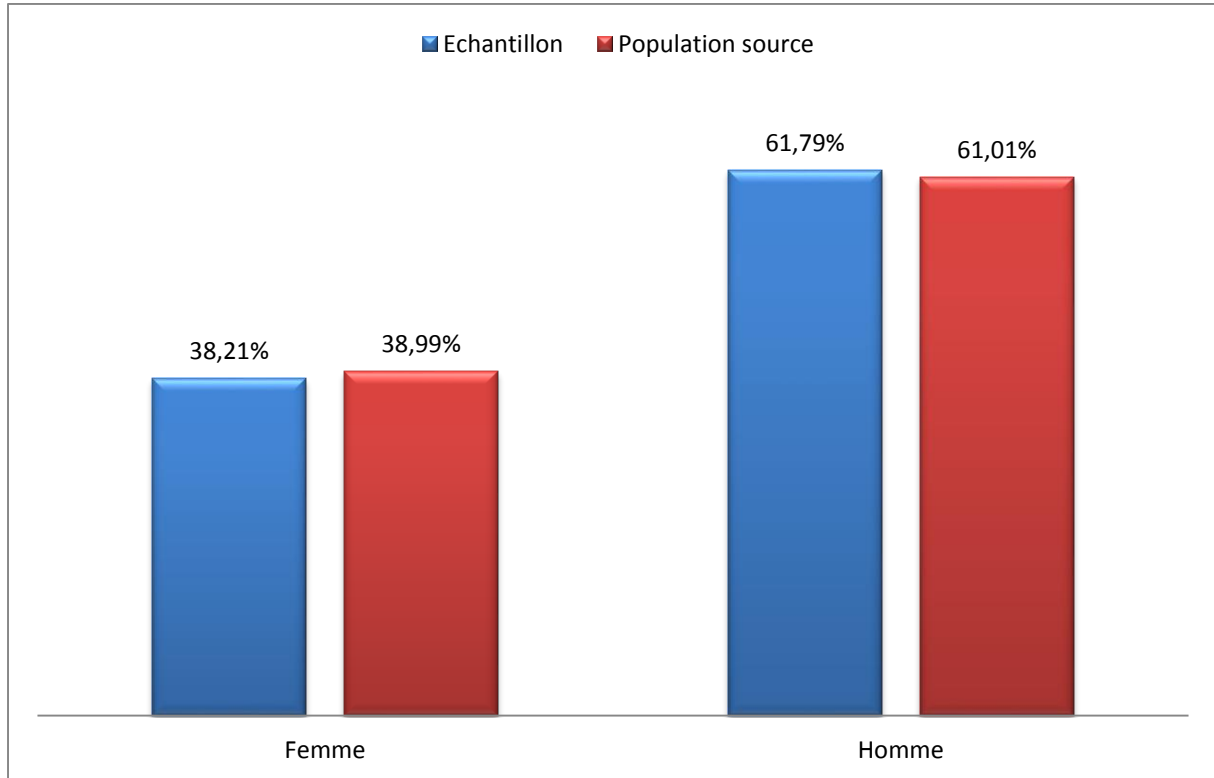


Figure 111 : comparaison de la population et de l'échantillon en fonction du sexe

Le sexe ratio dans la population de médecin exerçant en Haute-Vienne est de trois hommes pour deux femmes soit environ 40% de femmes.

La proportion est identique dans l'échantillon.

Les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins de janvier 2013 (22), montre une féminisation avec une poursuite de l'augmentation du travail des femmes +1% avec 43% de médecin femmes sur le territoire (La part des femmes est passée de 38% en 2007 à 43% au 1er janvier 2013). La proportion de femme en Haute-Vienne rejoint la proportion nationale.

Sur le plan régional, les hommes représentent 68% des 865 libéraux et mixte de la région Limousin.

Le recensement fait état de la présence de 666 médecins en Haute-Vienne dont 357 hommes et 309 femmes. La moyenne nationale des modes d'exercice note 35% de salarié, 59% de

libéraux et 6% mixte. On calcule donc 65% (libéraux et mixtes) de 666 médecins ayant une activité libérale soit 433. On retrouve approximativement la liste donnée par le C.D.O.M. de 454 médecins soit une variation de 4.6%.

4.3.1.2. Comparaison des tranches d'âge

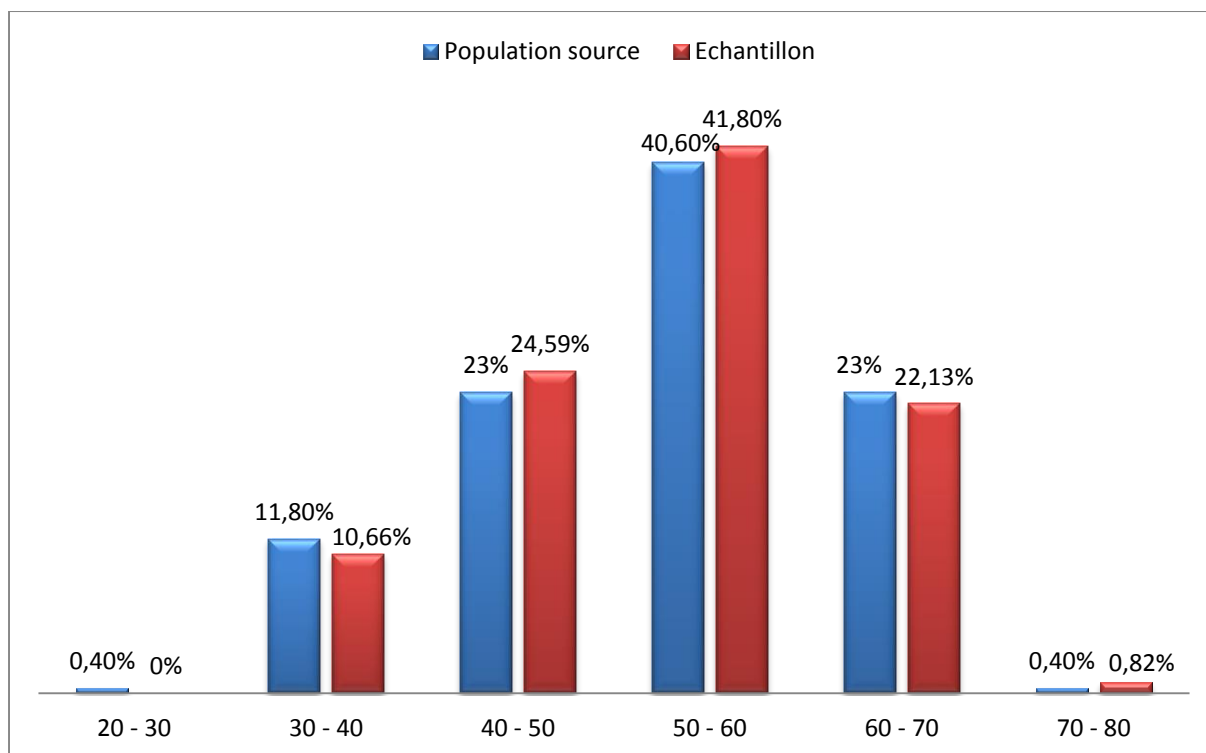


Figure 112 : Comparaison des tranches d'âge entre échantillon et population générale

La répartition est sensiblement identique. L'échantillonnage a été fait sur une base de strates avec tirage aléatoire au sein de ces strates, sur une proportion identique à la population étudiée. La faible différence existant dans les strates est due aux non réponses. De plus, nous avons choisi de ne pas sélectionner au départ les jeunes médecins du fait d'une expérience relativement faible concernant le thème.

La comparaison avec les moyennes nationales : les chiffres en France annoncent que 20% des généralistes libéraux et mixtes sont âgés de moins de 45 ans et 22% sont âgés de 60 ans : la répartition est identique dans le département.

Il faut noter que cette répartition risque de poser problème dans les 10 années à venir (23). En effet, même si le C.N.O.M. dans son rapport de 2013 (22) affirme qu'il y a une progression

du nombre d'installation parmi les jeunes médecins liée à l'augmentation du numerus clausus. D'ailleurs, l'attente pour les années à venir est une croissance jusqu'en 2018 avec un passage de 271970 à 286590 médecins. Alors que les médecins inscrits au tableau de l'Ordre, en activité régulière, sont âgés en moyenne de 51,6 ans, les médecins âgés de 60 ans et plus représentent 24,7% des effectifs. Ils sont susceptibles de partir à la retraite d'ici à 2018 tandis que les médecins nouvellement inscrits, dont l'âge est inférieur à 40 ans, ne représentent que 15,3% de l'effectif total.

En 2010, sur 71 nouvelles inscriptions (par accroissement du nombre de nouveaux inscrits 4,5% en relation directe avec la majoration du numerus clausus), 69% sont venus s'installer en Haute-Vienne (24). Seulement 61% des médecins inscrits la première fois en Limousin exercent toujours en Limousin. Il existe une fuite. Le rapport du C.N.O.M. stipule que le Limousin n'est pas une région attractive pour les remplaçants. La moyenne d'âge est de 53 ans pour les médecins libéraux et mixte en Limousin. En Haute-Vienne, pour les généralistes installés en libéral, la moyenne est de 51.9, la médiane est de 54. En ce qui concerne l'échantillon, on trouve une moyenne de 52.5 et une médiane de 54.

On trouve une augmentation de 4,8% des retraités en France cette année donc la balance entrée-sortie est déficitaire.

L'autre chiffre à retenir concernant les médecins âgés est la progression des médecins retraités actifs, en forte augmentation de 300% en 6 ans. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale en 2009, les médecins peuvent actuellement cumuler retraite et activité libérale.

En Haute-Vienne, l'exercice des femmes comporte une activité (en nombre de patients) sensiblement inférieure de l'ordre de 30% ; toutefois la p-value = 0.1, est à la limite de la significativité. On ne peut donc pas, en Haute-Vienne, conclure à une corrélation entre le sexe et la charge de travail.

Les chiffres du C.N.O.M. donnent une baisse de l'activité des médecins de 0,2% cette année. On peut attribuer cette légère inflexion à une proportion de femmes plus importante qui travaillent théoriquement quelques heures de moins par semaine que les hommes.

En ce qui concerne la médecine libérale moderne, le temps de travail a tendance à se réduire (25). Ainsi, les jeunes médecins (moins de 40 ans) travaillent environ 5h de moins que leurs aînés. Tout n'est pas figé, il est montré qu'un médecin va moduler son activité au cours de sa carrière (26).

L'activité avec 100 patients par jour correspond à un travail de 20 patients par jour du lundi au vendredi. L'estimation du temps d'une consultation est de 20 minutes. Cela fait des journées de 400 minutes soit 7 heures de travail effectif, sans compter les déplacements inhérents aux visites, et la part administrative qui serait d'1 heure par jour. On peut estimer une journée à 10 heures de travail au minimum pour cette tranche. L'activité a un impact sur le soin du patient, mais peut-être pas au sens où on l'entend. En effet, une grosse activité est corrélée avec une accumulation d'expérience (27).

4.3.1.3. Année d'installation

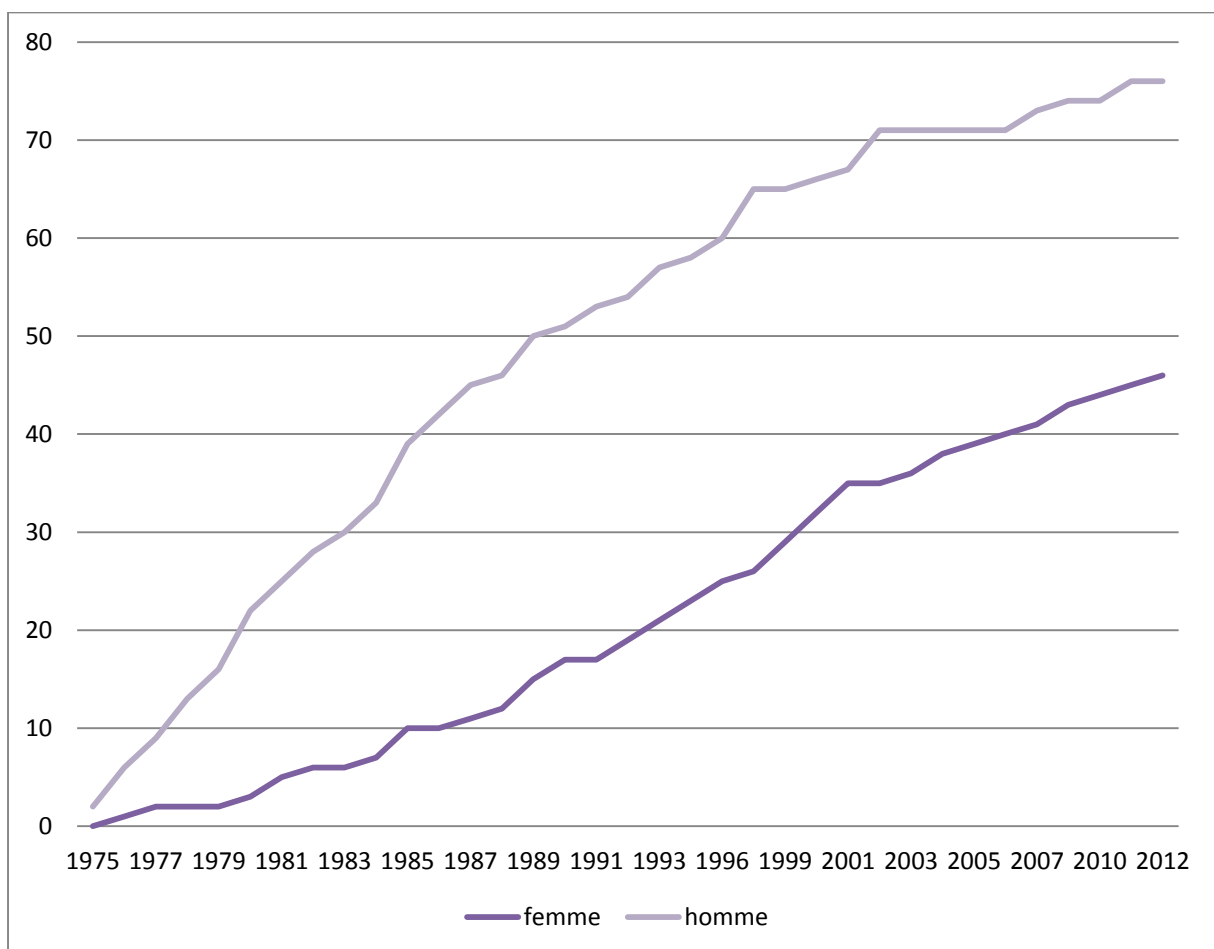


Figure 113 : Courbe cumulées des hommes et des femmes de 1975 à nos jours en Haute-Vienne

Sur cette courbe, on note une plus grande progression des femmes sur les dernières années ce qui témoigne de la progression globale de la population avec la féminisation de la profession dont nous avons évoqué le phénomène précédemment.

D'ailleurs, parmi les médecins généralistes âgés de moins de 40 ans, 55% sont des femmes.

4.3.1.4. Mode d'exercice

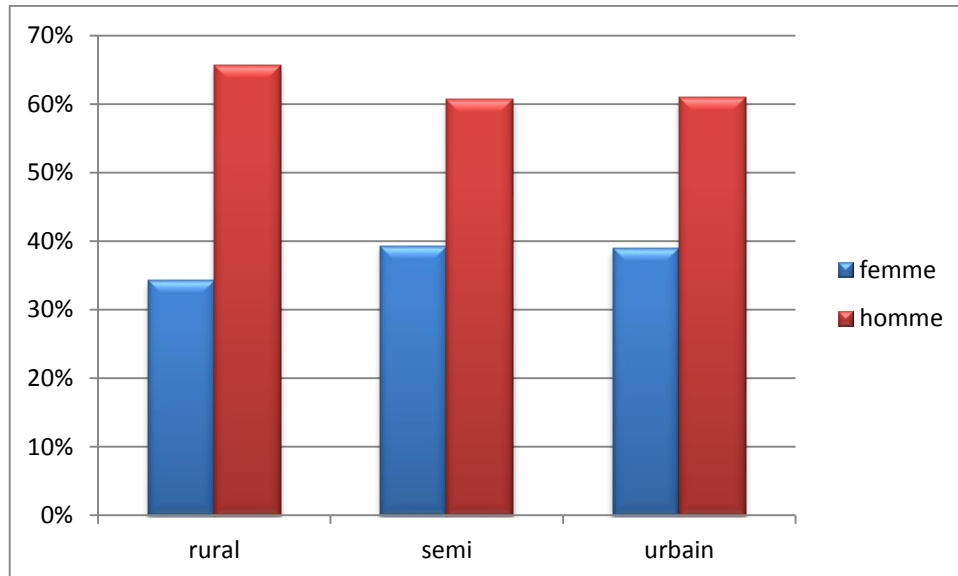


Figure 114 : Mode d'exercice en fonction du sexe en Haute-Vienne

Le sexe ratio est globalement identique que ce soit en semi ou en urbain avec une très faible variation (12%) en faveur des hommes pour le secteur rural. La p-value = 0.9 montre qu'il n'y a pas de relation entre les sexes et le lieu d'installation.

Il faut noter que la définition urbain, semi et rural n'est pas basée sur des critères objectifs avec notamment le nombre d'habitant par km². Le jugement du type d'exercice a été laissé à chaque médecin interrogé. Il est arrivé que deux médecins différents, exerçant dans la même zone, définissent le lieu d'exercice différemment. Cela a surtout été le cas pour semi-rural et rural. Il existe une définition de l'I.N.S.E.E. qui fait la distinction entre urbain et rural. Le zonage en aires urbaines 2010 de l'I.N.S.E.E. :

- Les communes urbaines regroupent : les communes appartenant à un grand pôle (10 000 emplois ou plus) ou un pôle moyen (5 000 à moins de 10 000 emplois)
- Les communes mixtes regroupent : les communes appartenant à la couronne d'un grand ou d'un moyen pôle et les communes multipolarisées des grandes aires urbaines (communes dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent dans plusieurs grandes aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant).

- Les pôles ruraux regroupent : les communes appartenant à un petit pôle (de 1 500 à moins de 5 000 emplois), à la couronne d'un petit pôle et les autres communes multipolarisées.
- Les communes rurales regroupent les communes isolées, hors influence des pôles.

La zone d'étude comprend un centre hospitalo-universitaire qui est historiquement bien implanté et le premier employeur local (28). L'activité et le dynamisme proposé à Limoges chef-lieu de la Haute-Vienne fait qu'une part importante de médecins ont un exercice urbain. Des inégalités existent depuis de nombreuses années et la densité de population médicale est plus importante en urbain et péri-urbain. Elle décroît fortement lorsque l'on s'éloigne des structures hospitalières. Les médecins une fois formés restent proches de leur lieu de formation, ce qui suit la cartographie des structures hospitalières et hospitalo-universitaires (29). Pour les questions qui concerneront le domaine public, on notera donc qu'une bonne partie des réponses cible le C.H.U. de Limoges.

4.3.1.5. Type d'installation

En Haute-Vienne, il existe $54\% \pm 7.56$ des médecins généralistes qui travaillent seuls. Les données du C.N.O.M. retrouvent en Limousin : 43% en groupe mono disciplinaire, 57% seul et 0% groupe pluridisciplinaire. Toutefois ce n'est actuellement pas la tendance. En effet, la tendance actuelle, veut que les jeunes médecins préfèrent travailler en groupe. D'ailleurs, seulement 27,5% des nouveaux inscrits choisissent un exercice individuel.

D'après la ligne d'orientation que s'est fixé le ministère, le but est de regrouper les médecins pour l'échange, le partage et l'optimisation des ressources intellectuelles et matérielles. La proportion de médecins exerçant seuls devrait s'infléchir dans les années à venir.

4.3.1.6. Secrétariat

La proportion de médecin travaillant avec ou sans secrétariat est comparable. Nous n'avons pas dissocié les secrétariats sur place et à distance. L'intérêt de cette démarche serait de déceler les cabinets en mesure de faire participer leurs secrétaires aux démarches de

planification. En effet, certains médecins demandent à leurs secrétaires de contacter une structure et de leur passer la communication dès que le praticien hospitalier est en ligne. Cela donne une sensation de moindre perte de temps et de manière générale il s'agit d'une meilleure qualité de prise en charge reconnue (30). Des études sont parues sur la relation entre téléphone, patient et médecin : la multiplicité des appels est génératrice de déconcentration, agacement, perte de temps et dégradation de la relation médecin-patient (31).

4.3.2. Le contact avec les structures d'hospitalisation

Lors d'une démarche de planification une très grande majorité de médecins se met en contact avec le secteur de son choix. Lorsque l'idée est d'adresser dans le public, 93% des médecins essaient de prendre contact et 95% lorsqu'il s'agit d'adresser leur patient dans le secteur privé. Il n'y a pas de distinction entre secteur privé et public, une très large majorité fait la démarche. Il s'agit bel et bien d'un acte de coordination, centré sur le patient ce qui fait partie intégrante de leurs prérogatives.

Il existe, en revanche, une divergence nette d'opinion concernant la difficulté d'entrer en contact avec une structure publique et une structure privée. Quand les médecins pensent à 83% qu'il est très difficile et difficile de contacter un praticien dans le secteur public, plus de 90% trouvent qu'il est facile ou très facile d'avoir un praticien dans le secteur privé. D'où proviennent ces différences ?

La majorité (56%) des appels dans le public conduisent à une réponse qui ne se fait qu'au bout de 30 minutes minimum. Le délai est très long. Si on prend en compte un unique appel qui dure plus de 15 minutes, on peut effectivement comprendre pourquoi lors d'une journée de consultation les médecins généralistes ne peuvent réitérer l'opération plusieurs fois, au risque de ne pas pouvoir assurer correctement leur propre travail.

Un tiers des médecins ont des réponses qui peuvent aller jusqu'à plusieurs jours. Certes, les situations cliniques présentées ne sont pas des urgences mais comment temporiser un patient qui, dans l'angoisse, attends une réponse de notre collègue hospitalier?

Des évaluations de l'organisation des services sont effectuées avec des cas simulés (32). Elles montrent que la durée moyenne des appels est de 5.04 minutes et 40% ont pu être transformés en hospitalisation programmée. Les 60% sont liés à l'absence de l'interlocuteur 31% et l'absence de place 24%. La quasi moitié de refus se sont soldés par le conseil d'adresser aux urgences. Il existe une variation entre ce qui est observé dans cette étude et celle des cas simulés. En effet, dans notre étude, nous prenons en compte une impression

globale. Pour avoir une démarche de précision, il faudrait faire une étude par cas simulés dans les différents services de médecine.

La majorité, 79 (65%) des appels dans le privé conduisent à une réponse avant une quinzaine de minutes. Les réponses sont beaucoup plus rapides en moyenne que dans le secteur public. L'organisation est pourtant la même avec secrétaires, cadres de santé, infirmières. La disponibilité des praticiens est meilleure. Cela est essentiellement lié au fait que, dans le privé, l'activité d'un praticien dépend de ses résultats, son efficacité, sa disponibilité. Il y a cette notion d'être redevable du patient. L'autre facteur expliquant ce contact plus facile est une organisation interne plus efficace et probablement moins d'intervenant administratif.

Le tiers des médecins n'ont aucune attente vis-à-vis du médecin décideur hormis le fait qu'il accepte ou refuse le patient en hospitalisation programmée. Ils veulent juste une réponse claire et précise. C'est aussi probablement en relation avec le temps passé pour avoir cette réponse que beaucoup de médecins n'ont ni l'envie, ni le temps de s'attarder sur d'autres questions.

Ceux qui ont des attentes veulent surtout :

- discuter du dossier 31 réponses (IC95% = 18%±5.82): en effet, cela permet de donner beaucoup d'information, de la cibler, et de partager d'expérience individuelle,
- être certain de l'indication de l'hospitalisation 24 réponses (IC95% = 14%±5.26): parfois, l'appel initial est juste le moyen pour le médecin généraliste pour éprouver le fait que l'hospitalisation qu'il demande est justifiée. N'y aurait-il pas eu dans le domaine concerné une évolution qui ferait que le patient pourrait bénéficier d'une prise en charge ambulatoire ?
- avoir des conseils de prise en charge pour temporiser 25 réponses (IC95% = 14%±5.26) : pour avancer le travail du médecin hospitalier pour que l'intervalle entre l'appel et le jour de l'hospitalisation en soit pas un simple intervalle libre mais que certains examens préliminaires puissent être réalisés ou que certains traitements puissent être délivrés,
- les médecins attendent également un effort consenti par le praticien qu'ils ont en communication car ils espèrent que le praticien se mettra à leur place pour leur proposer ce qui est le mieux pour le patient mais aussi pour eux. Cela passe déjà par donner une date d'hospitalisation qui reste raisonnable et des conseils pour mieux préparer éventuellement l'hospitalisation,

- les généralistes ont cité quatorze fois le fait qu'ils puissent s'accorder avec le médecin hospitalier sur les examens à réaliser au cours de cette hospitalisation. Cela passe par un dialogue qui permet d'éclaircir le dossier côté ville et côté hôpital, de juxtaposer les compétences, les connaissances pour proposer une prise en charge optimale. Ce n'est pas toujours le cas et c'est dans ce genre de circonstance où nous sommes face à un cloisonnement entre ville et hôpital. Ce qu'il se passe : le généraliste envisage l'hospitalisation, l'hospitalier l'accepte. A compter de là, la responsabilité incombe au spécialiste de la structure alors qu'il devrait y avoir un échange avec une pratique coordonnée des deux parties ponctuée d'échanges réguliers,
- certains médecins demandent à parler du versant social avec les conditions d'hospitalisation, la logistique, le type de chambre, le mode de transport, et anticipent d'emblée la sortie de la structure pour cibler le point de chute,
- une réponse envisage le contact avec le service adapté comme un alibi, c'est-à-dire que le médecin généraliste, étant conscient qu'il y aura un frein, prend quand même la peine d'appeler pour essayer de programmer. Evidemment, il existe un problème pour planifier à sa convenance. Dès lors, il peut envoyer par une autre filière - les urgences - en expliquant qu'il a appelé mais que ce n'était pas possible,
- enfin, un médecin généraliste souhaiterait connaître, lorsqu'il y a refus, les réelles raisons de ce refus.

Plusieurs études sont parues, en relation avec les attentes des médecins généralistes de leur C.H.U. (33), et on constate qu'ils souhaitent une participation aux décisions concernant leurs patients ce qui est défini d'ailleurs par la dernière loi hôpital, patients, santé et territoires de juillet 2009.

4.4. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes

Dans la majorité des cas les médecins généralistes pensent que la planification a son rôle à jouer et que c'est une meilleure prise en charge que les autres voies dans la mesure où il n'existe pas d'urgences. Toutefois une minorité émet des réserves.

Pourtant, 45% des médecins envoient parfois, souvent ou très souvent aux urgences sans faire une démarche de planifier chez un patient qui relèverait pourtant de cette filière. L'explication de ce phénomène peut être liée à l'échec d'exécution. En effet, les médecins savent pertinemment qu'ils vont faire face à des obstacles. De ce fait, dans certaines

situations, le patient est adressé aux urgences sans qu'une démarche de planification ne soit tentée car elle serait d'avance vouée à l'échec.

4.4.1. Dans le public

Les médecins font passer les patients par les urgences pour les trois grandes causes : manque de place dans les services 51 (IC95% = 19.62%±6.02), exigence des services 34 (IC95% = 13.08%±5.11) et délais proposés par les services 31 (IC95% = 11.92%±4.91).

La quantité de causes évoquées en valeur absolue est de 260.

Les généralistes qui prennent la peine d'appeler le service concerné, se retrouvent face à des obstacles variés dans le secteur public :

- **Les raisons liées à la structure** qui représentent la majorité des obstacles.

Elles représentent 71%±6.88 :

- une exigence du service pour des raisons de fonctionnement. En effet, deux raisons possibles : soit le praticien a besoin de confirmer cliniquement ce qui a été dit verbalement pour éviter une orientation erronée, soit un fonctionnement interne à l'hôpital : augmenter le nombre de passage journalier des urgences, coter une consultation en urgences spécialisée (12) ?
- un refus pur et simple du service qui ne trouve pas la raison d'hospitalisation appropriée. Cela permet après discussion de réorienter la prise en charge vers un service ou une structure adaptée au patient,
- une absence de place si une prise en charge est demandée dans des délais raisonnables. On retrouve fréquemment ce phénomène du fait de l'engorgement de l'hôpital comme le souligne une étude faite chez des patients atteints de cancers qui ne peuvent avoir accès directement au service (34).
- une place existante est proposée à un délai très lointain ce qui peut dans certaines présentations cliniques être dommageable,
- un horaire d'appel qui n'entre pas dans le temps de travail du médecin de la structure.
- l'absence d'un médecin pour des raisons personnelles ou professionnelles :
- le fait que le médecin contacté doit rappeler pour avoir des détails, fixer une date d'hospitalisation et ne le fait pas pour des raisons diverses.

- **Les raisons liées au patient**

- des conditions sociales ne permettant pas le maintien à domicile : problème non lié au patient lui-même mais plus à son environnement, son conjoint,... une prise en charge rapide doit être organisée. Le patient n'est pas dans le cadre d'une urgence diagnostique ou thérapeutique mais plus dans une nécessité sociale pressante,
- une aggravation de l'état clinique : l'hospitalisation est programmée mais dans l'intervalle son état se dégrade au point que les ressources en ambulatoire ne sont plus suffisantes,
- la pression du patient et de la famille qui harcèlent le médecin de coup de fil répétés pour des demandes de visites concernant l'apparition de symptômes mineurs. La pression peut encore être plus forte avec une demande expresse d'hospitalisation, que "ce n'est plus possible", "le délai est trop long", "faites-moi passer par les urgences" ; elles sont de plus en plus fréquentes et marquées, peut-être plus en urbain qu'en campagne souvent avec un discours comportant un : "j'ai le droit à...", "je dois passer un scanner..." etc. ,
- soit suite à des pressions explicites abolies, ou parfois sans en parler à son médecin traitant, le patient se rend de lui-même aux urgences où il sait qu'il sera pris en charge immédiatement. Le patient a parfois l'impression d'une désorganisation du système ce qui le conduit à ne pas adhérer aux décisions prises par le médecin généraliste et le praticien hospitalier (35). Il faut noter qu'au S.A.U., le fait que le patient ait une hospitalisation déjà programmée facilite l'envoi dans le service après contact du responsable.

- **Les causes liées au médecin généraliste :**

- certains avouent envoyer directement car n'ont pas le temps d'être au téléphone, du fait d'une charge de travail important. Nous l'avons vu : ne serait-ce que 2 ou 3 programmations dans la journée, peuvent ruiner le planning du médecin,
- d'autres, par hésitation clinique, ou par envie de ne pas laisser le patient en l'état, veulent résoudre le problème rapidement. Ils ont la conviction que la puissance diagnostique ou thérapeutique des urgences est supérieure à la leur; ils veulent éliminer systématiquement l'urgence,
- d'autres voient les urgences comme la certitude que le patient sera vu dans les plus brefs délais. En effet, en passant par les urgences, ils auront une consultation spécialisée qui permettra de conforter le soignant et le patient;

- une minorité de médecin, du fait de problèmes relationnels, ont l'impression qu'il n'y a plus d'équilibre entre le praticien hospitalier et le médecin généraliste, qu'il est sous-consideré,
- enfin, parfois, on peut être en désaccord avec ce que le praticien hospitalier dit. Il n'est pas toujours facile de donner un avis sur un interrogatoire, l'impression clinique étant primordiale.

La quantité d'hospitalisation inappropriées via les urgences serait de 25% dont les trois quart serait faite sur demande du médecin généraliste : la cause est lié au défaut de programmation (36),(37),(38),(39),(40),(41),(42),(43). On retrouve des chiffres comparables dans d'autres pays (44)

4.4.2. Dans le privé

Les médecins font transiter les patients par les urgences pour les trois grandes causes suivantes : manque de place dans les services 30 réponses (IC95% = 18.87%±5.93), exigence des services 24 réponses (IC95% = 15.09%±5.43) et délais proposés par les services 20 réponses (IC95% = 12.58%±5.03).

La quantité de causes évoquées en valeur absolue est de 159 réponses. Elle est bien inférieure à celles du public, ce qui montre que les médecins ont moins de barrières dans le privé même s'il en existe beaucoup. Les réponses sont de la même teneur avec quelques variations. Le refus du service est beaucoup moins fréquent.

Comment expliquer que les cliniques présentent moins de freins pour hospitaliser de manière programmée ? Nous avons, dans la Haute-Vienne, des structures privées à but lucratif : les praticiens exerçant dans ces structures sont dépendant du bouche-à-oreille des patients. Il existe une dimension libérale et commerciale, lié à la réputation car ce sont les patients qui alimentent leurs quotidiens. Leurs résultats et leur disponibilité conditionnent leur activité. Ils sont redevables aux patients.

Prenons deux exemples :

- un praticien public peut être très peu apprécié des patients et de ses confrères qui adressent. Il aura toujours un flux de patient stable; sauf en cas d'ultra-spécialisation, on adresse toujours plus à un service dans le public qu'à un médecin,

- un praticien privé de ce type verra sa patientèle rapidement diminuer car les patients ne souhaiteront plus revenir, les médecins généralistes ne lui adresseront plus de patients. En effet en secteur privé, on adresse plus spécifiquement à un médecin.

Une étude parisienne montre que les médecins généraliste envoient dans le privé pour des raisons de notoriété ou par le bouche-à-oreille (45).

Il faut noter l'apparition d'une cause spécifique au privé : l'absence de spécialité. En Haute-Vienne, en clinique, on ne retrouve pas certains services : par exemple la gériatrie et ce pour plusieurs raisons. Il existe un pôle très cadré et complet au C.H.U.. De plus, la gériatrie est une spécialité qui n'est pas adaptée au rendement demandé par les conseils d'administration des cliniques. Il y a d'autres spécialités dans ce cas infectiologie, hématologie, médecine interne...

4.4.3. Les solutions de recours auxquelles font appel les médecins

Les médecins pensent que la planification permet une meilleure prise en charge. C'est tout à fait vrai et a fortiori pour les personnes âgées qui souffrent le plus de l'inconfort des urgences : les brancards, la multiplicité des intervenants qui favorisent leur perte de repère et l'apparition d'une désorientation. Lors de la démarche de planification, les médecins sont face à des obstacles. Comment les surmontent-ils ?

Dans le secteur public :

Les deux solutions majoritaires auxquelles font appel les médecins sont : les urgences publiques 72 (IC95% = 47%±7.57) et le passage dans une structure privée 50 (IC95% = 33%±7.13).

On se rend compte que la surcharge des urgences provient de ce phénomène. Quand le médecin ne peut pas planifier, il se tourne très fortement vers les S.A.U., avec un passage en force, là où d'autres vont faire la démarche de rechercher une autre structure qui pourrait accueillir le patient. Entre 1990 et 1998, l'augmentation du passage par les urgences est de 43% dont 22% d'hospitalisation en secteur de courte durée (46). Certains trouvent une solution actuellement par le biais de la consultation au cours de laquelle le spécialiste peut décider de garder le patient ou bien d'avancer la date de la planification. D'autres essayent d'appeler un autre praticien au sein de la même structure pour avoir un deuxième avis et la possibilité d'avoir une oreille plus compréhensive.

Autre méthode employée, la répétition des contacts pour passer le patient en force dans le service. Enfin, la philosophie des derniers ou pour ceux qui ne voient pas les urgences comme une porte d'entrée ouverte et lorsque la situation clinique s'y prête, se débrouillent d'eux-mêmes, préférant une prise en charge en ambulatoire.

Dans le secteur privé :

Les deux solutions majoritaires auxquelles font appel les médecins sont : les urgences privées 63 (IC95% = 57%±7.5) et le passage dans une structure publique 22 (IC95% = 20%±6.06).

Ce sont les mêmes causes avec des proportions légèrement différentes.

Pour conclure cette partie, il faut dire que quand un réseau est saturé, les médecins s'adressent à l'autre et inversement. Nous n'avons pas demandé l'ordre du schéma d'orientation. Commencent-ils par chercher une autre structure avant d'envoyer aux urgences ? Il n'a pas été cité les places temporaires en maison de retraite. Et pour cause, la majorité du temps il existe un délai d'attente assez important et les places sont rarement disponibles au moment adéquat.

Le choix d'une structure privée ou public est en relation avec des critères de gravité, de comorbidité, de dépendance et l'existence de la spécialité (47). Le médecin respecte toutefois son choix initial et essaye de conserver le même secteur quand l'hospitalisation planifiée n'est pas possible.

La difficulté conduit souvent le généraliste à l'envoi par les urgences. Actuellement, il n'existe qu'une minorité qui adresse sans tenter de planifier. On estime à 10% la proportion de patient passant par les qui aurait été susceptible de bénéficier d'une hospitalisation programmée. Les trois quart sont adressés par leur médecin généraliste pour pathologie non spécifique, dermatologie, infection broncho-pulmonaire pathologie rhumatologique (48).

La présence au S.A.U. n'améliore pas le niveau de soin, pire la prise en charge est altérée par l'attente et l'orientation dans un service inappropriée.

Le S.A.U. est une structure qui prend en charge les patients avec des critères d'admission d'urgences : gravité patente (instabilité hémodynamique, insuffisance respiratoire aiguë) ou potentielle (douleur thoracique, malaise, confusion, hémorragie aiguë, déficit neurologique aigu) soit traitement en urgences embolie pulmonaire, colique néphrétique fébrile hyperalgique, ..)

D'autre cas le S.A.U. n'apportera pas de bénéfice ; pathologie non identifiée sur le plan étiologique, pathologie identifiée sur terrain fragilisé ou évolution compliquée, perturbation d'un examen complémentaire.

Les sociétés savantes sortent des conférences de consensus dans lesquelles sont précisées les critères d'hospitalisation (49) (50) même si elle peuvent être pondérée (51) permettant une prise en charge relativement homogène des médecins généralistes. Quand il s'agit de pathologies non spécifiques avec altération de l'état général, fièvre sans critère de gravité.

4.5. Les facteurs liés aux médecins généralistes impactant la planification

4.5.1. Le sexe des médecins

L'étude de toutes les correspondances entre le sexe des médecins généralistes libéraux et les modes de prise en charge retrouve des variations statistiques qui sont toutes liées aux fluctuations inhérentes à l'échantillonnage. En effet, toutes les p values sont strictement supérieures à 0.05. On peut donc admettre que le sexe du médecin ne va pas influencer le ressenti qu'ils ont vis-à-vis des difficultés dans le parcours d'obtention d'une hospitalisation programmée et de l'envoi aux urgences - avec et sans programmation.

4.5.2. Le mode d'activité

En synthétisant tous les tableaux et graphiques qui ont pour objectif de rechercher une relation entre le mode d'installation (rural, urbain et semi-urbain), il existe une indépendance entre le critère mode d'installation et les méthodes de prise en charge des patients ainsi que le ressenti des difficultés et des possibilités d'hospitalisation programmée. Toutes les p value vont en ce sens.

Cela montre qu'il y a un accès identique à l'hospitalisation programmée que le médecin exerce à proximité ou à distance d'une structure.

4.5.3. Le volume de l'activité

Les données qui ressortent montrent en tout point une indépendance des résultats. On ne peut donc pas considérer que le volume de l'activité des médecins généralistes impacte leurs prise en charge ou leur difficulté éprouvée lors des phases de planification. Les p value

sont effectivement toutes supérieures à 0.05. On note toutefois la présence d'une p value à la limite de la significativité à 0.1 concernant les difficultés éprouvées lors du contact d'un praticien dans le secteur public. En effet, les médecins avec une moyenne et une forte activité ont de plus grandes difficultés pour entrer en contact avec leurs confrères hospitaliers. Cela nécessiterait une étude complémentaire pour en préciser la tendance.

On peut globalement conclure à une indépendance entre le volume d'activité d'un médecin et les prises en charge concernant l'hospitalisation programmée. En d'autres termes, contrairement à ce qui pourrait être pensé au départ, les médecins avec une forte activité programment au moins aussi bien qu'un médecin avec une activité faible. Cela est compensé par une meilleure expérience sur le plan clinique, organisationnel et du carnet d'adresse, et de la connaissance plus fine des rouages de l'hospitalisation.

4.5.4. Le type d'installation

On pourrait penser que l'exercice de groupe permet un échange modifiant les pratiques. Cet échange informel qui peut survenir au détour d'un couloir, entre les consultations pourrait être apparenté à moindre mesure aux groupes d'échanges de pratiques. Dans ce cadre précis de l'hospitalisation programmée, la proximité d'autres généralistes n'influence pas les choix et les décisions de manière significative. Tous les p value sont strictement supérieures à 0.05.

4.5.5. Les ressources du cabinet

La proportion de médecin ayant un secrétariat est équivalente à ceux n'en n'ayant pas avec $53\% \pm 7.57$ contre $47\% \pm 7.57$. Nous n'avons pas dissocié les secrétariats sur place et à distance. L'intérêt de cette démarche serait de déceler les cabinets en mesure de faire participer leurs secrétaires aux démarches de planification. En effet, certains médecins demandent à leurs secrétaires de contacter une structure et de leur passer la communication dès que le praticien hospitalier est en ligne. Cela donne une sensation de moindre perte de temps et une meilleure qualité des soins (30).

Au vu des résultats et des différentes p value, nous pouvons affirmer que l'existence du secrétariat n'a pas de répercussion sur les difficultés ressenties pour avoir une réponse concernant une hospitalisation programmée dans le secteur public et privé, ni sur les orientations choisies par les médecins généralistes.

Toutefois, on note une relation entre le secrétariat et la possibilité d'hospitaliser un patient dans le secteur public (p value < 0.05). En effet, les médecins ont admis avoir des difficultés plus importantes quantitativement de contacter le secteur public que le secteur privé - soit environ 20% en moins de 15 minutes dans le public et environ 65% en moins de 15 minutes dans le privé. Le fait d'avoir un secrétariat auquel on peut demander d'appeler un praticien hospitalier et de ne pas perdre de temps au téléphone pendant le temps de travail facilite grandement les choses. Les médecins trouvent que c'est 10 % plus « souvent » et « toujours » possible et 10% moins « rarement » et « jamais » possible.

4.5.6. L'expérience du médecin généraliste

L'expérience joue un énorme rôle dans la prise en charge des pathologies, des patients. Toutefois concernant les résultats trouvés, on peut affirmer d'après les p values qu'elle ne joue un rôle que dans l'envoi aux urgences dans un cadre non programmé. En effet, les jeunes médecins ont tendance à envoyer plus fréquemment aux urgences que les médecins expérimentés des patients qui relèvent à la base d'une hospitalisation programmée. Les médecins avec expérience sont théoriquement définis par une meilleure connaissance des pathologies qu'ils ont rencontrées de manière plus importante en valeur absolue. Ils disposent d'un carnet d'adresse qu'ils ont progressivement étoffé avec la mise en place de relation de confiance et privilégiée avec certains praticiens. Ils connaissent donc les rouages d'un système ce qui optimise leur prise en charge. Il faut noter qu'après un certain nombre d'années d'exercice, la fréquence d'orientation vers les urgences est de nouveau en hausse.

4.5.7. Age du médecin

Ce qui différencie l'âge et l'expérience locale du médecin, c'est son année d'installation dans le milieu. Or, on sait qu'actuellement, la moyenne d'âge d'installation d'un médecin est de 37 ans. Par ailleurs, d'autres médecins changent de région en cours de carrière, parfois pour des raisons de surcharge de travail, parfois pour des raisons personnelles.

C'est pourquoi les résultats des p value ne montrent pas d'association significative entre l'âge des médecins, leurs sentiments de difficulté de programmer dans le public comme dans le privé et leur prise en charge si l'hospitalisation n'est pas réalisable.

On peut très bien avoir dans l'ensemble considéré des médecins âgés mais avec peu d'expérience au niveau local.

4.5.8. Considération de l'hospitalisation programmée

La considération de l'hospitalisation programmée c'est-à-dire le fait de considérer que c'est une bonne prise en charge, meilleure qu'une orientation non programmée est partagée par 87% des médecins de l'échantillon. Cette opinion positive est liée aux possibilités d'hospitalisations programmées que s'offrent les médecins généralistes. Ceux qui pensent que l'hospitalisation est une meilleure prise en charge sont partisans du fait qu'il y a souvent voire toujours une possibilité pour y accéder que ce soit dans le secteur public ou le secteur privé. Concernant l'orientation aux urgences sans programmation ou bien lors d'une démarche de programmation n'aboutissant pas, la considération de l'hospitalisation n'est pas un facteur qui impacte les démarches de prise en charge. En effet, les p value sont toutes strictement supérieure à 0.05.

4.5.9. Rapidité de réponse dans le secteur privé

Même si a priori on pourrait penser qu'une réponse rapide dans le secteur privé pourrait influencer la pensée qu'on les médecins sur le secteur public ; il n'en est rien. On retrouve seulement un lien évident entre la rapidité de réponse dans le secteur privé et la difficulté ressentie ; les délais de réponses sont relativement courts donc les médecins ne ressentent que peu de difficulté dans ce secteur. Toutes les autres p values ne sont pas significatives ou à la limites de la significativité. On peut donc conclure à une absence de lien entre la vitesse des réponses du privé et toutes les prises en charges qu'elles soient dans le domaine public ou le domaine privé.

4.5.10. Rapidité de réponse dans le secteur public

De la même manière l'a priori qui se posait lors de la précédente partie se vérifie également du point de vue public. De manière symétrique, le temps de réponse dans le secteur public est lié à la sensation de difficulté. Les délais sont plus longs que dans le secteur privé, les médecins éprouvent beaucoup plus de difficultés. Après analyse des autres résultats, on peut affirmer qu'il existe une indépendance entre la vitesse des réponses du secteur public et toutes les prises en charge, publiques et privées.

4.6. Atténuation des freins à la planification

Dans le but d'améliorer la planification, le questionnaire interroge les médecins sur les obstacles qu'ils rencontrent dans leur pratique et qu'il faudrait corriger. On se rend compte de manière très synthétique qu'il existe un cloisonnement entre ville et hôpital.

Cela ne date pas d'aujourd'hui. Les médecins ont un objectif professionnel commun : la continuité des soins pour leurs patients. Toutefois, ils se placent dans des contextes complètement différents.

Dans la formation initiale, le futur libéral et le futur hospitalier sont proches mais s'éloignent l'un de l'autre au fur et à mesure de leur exercice. Les praticiens des hôpitaux ou des cliniques doivent respecter une organisation interne alors que les médecins généralistes ont plus de liberté même si le cadre de leur exercice a aussi ses limites.

Il existe souvent une méconnaissance des cadres d'exercice. Si le médecin généraliste connaît bien l'hôpital à la sortie de sa formation, peut-il en dire autant quelques dizaines d'années plus tard s'il n'a pas de vacation hospitalière ? A l'inverse, le médecin hospitalier ou de clinique se rend-il compte des difficultés que rencontrent tout venant les médecins généralistes ? A cela s'ajoute un contrôle croissant des pouvoirs publics et l'exigence de plus en plus grande des patients.

Le décroisement hôpital-ville est très important car si l'on se tourne vers le futur, au vu de l'évolution de la population médicale, de mauvaises relations pourraient avoir un retentissement sur la continuité des soins. On a prouvé, dans certaines pathologies, l'efficacité de la prise en charge conjointe et coordonnée avec l'amélioration de l'état fonctionnel et des prescriptions des patients (52).

Les trois pistes d'amélioration les plus citées sont :

- Joindre plus facilement les médecins
- Mettre en place un contact direct entre professionnels
- Augmenter le nombre de lits

Etudions en détails ces pistes d'amélioration. On peut regrouper les attentes des médecins généralistes en plusieurs domaines :

1. Optimisation de l'amont : caractéristiques inhérentes au médecin généraliste,
2. Optimisation des structures hospitalières et d'aval : la problématique politique et les éléments d'ordre organisationnels,
3. L'intégration des patients dans les rouages de la planification : la responsabilisation

4.6.1. Les médecins généralistes

Dans cette étude, on retrouve globalement une indépendance globale des caractéristiques intrinsèque et extrinsèque des médecins avec leur mode de prise en charge concernant l'hospitalisation programmée. Toutefois, il existe des associations notables :

1. l'existence d'un secrétariat augmenterait la fréquence de possibilité d'hospitaliser dans le secteur public, ne serait-ce que par cette option qu'on les médecins généralistes de s'épargner le temps de mise en relation avec le praticien décideur de l'hospitalisation programmée qui prendra en charge le patient,
2. L'expérience des médecins généralistes conduit à une réduction de l'adressage aux urgences sur des patients relevant d'une hospitalisation programmée. C'est une caractéristique non modifiable a priori mais il est important de le souligner. En 2008, les médecins généralistes envoyaient 9962 patients par an contre 8006 en 2012 avec à chaque fois 65% de patients hospitalisés. Pour faire gagner de l'expérience aux médecins généraliste il faut les former précocement. Une étude montre que la prise en charge en amont de l'hôpital pourrait être améliorée par le développement des soins de support et la formation des médecins généralistes chez des patients cancéreux (34). De plus, une information plus claire sur les structures, les voies alternatives, l'élargissement du carnet d'adresse pourrait ajouter d'autres options au panel de chaque médecin. Les médecins généralistes ont souligné l'intérêt d'avoir de meilleur contact avec le domaine hospitalier en renforçant la cohésion, les relations pour élargir le carnet d'adresse ce qui n'est pas le ressenti majoritaire actuel à Limoges comme dans d'autres villes (53).
3. La conviction que l'hospitalisation programmée est un bon système d'hospitalisation voire le meilleur semble élargir les possibilités qu'ont les médecins généralistes pour planifier dans le secteur public et dans le secteur privé.
4. On peut donc dire que pour améliorer le système de l'hospitalisation programmée, il faut trouver d'autres déterminants modifiables : probablement, au sein du secteur hospitalier, dans les structures d'aval et parmi les patients.

Certains ont reproché une réaction systématique de l'hôpital de répondre négativement aux demandes d'hospitalisation programmée sans plus d'explication. Ils estiment qu'il y a une remise en cause de leur jugement et surtout une mauvaise prise en compte de la situation dans laquelle se trouvent le médecin généraliste et son patient. 4% des généralistes demandent plus de considération de la part des praticiens hospitaliers. D'ailleurs, le stage chez le médecin généraliste se répand, actuellement pour tous les étudiants en médecine.

Ceci permet une première vision des difficultés rencontrées. Mais ce n'est pas suffisant, il faudrait permettre au praticien hospitalier de pouvoir effectuer un stage court chez un médecin généraliste pour une prise de conscience de la situation. L'inverse est d'ailleurs vrai, les médecins généralistes devraient passer quelques jours dans des services hospitaliers pour mieux cerner les problèmes organisationnels que les praticiens y rencontrent.

Le nombre de médecins généraliste en Haute-Vienne connaît, comme le reste de la France, une diminution sans précédent. Le numerus clausus ayant été augmenté trop tard et pas assez ; le système va entrer dans les années à venir dans une période de récession de la proposition des soins primaires. L'augmentation du nombre de médecin généraliste, qui a été citée dans les possibles améliorations pour optimiser la programmation, arrivera à terme mais il va falloir être patient. Elle permettra de limiter la consommation de soins aux urgences et de garantir une permanence de soins, même en nuit profonde – ce qui n'est pas le cas dans toutes les zones géographiques françaises. Cela permettra d'éviter que faute de place de consultation les patients s'orientent directement vers une structure d'urgences. Actuellement, sur Limoges, il existe la plateforme de régulation du 15 qui oriente les patients à condition que les patients y aient recours systématiquement ce qui est loin d'être le cas surtout sur Limoges et sa proche périphérie.

4.6.2. Optimisation des structures hospitalières

Certaines études montrent que le problème hospitalier est un problème organisationnel (54) qui débute dès le services des urgences et se termine dans le service cible (55).

4.6.2.1. Joindre les médecins plus facilement

Les médecins généralistes perdent beaucoup de temps pour être mis en relation avec l'interlocuteur approprié. Ce n'est pas propre à la Haute-Vienne. Le Baromètre des pratiques en médecine libérale de l'U.R.M.L. Bretagne (2004) indique que le souhait principal des médecins libéraux est l'amélioration de la communication avec les médecins hospitaliers (56). Ce n'est pas le cas de tous les médecins de l'échantillon ; parmi eux, des médecins ont des vacations à l'hôpital ou sont enseignants-chercheur à la faculté de médecine. On peut considérer que tous n'ont pas les mêmes relations avec la médecine hospitalière. La possibilité de joindre les médecins plus facilement est assez large et est évoquée dans les paragraphes suivants.

Les médecins généralistes souhaitent donc avoir un contact privilégié et facilité avec leurs confrères hospitaliers. Un travail de la fédération hospitalière de France (F.H.F.) de 2007 a signalé des pistes d'amélioration notamment :

- Edition d'un annuaire téléphonique
- Utilisation de téléphone spécifique et de messageries sécurisées

Actuellement, en Haute-Vienne, il existe un annuaire médical du C.H.U. de Limoges édition 2013 recensant l'intégralité des services médicaux avec les numéros des différents praticiens (aboutissant souvent par des secrétariats). Il existe le numéro prodirect pour chacun des services qui est un numéro strictement réservé aux médecins, théoriquement accessible 24h/24 et 7j/7. Le portable prodirect est détenu dans chaque service par un médecin sénior. Néanmoins, celui-ci a-t-il bien été diffusé ? Est-il envoyé à un médecin récemment installé ? En dehors du questionnaire, une partie des médecins affirment que cela ne fonctionne pas et ne conduit pas à un contact direct. Une étude qualité pourrait permettre d'éclairer ce sujet. Dans d'autres hôpitaux, la création d'une « unité d'assistance diagnostique et thérapeutique rapide » a conduit à l'amélioration de la filière de soin de par ses conseils, ses orientations de prise en charge (consultation et hospitalisation) (57) avec des passages par les urgences évités et transformés en hospitalisation programmée dans 20% des cas (58).

Par ailleurs, les secrétariats s'opposent également aux démarches de planification des médecins généralistes. Là où certains médecins généralistes demandent une formation complémentaire des secrétaires pour juger de l'importance d'un appel et de la nécessité de transmettre rapidement et efficacement l'information, environ 4% estiment qu'il faudrait tout simplement supprimer ce barrage qui est une perte de temps pour le patient et pour le médecin demandeur. Les médecins généralistes ont quasiment une chance sur deux de « tomber » sur une secrétaire lors du coup de fil initial pour planifier une hospitalisation et plus d'une chance sur trois de « tomber » sur une cadre de santé qui n'est pas un élément décisionnaire de l'acceptation d'une hospitalisation programmée – dans la majorité des cas. Il faut trouver de nouveaux modes de contact.

Que peuvent apporter les nouvelles technologies ? La première idée est de permettre une meilleure coopération entre les professionnels de santé en facilitant et accélérant les échanges entre médecins. Cela permet de centraliser l'information médicale pour éviter les redondances, mieux suivre les patients tout en gardant le côté sécurité là où en 2008 29% des généralistes utilisaient une messagerie non sécurisée (59),(60). Ceci permettrait également un gain de temps de travail par semaine. Concernant les messageries, elles existent et notamment APICRYPT (existante depuis 1994) qui est utilisée par 138 médecins généralistes soit 30% des médecins généralistes installés en libéral.

Le conseil national de l'ordre des médecins a fait deux études :

Une enquête téléphonique en avril 2009 qui retrouve que :

- 68% des médecins jugent la mise ne place d'un dossier médical informatisé et accessible par internet utile pour leur pratique,
- 62% jugent utile le déploiement d'une messagerie professionnelle sécurisée,
- 47% que le premier avantage de développer des nouvelles technologies de communication d'information sera l'amélioration de la coopération en professionnels de santé.

Une enquête auprès des hospitaliers (61) assurent un adhésion majoritaire au système informatique à l'hôpital et son développement à visé médicale.

Suite à ces études, une boite de messagerie professionnelle sécurisée a été organisée par la C.N.O.M. avec une version pilote qui a été diffusée initialement dans des zones test puis une boite sous forme @medecin.mss.fr. Celle-ci garantie confidentialité, notarisation et traçabilités certifiés. Elle est basée sur l'hébergeur Santéos qui est l'hébergeur du dossier pharmaceutique.

A ce jour, de nouveaux tests sont en cours en France : le Répertoire partagé des professionnels de santé (R.P.P.S.). À partir de cet annuaire, qui répertorie les professionnels de santé, libéraux et hospitaliers, l'Agence de systèmes d'informations partagés de santé (A.S.I.P.) va déployer des certificats électroniques qui garantissent la sécurisation des échanges par mail. Cette messagerie sécurisée permettra d'envoyer des messages entre professionnels de santé mais aussi d'alimenter le Dossier médical personnel (D.M.P.) d'un patient, voire de délivrer une prescription électronique qui sera généralisé en 2014. Elles sont nommées MSSanté dont la page d'inscription est accessible au « www.mssante.fr ».

Effectivement, le développement de boites de messagerie professionnelle est complémentaire du dossier médical partagé dans une optique de télémédecine voulue également par les pouvoirs publics. Elle est même indispensable car depuis le lancement du D.M.P. en janvier 2011, on peut dire que pour partager le D.M.P., il faut l'alimenter. Ce D.M.P. n'est pas obligatoire, il est gratuit, sécurisé, respectueux des droit du patient (loi n° 2004-809 du 13 août 2004) et consultable sur la toile.

En Limousin, on peut retrouver deux messageries sécurisées : la première promue par les Unions régionales des Professionnels de santé médecins libéraux (U.R.P.S.M.L.), APICRYPT et EPSILIM issue du système hospitalier. Les compatibilités entre ces deux systèmes ne sont effectives.

Il serait envisageable de voir un formule d'hospitalisation programmée par internet à compléter sous réserve que les médecins hospitaliers s'engagent à consulter leurs boites mail et à répondre dans un délai raisonnable.

4.6.2.2. Les problèmes d'origine politique

Ils ont été cités par les médecins généralistes. Ce sont des facteurs sur lesquels il semble difficile d'agir. Ils sont dépendants de la politique gouvernemental. 10.5% des médecins pensent qu'une augmentation de lits pourrait faciliter la planification, ainsi qu'une augmentation de la dotation financière (4% des médecins généralistes). Tout d'abord, il semble impossible de jouer sur ces paramètres puisque sa variabilité décroissance à l'heure actuelle est liée à la politique de santé française. Effectivement, en regardant l'historique, on se rend compte que l'inflation de lits lors des trente glorieuses a conduit à l'inflation des dépenses qui pourrait être dommageable sur un système de santé qui est déjà très fragile financièrement. La politique actuelle donne ses grandes lignes avec une volonté d'adapter les lits en fonction des besoins et de basculer des lits d'hospitalisation conventionnelle vers des lits de programmation, à savoir hospitalisation de jour et de semaine. En observant la situation actuelle par rapport aux places hospitalières :

- Le nombre de lits a effectivement a été réduit,
- Le vieillissement de la population entraîne des hospitalisations plus fréquentes et plus longues, le turn-over est moins fréquent,
- Les lits sont occupés par des patients ne relevant plus de l'hospitalisation car il n'y a pas assez de place dans une structure adaptée d'aval.

Il faut donc créer des places en aval de l'hôpital pour le désengorger : création de place de moyen et long séjour, hébergement temporaire, S.S.R. et de place de courts séjours gériatriques compte tenu du vieillissement de la population et des demandes dans ce domaine. En effet, des revues de pertinence des journées d'hospitalisation sont réalisées en médecine par l'Appropriateness Evaluation Protocol version française (A.E.P.f) et conduit au même constat : les causes accessibles à une démarche d'amélioration sont limitées. Seule la sensibilisation est souvent faite sur le principe du point de chute du patient à organiser dès l'entrée (62). En effet, la non-pertinence d'hospitalisation est intimement liée à la structure d'aval.

De la même manière 5% ont cité l'augmentation des soignants. Les médecins généralistes sont tout de même conscients qu'à l'heure actuelle, il y a plus de personnel administratif que de soignants et que le ratio patient soignant penche fortement vers les

patients. Les praticiens hospitaliers sont surchargés. Le nombre de poste alloué est fonction de l'activité d'un service et des ressources financières qui lui sont attribuées. Ce n'est pas suffisant pour augmenter le nombre de poste. Bien au contraire, il existe plutôt une réduction du nombre de praticiens hospitaliers. Il suffit de comparer l'annuaire médical du C.H.U. paru en 2011 et celui de 2013 pour constater un recensement inférieur de praticiens hospitaliers en 2013. Cette constatation doit être pondérée par le fait que dans les années à venir, vu l'augmentation du numerus clausus, les internes seront de plus en plus nombreux. Dans cette optique, on peut considérer que le nombre de soignants va augmenter. Certains médecins ont émis le fait que ce sont les internes qui font fonctionner l'hôpital et cela sera de plus en plus vrai dans les années à venir. La charge de travail des praticiens hospitaliers va passer d'une charge de soin vers une charge d'enseignement.

4.6.2.3. Les problèmes liés à la structure hospitalière

L'identification des lits disponibles à l'hôpital doit être connue. Actuellement, elle est déclarative. Les responsables d'un service annoncent s'il existe une ou des places disponibles. 6% des médecins généralistes ont émis l'idée d'une gestion administrative centralisée, informatisée. Cette idée est déjà exploitée dans différentes structures et ce depuis peu. Fin avril 2013, la ministre annonce la création de gestionnaire de lits, connu aussi sous le nom de « bed manager » actuellement en évaluation dans certains hôpitaux. Le C.H.U. de Limoges a mis en place la cellule d'ordonnancement et de gestion des flux qui est active depuis le premier octobre 2013. Initialement en chirurgie, elle sera progressivement généralisée en médecine. Cela pourrait éviter le fait de cacher des lits, limiter les abus de sélection des patients car depuis l'avènement de la T.2A., le court séjour est valorisé et pour avoir une activité rentable, le service n'a aucun intérêt de prendre des patients trop lourds, qui pourraient rester plusieurs semaines faute de structure d'aval. Les responsables de service et maintenant de pôle passent du rôle de médecin à médecin-gestionnaire. Dans cette optique certains médecins adaptent l'organisation pour la modeler à l'image de leur conception, là où d'autres sont le résultat d'une profonde transition individuelle (63). La problématique de la facturation devient une préoccupation majeure (64).

Le deuxième problème hospitalier qui est plus lié au C.H.U. : la sur-sélection des patients. Les praticiens et les services ont parfois des ressources pour développer des activités très spécialisées au sein même de leur spécialité. L'avantage c'est d'être très pointu dans un secteur. Néanmoins, le verso de cette pratique c'est de délaisser la pratique générale et de refuser des patients qui ne relèvent pas de cette surspécialisation.

Enfin, la T.2A. met en place des indicateurs intéressants financièrement ce qui peut être assez dangereux, car ils conduisent au sur-diagnostic et à la sélection d'une offre de soin jugée rentable. En effet, lors de la sortie d'un patient, un résumé de sortie standardisé est édité comportant tous les résumés d'unité médicale chacun composés d'un diagnostic principal codé d'après la classification internationale des maladies, des actes techniques codés d'après la classification clinique des actes médicaux (C.C.A.M.) le tout classée en groupe homogène de maladie, les G.H.M. (auxquels correspondent un ou plusieurs groupes homogènes de séjour, les G.H.S.). Celui-ci devient un résumé de sortie anonyme transmis à l'A.R.S. et à l'assurance maladie. 5 médecins ont évoqués la suppression de la tarification à l'activité qui est le vrai métronome du système de santé. Même s'il a beaucoup d'aspects négatifs, notamment au niveau du soin et du patient, il semble déraisonnable voire impossible de revenir en arrière compte tenu du déficit actuel du système de santé français. Cette T.2A. ne doit pas faire confondre rendement et efficacité. A la différence du rendement, l'efficacité est un concept qui est directement liée à la qualité. En fait, pour améliorer l'efficacité d'un système il faut soit qu'il n'y ait pas de diminution de qualité et une diminution des coûts, soit, et c'est ce que les médecins recherchent lorsqu'ils participent à des politiques de santé publique, une amélioration de la qualité à coûts constants ou diminués.

Il faut citer les différentes attentes des médecins généralistes qui sont en proportion minoritaires vis-à-vis de l'organisation d'une structure hospitalière. Une faible proportion demande l'apparition de lits spécifiques, une amélioration des délais ainsi qu'une réception plus humaine et moins administrative. Ce sont plusieurs demandes légitimes.

Concernant l'apparition de lits spécifiques, les lits d'hospitalisation de court séjour existent sous la forme d'hospitalisation de jour et de semaine (17). Ceux-ci seront peut-être en plus grand nombre dans les années à venir vu la politique actuelle. Toutefois, des secteurs de lits spécifiques, avec travail en collaboration entre services permet d'améliorer l'organisation interne jouant le rôle d'unité d'aval (65). En aval, certains hôpitaux proposent, dans le cadre de la réduction de lits du secteur conventionnel des structures de soins alternatives à l'hospitalisation (S.S.A.H.) (66). Enfin, il existe l'hospitalisation à domicile qui est une proposition qui n'a pas été citée mais qui peut permettre dans certains d'accéder à une prise en charge plus complète de certains patients. L'amélioration des délais ne peut passer que par une amélioration du turn-over des patients donc c'est une piste d'amélioration qui ne peut être envisagée que dans une globalité en amont et en aval.

4.6.2.4. Les urgences

Prenons le cas des urgences de Limoges. Il y a une inflation du nombre d'entrée tous les ans avec 38569 admissions en 2008 et 40550 en 2012, soit une augmentation de quasiment 5%. La proportion de patients de plus de 75 ans oscille entre 35% et 45%. Le temps de passage moyen aux urgences de Limoges est passé de 293 minutes à 353 minutes de 2008 à 2012. Enfin le nombre moyen de séjour aux urgences de plus de 24h était de 0.7% en 2008, il a explosé à 5.7% début 2012, le taux d'occupation dépasse régulièrement les 300%. Il existe un effet entonnoir en aval d'où la dégradation des conditions des urgences.

Une faible proportion des médecins pensent que la puissance diagnostique est meilleure aux urgences. Toutefois sa performance n'est pas supérieure à celle du médecin traitant. Elle est plus ciblée sur les urgences diagnostiques et thérapeutiques. La quantité d'examen complémentaire et le temps passé aux urgences ne change pas l'adéquation entre le diagnostic initial et le final de l'hospitalisation (67).

Les urgences recrutent environ 40% des patients se trouvant à l'hôpital, ce qui peut la classer comme première porte d'entrée hospitalière. Ce chiffre atteint les 75% chez les personnes âgées (65).

Certains médecins généralistes ont envisagé le fait de pouvoir sélectionner les patients aux urgences. Dans le cas d'une clinique privée ce serait possible, dans une structure hospitalière, sa mission de service public l'empêche de pouvoir refuser. D'ailleurs dans un sondage publié, 85% des praticiens définissent le S.A.U. comme un accueil non sélectif (68). Il est vrai que beaucoup de patients n'ont rien à faire aux urgences et relèveraient d'autres structures ou professionnels. Les S.A.U. pourraient réorienter le parcours de ces patients. Mais si ce n'est fait, peut-on parler de problème de fonctionnement ou d'une simple politique interne ?

Une minorité a également envisagé une structure de préadmission gérée par des médecins généralistes, pour les examens ou les soins qui ne nécessiteraient pas d'examen paraclinique, ou de passage par les portes des urgences. Des structures comme des maisons médicales de garde adossées aux services d'urgence avec orientation par l'infirmière d'accueil et d'orientation pourraient éviter le cycle d'engorgement. Le succès serait conditionné par des horaires d'ouverture larges et la pratique d'acte technique (69). Il en existe sous différentes formes en France travaillant en collaboration avec les services d'urgences par exemple à Rennes avec le centre d'accueil et de répartition libéral (70).

Dans d'autres pays, il est mis en place un service de tri téléphonique infirmier permettant d'orienter plus efficacement les patients. Ceux-ci suivent plus ou moins les recommandations émises (71).

La création d'unité d'amont d'accueil et d'orientation des personnes âgées a permis d'améliorer le fonctionnement des urgences, de diminuer le nombre de transfert non médicalement justifiés et de la durée moyenne de séjour (72). Certains services d'urgences ont plutôt conçu des unités d'hospitalisation de très courte durée pour faire tampon entre le S.A.U. et les différents services. Certains hôpitaux ont créé également des unités de court séjour d'urgences polyvalentes pour accueillir des patients ne justifiant pas d'une prise en charge spécialisée (73),(74).

Vieillesse de la population oblige, la proportion de personnes âgées va augmenter. Cela va nécessiter un remodelage de l'organisation des services d'urgences quand la personne âgée implique une consommation plus importante de ressource au sein des S.A.U. (75), sont très souvent à haut risque d'hospitalisation (76) et pas que pour des raisons médicale (77).

Le C.H.U. de Limoges bénéficie d'une équipe U.M.G., qui participe au fonctionnement du S.A.U.. C'est une source de correction de trajectoire et d'alternative à l'hospitalisation. Cet accueil aux urgences permet d'éviter une hospitalisation sur deux avec un taux de de nouvelle hospitalisation faible (78).

4.6.3. La responsabilisation des patients

La considération des patients ou des familles qui shuntent la démarche du médecin généraliste ou ceux qui leur mettent la pression, à la limite du harcèlement font penser qu'il faut agir à ce niveau. Il faut les responsabiliser. Ce n'est probablement pas le dysfonctionnement majeur du système mais cela éviterait un autre facteur aggravant. En effet, le retour à domicile après envoi aux urgences est plus fréquent lorsque la famille ou le patient ont initié la démarche par rapport à un adressage par le médecin généraliste (79)

A l'image de la campagne « les antibiotiques, ce n'est pas automatique », ou « les antibiotiques, utilisés à tort, ils seront moins fort » qui a largement contribué à l'adhésion des patients aux nouvelles conduites à tenir de leurs médecins ; il faudrait graver dans l'esprit collectif qu'une hospitalisation n'est pas la solution à tous leurs problèmes et n'est sûrement pas un traitement. On peut remarquer effectivement que la quantité de patient se rendant d'eux-mêmes aux urgences est en augmentation croissante avec 17420 patients dont 14.1%

d'hospitalisation en 2008 contre 20 328 et 18.6% d'hospitalisation en 2012. La proportion de patient de plus de 75 ans est passée de 39.6% en 2008 à 40.5% en 2012.

Une version un peu moins incitative, serait l'envoi de relance par courrier de la part des caisses d'assurances maladie pour des patients sur consommateur de soins médicaux aux urgences avec des pénalités en cas de récidives multiples mais cette option déclarée pose de réels problèmes de liberté individuelle relative à la loi d'août 2004.

Enfin, le patient, sa famille et leur exigence semble être une cause de non pertinence uniquement recensée dans des cas de gériatrie (80).

CONCLUSION

Dans une société qui évolue, la médecine suit la tendance. Elle est toujours plus innovante, avec une précision croissante. Toutefois, cela va de pair avec une inflation des coûts de prises en charge. Le système de santé est donc en cours de révision pour devenir de plus en plus efficient (81). Les acteurs de ce système doivent désormais mettre en balance le bénéfice, le risque et la dépense induite.

Les médecins généralistes, acteurs primaires et primordiaux, sont entrés dans une crise démographique qui va perdurer encore quelques années. Le partenariat ville hôpital est en danger et doit être réellement renforcé par des filières spécifiques dans une optique de bénéfices pour les patients et notamment pour optimiser l'hospitalisation programmée qui est une formule de soin d'avenir (82).

L'optimisation de cette hospitalisation programmée passera par une amélioration des différents secteurs du système de soin.

Concernant les médecins généralistes, un secrétariat pourrait faciliter les démarches de planification dans le secteur public. Ces secrétariats seront en plus grand nombre dans les années à venir compte tenu de la politique nationale de santé. Par ailleurs, l'expérience accumulée suite à l'installation est un facteur qui peut jouer sur la gestion d'hospitalisation des patients autrement que par un envoi aux urgences. Convaincre les médecins généralistes que la planification est une meilleure option qu'une hospitalisation non programmée, pourrait améliorer leurs possibilités de flécher efficacement les parcours de leurs patients dans le public et dans le privé. Enfin, le temps de réponse lors d'un contact pour planifier influe sur la difficulté ressentie pour programmer dans le secteur correspondant. Le sexe, l'exercice rural ou urbain, le volume de l'activité, l'exercice seul ou en groupe et les rapidités des réponses obtenues dans les secteurs publics et privés sont indépendantes de leurs manières de programmer ainsi que tout ce qui s'y rattache.

Parmi les propositions faites par les médecins généralistes pour améliorer leur planification, on peut retenir cette volonté majoritaire de joindre plus facilement les praticiens avec notamment un contact direct. Pour ce faire, se lancer vers un décloisonnement ville hôpital semble primordial : modification et optimisation des moyens de télécommunication, rapprochements et échanges entre médecins libéraux et de structures.

Les structures d'hospitalisation ont également leur rôle à jouer dans cette amélioration. Une restructuration organisationnelle est urgente avec une redistribution des ressources en

fonction des besoins. Précisément, les instances politiques doivent prendre conscience que la population française a désormais une espérance de vie plus élevée.

Le problème majeur concerne les structures d'aval où il existe un manque évident de place post-hospitalière d'ordre médical ou médico-social. Il se crée un phénomène d'entonnoir au niveau hospitalier.

Enfin, il conviendrait de bien faire comprendre aux patients la crise dans laquelle se trouve leur système de soins. Ceux-ci trouvent le soin français plutôt efficace. Toutefois s'ils souhaitent conserver cette qualité, ils doivent évidemment faire des concessions.

Tous les acteurs sont responsables de leur système de soins. Il s'agit d'un effort collectif. La solution de sauvetage est de développer l'hospitalisation programmée mais l'avenir et les différents efforts fournis permettront d'observer la tendance d'un système à basculer, soit vers l'efficacité, soit vers le rendement.

Dans cette optique d'amélioration du processus de planification, nous venons de voir que les modulations sur l'amont de l'hôpital ne sont que peu nombreuses. Il conviendrait d'avoir la vision des praticiens hospitaliers : comment, de leur côté, voient-ils leur exercice depuis la création de l'hospitalisation programmée ? Quels sont leurs démarches lors d'une demande d'hospitalisation ? Comment sont organisés leurs services pour répondre aux demandes d'hospitalisation programmée ? Ont-ils des problèmes pour recentrer leurs activités sur la programmation ?

REFERENCES

1. Medical Imaging Unit, Division of Medical Informatics, Geneva University Hospital, 24 rue Micheli-du-Crest, CHE, O R, F T, R SJ. Evolution of PACS concepts in hospital environment. *RBM Rev Eur Biotechnol Médicale*. 1996;18(5):112–21.
2. PHR, IFOP. Les Français et le système de santé : qu'attend l'utilisateur du système ? 2012 Oct 18; Available from: http://www.ifop.com/media/poll/2056-1-study_file.pdf
3. Service de Chirurgie viscérale, CHU d'Angers, FRA, Consultation de Médecine légale, CHU d'Angers, FRA, C R-M, J TJ, P P, P R, et al. L'information du patient : bilan à l'aube du XXIème siècle. *Patient information : the current situation in France. Presse Médicale* 1983. 2001;30(2):68–72.
4. Les coûts à l'hôpital. *Cah Sociol Démographie Médicales*. 1992;32(4):253–60.
5. Le coût de la santé. *Quest Secur Soc*. 1998;5:12–3.
6. Patrick M. L'hôpital en mouvement : Les restructurations hospitalières françaises à la lumière de l'expérience nord-américaine. *Gest Hosp*. 2002;(420):695–705.
7. Fédération des Spécialités Médicales (FSM) 20, avenue Rapp, FRA, J B. Modification des pratiques du médecin : de la formation à l'évaluation des pratiques professionnelles. *Ann PatholParis[Internet]*.2006;(NOV).Availablefrom:<http://www.refdoc.fr/Detailnotice?idarticle>
8. Gérer l'encombrement aux urgences, est-ce possible? : Des nouvelles missions pour les services d'urgences ? New missions for emergency department : New tasks for emergency departments. *Rev Prat Paris*. 2009;59(9):1272–5.
9. Service de Médecine Gériatrique et Université Claude Bernard Lyon 1, Centre Hospitalier Lyon Sud, Hospices Civils de Lyon, FRA, Service d'Urgence et Réanimation, Centre Hospitalier Lyon Sud, Hospices Civils de Lyon, FRA, Pôle d'Information Médicale Evaluation Recherche, FRA, Service de Médecine Gériatrique, Centre Hospitalier Lyon Sud, Hospices Civils de Lyon, FRA, Charles P, Francois C, et al. Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire : une enquête prospective. Inappropriate consultation of elderly subjects attending an emergency ward of a university hospital: a prospective study. *Rev Gériatrie*. 2008;33(9):761–9.
10. Service des Urgences, Centre Hospitalier de Pau, 4, Bld Hauterive, FRA, Service de Gériatrie, Centre Hospitalier de Pau, 4, Bld Hauterive, FRA, A J-B, C K, M D, M S, et al. Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences : Enquête rétrospective au Centre Hospitalier de Pau. Inappropriate visits of elders to emergency departments: a retrospective survey at the Hospital of Pau. *Rev Gériatrie*. 2001;26(9):713–8.
11. Code de la santé publique - Article L4130-1. Code Santé Publique.

12. Marc G, Anne D. Réflexion. La recherche des gains de productivité à l'hôpital. *Gest Hosp.* 2012;(521):616–8.
13. LASPI, Université de Saint-Etienne, IUT de Roanne, 20 av. de Paris, FRA, Laboratoire de productique et informatique des systèmes manufacturiers PRISMa, INSA de Lyon 20 avenue Albert Einstein, FRA, Laboratoire d'analyse des signaux et des processus industriels (LASPI) IUT de Roanne. 20 av. de Paris, FRA, Béatrix B, Lorraine T, Alain G, et al. Conduite du changement dans le cadre du regroupement de plateaux medicotechniques : Apport de la modélisation d'entreprise. *J Eur Systèmes Autom.* 2004;38(6):691–723.
14. Société Francophone de Médecine d'Urgences V. Architecture des services d'urgences SFMU. 2004 Jul;46.
15. Service de dermatologie, université Paris-Descartes, hôpital Cochin, AP—HP, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, FRA, EA 4393 (LIC), Laboratoire d'investigation clinique, université Paris-Est-Créteil (UPEC), FRA, Unité de recherche clinique (URC), pôle recherche clinique - santé publique, hôpital Henri-Mondor, 51, avenue du Maréchal-de-Lattre-de Tassigny, FRA, UMR 911, Inserm CRO2, service de dermatologie, université d'Aix-Marseille, CHU de la Timone, 264, rue Saint-Pierre, FRA, Y B, S B-G, et al. Organisation et activité des hôpitaux de jour des services de dermatologie des CHU en France: étude transversale prospective. Day-care hospitalisation in the dermatology departments of French university hospitals. *Ann Dermatol Vénérologie.* 2012;139(11):710–6.
16. G C. L'hospitalisation de jour au sein de l'hôpital général. Day care center within the general hospital. *Union Med Can.* 1967;96(7):849–51.
17. M L. Hôpital de jour gériatrique, alternative à l'hospitalisation: A propos de l'expérience de l'Hôpital Charles-Foix. *Med HOMME.* 1990;(187):15–7.
18. Pierre B-S. L'hospitalisation de jour : une pratique et une théorie nouvelle du soin. *Nervure Paris.* 2001;14(4):14–8.
19. Guilbert P, Beltzer N, Gautier A, Warszawski J, Riandey B. Pour de nouveaux indicateurs de qualité des enquêtes téléphoniques par sondage aléatoire. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 2011 Apr;59(2):91–6.
20. CESP, FRA, Université Lyon 1, FRA, Jean-Marie B, Françoise D. Taux de réponse et qualité des enquêtes téléphoniques : Les enseignements des études d'audience de la Presse Quotidienne d'IPSOS et de l'étude d'audience radio et cinéma de Médiamétrie Response rate and quality of telephone surveys. *Décisions Mark Brux.* 2005;(38):47–57.
21. Darmstadt University of Technology, DEU, Marek F, Dayana B, Sabrina S. Response Rate and Nonresponse Bias -Impact of the Number of Contact Attempts on Data Quality in the European Social Survey. Taux de réponse et biais de non-réponse - Impact du nombre de tentatives de contact sur la qualité des données de l'European Social Survey. *BMS Bull Méthodologie Sociol.* 2013;(117):26–45.
22. Ordre National des Médecins. Atlas national C.N.O.M. 2013 [Internet]. 2013. Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873>
23. Académie nationale de médecine, FRA, Guy N. Le corps médical à l'horizon 2015. The medical profession in 2015. *Bull Académie Natl Médecine.* 2007;191(2):413–23.

24. Ordre National des Médecins. Atlas démographique 2011 de la région Limousin C.N.O.M. [Internet].2011. Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-regionaux-2011-1128>
25. B DHD, D L, J T, H A. Les médecins libéraux et les autres praticiens. Cah Sociol Démographie Médicales. 2009;49(1):6–17.
26. A.L S. Comportements d'offre de soins et revenus des médecins généralistes : l'influence de la régulation de la médecine ambulatoire. J Déconomie Médicale. 2011;29(5):247–69.
27. Influence du volume d'activité sur la qualité des soins Procedure volume and quality of healthcare.RevPrescrire[Internet].2005;25(262).Availablefrom:http://www.refdoc.fr/Detail_notice?idarticle
28. Centre hospitalier universitaire Limoges. Chiffres clés 2009 C.H.U. Limoges [Internet]. 2009p.8.Availablefrom:http://www.reseau-chu.org/fileadmin/reseau-chu/chiffres_cles/limoges-chiffres-2009.pdf
29. DOAN BDH. Les inégalités géographiques révisitées : la médicalisation du territoire (1964-1994). Geography inequities revisited : medical staffing of french territory (1964-1994). Cah Sociol Démographie Médicales. 1994;34(4):297–323.
30. J.J O. Démarche qualité en médecine générale. Expérience de mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un cabinet de médecine générale. Rev Prat Médecine Générale. 1999;13(467):1244–9.
31. M.F LG. Utilisation du téléphone en médecine générale : contrainte de temps ou contrainte psychologique ? Rev Prat Médecine Générale. 1995;9(292):37–41.
32. Andronikof M, Thalmann A. Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste: Évaluation de l'organisation de 4 spécialités par l'utilisation de cas simulés. Presse Médicale. 2005 Jul;34(12):847–50.
33. C B, P F, D BB, F C. Attentes et satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis d'un hôpital universitaire. J Déconomie Médicale. 2001;19(4):263–78.
34. Kerrouault E, Denis N, Le Conte P, Dabouis G. Une meilleure organisation des soins pourrait diminuer le nombre des patients atteints de cancer adressés aux urgences: Analyse prospective de 123 patients. Presse Médicale. 2007 Nov;36(11, Part 1):1557–62.
35. INSERM U502/CERMES, 182 boulevard de la Villette, FRA, École de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, Programmation et Évaluation en Santé Reproductive, Campus Erasme, CP 596, Route de Lennik 808, BEL, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Département de Santé Publique, Nationalestraat, 155. 2000, BEL, Institut National d'Administration Sanitaire, Collège de Santé, route de Casa, Km 4, 5., MAR, Service d'Infrastructure et d'Activités Ambulatoires Provinciales, Délégation Médicale de Mohammadia, MAR, N B, et al. Pourquoi les patients n'adhèrent-ils pas à la décision de référence faite par le médecin généraliste ? Why don't patients comply with referral decisions made by general practitioners? Rev Dépidémiologie Santé Publique. 1999;47:2S65–2S74.
36. Davido A, Nicoulet I, Levy A, Lang T. Appropriateness of admission in an emergency department: reliability of assessment and causes of failure. Qual Assur Heal Care Off J Int Soc Qual Assur Heal Care ISQA. 1991;3(4):227–34.

37. Bussy C, Merad-Taoufik M, Nitenberg G, Soum D, Hamdoud Z, DiPalma M, et al. Pertinence des hospitalisations non programmées à partir du service des urgences. *J Eur Urgences*. 2008 Mar;21, Supplement 1:A44.
38. Revue E, Papillon V, Carnet A, Delefosse F, Leclerc P, Miranda J, et al. Évaluation de la pertinence des hospitalisations dans un service d'urgence. *J Eur Urgences*. 2009 Jun;22, Supplement 2:A36.
39. Ellrodt A, Snoey E, Logerot-Lebrun H, Moretti F, Meyer L. Évaluation de la pertinence des admissions aux urgences de deux hôpitaux universitaires (résumé de communication orale). 1994;3 : 112.
40. De Guio G, Argentin P, Dietz F, Kuss N. Évaluation de la pertinence des hospitalisations à partir du Service d'Accueil et des Urgences (Résumé de communication orale). *Réanimation Urgences*. 1994;3:111.
41. Duteil M, Le Chevalier B, Le Coutour X, Potier J, Bazin C. Évaluation de la pertinence des hospitalisations demandées aux urgences médicales (Résumé de communication orale). *Réanimation Urgences*. 1994;3:111.
42. Lang T, Davido A, Logerot H, Meyer L. Appropriateness of admissions: the French experience. *Int J Qual Heal Care J Int Soc Qual Heal Care ISQua*. 1995 Sep;7(3):233–8.
43. Chazoule C. Raisons d'adressage et passage des personnes âgées de 75 ans et plus au service des urgences du CHU de Limoges durant l'année 2009: études prospective et descriptive portant sur 989 patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2010.
44. Thollander J, Gertow O, Hansen S, Carlsson B, Hallert C. [Assessment of inappropriate emergency admissions. A study of 566 consecutive cases]. *Lakartidningen*. 2004 Mar 4;101(10):888–92.
45. Doumenc M, Ducarre R, Molinari M, Ourabah R, Valarche J, Bucquet D, et al. [The decision to hospitalize. Apropos of a survey of 539 hospitalizations requested by general practitioners]. *Rev Médecine Interne Fondée Par Société Natl Francaise Médecine Interne*. 1989 Apr;10(2):101–6.
46. Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques. Études et Résultats. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande de soins croissante de soins non programmés. *DRESS*. 2000;(72):1–8.
47. Centre hospitalier de Firminy, FRA, GREPI AGIM, FRE 3405 CNRS, centre hospitalo-universitaire de Grenoble, FRA, Clinique universitaire de médecine gériatrique, université de Grenoble 1, FRA, Université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, FRA, Service de médecine interne, hôpital Ambroise-Paré, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, FRA, UPMC université Paris 6, UMR-S 707, FRA, et al. Orientation des patients par leur médecin généraliste vers les secteurs hospitaliers publics ou privés en France: étude épidémiologique prospective du réseau Sentinelles. Orientation of patients referred by their general practionner to the public or private hospital sector in France: A prospective epidemiologic study. *Rev Médecine Interne Paris*. 2012;33(12):672–7.
48. Derame G, El Kouri D, Hamidou M, Carré E, Potel G. Les passages non justifiés au service d'accueil urgences: Proposition d'une offre de soins différenciée. *Presse Médicale*. 2004 Jul;33(12):780–3.

49. Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, Hanusa BH, Weissfeld LA, Singer DE, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N Engl J Med*. 1997 Jan 23;336(4):243–50.
50. Mouton Y, Chidiac C. XVe Conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse: Prise en charge des infections des voies respiratoires basses de l'adulte immunocompétent☆. *Rev Pneumol Clin*. 2007 Jan;63(1, Part 1):7–18.
51. Marras TK, Gutierrez C, Chan CK. Applying a prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *Chest*. 2000 Nov;118(5):1339–43.
52. Fourny M, Neuder Y, Tranchant L, François P. Évaluation d'un réseau ville–hôpital pour la prise en charge multidisciplinaire des patients insuffisants cardiaques chroniques. *Ann Cardiol Angéiologie*. 2006 Jan;55(1):32–8.
53. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? *Presse Médicale*. 2009 Oct;38(10):1404–9.
54. Velasco Díaz L, García Ríos S, Oterino de la Fuente D, Suárez García F, Diego Roza S, Fernández Alonso R. [Impact on hospital days of care due to unnecessary emergency admissions]. *Rev Española Salud Pública*. 2005 Oct;79(5):541–9.
55. Smith HE, Pryce A, Carlisle L, Jones JM, Scarpello J, Pantin C. Appropriateness of acute medical admissions and length of stay. *J R Coll Physicians Lond*. 1997 Oct;31(5):527–32.
56. Levasseur G, Bataillon R, Samzun J. Baromètre des pratiques en médecine libérale : Synthèse des résultats “Le schéma régional d'organisation sanitaire.” 2004 Sep [cited 2013 Sep 2]; Available from: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/326130/>
57. 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. *Rev Médecine Interne*. 2010 Nov;31(11):776–9.
58. Perlat A, Decaux O, Frin M, Cazalets C, Cador-Rousseau B, Sebillot M, et al. Bilan d'activité d'une unité d'assistance téléphonique mise à disposition des médecins libéraux par un service de médecine interne : l'Unité d'aide diagnostique et thérapeutique rapide (UADTR). *Rev Médecine Interne*. 2008 Jun;29, Supplement 1:S52.
59. Salvaing L, Gaillot J. Les nouvelles technologies et l'exercice de la médecine. 2009 Avril [cited 2013 Sep 2]; Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/sondage-tns-sofres-pour-le-cnomsur-linformatisation-de-la-sante-656>
60. Dufrenne J. DEMATERIALISATION DES ECHANGES D'INFORMATIONS ENTRE MEDECINS : La Messagerie Sécurisée de Santé utilisée par les Médecins Généralistes [Internet]. [Faculté de médecine Hyacinthe Bastaraud]: Antilles et de la Guyane; 2011 [cited 2013 Sep 2]. Available from: <http://www.apicrypt.org/files/communication/theseJDufrenne.pdf>
61. Golin, Harris. PERCEPTION DE L'INFORMATISATION DE LA SANTÉ PAR LES MÉDECINS HOSPITALIERS. CNOM [Internet]. 2009 Sep [cited 2013 Sep 2]; Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/ntichospitaliers.pdf>

62. Paillé-Ricolleau C, Hamidou M, Lombrail P, Moret L. Revue de pertinence des journées d'hospitalisation en médecine et chirurgie : un tiers de journées inappropriées au CHU de Nantes. *Presse Médicale*. 2009 Apr;38(4):541–50.
63. F B, A V. Garder ou tomber la blouse ? Analyse de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire au sein de deux établissements hospitaliers français. *J Déconomie Médicale*. 2011;29:336–45.
64. Lequien V. La T2A pourrait réorienter l'activité des établissements. *Actual Pharm Hosp*. 2009 Nov;5(20):12.
65. Saint Jean O, Berigaud S, Matignon E, Passeron J, Ellrodt A, Bouchon JP. Circuits hospitaliers d'urgence des personnes âgées expérience de transfert direct en unité de médecine interne et gériatrie. *Réanimation Urgences*. 1992;1(4):555–61.
66. A P, X C, P D. Alternative à l'hospitalisation complète : identification des séjours et organisation hospitalière. *J Déconomie Médicale*. 2001;19(7-8):481–6.
67. Bensousan TA, Dalhab M, Ducastel P, Lamour N, Riad C. Qualité diagnostique aux urgences médicales. *Réanimation Urgences*. 1998 Mar;7(2, Part 1):125.
68. Manet P, Bleichenr G, Holzappel L. Enquête sur les services d'accueil des urgences des centres hospitaliers régionaux universitaires. *Réanimation Urgences*. 1992;1(4):568–77.
69. Service d'accueil des urgences, hôpital de La Conception, Assistance publique des Hôpitaux de Marseille, FRA, Équipe de recherche EA 3279 « évaluation hospitalière - mesure de la santé perçue », faculté de médecine, FRA, Laboratoire de santé publique, faculté de médecine, 27, boulevard Jean-Moulin, FRA, S G, A.-C D, P V, et al. Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? Do nonurgent patients presenting to an emergency department agree with a reorientation towards an alternative care department? *Rev Dépidémiologie Santé Publique*. 2009;57(1):3–9.
70. C P. Permanence des soins : Rennes expérimente le cabinet de garde collectif. *Impact MédecinPuteaux1989*[Internet].2001;(552).Availablefrom: <http://www.refdoc.fr/Detailnotice?idarticle>
71. M L, N L. Le recours préalable à un service de triage téléphonique infirmier chez les usagers des services d'urgence.Prior use of a telephone-nursing triage service by patients of emergency services. *Rev Dépidémiologie Santé Publique*. 2002;50(6):561–70.
72. Chouaid C, Chansiaux C, Trouillet JL, Despoisse JM, Teillet L, Cosquer M, et al. Les personnes âgées consultant aux urgences médecine d'un centre hospitalo-universitaire : conséquences de l'ouverture d'une unité d'accueil et d'orientation (UAOPA). *Réanimation Urgences*. 1995;4(1):9–14.
73. 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. *Rev Médecine Interne*. 2003 Sep;24(9):602–12.
74. Tomás Vecina S, Duaso Magaña E, Ferrer Tarres JM, Rodríguez Carballeira M, Porta Castejón R, Epelde Gonzalo F. [Assessment of the appropriate utilization of an emergency department observation unit with the Appropriateness Evaluation Protocol: analysis of 4,700 cases]. *An Med Interna Madr Spain* 1984. 2000 May;17(5):229–37.

75. Lazarovici C, Somme D, Carrasco V, Baubeau D, Saint-Jean O. Caractéristiques, consommation de ressources des usagers des services d'urgences de plus de 75 ans en France: Résultats d'une enquête nationale. *Presse Médicale*. 2006 Dec;35(12, Part 1):1804–10.
76. Roussel-Laudrin S, Paillaud E, Alonso E, Caillet P, Herbaud S, Merlier I, et al. Mise en place de l'équipe d'intervention gériatrique et de l'évaluation gériatrique aux urgences de l'hôpital Henri-Mondor. *Rev Médecine Interne*. 2005 Jun;26(6):458–66.
77. Buchon D, Buisson J-G, Druet-Cabanac M, Faucher M, Menard D, Moulin J-L, et al. Hospitalisation of the more than 70 years old persons: A study of causes and consequences of a such decision. *Rev Prat - Med Gen*. 2000;14(494):651–5.
78. Gentric A, Duquesne F, Graziana A, Sivy H, Duges F, Garo B, et al. L'accueil gérontologique médicosocial aux urgences: une alternative à l'hospitalisation des personnes âgées en médecine? *Rev Médecine Interne*. 1998 Feb;19(2):85–90.
79. Lazarovici C, Somme D, Chatellier G, Saint-Jean O, Espinoza P. Trajectoire initiale des patients âgés et impact sur leur orientation après leur passage dans les services d'urgences. Résultats d'une enquête nationale. *Rev Médecine Interne*. 2008 Aug;29(8):618–25.
80. Somme D, Cauterman M, Huet B, Durand-Gasselien B, Saint-Jean O. Non-pertinence hospitalière dans deux services de gériatrie aiguë : description du phénomène et étude des facteurs de risque. *Rev Médecine Interne*. 2007 Dec;28(12):818–24.
81. Somme D, Saint-Jean O, Cauterman M, Huet B, Durand-Gasselien B. La pertinence des journées d'hospitalisation : de la différence entre rendement et efficience en santé. *Rev Médecine Interne*. 2008 May;29(5):437–8.
82. P F. La collaboration ville-hôpital. De la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile. *Gérontologie Société*. 2002;(100):131–45.

ANNEXE : le questionnaire

Les obstacles à la planification des hospitalisations en service de médecine

VOTRE EXERCICE MEDICAL

Homme Femme

Seul En groupe

Secrétariat Absence de secrétariat

Rural Urbain

Date de début d'exercice : Age :

Nombre d'actes hebdomadaires :

Inférieur à 50 Entre 50 et 100 Supérieur à 100

VOUS AVEZ BESOIN D'UN BILAN DANS UN SERVICE DE MEDECINE, SANS RISQUE VITAL (avec attente permise supérieure à 24-48h)

- Vous envoyez aux urgences sans faire la démarche de planification avec un service:

Très souvent Souvent Parfois Rarement

- Lorsque vous envisagez d'hospitaliser un patient de manière programmée dans le domaine public :

Vous contactez un service vous ne contactez pas de service

- Dans ces différentes situations, si vous envoyez aux urgences, quelles sont les causes de cet envoi : (réponse libre)

- Lorsque vous envisagez d'hospitaliser un patient de manière programmée dans le domaine privé :

Vous contactez un service Vous ne contactez pas de service

- Dans ces différentes situations, si vous envoyez aux urgences, quelles sont les causes de cet envoi : (réponse libre)

LA DEMARCHE DE PLANIFICATION : LE CONTACT DU SERVICE ADAPTE

-le mode de contact est :

Téléphone Internet Autre, précisez :

- Quelle(s) personne(s) avez-vous eu au téléphone pour discuter de la planification ?

Secrétaire Interne Chef de clinique

Praticien hospitalier Professeur Cadre de santé

- Hormis l'obtention de l'hospitalisation dans le service, qu'attendez-vous d'un contact avec le médecin qui prendra en charge votre patient ?

DANS LE SECTEUR PUBLIC :

- Entrer en contact avec un médecin est :

Très facile Facile difficile très difficile

- Combien de temps vous faut-il entre la décision du contact avec la structure d'hospitalisation et la réponse d'acceptation de l'hospitalisation ? (sur les 2 derniers cas de figure)

Moins de 5 minutes Entre 5 et 15 minutes Entre 15 et 30 minutes

Entre 30 minutes et plusieurs heures Plusieurs jours

DANS LE SECTEUR PRIVE :

- Entrer en contact avec un médecin est :

Très facile Facile Difficile Très difficile

- Combien de temps vous faut-il entre la décision du contact avec la structure d'hospitalisation et la réponse d'acceptation de l'hospitalisation ? (sur les 2 derniers cas de figure)

- Moins de 5 minutes Entre 5 et 15 minutes Entre 15 et 30 minutes
 Entre 30 minutes et plusieurs heures Plusieurs jours

LA DEMARCHE DE PLANIFICATION : INTERETS, BENEFICES, OBJECTIFS D'AVENIR

- Planifier une hospitalisation est-il synonyme de meilleure prise en charge ?

- Oui Non

- Pourquoi ? (réponse libre)

DANS LE SECTEUR PUBLIC :

- La démarche de planification est actuellement :

- Toujours possible Souvent possible Rarement possible Jamais possible

- Quelles sont les solutions de secours actuelles en cas de non possibilité de planification dans un service de court séjour de médecine ?

DANS LE SECTEUR PRIVE :

- La démarche de planification est actuellement :

- Toujours possible Souvent possible Rarement possible Jamais possible

- Quelles sont les solutions de secours actuelles en cas de non possibilité de planification dans un service de court séjour de médecine ?

Comment faciliter et optimiser dans le futur le système de soin par la planification ?

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Ressources de soins en Haute-Vienne.....	30
Figure 2 : Evolution du nombre de lit par discipline.....	31
Figure 3 : Evolution du nombre de lits d'hospitalisation complète en section hôpital par secteur en taux de croissance annuel moyen	32
Figure 4 : Causes des non-réponses totales	41
Figure 5 : Répartition des médecins de l'échantillon par tranche d'âge.....	42
Figure 6 : Répartition des médecins de l'échantillon selon le sexe	43
Figure 7 : Nombre de médecins en fonction de l'année d'installation.....	44
Figure 8 : Nombre de médecins selon le nombre d'années d'installation.....	45
Figure 9 : Proportion des médecins en fonction du secteur d'activité.....	46
Figure 10 : Proportion des médecins en fonction du mode d'exercice	47
Figure 11 : Proportions des médecins ayant des ressources d'accueil téléphonique	48
Figure 12 : Proportion des médecins en fonction du volume de l'activité	49
Figure 13 : Evaluation qualitative de l'envoi direct aux urgences sans planifier	50
Figure 14 : Evaluation du contact initial du secteur public.....	51
Figure 15 : Causes d'envoi aux urgences après essai de planification dans le public.....	53
Figure 16 : Evaluation du contact initial du secteur privé	54
Figure 17 : Causes d'envoi aux urgences après essai de planification dans le privé	56
Figure 18 : Modes de contact utilisé par les médecins pour contacter les services.....	57
Figure 19 : Les différents interlocuteurs qui se succèdent lors de la phase initiale de la planification	58
Figure 20 : Difficulté ressentie pour contacter un médecin dans le secteur public	61
Figure 21 : Temps moyen pour avoir une réponse concernant la planification dans le secteur public.....	62
Figure 22 : Difficulté ressentie pour contacter un médecin dans le secteur privé	63
Figure 23 : Temps moyen pour avoir une réponse concernant la planification dans le secteur privé	64
Figure 24 : Opinion des médecins vis-à-vis de la programmation.....	65
Figure 25 : Avantages ressentis par les médecins de l'hospitalisation programmée	66
Figure 26 : Inconvénients déclarés par les médecins de l'hospitalisation programmée.....	68
Figure 27 : La fréquence des possibilités de planification dans le secteur public	70
Figure 28 : Solutions envisagées par les médecins en cas de difficulté pour programmer (secteur public).....	71
Figure 29 - La fréquence des possibilités de planification dans le secteur privé	72
Figure 30 - Solutions envisagées par les médecins en cas de difficulté pour programmer (secteur privé)	73
Figure 31 : Comparaison entre le volume d'activité des hommes et des femmes en Haute-Vienne dans l'échantillon.....	75
Figure 32 : Fréquence d'envoi direct aux urgences sans démarche de planification en fonction du sexe	76
Figure 33 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour planifier une hospitalisation en fonction du sexe	77

Figure 34 : Difficulté ressentie pour contacter les praticiens dans le secteur public en fonction du sexe	78
Figure 35 : Difficulté ressentie pour contacter les praticiens dans le secteur privé en fonction du sexe	79
Figure 36 : Possibilité de planifier dans le secteur public en fonction du sexe	80
Figure 37 : Orientation en cas de planification impossible dans le secteur public en fonction du sexe	81
Figure 38 : Possibilité de planifier une hospitalisation dans le secteur privé selon le sexe....	82
Figure 39 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction du sexe	83
Figure 40 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction du mode d'activité	85
Figure 41 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction du mode d'activité	86
Figure 42 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction du mode d'activité	87
Figure 43 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction du mode d'activité	88
Figure 44 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction du mode d'activité	89
Figure 45 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public selon le mode d'activité	90
Figure 46 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé selon le mode d'activité	91
Figure 47 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé selon le mode d'activité	92
Figure 48 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction du volume de l'activité	93
Figure 49 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction du volume de l'activité	94
Figure 50 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction du volume d'activité	95
Figure 51 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé selon le volume de l'activité	96
Figure 52 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public selon le volume de l'activité	97
Figure 53 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public selon le volume de l'activité	98
Figure 54 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé selon le volume de l'activité	99
Figure 55 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction du volume de l'activité	100
Figure 56 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction du mode d'installation	101
Figure 57 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation selon le mode d'installation	102

Figure 58 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction du mode d'installation	103
Figure 59 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé selon le mode d'installation.....	104
Figure 60 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public selon le mode d'installation	105
Figure 61 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public selon le mode d'installation	106
Figure 62 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé selon le mode d'installation	107
Figure 63 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction du mode d'installation.....	108
Figure 64 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction de l'existence d'un secrétariat	109
Figure 65 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction de l'existence d'un secrétariat	110
Figure 66 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction de l'existence d'un secrétariat	111
Figure 67 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé selon l'existence d'un secrétariat	112
Figure 68 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction de l'existence d'un secrétariat	113
Figure 69 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public selon l'existence d'un secrétariat	114
Figure 70 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé selon l'existence d'un secrétariat.....	115
Figure 71 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé selon l'existence d'un secrétariat.....	116
Figure 72 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction de l'expérience du médecin	117
Figure 73 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction de l'expérience.....	119
Figure 74 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction de l'expérience.....	120
Figure 75 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction de l'expérience	121
Figure 76 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction de l'expérience.....	122
Figure 77 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public en fonction de l'expérience.....	123
Figure 78 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé en fonction de l'expérience.....	124
Figure 79 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction de l'expérience.....	125
Figure 80 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction de l'âge du médecin	126

Figure 81 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction de l'âge	127
Figure 82 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction de l'âge	128
Figure 83 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction de l'âge	129
Figure 84 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction de l'âge	130
Figure 85 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public en fonction de l'âge	131
Figure 86 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé en fonction de l'âge	132
Figure 87 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction de l'âge	133
Figure 88 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée	134
Figure 89 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée	135
Figure 90 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée	136
Figure 91 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée	137
Figure 92 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée	138
Figure 93 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée	139
Figure 94 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée	140
Figure 95 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée	141
Figure 96 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction du temps de réponse dans le privé	142
Figure 97 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction du temps de réponse dans le secteur privé	143
Figure 98 : Difficulté ressentie pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction du temps de réponse	144
Figure 99 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction du temps de réponse dans le secteur privé	145
Figure 100 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public en fonction du temps de réponse dans le secteur privé	146
Figure 101 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé en fonction du temps de réponse	147
Figure 102 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction du temps de réponse	148
Figure 103 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction de la rapidité de réponse du secteur public	149

Figure 104 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction de la rapidité de réponse du secteur public	150
Figure 105 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction de la rapidité de réponse.....	151
Figure 106 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction de la rapidité de réponse dans le secteur public	152
Figure 107 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction de la rapidité de réponse.....	153
Figure 108 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public en fonction de la rapidité de réponse	154
Figure 109 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé en fonction de la rapidité de réponse dans le secteur public.....	155
Figure 110 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction de la rapidité de réponse dans le secteur public.....	156
Figure 111 : comparaison de la population et de l'échantillon en fonction du sexe	160
Figure 112 : Comparaison des tranches d'âge entre échantillon et population générale.....	161
Figure 113 : Courbe cumulées des hommes et des femmes de 1975 à nos jours en Haute-Vienne.....	163
Figure 114 : Mode d'exercice en fonction du sexe en Haute-Vienne	164

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Causes des non-réponses totales.....	41
Tableau 2 : Répartition des médecins de l'échantillon par tranche d'âge.....	42
Tableau 3 : Répartition des médecins de l'échantillon selon le sexe.....	43
Tableau 4 : Proportion des médecins en fonction du secteur d'activité.....	46
Tableau 5 : Proportion des médecins en fonction du mode d'exercice.....	47
Tableau 6 : Proportion des médecins ayant des ressources d'accueil téléphonique.....	48
Tableau 7 : Proportion des médecins en fonction du volume de l'activité.....	49
Tableau 8 : Evaluation qualitative de l'envoi direct aux urgences sans planifier.....	50
Tableau 9 : Evaluation du contact initial du secteur public.....	51
Tableau 10 : Causes d'envoi aux urgences suite à l'essai de programmation dans le secteur public.....	52
Tableau 11 : Evaluation du contact initial du secteur privé.....	54
Tableau 12 : Causes d'envoi aux urgences suite à l'essai de programmation dans le secteur privé.....	55
Tableau 13 : Modes de contact utilisé par les médecins pour contacter les services.....	57
Tableau 14 : Les différents interlocuteurs qui se succèdent lors de la phase initiale de la planification.....	58
Tableau 15 : Les attentes des médecins lors du premier contact pour la planification.....	59
Tableau 16 : Difficulté ressentie pour contacter un médecin dans le secteur public.....	61
Tableau 17 : Temps moyen pour avoir une réponse concernant la planification dans le secteur public.....	62
Tableau 18 : Difficulté ressentie pour contacter un médecin dans le secteur privé.....	63
Tableau 19 : Temps moyen pour avoir une réponse concernant la planification dans le secteur privé.....	64
Tableau 20 : Opinion des médecins vis-à-vis de la programmation.....	65
Tableau 21 : Avantages ressentis par les médecins de l'hospitalisation programmée.....	67
Tableau 22 : Inconvénients déclarés par les médecins de l'hospitalisation programmée.....	69
Tableau 23 : La fréquence des possibilités de planification dans le secteur public.....	70
Tableau 24 : Solutions envisagées par les médecins en cas de difficulté pour programmer (secteur public).....	71
Tableau 25 - La fréquence des possibilités de planification dans le secteur privé.....	72
Tableau 26 : Solutions envisagées par les médecins en cas de difficulté pour programmer (secteur privé).....	73
Tableau 27 : Classement des mesures ressenties par les médecins généralistes qui amélioreraient leur possibilité de programmation.....	74
Tableau 28 : Fréquence d'envoi direct aux urgences sans démarche de planification en fonction du sexe.....	76
Tableau 29 : Attentes complémentaires lors du contact pour planifier une hospitalisation en fonction du sexe.....	77
Tableau 30 : Difficulté ressentie pour contacter les praticiens dans le secteur public en fonction du sexe.....	78

Tableau 31 : Difficulté ressentie pour contacter les praticiens dans le secteur privé en fonction du sexe	79
Tableau 32 : Possibilité de planifier dans le secteur public en fonction du sexe.....	80
Tableau 33 : Orientation en cas de planification impossible dans le secteur public en fonction du sexe	81
Tableau 34 : Possibilité de planifier une hospitalisation dans le secteur privé selon le sexe .	82
Tableau 35 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction du sexe	83
Tableau 36 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction du mode d'activité	85
Tableau 37 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction du mode d'activité	86
Tableau 38 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction du mode d'activité	87
Tableau 39 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction du mode d'activité	88
Tableau 40 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction du mode d'activité	89
Tableau 41 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public selon le mode d'activité	90
Tableau 42 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé selon le mode d'activité	91
Tableau 43 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé selon le mode d'activité	92
Tableau 44 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction du volume de l'activité	93
Tableau 45 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction du volume de l'activité	94
Tableau 46 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction du volume d'activité	95
Tableau 47 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé selon le volume de l'activité	96
Tableau 48 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public selon le volume de l'activité.....	97
Tableau 49 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public selon le volume de l'activité	98
Tableau 50 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé selon le volume de l'activité	99
Tableau 51 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction du volume de l'activité	100
Tableau 52 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction du mode d'installation	101
Tableau 53 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation selon le mode d'installation	102
Tableau 54 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction du mode d'installation	103

Tableau 55 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé selon le mode d'installation.....	104
Tableau 56 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public selon le mode d'installation	105
Tableau 57 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public selon le mode d'installation	106
Tableau 58 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé selon le mode d'installation	107
Tableau 59 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction du mode d'installation.....	108
Tableau 60 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction de l'existence d'un secrétariat.....	109
Tableau 61 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction de l'existence d'un secrétariat	110
Tableau 62 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction de l'existence d'un secrétariat	111
Tableau 63 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé selon l'existence d'un secrétariat.....	112
Tableau 64 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction de l'existence d'un secrétariat	113
Tableau 65 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public selon l'existence d'un secrétariat	114
Tableau 66 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé selon l'existence d'un secrétariat.....	115
Tableau 67 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé selon l'existence d'un secrétariat	116
Tableau 68 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction de l'expérience du médecin.....	118
Tableau 69 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction de l'expérience	119
Tableau 70 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction de l'expérience	120
Tableau 71 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction de l'expérience	121
Tableau 72 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction de l'expérience.....	122
Tableau 73 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public en fonction de l'expérience	123
Tableau 74 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé en fonction de l'expérience	124
Tableau 75 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction de l'expérience	125
Tableau 76 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction de l'âge du médecin	126
Tableau 77 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction de l'âge	127

Tableau 78 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction de l'âge	128
Tableau 79 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction de l'âge	129
Tableau 80 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction de l'âge	130
Tableau 81 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public en fonction de l'âge	131
Tableau 82 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé en fonction de l'âge	132
Tableau 83 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction de l'âge	133
Tableau 84 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée	134
Tableau 85 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée	135
Tableau 86 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée	136
Tableau 87 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée	137
Tableau 88 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée	138
Tableau 89 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée	139
Tableau 90 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée	140
Tableau 91 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction de la considération de l'hospitalisation programmée	141
Tableau 93 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction du temps de réponse dans le privé	142
Tableau 94 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction du temps de réponse dans le secteur privé	143
Tableau 95 : Difficulté ressentie pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction du temps de réponse	144
Tableau 96 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction du temps de réponse dans le secteur privé	145
Tableau 97 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public en fonction du temps de réponse dans le secteur privé	146
Tableau 98 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé en fonction du temps de réponse	147
Tableau 99 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé du temps de réponse	148
Tableau 100 : Envoi aux urgences sans démarche de planification en fonction de la rapidité de réponse du secteur public	149
Tableau 101 : Attentes complémentaires lors du contact initial pour programmer l'hospitalisation en fonction de la rapidité de réponse du secteur public	150

Tableau 102 : Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public en fonction de la rapidité de réponse.....	151
Tableau 103 : Difficultés ressenties pour contacter un praticien dans le secteur privé en fonction de la rapidité de réponse dans le secteur public.....	152
Tableau 104 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur public en fonction de la rapidité de réponse.....	153
Tableau 105 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public en fonction de la rapidité de réponse	154
Tableau 105 : Possibilité pour les médecins de planifier une hospitalisation dans le secteur privé en fonction de la rapidité de réponse dans le secteur public	155
Tableau 106 : Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé en fonction de la rapidité de réponse dans le secteur public	156

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	12
ABREVIATIONS.....	14
SOMMAIRE	16
INTRODUCTION	19
L'ETUDE	21
1. Analyse thématique	21
1.1. Le berceau de l'hôpital et l'évolution des missions hospitalières	21
1.2. L'hôpital moderne	26
1.3. Le maillage du système de soin en Haute-Vienne	28
1.4. L'évolution des ressources hospitalières.....	31
1.5. L'hospitalisation programmée	33
2. Matériel et méthode.....	35
2.1. Choix de la méthode.....	35
2.2. L'élaboration du questionnaire	36
2.2.1. Renseignements généraux	36
2.2.2. Situation clinique qui relève d'une hospitalisation programmée.....	37
2.2.3. Contact avec le service	37
2.2.4. Intérêts, bénéfices, objectifs d'avenir	37
2.3. L'échantillon de médecins interrogés.....	38
2.4. Protocole pour le recueil des données	39
2.4.1. Prise de contact	39
2.4.2. Interview de l'échantillon	39
2.4.3. Relance	40
2.4.4. Recueil de données	40
2.5. La méthode statistique.....	40
3. Résultats	41
3.1. Les réponses au questionnaire	41
3.2. Analyse univariée	42
3.2.1. Caractéristique de la population étudiée	42
3.2.1.1. Répartition par tranche d'âge	42
3.2.1.2. Répartition des médecins selon le sexe	43
3.2.1.3. Année d'installation	44
3.2.1.4. Secteur d'activité	46
3.2.1.5. Mode d'exercice	47
3.2.1.6. Ressource téléphonique du cabinet médical	48
3.2.1.7. Volume d'activité	49
3.2.2. Situation clinique qui relève d'une hospitalisation programmée.....	50
3.2.2.1. Envoi direct aux urgences, sans faire une démarche de planification.....	50
3.2.2.2. Contact d'un service public	51
3.2.2.3. Causes de passage par les urgences après avoir essayé de planifier dans le public	52
3.2.2.4. Contact d'un service privé	54

3.2.2.5. Causes de passage par les urgences après avoir essayé de planifier dans le privé.....	55
3.2.3. Contact avec le service	57
3.2.3.1. Mode de communication	57
3.2.3.2. Les interlocuteurs.....	58
3.2.3.3. Attentes des médecins lors du contact initial hormis l'acceptation ou le refus de l'hospitalisation	59
3.2.3.4. La difficulté ressentie pour entrer en contact avec un médecin dans le secteur public	61
3.2.3.5. Temps moyen entre la prise de décision d'hospitalisation programmée dans le public et la réponse d'acceptation ou de refus de l'interlocuteur décisionnaire	62
3.2.3.6. La difficulté ressentie pour entrer en contact avec un médecin dans le secteur privé.....	63
3.2.3.7. Temps moyen entre la prise de décision d'hospitalisation programmée dans le privé et la réponse d'acceptation ou de refus de l'interlocuteur décisionnaire	64
3.2.4. Intérêt, bénéfices et objectifs d'avenir	65
3.2.4.1. La considération de médecins de l'échantillon vis-à-vis de l'hospitalisation programmée	65
3.2.4.2. Avantages ressentis de l'hospitalisation programmée	66
3.2.4.3. Inconvénients ressentis de l'hospitalisation programmée	68
3.2.4.4. La possibilité actuelle de réaliser une démarche de planification dans le secteur public	70
3.2.4.5. Les solutions auxquelles les médecins ont recours dans le cas où la planification dans le secteur public est impossible	71
3.2.4.6. La possibilité actuelle de réaliser une démarche de planification dans le secteur privé.....	72
3.2.4.7. Les solutions auxquelles les médecins ont recours dans le cas où la planification dans le secteur privé est impossible.....	73
3.2.4.8. Les mesures qui amélioreraient le quotidien des médecins.....	74
3.3. Analyse bivariée	75
3.3.1. Les variations selon le sexe	75
3.3.1.1. Comparaison entre sexe et volume d'activité	75
3.3.1.2. L'envoi direct aux urgences.....	76
3.3.1.3. Attentes lors du contact initial.....	77
3.3.1.4. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public	78
3.3.1.5. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur privé	79
3.3.1.6. Possibilité de planifier dans le secteur public	80
3.3.1.7. Orientation en cas de panification impossible dans le secteur public	81
3.3.1.8. Possibilité de planifier dans le secteur privé	82
3.3.1.9. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé	83
3.3.2. Variations selon le mode d'activité	84
3.3.2.1. Envoi direct aux urgences.....	85

3.3.2.2. Attentes lors du contact initial.....	86
3.3.2.3. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public	87
3.3.2.4. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur privé.....	88
3.3.2.5. Possibilité de planifier dans le secteur public	89
3.3.2.6. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public.....	90
3.3.2.7. Possibilité de planifier dans le secteur privé	91
3.3.2.8. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé	92
3.3.3. Variations selon le volume de l'activité.....	93
3.3.3.1. Envoi direct aux urgences.....	93
3.3.3.2. Attentes lors du contact initial.....	94
3.3.3.3. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public	95
3.3.3.4. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur privé.....	96
3.3.3.5. Possibilité de planifier dans le secteur public	97
3.3.3.6. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public.....	98
3.3.3.7. Possibilité de planifier dans le secteur privé	99
3.3.3.8. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé	100
3.3.4. Variations selon le mode d'installation	101
3.3.4.1. Envoi direct aux urgences.....	101
3.3.4.2. Attentes lors du contact initial.....	102
3.3.4.3. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public	103
3.3.4.4. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur privé.....	104
3.3.4.5. Possibilité de planifier dans le secteur public	105
3.3.4.6. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public.....	106
3.3.4.7. Possibilité de planifier dans le secteur privé.....	107
3.3.4.8. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé	108
3.3.5. Variations selon la ressource du secrétariat.....	109
3.3.5.1. Envoi direct aux urgences.....	109
3.3.5.2. Attentes lors du contact initial.....	110
3.3.5.3. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public	111
3.3.5.4. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur privé.....	112
3.3.5.5. Possibilité de planifier dans le secteur public	113
3.3.5.6. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public.....	114
3.3.5.7. Possibilité de planifier dans le secteur privé.....	115
3.3.5.8. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé	116
3.3.6. Variations selon l'expérience	117
3.3.6.1. Envoi direct aux urgences.....	117
3.3.6.2. Attentes lors du contact initial.....	119
3.3.6.3. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public	120

3.3.6.4. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur privé	121
3.3.6.5. Possibilité de planifier dans le secteur public	122
3.3.6.6. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public.....	123
3.3.6.7. Possibilité de planifier dans le secteur privé	124
3.3.6.8. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé	125
3.3.7. Variations selon l'âge	126
3.3.7.1. Envoi direct aux urgences	126
3.3.7.2. Attentes lors du contact initial.....	127
3.3.7.3. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public	128
3.3.7.4. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur privé	129
3.3.7.5. Possibilité de planifier dans le secteur public	130
3.3.7.6. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public.....	131
3.3.7.7. Possibilité de planifier dans le secteur privé	132
3.3.7.8. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé	133
3.3.8. Variations selon l'idée que la planification permet une meilleure prise en charge	134
3.3.8.1. Envoi direct aux urgences	134
3.3.8.2. Attentes lors du contact initial.....	135
3.3.8.3. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public	136
3.3.8.4. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur privé	137
3.3.8.5. Possibilité de planifier dans le secteur public	138
3.3.8.6. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public.....	139
3.3.8.7. Possibilité de planifier dans le secteur privé	140
3.3.8.8. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé	141
3.3.9. Variations selon la rapidité des réponses dans le secteur privé	142
3.3.9.1. Attentes lors du contact initial.....	142
3.3.9.2. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public	143
3.3.9.3. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur privé	144
3.3.9.4. Possibilité de planifier dans le secteur public	145
3.3.9.5. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public.....	146
3.3.9.6. Possibilité de planifier dans le secteur privé	147
3.3.9.7. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé	148
3.3.10. Variations selon la rapidité des réponses dans le secteur public.....	149
3.3.10.1. Envoi direct aux urgences	149
3.3.10.2. Attentes lors du contact initial.....	150
3.3.10.3. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur public	151
3.3.10.4. Difficulté ressentie lors des contacts dans le secteur privé	152
3.3.10.5. Possibilité de planifier dans le secteur public	153
3.3.10.6. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur public.....	154

3.3.10.7. Possibilité de planifier dans le secteur privé	155
3.3.10.8. Orientation en cas d'impossibilité de planifier dans le secteur privé	156
4. Discussion	157
4.1. Méthodologie	157
4.1.1. Aspects positifs	157
4.1.2. Aspects négatifs contrés	157
4.1.3. Les biais de l'étude	158
4.2. Les non-réponses	159
4.3. Analyse univariée	160
4.3.1. Caractéristiques de l'échantillon	160
4.3.1.1. Comparaison de la proportion hommes/femmes	160
4.3.1.2. Comparaison des tranches d'âge	161
4.3.1.3. Année d'installation	163
4.3.1.4. Mode d'exercice	164
4.3.1.5. Type d'installation	165
4.3.1.6. Secrétariat	165
4.3.2. Le contact avec les structures d'hospitalisation	166
4.4. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes	168
4.4.1. Dans le public	169
4.4.2. Dans le privé	171
4.4.3. Les solutions de recours auxquelles font appel les médecins	172
4.5. Les facteurs liés aux médecins généralistes impactant la planification	174
4.5.1. Le sexe des médecins	174
4.5.2. Le mode d'activité	174
4.5.3. Le volume de l'activité	174
4.5.4. Le type d'installation	175
4.5.5. Les ressources du cabinet	175
4.5.6. L'expérience du médecin généraliste	176
4.5.7. Age du médecin	176
4.5.8. Considération de l'hospitalisation programmée	177
4.5.9. Rapidité de réponse dans le secteur privé	177
4.5.10. Rapidité de réponse dans le secteur public	177
4.6. Atténuation des freins à la planification	178
4.6.1. Les médecins généralistes	179
4.6.2. Optimisation des structures hospitalières	180
4.6.2.1. Joindre les médecins plus facilement	180
4.6.2.2. Les problèmes d'origine politique	183
4.6.2.3. Les problèmes liés à la structure hospitalière	184
4.6.2.4. Les urgences	186
4.6.3. La responsabilisation des patients	187
CONCLUSION	189
REFERENCES	191
ANNEXE : le questionnaire	198
TABLE DES ILLUSTRATIONS	201
TABLE DES TABLEAUX	206
TABLE DES MATIERES	211
SERMENT D'HIPPOCRATE	217

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

RÉSUMÉ

Contexte : La politique de soins s'oriente vers une programmation des hospitalisations. Ce type d'hospitalisation doit être privilégié car elle est efficiente. Elle permet d'allier la qualité avec une réduction des dépenses. Les médecins généralistes devront y recourir dès qu'il est nécessaire.

Objectifs : Exposer la position en 2013 des médecins généralistes installés en libéral en Haute-Vienne vis-à-vis de l'hospitalisation programmée ; trouver des déterminants chez les médecins généralistes impactant leur démarche d'hospitalisation programmée et ses alternatives ; discuter les pistes d'amélioration envisagées par les médecins généralistes qui pourraient faciliter leurs démarches.

Méthodes : Une enquête descriptive transversale téléphonique avec échantillonnage stratifié des 456 médecins généralistes travaillant en ambulatoire a été réalisée. Elle a conduit à une description univariée puis une analyse bivariée.

Résultats : Les médecins généralistes amorcent une démarche de planification dans la plupart des cas mais ils se heurtent à des freins conduisant, dans la majorité des cas, à un passage par les urgences, ainsi qu'à une sensation de difficulté dans le public. Plusieurs facteurs peuvent influencer la programmation et ses conséquences : l'existence d'un secrétariat au sein du cabinet médical, l'expérience du médecin, la conviction des médecins que l'hospitalisation planifiée correspond à une meilleure prise en charge que l'hospitalisation non programmée. Les solutions proposées par les médecins généralistes pour améliorer leur planification ne sont pas toutes envisageables. On peut toutefois optimiser les moyens de télécommunications.

Conclusion : Il n'existe que très peu de déterminants de l'hospitalisation programmée chez les médecins généralistes. Pour améliorer le système, il faut agir à tous les échelons : en amont chez les médecins généralistes mais surtout en intra-hospitalier et en aval de l'hôpital.

Mots-clés : hospitalisation programmée, hospitalisation planifiée, médecin généraliste, système de soin, organisation, soins primaires, hôpital, urgences.

ABSTRACT

Background: Care policy is moving towards programming hospitalizations. This type of hospitalization should be preferred because it is efficient. It allows to combine quality with reduced spending. GPs should use them whenever it is necessary.

Objectives: Outline the position in 2013 GPs installed in Haute-Vienne regarding the planned hospitalization; find determinants among GPs impacting their scheduled hospitalization and alternative approach; discuss possible improvements proposed by GPs that could facilitate their efforts.

Methods: A descriptive cross-sectional telephone survey with stratified sampling of 456 GPs working in outpatient was performed. It led to univariate and bivariate analysis description.

Results: GPs initiate a planning process in most cases, but they face inconveniences leading, in the majority of cases, to a passage through the emergency, as well as a feeling of difficulty in the public sector. Several factors can influence programming and its consequences: the existence of a secretariat, the doctor's experience, the belief that doctors planned hospitalization is a better support than non-hospital programmed. Solutions offered by GPs to improve their planning are not all possible. However, we can optimize the means of telecommunications.

Conclusions: There are very few determinants of planned hospitalization among GPs. To improve the system, we must act at all levels: upstream from GPs but especially in-hospital and post-hospital.

Keywords : expected hospitalization, planned hospitalization, scheduled hospitalization, general practitioner, care system, organization, primary care, hospital, emergencies.