

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2014

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Ménard Adrien

Né le 30/12/1983 à Blois

Présentée et soutenue publiquement le 18 juin 2014

Suite à l'hospitalisation à l'hôpital de Chinon de leurs patients, quelle est la satisfaction des médecins généralistes du bassin du chinonais à propos du service de court séjour gériatrique ?

JURY

Président de Jury : Madame le Professeur Caroline HOMMET

**Membres du Jury : Monsieur le Professeur Dominique HUAS
Monsieur le Professeur Gérard LORETTE
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Madame le Docteur Agnès HELIE
Monsieur le Docteur Marc LAGIER**

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER – J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J.
LANSAC – J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H.
METMAN – J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.
RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D.
SAUVAGE - M.J. THARANNE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBELLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & Cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HANKARD Regis	Pédiatrie
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LESCANNE Emmanuel.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude.....	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard.....	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent.....	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François.....	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
	MARRET Henri.....	Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel.....	Dermatologie
	MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORNIERE Sylvain.....	O.R.L.
	MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric.....	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck.....	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland.....	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique.....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie.....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick.....	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc.....	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane.....	Anatomie
	WATIER Hervé.....	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie.....	Médecine Générale
-----	--------------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique.....	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre.....	Médecine Générale
	MALLET Donatien.....	Soins palliatifs
	POTIER Alain.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ANGOULVANT Theodora.....	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
M.	BAKHOS David.....	Physiologie
Mme	BAULIEU Françoise.....	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe.....	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle.....	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	BOISSINOT Eric.....	Physiologie
	DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane.....	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan.....	Réanimation médicale
Mme	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et Cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe.....	Néphrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
MM.	GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
	HOARAU Cyrille.....	Immunologie
	HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique

	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et Droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab	Dermatologie
	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie...	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick.....	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	BOIRON Michèle.....	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Mael	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile.....	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline.....	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean.....	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

M.	BOUAKAZ Ayache.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain.....	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine.....	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour la Faculté de Médecine

Mme	BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier (<i>éthique médicale</i>)
M.	BOULAIN Thierry.....	Praticien Hospitalier (<i>CSCT</i>)
Mme	CRINIÈRE Lise	Praticien Hospitalier (<i>endocrinologie</i>)
M.	GAROT Denis	Praticien Hospitalier (<i>sémiologie</i>)
Mmes	MAGNAN Julie	Praticien Hospitalier (<i>sémiologie</i>)
	MERCIER Emmanuelle.....	Praticien Hospitalier (<i>CSCT</i>)

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle.....	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans 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 le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Remerciements

A Madame le Professeur Hommet Caroline : Vous me faites l'honneur d'assurer la présidence de mon jury de thèse et de juger mon travail. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance pour l'intérêt que vous portez à ce sujet.

A Monsieur le Professeur Rusch Emmanuel, et Monsieur le Professeur Lorette Gérard : Sans me connaître, vous me faites l'honneur de juger mon travail. Vos présences parmi les membres de mon jury m'honorent.

A Madame le Docteur Hélie Agnès : Merci pour tout le soutien et l'aide que tu m'as apporté.

A Monsieur le Docteur Lagier Marc : Merci de m'avoir accueilli dans ton service.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Professeur Dominique Huas : Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse, et de m'avoir guidé durant sa réalisation. Je vous témoigne toute ma reconnaissance avec mes sincères remerciements pour votre disponibilité ainsi que vos conseils si précieux.

A tous les médecins que j'ai rencontrés au cours de ma formation, qui m'ont appris la Médecine.

Un grand merci à toute l'équipe de gériatrie de Chinon.

A mes amis, pour les bons moments passés ensemble.

A ma famille, pour son amour et son soutien indéfectible.

A mes deux amours. Lauranne, sans qui rien n'aurait été possible, merci. Louise, te voir t'épanouir à la vie me remplit de joie.

Résumé

Après un an de fonctionnement du service du court séjour gériatrique (CSG) de l'hôpital de Chinon, nous avons réalisé une enquête de satisfaction auprès des 77 médecins généralistes ayant eu au moins un patient hospitalisé dans ce service.

Quatre-vingt-deux % des médecins ont répondu (n=63). Quatre-vingt-quinze % des médecins répondants pensent que la prise en charge de leurs patients âgés au CSG apporte un bénéfice par rapport aux hospitalisations en service de médecine polyvalente. Quatre-vingt-dix-huit % des médecins sont globalement satisfaits de la prise en charge de leurs malades.

Un lien statistique a été principalement retrouvé entre la satisfaction des médecins généralistes et les prises en charges diagnostiques, les prises en charges thérapeutiques, et les soins paramédicaux.

Il n'a pas été retrouvé de lien statistique entre la satisfaction des médecins généralistes et l'organisation de la sortie, les modalités de réception du courrier.

Les améliorations possibles sont : une meilleure information sur l'existence du service et de ses coordonnées, ainsi que sur les principales indications d'hospitalisation en entrée directe, l'amélioration des délais de prise en charge, l'envoi d'un courrier standardisé informant le médecin généraliste de l'hospitalisation de son patient, un contact téléphonique entre médecin généraliste et médecin hospitalier pendant l'hospitalisation, ainsi que l'utilisation d'un outil informatique de communication.

Mots clés : unité de court séjour gériatrique, enquête de satisfaction, relation entre médecins généralistes et médecins hospitaliers

After hospitalisation of their patients at Chinon hospital, what is the satisfaction of general practitioners about the short-stay geriatric unit?

key words : short-stay geriatric unit, geriatric rehabilitation, satisfaction evaluation, relationship between general practitioners and hospital practitioners

Abstract :

We made a satisfaction evaluation of the short-stay geriatric unit of Chinon hospital, to the seventy-seven general practitioners having one patient hospitalised during the first year of functioning.

Eighty two % of general practitioners have answered. 95% of them thought that hospitalisation in short-stay geriatric unit is better for their patient, than a classic hospitalisation unit. 98 % are globally satisfied of their patients' care.

A statistical link was found between general practitioners' satisfaction and reeducation, therapeutic care and diagnostic care.

There was no statistical link between general practitioners' satisfaction and organisation of the way out, modalities of reception of the way out letter.

Amelioration can be: better information is needed concerning the short-stay unit phone number and modalities of direct entrance, better admissions delay, a standard letter to inform the general practitioner of his patient hospitalisation, communication between general practitioner and hospital practitioner during hospitalisation of the patient using informatic tools.

Table des matières

• Introduction	p 11 à 12
• Méthode	p 13 à 14
1) Population étudiée	
2) Enquête	
3) Envoie du questionnaire	
4) Analyse statistique	
• Résultats	p 15 à 26
A) Analyse quantitative	
1) Analyse quantitative descriptive	
1.1) Connaissance à propos du CSG	
1.2) Satisfaction globale	
1.3) Accès au CSG	
1.4) Orientation des malades âgés à l'hôpital	
1.5) Qualités des soins	
1.6) Plateau technique	
1.7) Sortie du patient	
2) Analyse quantitative par tri croisé	
B) Description des réponses libres	
• Discussion	p 27 à 33
1) Participation à l'étude et qualité de réponse des questionnaires	
2) Choix d'une année d'activité	
3) Connaissance du CSG	
4) Qualité de prise en charge des personnes âgées	
5) Accessibilité du service	
6) Échanges d'informations entre médecins et organisation de la sortie	
7) Difficultés d'admission en entrée directe	
• Conclusion	p 34
• Bibliographie	p 35 à 38
• Annexe 1	p 39
• Annexe 2	p 40 à 44
• Annexe 3	p 45
• Annexe 4	p 46

Introduction

Le vieillissement de la population française va s'accroître dans les prochaines années. Dans la région Centre, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans représentera 13,9% de la population totale en 2030 soit 368 670 habitants, dont 71 000 potentiellement dépendantes (1).

Signe d'amélioration de la qualité de vie, le vieillissement de la population provoque de nombreux changements de société. Entre autres, elle implique des modifications sanitaires par la création de nouvelles structures d'accueil et des modalités de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Elle requiert la formation et l'emploi de professionnels plus nombreux. Elle implique également des modifications de prise en charge importantes avec l'augmentation de patients poly pathologiques, concernant aussi bien la médecine ambulatoire que les structures hospitalières.

En lien avec la création récente de la gériatrie universitaire et le rapport de 2006 « un programme pour la gériatrie » (2), le ministère de la santé via l'Agence régionale de santé (ARS) a organisé une filière gériatrique hospitalière ainsi que son fonctionnement (circulaire DHOS du 18 Mars 2002) (3), réactualisé en 2007 (4). Cette circulaire prévoit entre autre la création d'un service de Court séjour gériatrique (CSG) dans chaque établissement hospitalier doté d'un Service d'accueil et d'urgences (SAU).

L'hôpital de Chinon (Indre et Loire) a ouvert un service de CSG en décembre 2012, et finalise ainsi une filière gériatrique complète. L'unité comprend 12 lits d'hospitalisation complète, et 1 lit d'hôpital de jour. Elle est intégrée dans un service de Soins de suite et de rééducation (SSR) comportant 70 lits avec une activité de SSR gériatrique et de rééducation, ainsi que 4 lits dédiés aux soins palliatifs. Ce service est complété par un Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) comprenant 177 lits dont une unité de 39 lits dédiées aux patients atteints de pathologies neuro dégénératives, et une Unité de soins longue durée (USLD) de 124 lits dont une unité de 19 lits dédiées aux patients atteints de pathologies neuro dégénératives.

Ce centre hospitalier est au service d'un bassin de population de 80 000 habitants, avec comme zone d'attractivité les communes de : Chinon, Avoine, Bourgueil, Langeais, Azay le

Rideau, l'île Bouchard, Richelieu, et les zones limitrophes (Vienne, Maine et Loire) (cf annexe 1).

Ayant intégré le CSG/SSR comme interne en novembre 2012, j'ai participé aux prises en charge médicales et rééducatives des patients âgés, ainsi qu'à leurs orientations à la sortie de l'hôpital. L'organisation d'un projet de soins au cours d'une hospitalisation en gériatrie, me semble en être l'aboutissement. Cependant, ce projet est difficile à élaborer, car le patient ne se trouve pas dans son environnement habituel et la durée d'hospitalisation est courte (10 jours en moyenne). De plus il inclut plusieurs protagonistes : le patient s'il est en capacité de décider, sa famille si elle est présente, les aidants professionnels, les médecins hospitaliers selon leurs appréciations parfois divergentes, et le médecin généraliste.

Les unités de CSG sont au service de la population âgée et des médecins généralistes. Dans le but d'améliorer l'organisation de ce projet de soins, je me suis interrogé sur la pertinence et l'efficacité des hospitalisations dans ce service de gériatrie, d'autant qu'il existe peu de documents sur le sujet. Les médecins généralistes sont les principaux pourvoyeurs d'entrées directes. Ils sont les plus à même d'évaluer le service médical et paramédical rendu.

Après un an de fonctionnement, il était donc légitime d'évaluer leur satisfaction à propos du CSG du Centre Hospitalier de Chinon (CH de Chinon).

Méthode

1) Population étudiée

La population étudiée était les médecins généralistes ayant eu au moins un patient, hospitalisé au CSG du CH de Chinon entre le 3 décembre 2012 et le 30 novembre 2013.

Ont été exclus du fait des spécificités institutionnelles :

- les médecins urgentistes (absence de suivi des patients, avant et après l'hospitalisation).
- les médecins coordinateurs d'EHPAD (demandes souvent spécifiques de type évaluation et traitement de troubles psycho-comportementaux, transfusion).

2) Enquête

Un questionnaire destiné aux médecins généralistes a été réalisé, il comprenait (cf annexe 2) :

- 5 questions fermées à réponses binaires (oui/non).
- 15 questions fermées avec réponses à choix multiples (quatre niveaux de réponse : « tout à fait satisfait », « satisfait », « peu satisfait », « pas du tout satisfait »).
- 3 questions ouvertes à réponses courtes, pour favoriser l'émergence de commentaires spontanés.
- 1 question ouverte à champs libre, pour favoriser l'émergence de commentaires spontanés.

Un pré-test a été réalisé auprès de 3 médecins en entretien direct, permettant de finaliser le questionnaire en tenant compte de leurs commentaires.

Le questionnaire était volontairement court pour favoriser un taux de réponses élevé. Son plan reprend les grandes étapes d'une hospitalisation (adressage, soins et prises en charge médico-socio-rééducatifs, organisation de la sortie). Il s'inspire pour partie du questionnaire SAPHORA-CE (5), et a été adapté en fonction des besoins spécifiques locaux après lecture d'ouvrage de référence (6,7).

Le questionnaire était anonyme. Les médecins interrogés avaient une pratique de la médecine à priori identique, tous installés sur un territoire semi rural.

Ce questionnaire était accompagné, d'une lettre introductive personnalisée précisant les motifs de cette étude et les prénoms et initiales du nom de chaque malade, ainsi que le mois de leur hospitalisation (cf annexe 3).

3) Envoi du questionnaire

Un premier courrier postal a été envoyé le 18/01/2014 avec enveloppe affranchie pour le retour (cf annexe 2 et 3).

Une relance téléphonique auprès de tous les médecins a été effectuée deux semaines après le premier envoi postal.

Un courrier de relance a été envoyé trois semaines après le premier envoi, soit une semaine après la relance téléphonique (le 11/02/2014), par voie postale avec enveloppe affranchie pour le retour (cf annexe 4). Ce courrier n'a pas été adressé aux médecins qui avaient signalé, au cours de la relance téléphonique, avoir déjà répondu.

4) Analyse statistique

Une analyse quantitative a été réalisée à l'aide du logiciel « Statistica », après recueil des données dans un tableau Excel permettant la réalisation de pourcentage et d'un tri croisé par test de chi² pour les groupes supérieurs à 9. Il n'a pas été jugé pertinent d'effectuer des analyses statistiques pour les groupes avec moins de 5 répondants.

L'analyse qualitative quant à elle, a été réalisée à l'aide de la méthode « verbatim ».

Résultats

Soixante-trois médecins sur 77 (82%), ont retourné le questionnaire. Quatorze médecins (18%) n'ont pas répondu malgré les sollicitations, dont 5 ont clairement exprimé leur volonté de ne pas répondre.

Trente et un médecins ont répondu après le premier envoi, 22 après la relance téléphonique et 10 après le deuxième envoi.

A) Analyse quantitative :

1) Analyse quantitative descriptive

1.1) Connaissance à propos du CSG :

n* = 63 (sur 77)	Oui (%)	Non (%)
Connaissez-vous l'existence du service ?	57 (90,5%)	6 (9,5%)
Connaissez-vous le numéro d'accès direct au médecin référent ?	36 (57%)	27 (43%)
Connaissez-vous personnellement un gériatre du CSG, ou à défaut avez-vous un correspondant gériatre régulier ?	41 (65%)	22 (35%)

Tableau 1: Connaissance du service de CSG

n*= nombre de médecins généralistes ayant répondu au questionnaire

1.2) Satisfaction globale :

	Tout à fait satisfait (%)	Satisfait (%)	Peu satisfait (%)	Pas du tout satisfait (%)	Non répondu (%)
Etes- vous satisfait de la prise en charge de vos malades par le CSG ?	26 (41,3%)	36 (57,1%)	1 (1,6%)	0	0
D'après vous, les patients hospitalisés au CSG et leurs familles, ont-ils été satisfaits ?	11 (17,5%)	49 (77,8%)	2 (3,2%)	0	1 (1,6%)

Tableau 2 : Satisfaction globale

Quatre-vingt-dix-huit % des médecins étaient satisfaits de la prise en charge de leurs malades âgés hospitalisés.

Quatre-vingt-quinze % des médecins pensaient que leurs patients et leurs familles étaient satisfaits de leur séjour hospitalier.

La majorité des médecins généralistes (95,2%) ont trouvé que le CSG apportait un bénéfice pour les personnes âgées, par rapport aux hospitalisations en service de médecine polyvalente. Deux médecins (4,8%) ne trouvaient pas de bénéfice pour leurs patients.

1.3) Accès au CSG :

	Tout à fait satisfaisante	Satisfaisante	Peu satisfaisante	Pas du tout satisfaisante	Non répondu
Les modalités pour joindre le médecin référent du CSG sont :	18 (28,6%)	33 (52,4%)	8 (12,7%)	0	4 (6,3%)
Lorsque vous demandez une hospitalisation, le délai de prise en charge de vos patients est	15 (23,8%)	34 (54%)	7 (11,1%)	1 (1,6%)	6 (9,5%)

Tableau 3 : Accès au CSG.

Quatre-vingt-un % des médecins étaient satisfaits des modalités pour joindre le médecin référent.

Soixante-dix-huit % des médecins étaient satisfaits concernant les délais de prise en charge de leurs patients.

1.4) Orientation des malades âgés à l'hôpital :

A la question concernant le service où les médecins généralistes adressaient leurs patients âgés en dehors des situations d'urgences par ordre de préférence, les réponses ont été incomplètes. Nous avons donc décidé de ne retenir que le service privilégié en premier pour une hospitalisation en entrée directe. Ainsi, 44,4% des médecins ont déclaré adresser leurs patients âgés au CSG, 33,3% aux urgences, 11,2% en médecine, 3,2% au SSR. 7,9% n'ont pas répondu.

Concernant la question : « si vous adressez les patients âgés aux urgences, pourquoi ? » sur les 33 médecins ayant répondu :

- 13 les adressent aux urgences directement pour la rapidité ;
- 6 car absence d'alternative ;
- 4 par manque de place au CSG ;
- 3 par habitude ;
- 3 par facilité ;
- 2 pour un accès non discuté ;
- 1 par méconnaissance du CSG ;
- 1 par difficulté pour joindre le médecin correspondant.

1.5) Qualité des soins :

	Tout à fait satisfait (%)	Satisfait (%)	Peu satisfait (%)	Pas du tout satisfait (%)	Non répondu (%)
D'une manière générale, êtes-vous satisfait de la qualité des soins dispensés au CSG	23 (36,5%)	37 (58,7%)	1 (1,6%)	0	2 (3,2%)
Etes-vous satisfait des soins paramédicaux	21 (33,3%)	38 (60,3%)	1 (1,6%)	0	3 (4,8%)
Etes-vous satisfait des prises en charges diagnostiques	24 (38,1%)	36 (57,1%)	2 (3,2%)	0	1 (1,6%)
Etes-vous satisfait des prises en charge thérapeutiques	21 (33,3%)	41 (65,1%)	0	0	1 (1,6%)
Etes-vous satisfait de la qualité des échanges d'information avec les médecins du CSG en charge de vos patients	10 (15,9%)	40 (63,5%)	6 (9,5%)	1 (1,6%)	6 (9,5%)

Tableau 4 : Qualité des soins.

Concernant l'évaluation générale des soins, 95,2% des médecins étaient satisfaits de la qualité des soins dispensés au CSG.

De façon plus spécifique, 93,6% des médecins étaient satisfaits des soins paramédicaux, 95,2% étaient satisfaits des prises en charge diagnostiques, 98,4% étaient satisfaits des prises en charge thérapeutiques.

Concernant l'appréciation de l'échange d'information, la satisfaction était moindre avec 79,4% des médecins satisfaits.

Ce défaut d'information pourrait être amélioré par courriel pour 13 des répondeurs, par téléphone pour 8 médecins, et par la disponibilité du médecin référent pour l'un d'entre eux. 41 médecins ne se sont pas prononcés.

1.6) Plateau technique :

	Tout à fait satisfait (%)	Satisfait (%)	Peu satisfait (%)	Pas du tout satisfait (%)	Non répondu (%)
Quel est votre degré de satisfaction pour la qualité de la prise en charge rééducative	19 (30,1%)	34 (54%)	3 (4,8%)	0	7 (11,1%)
Quel est votre degré de satisfaction pour la qualité des prises en charge sociales	12 (19%)	35 (55,6%)	8 (12,7%)	0	8 (12,7%)

Tableau 5 : Plateau technique

Quatre-vingt-quatre % des médecins étaient satisfaits de la qualité de la prise en charge rééducative.

Soixante-quatorze % des médecins étaient satisfaits des prises en charges sociales.

1.7) Sortie du patient :

	Tout à fait satisfait (%)	Satisfait (%)	Peu satisfait (%)	Pas du tout satisfait (%)	Non répondu (%)
Concernant l'organisation de la sortie vous-êtes :	11 (17,5)	35 (55,5)	10 (15,9)	1 (1,6)	6 (9,5)
Concernant votre association à la planification de la sortie vous-êtes :	7 (11,1)	31 (49,2)	12 (19,1)	4 (6,3)	9 (14,3)
Vous trouvez la qualité du courrier :	20 (31,7)	32 (50,8)	3 (4,8)	0	8 (12,7)
vous pensez que les modalités de réception du courrier sont :	24 (38,1)	26 (41,3)	8 (12,7)	0	5 (7,9)

Tableau 6 : La sortie du patient

Dix-huit % des médecins n'étaient pas satisfaits de l'organisation de la sortie.

Vingt-cinq % des médecins n'étaient pas satisfaits de leur association à la planification de la sortie.

Quatre-vingt-un % des médecins n'ont pas rencontré de difficultés lors du retour au domicile de leurs patients, 17,5% des médecins en ont rencontré, un médecin n'a pas répondu.

Ces difficultés étaient (sur les 10 médecins ayant répondu) :

- Problème de coordination (4/10) ;
- Inévitable (3/10) c'est-à-dire jugé par le médecin généraliste non dépendant du CSG ;
- Courrier du patient perdu (1/10) ;
- Thérapeutique inadaptée au domicile (1/10) ;
- Problèmes médicaux non résolus (1/10).

2) Analyse quantitative par tri croisé

En croisant la satisfaction globale des médecins avec différents paramètres nous avons trouvé des liens statistiquement significatifs pour la satisfaction globale et leur satisfaction concernant :

- les modalités d'accès ;
- le délai de prise en charge ;
- la satisfaction générale à propos des soins ;
- les soins paramédicaux ;
- la prise en charge diagnostique ;
- la prise en charge thérapeutique ;
- les échanges d'information ;
- les prises en charges rééducative.

Dans les tableaux ci-dessous, seuls les items avec plus de 5 répondants ont été maintenus.

	<i>Modalités d'accès (Peu satisfait)</i>	<i>Modalités d'accès (Satisfait)</i>	<i>Modalités d'accès (Tout à fait satisfait)</i>	<i>Total</i>
Satisfaction des médecins (Satisfait)	8	20*	4	32
Satisfaction des médecins (Tout à fait satisfait)	0	12*	14*	26
Total	8	33	18	59

Tableau 7 : Lien statistique entre la satisfaction de la prise en charge de leurs malades par les médecins et la satisfaction des modalités pour joindre le médecin référent du CSG.

*p=0,003

	<i>Délai de prise en charge (Peu satisfait)</i>	<i>Délai de prise en charge (Satisfait)</i>	<i>Délai de prise en charge (Tout à fait satisfait)</i>	<i>Total</i>
Satisfaction des médecins (Satisfait)	6	22*	2	30
Satisfaction des médecins (Tout à fait satisfait)	1	12*	13*	26
Total	7	34	15	57

Tableau 8 : Lien statistique entre la satisfaction de la prise en charge de leurs malades par les médecins et le délai de prise en charge.

*p=0,00001

	<i>Satisfaction général des soins (Satisfait)</i>	<i>Satisfaction général des soins (Tout à fait satisfait)</i>	<i>Total</i>
Satisfaction des médecins (Satisfait)	29*	4	34
Satisfaction des médecins (Tout à fait satisfait)	7	19*	26
Total	37	23	61

Tableau 9 : Lien statistique entre la satisfaction de la prise en charge de leurs malades par les médecins et la satisfaction générale des soins.

*p=0,0001

	<i>Soins paramédicaux (Satisfait)</i>	<i>Soins paramédicaux (Tout à fait satisfait)</i>	<i>Total</i>
Satisfaction des médecins (Satisfait)	28*	4	33
Satisfaction des médecins (Tout à fait satisfait)	9	17*	26
Total	38	21	60

Tableau 10 : Lien statistique entre la satisfaction de la prise en charge de leurs malades par les médecins et les soins paramédicaux.

*p=0,0008

	<i>Diagnostique (Satisfait)</i>	<i>Diagnostique (Tout à fait satisfait)</i>	<i>Total</i>
Satisfaction des médecins (Satisfait)	27*	6	35
Satisfaction des médecins (Tout à fait satisfait)	8	18*	26
Total	36	24	62

Tableau 11 : Lien statistique entre la satisfaction de la prise en charge de leurs malades par les médecins et les prises en charges diagnostiques.

*p=0,001

	<i>Thérapeutique (Satisfait)</i>	<i>Thérapeutique (Tout à fait satisfait)</i>	<i>Total</i>
Satisfaction des médecins (Satisfait)	32*	3	35
Satisfaction des médecins (Tout à fait satisfait)	8	18*	26
Total	41	21	62

Tableau 12 : Lien statistique entre la satisfaction de la prise en charge de leurs malades par les médecins et les prises en charges thérapeutiques.

*p=0,0001

	<i>échanges d'information (Peu satisfait)</i>	<i>échanges d'information (Satisfait)</i>	<i>échanges d'information (Tout à fait satisfait)</i>	<i>Total</i>
Satisfaction des médecins (Satisfait)	6	24*	1	32
Satisfaction des médecins (Tout à fait satisfait)	0	15*	9	24
Total	6	40	10	57

Tableau 13 : Lien statistique entre la satisfaction de la prise en charge de leurs malades par les médecins et les échanges d'information.

*p=0,0179

	<i>prises en charges rééducative (Satisfait)</i>	<i>prises en charges rééducative (Tout à fait satisfait)</i>	<i>Total</i>
Satisfaction des médecins (Satisfait)	26*	3	31
Satisfaction des médecins (Tout à fait satisfait)	8	16*	24
Total	34	19	56

Tableau 14 : Lien statistique entre la satisfaction de la prise en charge de leurs malades par les médecins et les prises en charges rééducative.

*p=0,0001

Il n'existait pas de lien statistique entre la satisfaction des médecins et les prises en charge sociales.

Il n'existait pas de lien statistique entre la satisfaction des médecins et l'organisation de la sortie.

Il n'existait pas de lien statistique entre la satisfaction des médecins et leur association à la planification de la sortie de leur patient.

Il n'existait pas de lien statistique entre la satisfaction des médecins et la qualité du courrier.

Il n'existait pas de lien statistique entre la satisfaction des médecins et les modalités de réception du courrier.

B) Description des réponses libres

1) La question : « Si vous adressez les patients âgés aux urgences, pourquoi ? » a suscité 33 commentaires, que l'on pouvait classer selon plusieurs thèmes :

- la rapidité :

« Prise en charge plus rapide »,

« Pas de solution dans des délais raisonnables, nécessite de prise en charge avant les 24-48h requise par le CSG ».

- le manque de temps de la part du médecin généraliste :

« Manque de temps pour organiser l'hospitalisation directe »,

« Manque de temps dans mon exercice pour gérer les admissions »

- l'habitude :

« C'est une habitude de passer par les urgences »,

« Habitudes à changer... ».

- la facilité :

« Modalités plus pratiques »,

« Plus simple pour moi à gérer ».

- le manque de place :

« SSR n'a pas toujours de place »,

« Pas de place au CSG ».

- l'accès non discuté :

« Pour gagner du temps et éviter des discussions au téléphone, pour avoir une place dans un service, j'estime qu'aux urgences une personne peut s'occuper de trouver des places dans les différents services »,

« Accès non discuté ».

- l'absence d'alternative :

« Lorsqu'il n'y a pas d'autre solution, si le maintien à domicile devient impossible »,

« Accès en médecine souvent pas possible, le médecin du service demande à ce que le patient passe par les urgences... voire l'absence de place au CSG concomitante ».

- incertitude de la part du médecin généraliste :

« Demande et pression familiale. Coté rassurant des urgences (globalité de la pathologie) »,

« Incertitude diagnostique »

2) La question : « Etes-vous satisfait de la qualité des échanges d'information avec les médecins du court séjour gériatrique en charge de vos patients ? Par quel moyen, d'après vous pourrait-elle être améliorée ? » a retrouvé 3 types de réponses :

- échange par courriers informatisés :

« Echange internet type apicrypt »

« Nécessité absolue de proposer des comptes rendus d'hospitalisation par messagerie sécurisée type apicrypt »

- Echange téléphonique :

« Par un appel téléphonique avant le retour à domicile »

« Appel téléphonique plutôt que par courrier (plus rapide), notamment lors de la sortie ou décès, car on est souvent pas au courant que les gens sont rentrés chez eux, ou ont changé de service. L'appel pourrait se faire de secrétaire à secrétaire (pas besoin de plus d'info) »

- un échange indépendamment du support choisi :

« Envoi dès la sortie par apicrypt et information par téléphone de la sortie du patient »
« Prévenir de la sortie »

3) La question : « Avez-vous déjà rencontré des difficultés lors du retour au domicile de l'un de vos patients hospitalisés au CSG ? Si oui, de quelle nature ? » a suscité de nombreuses réponses, que l'on pouvait classer selon 3 items :

- inadéquation de l'hospitalisation :

« Problèmes médicaux pas toujours pris en compte »

« Des thérapies qui ne sont plus adaptées au domicile ».

- impondérables :

« Difficultés non liées à la prise en charge du CSG (famille exigeante, ne comprenant pas la pathologie du conjoint ou du parent) »

« En raison : de la dépendance du patient ou de son entourage »

« Patient vu le jour même, trouble cognitif, avait oublié son courrier »

- manque de coordination :

« Lié à la coordination des soins à domicile, et au manque de place chronique quand les personnes âgées sont en situation de maintien à domicile précaire... (C'est normal) »

« Bilan au domicile non planifié »

« Pas de contact avec l'équipe hospitalière avant la sortie »

4) La dernière question : « Quelles suggestions auriez-vous à formuler afin d'améliorer la prise en charge des patients au CSG ? » permettait d'identifier 5 thèmes :

- manque de place :

« Service victime de son succès, et probable manque de place »

« Le problème essentiel est le manque de place à certains moments... récemment, une patiente de 92 ans très algique a été renvoyée chez elle faute de place au CSG, en médecine... mais que proposer en terme d'organisation pour éviter cela ? Je n'ai pas de réponse »

« Augmentation du nombre de lits ? »

- demande d'information concernant le CSG :

« Distribution de plaquettes d'information avec numéro du service ou gériatre à contacter pour prise en charge programmée »

« Mieux connaître l'éventail des pathologies qui sont du domaine du CSG »

- amélioration des échanges :

« Meilleur respect du médecin traitant »

« Pour les patients hospitalisés de manière programmée à la demande du médecin traitant, il me semblerait utile de faire un point téléphonique (ou par mail) en cours d'hospitalisation sur l'évolution »

- amélioration de la coordination ville/hôpital :

« Il faudrait pouvoir améliorer le délai de prise en charge.. »

« Contact téléphonique avant la sortie »

« Info plus rapide que courrier sur la sortie/décès/ changement de service »

« Organisation pour la sortie »

« Avoir un bilan kiné plus précis afin de prolonger les soins adaptés au retour au domicile »

- satisfaction :

« Ne rien changer, c'est très bien »

« Aucune tout me semble correcte »

Discussion

1) Participation à l'étude et qualité de réponse des questionnaires

Avec un taux de réponse de 82% (n=63), sur 77 médecins généralistes interrogés, la participation des médecins a été bonne. Tous les médecins dont les patients ont bénéficié d'au moins un séjour au CSG ont été contactés. Cette exhaustivité renforce la qualité des résultats. La puissance de notre étude est donc crédible même si nous avons un nombre peu élevé de participants. Dans une étude comparable étudiant les relations entre les médecins gériatres et les médecins généralistes, au CHI de Haute-Saône, le taux de réponse était de 50,8% sur 115 médecins inclus (8). Une autre enquête d'évaluation de l'image des services du CHU de Grenoble par les médecins généralistes en 2010, avait eu un taux de réponse de 43,3%, sur 778 médecins interrogés (9).

Notre taux de réponse élevé est sans doute lié à l'intérêt des médecins pour ce nouveau service, aux diverses relances, et au caractère local de l'hôpital de Chinon.

Quatorze médecins n'ont pas répondu. En comparant les résultats de notre étude avec les données de la littérature (10, 11, 12), ce taux de non répondant est expliqué par plusieurs paramètres.

L'activité médicale intense, surtout en période hivernale, entraîne un manque de disponibilité des médecins par augmentation de l'activité. Le territoire du Chinonais a une densité de médecins généralistes inférieure à la moyenne nationale (13) d'où une activité par médecin généraliste plus importante, laissant peu de temps à des activités non soignantes. Concernant le manque de temps pour répondre aux questionnaires, les médecins généralistes sont sur-sollicités par des enquêtes diverses. La multiplication de ces enquêtes entraîne également la perte ou l'oubli de certaines d'entre elles.

L'autre élément porte sur le biais de désirabilité, biais qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. Ainsi, certains médecins insatisfaits n'ont sans doute pas voulu répondre pour ne pas exprimer leur opinion. Ce biais peut amplifier nos bons résultats, et s'associer à l'effet d'attente qui correspond au principe selon lequel la personne répond ce qu'elle croit que l'on attend d'elle.

Certains questionnaires étaient partiellement remplis. Or, les questions mal remplies étaient associées à une plus faible satisfaction (sortie, communication, association à la sortie), avec le

plus d'annotations. Il peut donc s'agir d'une marque d'insatisfaction des médecins. Les médecins ne voulant pas être soumis au biais de désirabilité, ont préféré ne pas répondre à certaines questions.

Autre raison de non réponse à toutes les questions, trois médecins ont signalé n'avoir eu qu'un seul malade hospitalisé, et ne pas pouvoir répondre à certaines questions. De même, quatre médecins ont mentionné ne pas pouvoir répondre aux questions concernant les modalités d'accès, n'ayant jamais appelé le médecin gériatre référent pour organiser une hospitalisation programmée.

Plusieurs médecins n'ont pas répondu à la deuxième et troisième page du questionnaire. Peut-être que ces médecins n'ont pas été intéressés par l'étude, ont été lassés par les questions, ou tout simplement ont sauté des pages.

L'autre élément jouant sur le nombre de participant et le remplissage partiel des questionnaires concerne le courrier de sortie. Pour un adressage personnalisé du questionnaire et l'établissement de la liste des médecins destinataires, les coordonnées du médecin considéré comme « traitant » ont été recueillies dans le dossier médical du patient. Or malgré un recueil rigoureux, trois médecins n'ont pas été concernés par l'étude : un par homonymie, un autre parti à la retraite, le dernier ayant cessé son activité libérale et exerçant uniquement en tant que médecin coordinateur d'EHPAD.

De plus des erreurs d'identification de patients se sont produites. Deux médecins ont mentionné ne pas reconnaître l'identité du ou des malades cités dans le courrier accompagnant le questionnaire. Lors de la relance téléphonique, des médecins ont également mentionné des erreurs d'identification de patients.

2) Choix d'une année d'activité

Le service de CSG, fonctionne avec le service de SSR, ou les médecins gériatres effectuent des rotations tous les 2 mois dans les différentes unités. Ce changement régulier implique des modifications sur les prises en charges, les admissions directes, la communication, en rapport avec la pratique de chaque médecin hospitalier. C'est pourquoi il a été préféré d'interroger les médecins généralistes sur tous leurs patients hospitalisés pendant la première année de fonctionnement, plutôt que sur leur dernier malade hospitalisé au CSG. Cette dernière méthode réduit le biais de mémorisation mais implique d'interroger sur la pratique des derniers médecins hospitaliers s'occupant du CSG.

3) Connaissances du CSG

Les trois questions sur la connaissance du CSG n'ont pu être interprétées. La question « Connaissez-vous l'existence du service ? », laissait une incertitude sur la connaissance du service après l'hospitalisation, ou après l'enquête. La deuxième et la troisième question comprenaient en fait deux questions chacune. A la question : « Connaissez-vous le numéro téléphonique d'accès direct au médecin référent (avez-vous le numéro de téléphone à disposition en consultation et lors de vos visites) ? », certains répondants ont mentionné avoir le numéro d'accès direct à leur cabinet, mais pas en visite. La troisième question : « Connaissez-vous personnellement un gériatre du CSG, ou à défaut avez-vous un correspondant gériatre régulier ? », était trop ambiguë, et ne permettait pas de connaître les médecins ayant un interlocuteur gériatre.

4) Qualité de prise en charge des personnes âgées

La majorité des médecins généralistes reconnaît au CSG une bonne qualité de prise en charge des personnes âgées.

Une grande majorité de médecins généralistes (95,2%) trouve que le CSG apporte un bénéfice pour les personnes âgées, par rapport aux hospitalisations en service de médecine polyvalente. Le savoir-faire et savoir-être du personnel para médical est probablement un des facteurs déterminants. La prise en charge rapide par l'équipe du plateau technique (kinésithérapeute, ergothérapeute) apporte une valeur ajoutée chez des patients à risque de perte d'autonomie. La prise en charge des personnes âgées par des gériatres est probablement un autre facteur important. Des études avaient clairement démontrés tous ses points : une pratique des évaluations gériatriques standardisées et de la prise en charge dans des unités gériatriques permettent de réduire la morbidité, d'améliorer l'état fonctionnel, de diminuer les ré hospitalisations, et de diminuer les dépenses de santé (2, 14, 15, 16, 17). C'est pourquoi les autorités de santé souhaitent multiplier le nombre de CSG.

Il est probable que les hospitalisations au CSG des personnes âgées, permettent des prises en charges pour des motifs ignorés ou non pris en compte par d'autres services hospitaliers, car ne relevant pas de spécialité d'organe, ni de l'urgence.

Les médecins généralistes sont satisfaits de la qualité des soins dispensés dans le service. Ces chiffres sont encourageants et sont en corrélation avec la satisfaction globale des médecins. Ils apprécient les soins paramédicaux, donné par les aides-soignantes et les infirmières, souvent

formées aux soins à la personne âgée. Les prises en charge diagnostiques, thérapeutiques et rééducatives sont jugées satisfaisantes par les médecins.

5) Accessibilité du service

Les modalités d'accès au médecin gériatre référent sont jugées correctes, facilitées par un numéro d'appel direct. Les lignes d'appel directes de type « médecin référent infectiologue » sont souvent appréciées des médecins de ville, et souvent citées comme piste d'amélioration de la communication ville-hôpital (18, 19).

Reste que l'accès au médecin référent est difficile si son numéro de téléphone direct n'est pas connu, ou indisponible quand il s'avère nécessaire. Une nouvelle diffusion de ce numéro est souhaitable.

Les délais de prise en charge sont variables, entre une demi-journée et deux jours. Ce délai dépend de :

- L'heure d'appel (la possibilité d'hospitaliser un patient dans la journée est plus difficile si le médecin généraliste appelle après 17H) ;
- Le jour de la semaine (la possibilité d'hospitaliser un patient est plus facile en début de semaine) ;
- La période de l'année (plus facile en été avec un taux d'occupation plus faible).

Malgré une corrélation entre la satisfaction des médecins généralistes et le délai de prise en charge des patients, 12,8% des médecins sont « peu, ou pas du tout satisfaits », et 9,5% n'ont pas répondu. Plusieurs remarques spontanées mentionnent la difficulté d'organiser les 24 à 48 heures d'attente parfois nécessaire avant une hospitalisation en entrée direct.

6) Echanges d'informations entre médecins et organisation de la sortie

Les échanges d'informations entre médecins sont corrélés avec la satisfaction des médecins généralistes. Pourtant 11,1% des médecins sont « peu, ou pas du tout satisfaits », et 9,5% n'ont pas répondu. Ces chiffres sont moins bons que les autres items concernant les soins, et ont fait l'objet de remarques négatives plus nombreuses. Pendant l'hospitalisation il conviendrait d'avoir au moins un contact téléphonique.

L'organisation de la sortie apparaît comme le point faible du fonctionnement du CSG.

Les modalités de réception du courrier conviennent imparfaitement aux médecins, bien qu'elles soient conformes aux recommandations de l'HAS (20, 21), ainsi qu'aux critères de certification de l'HAS (22). A la sortie du CSG, un exemplaire du compte rendu d'hospitalisation est remis en main propre au patient, et un exemplaire est envoyé au médecin « traitant », par voie postale, dans les 24H suivant la sortie du patient. Cependant il était noté précédemment que nous avons, au cours de notre étude, rencontrés des erreurs d'identifications du médecin référent. En effet Les courriers concernant certains patients hospitalisés plusieurs fois pendant l'année au CSG, ont parfois été adressé à des médecins généralistes différents. Le patient a pu changer de médecin « traitant ». A la sortie, le courrier a pu être envoyé au médecin ayant fait hospitaliser le malade et non à son médecin généraliste. Enfin, le médecin « traitant » mentionné sur le dossier administratif n'est pas systématiquement actualisé.

Seul un courrier d'hospitalisation n'a pas été retrouvé (1/ 403) soit un taux de courrier non fait de 0,25%. En comparaison, une étude de 1999 avait retrouvé un compte rendu d'hospitalisation dans 85% des cas (23).

Tous ces éléments font donc penser qu'au final un certain nombre d'hospitalisation ne conduit pas à l'adressage d'un courrier d'hospitalisation au médecin traitant (et encore moins au médecin ayant adressé le patient à l'hôpital s'il est différent). Lors de l'arrivée du patient dans le service, une vérification systématique par le médecin hospitalier, de l'identité du médecin « traitant » est proposée.

La demande des médecins est une communication plus rapide par courriel ou téléphone. Cependant, l'utilisation du téléphone est rendu souvent difficile par une absence de disponibilité concomitante entre médecins hospitaliers et médecins libéraux.

L'envoi d'un courriel est rendu techniquement difficile par l'absence de compatibilité des logiciels utilisés en ville (Apicrypt) et à l'hôpital. Enfin le Dossier médical partagé (DMP) ne s'est pas généralisé. Une solution de communication informatisée est cependant nécessaire.

On peut rattacher à cela la demande d'un médecin d'être averti le jour même pour le décès ou le transfert du malade dans un autre établissement, demande déjà connue dans d'autres études (10). Aucun texte de loi n'existe à ce sujet. Seul le Conseil national de l'ordre des médecins recommande de prévenir téléphoniquement le médecin « traitant » du décès d'un de ses patients (24). Au service de gériatrie du CH de Chinon, la décision a été prise d'informer, par téléphone, dans la journée, le médecin généraliste du décès de l'un de ses patients.

L'association à la planification de la sortie est également remise en cause. Les médecins généralistes se sentent peu ou pas sollicités. Ce constat est récurrent. Dans une étude portant sur l'amélioration de la filière gériatrique du CHI de Haute-Saône les médecins généralistes déclaraient que le service hospitalier ne les appelait jamais pour les impliquer dans la prise en charge de leurs patients hospitalisés : ils n'étaient pas prévenus ni de l'entrée, ni du service d'hospitalisation, ni des décisions prises, ni de la sortie, ni même du décès de leur patient (8).

Pourtant, le code de la santé publique stipule que les établissements hospitaliers sont tenus d'informer par lettre le médecin « traitant » de la date, de l'heure de l'admission et du service concerné de son patient. En cours d'hospitalisation, c'est au médecin généraliste de manifester le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de santé de son patient (25). Ce travail n'est effectivement pas effectué dans le service. L'envoi d'un courrier « type » en début d'hospitalisation de chaque malade devrait être envisagé.

Des difficultés lors du retour au domicile ont été rencontrées par 17,5% des médecins.

Une partie de ces problèmes semble indépendante du service, et ne peut être améliorée. Elle est due majoritairement au choix de vie du patient (état de santé du patient, à la famille, à un environnement non adapté).

Une partie des difficultés rencontrées repose sur un manque de coordination, des problèmes médicaux non résolus, des inadaptations thérapeutiques. Toutes ses difficultés sont à améliorer par un meilleur échange d'information entre médecins hospitaliers et médecins généralistes, au cours de l'hospitalisation.

7) Difficultés d'admission directe au CSG

Quarante-quatre % des médecins adressent leurs patients âgés au CSG, 33,3% aux urgences, 11,2% en médecine, 3,2% au SSR, et 7,9% n'ont pas répondu. Une majorité des médecins généralistes souhaitent adresser leurs malades âgés en entrée directe dans un service. Le pourcentage d'entrée directe, sur l'année écoulée n'est que de 36% (145 sur 403). Ces résultats sont comparables à d'autres CSG (19,26, 27). En 2008, une enquête d'activité du CSG de l'hôpital de Seclin notait un taux d'entrée directe de 25%. En 2003, une enquête menée au CSG de l'hôpital de Rodez trouvait un taux d'entrée directe de 24%. Une étude du fonctionnement du CSG du CHR d'Orléans notait un taux d'entrée directe de 34%.

Cette différence entre la réponse des médecins généralistes et le résultat des enquêtes hospitalières peut s'expliquer par :

- Le fait qu'une proportion importante de personnes âgées soit adressée à l'hôpital par d'autres personnes que leur médecin généraliste, ou consulte spontanément aux urgences.
- Un nombre important de motif d'hospitalisation des personnes âgées n'est pas prévisible, et leur état de santé est susceptible de se dégrader rapidement. Les malades sont donc hospitalisés via les urgences.
- La pression des aidants, pour une solution rapide, aboutit souvent à une hospitalisation via les urgences. (28)
- L'absence de place disponible au CSG, oblige le médecin généraliste à adresser le malade aux urgences.
- Les horaires de permanence téléphonique du CSG sont du lundi au vendredi de 9H à 18H30, et le samedi de 9H à 12H30. En dehors de ces horaires, les médecins généralistes sont obligés de différer l'appel et donc l'hospitalisation, ou d'adresser leurs malades aux urgences.
- Une partie des médecins ne connaît pas le service, ou le numéro de téléphone du CSG.
- Une partie des médecins adressent tous leurs malades aux urgences pour une hospitalisation.

Conclusion

L'ouverture du service du Court séjour gériatrique, depuis un an au CH de Chinon, a trouvé un intérêt auprès des médecins généralistes pour la prise en charge de leurs patients âgés. Ceci est peut être la cause d'un bon taux de réponse à notre étude.

D'une façon générale, les médecins sont satisfaits du service médical rendu par l'hospitalisation de leurs patients au CSG (98% des médecins répondants), néanmoins l'articulation ville-hôpital reste problématique. En effet, les délais d'hospitalisation sont toujours jugés trop longs et il est relevé un manque de communication (d'après verbatim). D'autre part, il persiste des problèmes de coordination lors de la sortie de certains patients avec 18% de médecins insatisfaits par l'organisation de la sortie et 25% par leur manque d'association à sa planification.

Notre étude permet d'envisager plusieurs pistes d'amélioration.

L'envoi des coordonnées du service sous forme d'une carte de visite faciliterait l'utilisation du numéro de téléphone d'accès direct lors des visites à domicile. On pourrait y préciser les principales indications d'hospitalisation par entrée directe.

Un effort particulier doit être mis sur l'amélioration des délais de prise en charge.

Il serait possible qu'à l'arrivée d'un patient, le médecin hospitalier vérifie systématiquement l'identité du médecin généraliste traitant. Ceci permettrait d'informer systématiquement ce médecin généraliste de l'hospitalisation du patient dans le service, par l'envoi d'un courrier médical standardisé. Pendant l'hospitalisation et/ou avant la sortie, un contact téléphonique assurerait une meilleure coordination, et leverait d'éventuels obstacles lors du retour à domicile. L'idéal serait un outil informatique de communication, compatible entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers.

Ainsi dans le territoire du chinonais, la création de ce service hospitalier spécifique apporte un réel bénéfice à la population âgée même si certaines modalités restent à améliorer.

Bibliographie

1. INSEE Centre. L'évolution de la dépendance des personnes âgées : un défi en termes de prise en charge et d'emploi. [En ligne] INSEE Centre, février 2012. N°175. Disponible sur http://www.insee.fr/fr/insee_regions/centre/themes/ici/ici175/ici175.pdf (page consultée le 9/11/2013)
2. Jeandel C, Pfitzenmeyer P, Vigouroux P. Un programme pour la gériatrie. 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir. [En ligne] Ministère de la santé et des solidarités, Avril 2006, 54p. Disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000419/index.shtml> (page consultée le 14/11/2013)
3. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. [En ligne] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Paris, 2002. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm> (page consultée le 2/09/2013)
4. Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. [En ligne] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Paris, 2007. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm> (page consultée le 2/09/2013)
5. CCECQA. Evaluation de la satisfaction des correspondants externes : SAPHORA-CE 2009. [En ligne] Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine, 2010 ; Disponible sur www.ccecqa.assoc.fr (page consultée le 22/10/2013)
6. INSERM. Le questionnaire médical : principes, construction et évaluation, applications. Paris, 1977. 131 p.
7. Groupe SCORE. Conduire une enquête par questionnaire. [En ligne] Groupe SCORE, CHU Saint-Etienne, Saint-Etienne, 2005. Disponible sur http://www.chu-st-etienne.fr/PatientUsager/IndicateursQualite/guide_complet_V1.pdf (page consultée le 25/10/2013)
8. Dubois-Bouverot M A. Amélioration de la filière gériatrique : Enquête sur les relations professionnelles entre médecins généralistes et le service de médecine gériatrique du CHI de

la Haute-Saône. Thèse de doctorat en médecine, Faculté de Médecine de Besançon, 2011. 107p.

9. François P. Etude d'image. Le CHU de Grenoble vu par les médecins généralistes. [En ligne] Unité de Qualitique et d'Evaluation Médicale. Grenoble, CHU de Grenoble, 2010. Disponible sur http://www.chu-grenoble.fr/doc/Documents/comunication/projet_etablissement/Etude_image_CHU_vu_par_Medecins_gnralistes.pdf (page consultée le 14/10/2013)

10. Feintrenie C. La sortie de l'hôpital : le point de vue des médecins généralistes. [En ligne] Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Médecine de Nancy 2010. 119p. Disponible sur http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_FEINTRENIE_CELINE.pdf (page consultée le 20/12/2013)

11. Barclay S, Todd C, Finlay I, et al : Not another questionnaire ! maximizing the response rate, predicting non-response and assessing non-response biais in postal quetionnaire studies of GPs. Family Practice 2002;19(1) : 105-11.

12. Sibbald B, Addington-Hall J, Brenneman D et al. Telephone versus postal surveys of général practionners : methodological considerations. Br J Gen Pract 1994;44:297-300.

13. STATISS. Statistiques et indicateurs de la santé et du social. [En ligne] ARS Centre, 2011. Disponible sur http://www.ars.centre.sante.fr/fileadmin/CENTRE/Internet_ARS/Votre_ARS/Etudes_et_publications/Etudes_et_statistiques/STATISS_2011.pdf (page consultée le 22/03/2014)

14. Saint Jean O, Berigaud S, Matignon E, et al. Circuits hospitaliers d'urgence des personnes âgées. Expérience de transfert direct en unité de médecine interne et gériatrie. Réanimation et Urgences 1992;1(4):555-61

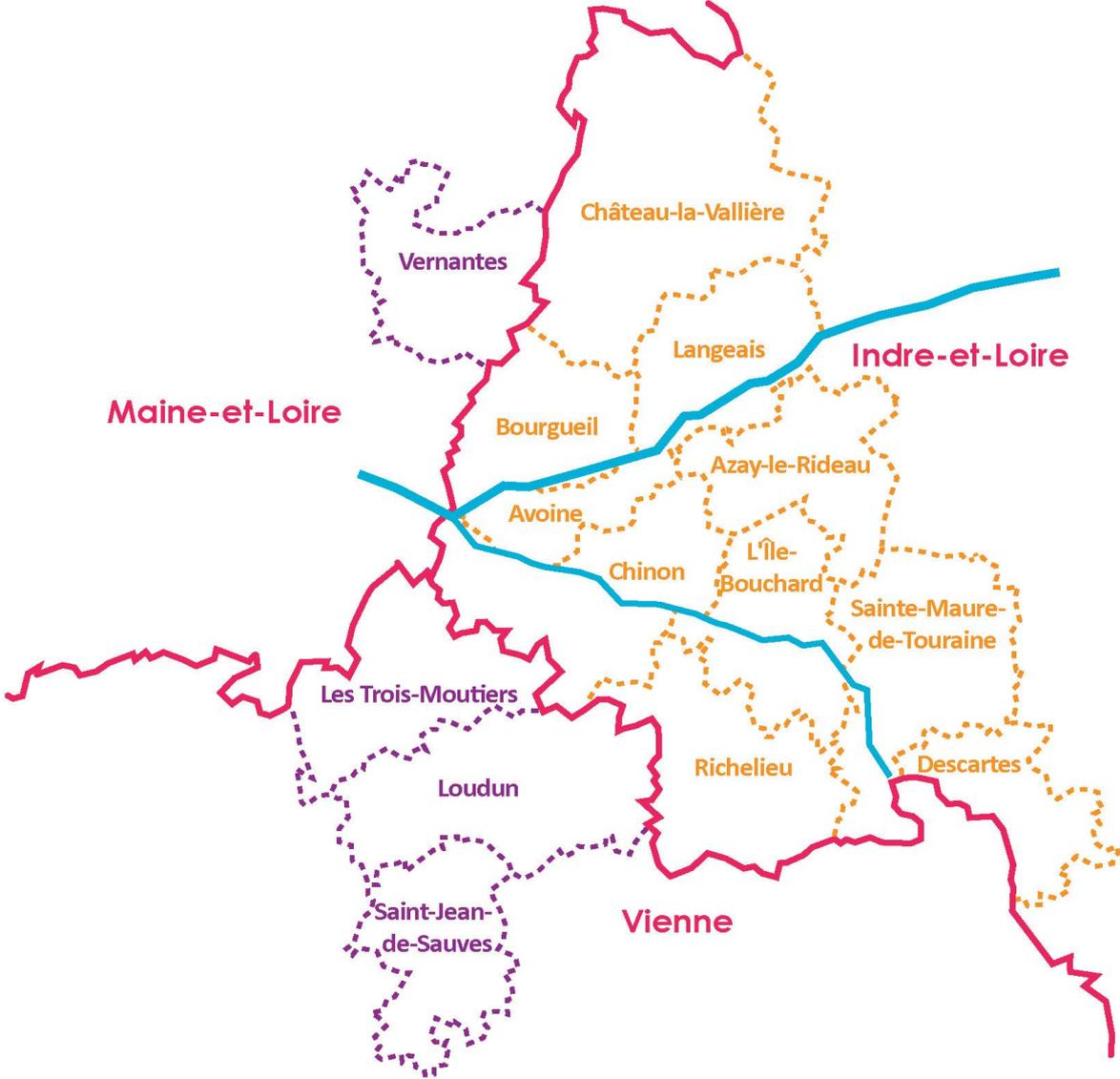
15. Jeandel C. Livre blanc de la gériatrie française. [En ligne] ESV Production Paris. 2011; 300p. Disponible sur <http://www.cnpgeriatrie.fr/wp-content/uploads/2013/01/Livre-blanc-de-la-g%C3%A9riatrie-modifi%C3%A9.pdf> (page consultée le 14/11/2013)

16. Rubstein LZ, Josephson KR, Wieland GD et al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit : a randomised trial. N Engl J Med 1984;311:1664-70

17. Stuck AE, Siu AL, Wieland G.D, et al. Effect of comprehensive geriatric assesment on survival, residence and fonction : A meta analys of controlled trial. Lancet 1993;342:1032-6
18. Kuffler L. Motivations d’admission par le médecin traitant des personnes âgées de 75 ans et plus dans un court séjour gériatrique. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Médecine de Nice, 2012.
19. Foucart C. Profil des patients pris en charge dans un service de court séjour gériatrique durant ses six premiers mois d’activité. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine Henri Warembourg Lille, 2008.
20. ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. [En ligne] Paris, ANAES, 2001. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/preparation_de_la_sortie_du_patient_hospitalise_guide_2001_2009-08-31_16-13-36_630.pdf (page consultée le 4/12/2013)
21. ANAES. Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d’une personne adulte handicapée sur le plan moteur et/ou neuropsychologique. [En ligne] Paris, ANAES, 2005. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272386/fr/sortie-du-monde-hospitalier-et-le-retour-au-domicile-dune-personne-adulte-handicapee-sur-le-plan-moteur-ou-neuropsychologique (page consultée le 4/12/2013)
22. HAS. Manuel V2010 de certification des établissements de santé – version juin 2009. [En ligne] Paris, HAS, 2009. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1439969/fr/manuel-v2010-de-certification-des-etablissements-de-sante-version-juin-2009 (page consultée le 4/12/2013)
23. Bertrand D, Labarere J , François P .Efficacité d’un programme d’amélioration des prescriptions médicamenteuses et des comptes-rendus d’hospitalisation dans un hôpital universitaire. Revue de Santé publique 1999;11:343-55
24. Conseil National de l’Ordre des Médecins. Article 63 (article R.4127-63 du code de la santé publique) –Information entre médecins en cas d’hospitalisation du patient. [En ligne] Paris 2012. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-63-information-entre-medecins-traitants-en-cas-d-hospitalisation-du-patient-287> (page consultée le 3/03/2014)

25. Code de la santé publique. Article R.11112-6. Annexe du décret n°2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III, du code de la santé publique.
26. Delmas. F. Analyse d'une initiative de court séjour gériatrique au Centre Hospitalier de Rodez et mise en perspective avec un réseau gérontologique dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées au sein de l'hôpital. [En ligne] Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital, Rennes 2003. Disponible sur <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Memoires/2003/edh/delmas.pdf> (page consultée le 25/09/2013)
27. Gauvain JB, Skowronski V, Blanc P, et al. Court- séjour gériatrique : force et fragilité au sein de la filiere. Revue de Gériatrie 2004;29:693-702
28. Rottner J. Critères de non hospitalisation de la personne âgée de plus de 75ans : aspect médical. Journal européen des urgences 2004;17:269-74

Annexe 1



Annexe 2 : Thèse à propos du service de court séjour gériatrique (CSG) du Centre Hospitalier du Chinonais

1- Connaissances sur le Court Séjour Gériatrique :

- | | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|--|--|
| - Connaissez-vous l'existence du service ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| - Connaissez-vous le numéro téléphonique d'accès direct au médecin référent (avez-vous le numéro de téléphone à disposition en consultation et lors de vos visites) ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| - Connaissez-vous personnellement un gériatre du CSG; ou à défaut avez-vous un correspondant gériatre régulier ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |

	Tout à fait satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
--	----------------------------------	------------------	--------------------------	----------------------------------

2- Satisfaction globale :

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Etes- vous satisfait de la prise en charge de vos malades par le CSG ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - D'après vous, les patients hospitalisés au CSG et leurs familles, ont-ils été satisfaits ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - L'existence du CSG, apporte-t-elle un bénéfice par rapport à la prise en charge hospitalière classique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3- Accès :

- Les modalités pour joindre le médecin référent du court séjour gériatrique sont :

- Lorsque vous demandez une hospitalisation, le délai de prise en charge de vos patients est :

- En dehors des situations d'urgence, si vous avez besoin d'un bilan hospitalier, vous adressez plutôt vos patients âgés, (merci de noter par ordre de préférence de 1 à 4) :

- en admission directe au SSR
- en admission directe programmée au CSG
- aux urgences
- en médecine

Si vous adressez les patients âgés aux urgences, pourquoi ?

Tout à fait satisfait **Satisfait** **Peu satisfait** **Pas du tout satisfait**

4- **Soins** :

- D'une manière générale, êtes-vous satisfait de la qualité des soins dispensés au CSG ?

- Êtes-vous satisfait des soins paramédicaux ?

- Etes-vous satisfait des prises en charges diagnostiques (clinique, biologique, radiologique, avis spécialisé) ?

- Etes-vous satisfait des prises en charge thérapeutiques ?

**Tout à fait
satisfait**

Satisfait

**Peu
satisfait**

**Pas du tout
satisfait**

- Etes-vous satisfait de la qualité des échanges d'information avec les médecins du court séjour gériatrique en charge de vos patients ?

Par quel moyen, d'après vous pourrait-elle être améliorée ?

5- Plateau technique :

- Quel est votre degré de satisfaction pour la qualité de la prise en charge rééducative (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, neuropsychologie) ?

- Quel est votre degré de satisfaction pour la qualité des prises en charge sociales ?

6- La sortie du patient :

- Concernant l'organisation de la sortie vous-êtes ?
- Concernant votre association à la planification de la sortie vous-êtes ?
- Vous trouvez la qualité du courrier :
- En sachant, qu'un exemplaire du courrier d'hospitalisation est remis en mains propres au patient, et qu'un exemplaire vous est adressé le jour même par voie postale, vous pensez que les modalités de réception du courrier sont :

- Avez-vous déjà rencontré des difficultés lors du retour au domicile de l'un de vos patients hospitalisés au CSG ? **oui** **non**

Si oui, de quelle nature ?

Quelles suggestions auriez-vous à formuler afin d'améliorer la prise en charge des patients au court séjour gériatrique?

Pour mieux vous connaître :

Année de première d'installation :

Annexe 3

▲ COURT SEJOUR
GERIATRIQUE
▲ HOPITAL DE JOUR
▲ SOINS DE SUITE
ET READAPTATION

Γ

Monsieur le Docteur

UNITE RONSARD

Court séjour gériatrique

Hôpital de jour

SSR gériatrique

UNITE BAUDELAIRE

UNITE VERLAINE

SSR Gériatrique

UNITE GEORGE SAND

SSR Orientation rééducation

Secrétariat médical :

☎ 02.47.93.75.24

Fax : 02.47.93.76.01

Secretariat.ssr@ch-chinon.fr

CHEF DE SERVICE
Dr Marc LAGIER
Praticien Hospitalier

m.lagier@ch-chinon.fr

Dr Eric BLERVAQUE

Praticien Hospitalier

Cher Confrère,

En fin de formation de médecine générale, au département de médecine générale de la faculté de Tours, je prépare ma thèse qui a pour objectif de préciser la satisfaction des médecins généralistes du bassin du chinonais sur le service de court séjour gériatrique (CSG) de l'hôpital de Chinon.

Après 1 an de fonctionnement de l'unité de CSG, ma thèse a pour objectif de recueillir votre avis sur les points forts et les points faibles du service. Ils aideront à réfléchir aux progrès à envisager et ainsi à améliorer le service rendu à la population âgée du chinonais et à vous-même dans l'exercice de la médecine générale.

C'est pourquoi je vous sollicite pour remplir le questionnaire ci-joint. Du fait du respect de l'anonymat, je me permettrai de faire auprès de vous une relance téléphonique dans 2 semaines, puis par courrier 1 semaine plus tard. Par avance je vous prie de m'excuser du désagrément engendré.

Cette enquête de satisfaction, est effectuée avec l'accord du Dr Marc Lagier, et de toute l'équipe médicale de gériatrie.

Pour faciliter votre réponse, ci-dessous les initiales et les dates d'hospitalisation de vos malades au CSG pendant l'année écoulée (malheureusement je n'ai pas pu différencier vos patients de ceux de votre épouse..):

-
-

En vous remerciant par avance de votre participation.

Adrien MENARD

Adresse mail : a.menard@ch-chinon.fr
Téléphone : 06.

Annexe 4

▲ COURT SEJOUR
GERIATRIQUE
▲ HOPITAL DE JOUR
▲ SOINS DE SUITE
ET READAPTATION

┌
└
Monsieur le

UNITE RONSARD

Court séjour gériatrique

Hôpital de jour

SSR gériatrique

UNITE BAUDELAIRE

UNITE VERLAINE

SSR Gériatrique

UNITE GEORGE SAND

SSR Orientation rééducation

Secrétariat médical :

☎ 02.47.93.75.24

Fax : 02.47.93.76.01

Secretariat.ssr@ch-chinon.fr

CHEF DE SERVICE
Dr Marc LAGIER
Praticien Hospitalier

m.lagier@ch-chinon.fr

Dr Eric BLERVAQUE

Praticien Hospitalier

Dr Blandine BRUANT-CRASSON
Praticien Hospitalier

Dr Agnès HELIE

Praticien Hospitalier

Dr Hayssam JABBOUR
Praticien Hospitalier

Cher confrère,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale concernant l'enquête de satisfaction sur le court séjour gériatrique de l'hôpital de Chinon, je me permets de vous relancer 3 semaines après le premier envoi pour remplir le questionnaire, si toutefois vous n'y avais pas répondu.

Cette enquête dans le cadre de ma thèse, permettra probablement une amélioration du service rendu.

Ne tenez pas compte de ce courrier si vous avez déjà répondu.

En vous remerciant par avance pour votre effort, bien confraternellement.

Ménard Adrien
Adresse mail : a.menard@ch-chinon.fr
Téléphone : 06.

49 pages –14 tableaux- 1 illustration

Résumé :

Après un an de fonctionnement du service du court séjour gériatrique (CSG) de l'hôpital de Chinon, nous avons réalisé une enquête de satisfaction auprès des 77 médecins généralistes ayant eu au moins un patient hospitalisé dans ce service.

Quatre-vingt-deux % des médecins ont répondu (n=63). Quatre-vingt-quinze % des médecins répondants pensent que la prise en charge de leurs patients âgés au CSG apporte un bénéfice par rapport aux hospitalisations en service de médecine polyvalente. Quatre-vingt-dix-huit % des médecins sont globalement satisfaits de la prise en charge de leurs malades.

Un lien statistique a été principalement retrouvé entre la satisfaction des médecins généralistes et les prises en charge diagnostiques, les prises en charge thérapeutiques et les soins paramédicaux.

Il n'a pas été retrouvé de lien statistique entre la satisfaction des médecins généralistes et l'organisation de la sortie, les modalités de réception du courrier.

Les améliorations possibles sont : une meilleure information sur l'existence du service et de ses coordonnées, ainsi que sur les principales indications d'hospitalisation en entrée directe, l'amélioration des délais de prise en charge, l'envoi d'un courrier standardisé informant le médecin généraliste de l'hospitalisation de son patient, un contact téléphonique entre médecin généraliste et médecin hospitalier pendant l'hospitalisation, ainsi que l'utilisation d'un outil informatique de communication.

Mots clés :

- unité de court séjour gériatrique
- enquête de satisfaction
- relation médecin généraliste/médecin hospitalier

Jury :

Président : Madame le Professeur Caroline Hommet

Membres : Monsieur le Professeur Dominique Huas (directeur du travail de thèse)

Monsieur le Professeur Gérard Lorette

Monsieur le Professeur Emmanuel Rusch

Monsieur le Docteur Agnès Hélie

Monsieur le Docteur Marc Lagier

Date de la soutenance : 18 juin 2014