



HAL
open science

Création d'un service de médecine polyvalente au sein de l'hôpital Legouest en 2015

Julie Lauer

► **To cite this version:**

Julie Lauer. Création d'un service de médecine polyvalente au sein de l'hôpital Legouest en 2015. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. hal-01931854

HAL Id: hal-01931854

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931854>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du Troisième Cycle de Médecine Générale

Par

L'Interne des Hôpitaux des Armées LAUER Julie

Elève de l'Ecole du Val-de-Grâce

Ancienne élève de l'Ecole du Service de Santé des Armées de Bordeaux et de Lyon

Le 26 juin 2018

**CREATION D'UN SERVICE DE MEDECINE POLYVALENTE AU SEIN DE
L'HOPITAL LEGOUEST EN 2015**

Examineurs de la thèse :

Mr Le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Président du Jury

Mme La Professeure Gisèle KANNY

Juge

Mr Le Professeur Bruno LEVY

Juge

Mme La Docteure Céline FOLNY

Directrice de Thèse

UNIVERSITE DE LORRAINE
FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens :

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL- Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY

Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD

Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis

REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT

Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ

Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT – Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET- Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY – Professeur Serge BRIANCON - Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Gilbert FAURE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER

Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur François KHOLER

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT

Professeur Michel VIDAILHET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON - Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER - Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE
- Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET -
Professeur Yves JUILLIERE Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section : (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (stagiaire)

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

**3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ;
addictologie)**

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-
BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT,

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur
Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE -
Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON –
Docteur Cédric BERBE Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive,
Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI
(1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN
(1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER
(1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg
(R.F.A) Université de Pennsylvanie
(U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA

(1996) Research Institute for
Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG
(1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville
(VIÊTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A notre Maître et Président,

Monsieur le Professeur Pierre-Edouard Bollaert

Professeur de Réanimation, Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

Soyez assuré de notre gratitude de nous avoir fait l'honneur de présider notre travail et de l'intérêt que vous lui avez porté.

Nous vous remercions de votre disponibilité et vos précieux conseils.

Nous espérons être à la hauteur de la confiance que vous nous avez apporté.

A notre Maître et juge

Madame la professeure Gisèle Kanny
Professeure de Médecine interne, Immunologie Clinique et Allergologie

Merci d'avoir accepté de juger notre travail et de vous être rendue disponible.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et juge

Monsieur le professeur Bruno Lévy
Professeur de Réanimation

Nous avons été sensibles à l'honneur que vous nous accordez en jugeant ce travail.
Puissez-vous trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et juge

Madame la Docteure Céline Folny

Merci pour ton dynamisme et la confiance que tu as eu en moi. Je te suis reconnaissante de ta
disponibilité et tes qualités humaines qui m'ont permis de mener à bien ce travail.

Sois assurée de ma reconnaissance pérenne et de ma profonde gratitude

A l'école du Val de Grâce

A Monsieur le médecin général inspecteur Jean-Didier CAVALLO

Directeur de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Officier de la Légion d'honneur

Commandeur dans l'Ordre National du Mérite

Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

A Monsieur le médecin général Humbert BOISSEAUX

Directeur-adjoint de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'honneur

Officier dans l'Ordre National du Mérite

Chevalier de l'Ordre des Palmes académiques

A l'Hôpital d'Instruction des Armées de Legouest,

A mes maîtres, et confrères,

Dr Gaël CINQUETTI, Dr Charlotte DE SERRE DE SAINT ROMAN, Dr Pierre-Éric SCHWARTZBROD, Dr Stéphanie MARCOU, Dr Louisa MAKOUF

Aux personnels de l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest qui ont apporté de près ou de loin leur aide à la réalisation de ce travail

Madame Barbara Andréani

Vos conseils et votre expérience ont été précieux et essentiels à l'élaboration de notre travail, nous ne vous remercierons jamais suffisamment pour la sollicitude bienveillante et l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

Merci pour votre calme apaisant et votre patience à toute épreuve.

Madame Anne-Cécile Masson

Votre aide et vos conseils nous ont guidé alors que les travaux n'étaient encore qu'à leurs débuts. Votre disponibilité et votre expérience ont été un atout précieux, nous vous remercions chaleureusement d'avoir apporté les fondements essentiels à ce que les travaux voient le jour.

A toutes les équipes paramédicales de l'hôpital. Votre esprit familial et chaleureux m'a donné envie de me lever chaque jour pour venir travailler à vos côtés. Vous avez su me donner le sourire, au détour d'un couloir ou dans l'obscurité d'une garde, et me rappeler à chaque fois pourquoi persévérer valait le coup.

Votre soutien et vos sourires sont un cadeau et un exemple précieux. Je ne saurai jamais assez vous remercier

A mes amis,

A la meute ! Mario et ton exubérante douceur, Dadou et ta fatigante joie de vivre, Bubu et ton épuisante bonne humeur, Thoub et ton apaisante flemme, Johan et ton insolente perfection, Tchoupi et tes agressifs compliments, Chouchou et ton hautaine classe, Sabine et ton sourire contagieux, Cocotte la plus belle : vous êtes indispensables à mon bonheur, merci d'être vous tout simplement !

Cocotte, tu sais tout, tu es tout, écrire un remerciement sur une thèse ne représente rien par rapport à ce que tu mérites. Te rendre un peu méchante a été un bonheur au quotidien, peut-être même que je suis devenue un peu gentille. Merci Cocotte qui aime tant les escargots.

Mélanie, tu as toujours cru en moi alors que je n'y croyais pas moi-même. Ton soutien depuis le début a toujours été une force, tu m'apportes tellement plus que ce que tu imagines et au pire on a toujours notre plan B !

Line, tu as rendu ma vie plus belle, tu as toujours été là et faire partie de ta vie est un bonheur, tu fais partie de la famille, merci également à ta famille qui donne son amour sans compter.

A Tam, petite sœur d'adoption, tu m'as toujours aidé à me relever et à me battre, je t'aime et je suis fière de toi.

A mes chatons, à mes TDC de Noël du 57, me retrouver avec vous me donne toujours le sourire. A mon Lyloucament, ma Flofesse, Camille, Audrey et toutes les mademoiselles qui font danser ma vie.

Caminette tu m'as remis debout alors que tout s'effondrait, tu es un exemple et un rayon de soleil.

Stéphanie Marcou, tu m'as donné le goût de notre métier, ton exemple m'a donné envie de continuer.

A mes cointernes, Chouquette, Suzanne, Clairette, Pépin de Pomme, et tous les autres qui ont supporté mes folies et qui m'ont soutenu lors des épreuves, je vous remercie d'avoir rendu ces années agréables à vos côtés.

A ma « famille » santarde qui a su m'apporter réconfort et gourmandise, merci à Jérémy, Mélanie et toute notre ascendance et descendance mytho ! APLS !

Au Dieu des Santards

A ma famille,

A ma mamie et ma nonna, mes soutiens et piliers indéfectibles, précieuses comme des perles de pluie. J'espère vous rendre fières. Merci de croire en moi si fort, je vous aime.

A mes petites princesses, mon Patatos et mon T-rex, rien ne serait possible sans vous, merci d'être mon bonheur chaque jour de ma vie SPC APC. Je vous aime JLDEEMA.

A mes parents, merci d'avoir su fabriquer un cocon de bonheur et de sécurité pour nous cinq, votre soutien sans faille et votre amour rendent chaque épreuve un peu plus douce. Je vous aime.

A mon amour, Lucas tu es à la hauteur dans toutes les situations, passer du temps à tes côtés me donne le courage nécessaire pour avancer avec un bonheur que je découvre chaque jour.

A mes cousines d'amour, mes cousins, oncles et tantes que je vois plus ou moins mais pour qui j'ai une grande affection, un millier de souvenir et toujours un immense plaisir à revoir.

A mon nonno, ma mamie Suzanne et mon grand-père, j'aurais aimé vous avoir près de moi en ce jour.

Serment

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	31
PREAMBULE.....	32
Définir la médecine polyvalente ?.....	32
Place de la médecine polyvalente dans le réseau de soin régional.....	32
L'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Legouest au sein du paysage de soin en région Grand Est.....	33
Nécessité de création de l'Unité d'Hospitalisation Polyvalente à l'HIA Legouest	34
Organisation du service et évolution	34
Objectifs initiaux à l'ouverture de l'UHP	35
INTRODUCTION.....	36
MATERIELS ET METHODE	37
Cadre de l'étude	37
Détermination de la population étudiée.....	37
Données recueillies	38
Tri des données.....	39
Méthode d'analyse des résultats.....	39
RESULTATS	41
Caractéristiques de la population étudiée.....	41
Description des caractéristiques des différents séjours en médecine polyvalente	41
Comparaison des différentes entités : enjeux en médecine polyvalente	45

Détermination des facteurs qui ont influencé la réalisation ou non des objectifs planifiés à l'ouverture	45
Comparaison des populations en fonction du mode d'admission : évaluation de la filière « admission directe par le médecin traitant »	49
Comparaison des populations en fonction de leur classe d'âge	50
DISCUSSION	53
Des patients polyvalents aux caractéristiques communes	53
Un contrat et des objectifs partiellement remplis, quels facteurs ont influencé ce bilan	56
Une forte proportion de patients majeurs	56
Une durée d'hospitalisation plus importante que celle espérée	56
La difficulté d'évaluer l'existence d'un diagnostic initial étayé et fiable	58
Des patients à la stabilité inégale	59
Des obstacles au placement de certains patients, un allongement du temps de séjour, des solutions facilitant le retour à domicile en concertation avec l'assistante sociale	60
La communication avec la médecine de ville, une relation à double sens à faire découvrir ou à renforcer	61
CONCLUSION	63
ANNEXES	64
BIBLIOGRAPHIE	66
RESUME	69
TITRE EN ANGLAIS	70

ABREVIATIONS

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CHR : Centre Hospitalier Régional

CMD : Catégorie Majeure de Diagnostics

DAS : Diagnostic Associé Significatif

DIM : Département d'Information Médicale

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DP : Diagnostic Principal

ET : Ecart Type

FFMP : Fédération Française de Médecine Polyvalente

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées

IMAD : Internet Medical Admission

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PRS : Projet Régional de Santé

SMIS : Service de Maladies Infectieuses et Systémiques

SMP : Service de Médecine Polyvalente

SSA : Service de Santé de Armées

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UHP : Unité d'Hospitalisation Polyvalente

PREAMBULE

Définir la médecine polyvalente ?

Une spécialité hospitalière la médecine polyvalente ? Certes non ! Polyvalent est même l'opposé du mot spécialité ; la médecine polyvalente ne bénéficie d'aucun consensus tant dans l'appellation multiple qu'on lui retrouve que dans la définition même de ce service.

La Fédération Française de Médecine Polyvalente (FFMP) décrit le praticien de médecine polyvalente et son équipe pluridisciplinaire comme prenant en charge un large panel de pathologies, surtout lorsqu'elles sont intriquées. Il s'agit d'une prise en charge globale des patients à l'interface entre les soins primaires, les urgences et les autres services de spécialité référents et experts d'une discipline(1) (2).

Cette définition ne décrit pas tant une entité cloisonnée mais plutôt une constatation centrée sur le patient. C'est par son recrutement de patients et donc par l'activité qu'il en découle qu'il semble intéressant de décrire la médecine polyvalente. Quel est le profil type du patient éligible pour un tel service ?

Définir la médecine polyvalente reste encore à ce jour complexe par manque de consensus. Il est en revanche possible de donner une définition de la médecine polyvalente par une série de négations. C'est un secteur non cloisonné ne relevant d'aucune spécialité propre, elle n'est pas centrée sur un organe, elle n'est pas forcément gérée par des spécialistes et ne limite pas sa prise en charge à un champ unique d'action. A la frontière des différentes spécialités qu'elle côtoie, la médecine polyvalente hospitalière trouve une place légitime en s'inscrivant dans le parcours de soin et la prise en charge globale du patient souvent polypathologique.

Au cours de ma formation, j'ai pu exercer dans un service de médecine polyvalente. En tant que future médecin généraliste, j'ai trouvé un grand intérêt et plaisir à participer au parcours de soin et découvrir la mise en réseau qui y est proposée.

Place de la médecine polyvalente dans le réseau de soin régional

La médecine polyvalente est mentionnée dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) Lorraine 2012-2017(3). Le SROS PRS (Projet Régional de Santé) constate un manque de coordination entre les professionnels de champs différents ainsi qu'un manque de lisibilité sur l'offre de soins tant pour les professionnels de santé que pour les patients ; parallèlement, une volonté commune d'entrer dans une dynamique régionale y est exprimée. La médecine polyvalente y est proposée en tant que solution visant à améliorer le parcours de santé du patient

au sein d'une offre de soins organisée et graduée avec des structures de recours de médecine spécialisée pouvant apporter leur expertise dans les services de médecine polyvalente.

Elle se dessine comme un possible interlocuteur direct et un recours hospitalier pour la médecine libérale de nos territoires en particulier dans la prise en charge globale des patients polypathologiques.

L'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Legouest au sein du paysage de soin en région Grand Est

En région Grand Est, ce sont 11 groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui ont été officiellement constitués le 1er juillet 2016. (Annexe 1)

Ce nouveau mode de coopération, prévu par la loi de modernisation du système de santé a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical commun.

L'HIA Legouest fait partie du GHT Lorraine Nord, il a vocation à participer pleinement au fonctionnement de celui-ci(4).

Ce nouveau mode de coopération, prévu par la loi de modernisation du système de santé a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical commun.

Le projet médical partagé s'inscrit dans le cadre du Programme Régional de Santé, du Schéma Régional d'Organisation des Soins, et du plan triennal d'économie. Il intègre les grandes orientations des politiques de santé publique et constitue – à l'échelle du Groupement – ainsi une déclinaison des plans de santé publique.

Partenaire historique du Centre Hospitalier Régional (CHR) Metz-Thionville, l'HIA Legouest participe pleinement au service public hospitalier et constitue un acteur de l'offre de soins du territoire, investi également dans les missions de recherche et d'enseignement. Il constitue un partenaire important dans la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Son cœur de métier reste néanmoins centré sur le soutien santé aux forces armées, sur le terrain national et en opération extérieure.

Sa participation au GHT s'inscrit dans un objectif de maintien des compétences indispensables de ses professionnels pour le soutien en santé des forces armées, et lui permet de concilier continuité des activités hospitalières sur le territoire de santé, en local et en projection opérationnelle. Le GHT répond, le cas échéant, en commun aux besoins de défense.

L'HIA Legouest fait partie du GHT Lorraine Nord, il a vocation à participer pleinement au fonctionnement de celui-ci. Les établissements faisant également partie de ce GHT sont le Centre Hospitalier de Boulay, le Centre Hospitalier de Briey, l'établissement public départemental de santé de Gorze, le Centre Hospitalier de Jury, le Centre Hospitalier de Lorquin et le Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville.

Nécessité de création de l'Unité d'Hospitalisation Polyvalente à l'HIA Legouest

La nécessité de création de ce service se base sur plusieurs constats : il est mentionné dans le SROS Lorraine un point faible de la région : l'aval des urgences n'est pas organisé de manière optimale. Dans de nombreux centres hospitaliers publics et privés, la médecine polyvalente se développe et tend à devenir le principal service d'aval des urgences. (3) (5) (6)

Parallèlement le projet du SSA 2020 met en avant l'ouverture au service public nécessaire au maintien de la performance technique et à l'efficacité économique du Service de Santé des Armées (SSA) (7).

A partir de ces constats, la création d'un service polyvalent travaillant de concert avec le CHR Metz-Thionville apparaissait comme une évidence

Organisation du service et évolution

L'HIA Legouest innove au sein du Service de Santé des armées car depuis le 27 mai 2015 il a été décidé l'ouverture d'une nouvelle unité d'hospitalisation : l'UHP (Unité d'Hospitalisation Polyvalente) rattachée au service de médecine interne et maladies infectieuses et qui est ensuite devenu un service indépendant : le Service de Médecine Polyvalente en novembre 2016. Il s'agit d'un service novateur au sein des HIA en France puisque premier service polyvalent de ce type. Il n'existe en effet pas d'équivalent actuellement en dehors d'un Service de Post Urgences à l'HIA Desgenettes et un service couplé Médecine Interne et Médecine Générale à Robert Picqué dont les objectifs et enjeux sont différents.

Il est intéressant de souligner qu'un service de Post Urgence diffère des services de médecine conventionnelle et donc des services de médecine polyvalente par une admission exclusive via le Service d'Accueil des Urgences. Leur durée moyenne de séjour (DMS) est souvent plus courte, soit en général 4 à 6 jours.

A la lumière de ces premières années d'existence, il apparaît que cette structure tient pleinement sa place et représente bien l'application d'un des axes du projet « SSA 2020 » : l'ouverture au service public. En effet ce service au sein d'un hôpital en mutation illustre bien l'entente civilo-

militaire avec le partage des compétences et performances techniques avec le CHR de Metz-Thionville. L'équipe soignante est panachée : les infirmiers sont pour la plupart militaires et les aides-soignants sont civils. Sur le plan médical, les deux médecins généralistes civils travaillant dans ce service sont détachés du CHR et exercent en collaboration avec les médecins militaires du Service de Médecine Interne et Maladie Infectieuse en réalisant des astreintes communes(8). Ce compagnonnage permet un vrai partage de compétences.

A ses débuts, le service était rattaché au Service de Maladies infectieuses et Systémiques (SMIS) en tant qu'unité : l'Unité d'Hospitalisation Polyvalente (UHP). Le service de SMIS – Cardiologie – UHP s'inscrivait au sein du pôle médecine. L'ouverture du service a été progressive puisqu'un seul médecin civil avait rejoint l'équipe en mai 2015 permettant l'ouverture de 14 lits. C'est en accueillant un deuxième praticien qu'une ouverture à 30 lits en novembre 2016 a pu être réalisée en devenant un service autonome : le Service de Médecine Polyvalente.

Objectifs initiaux à l'ouverture de l'UHP

L'UHP est destinée à la prise en charge de patients :

- Adultes (élargi à des patients dont l'âge est supérieur à 15 ans)
- Diagnostic étayé et fiable
- Ne présentant pas de défaillance hémodynamique ou d'organe
- Dont le projet thérapeutique nécessite une hospitalisation dont la durée prévisionnelle est inférieure à 8 jours avant un retour à domicile, un transfert en Soins de Suite et Réadaptation (SSR) ou un transfert en service spécialisé(8)

INTRODUCTION

Nous nous sommes donc intéressées au travers de ce travail au bilan d'activité de ce service nouvellement créé qui a pris naissance au sein de l'hôpital d'instruction des Armées à Metz, hôpital en pleine mutation prenant toute sa place dans le maillage des établissements de santé locaux.

En observant la place de l'HIA Legouest et son service de médecine polyvalente dans le territoire de soin du Grand Est, il est légitime de chercher à savoir quels patients sont recrutés et si les objectifs d'efficacité requis a priori sont atteints. Par ailleurs, il nous semblait intéressant de nous pencher, à travers les statistiques d'activité, sur les prestations de ce service, son recrutement et sur les points à améliorer pour le rendre plus efficient.

C'est pour cela que l'objectif principal du travail de thèse est donc la description de l'activité du service de médecine polyvalente au cours de 18 mois de fonctionnement optimal stabilisé.

Ensuite, nous décrirons les caractéristiques qui permettent de juger de la réalisation ou non des objectifs planifiés à l'ouverture du service et ainsi de déterminer les facteurs qui ont influencé la réalisation ou non de ces objectifs. Ceci constituant le premier objectif secondaire.

Dans le champ des possibilités offertes aux médecins généralistes pour la prise en charge des patients, l'hospitalisation est souvent la solution choisie en dernier recours quand le maintien à domicile devient impossible. Le deuxième objectif secondaire était donc de comparer les populations ayant bénéficié d'une admission directe par le médecin traitant et ceux provenant d'un autre service hospitalier ou des urgences pour comprendre si cette méthode d'admission peu utilisée peut être une alternative acceptable à celles déjà existantes.

Dans la pratique quotidienne nous constatons que la prise en charge des patients est dépendante de leur classe d'âge. En effet, la prise en charge de patients âgés de plus de 75 ans est très standardisée et rentre parfaitement dans une filière gériatrique déjà bien aiguisée dans le bassin messin. L'âge de 75 ans est effectivement l'âge limite classiquement retenu par les services de gériatrie pour admettre leurs patients malgré la définition de la gériatrie à 65 ans selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Haute Autorité de Santé (HAS)(9). Etudier la tranche d'âge de 65 à 75 ans semblait donc approprié pour comprendre les difficultés d'orientation des patients.

MATERIELS ET METHODE

Cadre de l'étude

L'étude qui a été menée est une étude épidémiologique observationnelle descriptive longitudinale.

Aucun examen ou investigation clinique, biologique ou d'imagerie n'a été réalisé spécifiquement pour cette étude.

Détermination de la population étudiée

Du 01/09/2015 au 31/03/2017 inclus, 957 séjours en UHP/SMP ont été enregistrés ; tout séjour complet compris dans cet intervalle a été pris en compte, un même patient pouvant représenter plusieurs séjours. La population d'étude concerne l'ensemble des séjours respectant ce critère, c'est-à-dire tous les patients enregistrés dans le service d'UHP/SMP de l'hôpital Legouest dont la date de sortie est comprise strictement entre le 01/09/2015 et le 31/03/2017. A chaque patient correspond une provenance, un moyen d'entrée, un temps de séjour et une destination en sortie d'hospitalisation qui peuvent être en accord ou non avec les objectifs fixés lors de l'ouverture du service.

Il s'agit donc d'une étude descriptive exhaustive de l'ensemble des séjours, sans aucun critère d'exclusion.

L'objet de cette étude est constitué de 957 séjours en UHP/SMP au cours de 18 mois de fonctionnement optimal du service.

Méthode de recueil de données :

Lors d'une hospitalisation en UHP ou SMP, le dossier médical personnel est totalement informatisé avec utilisation d'un logiciel commun à l'ensemble des HIA " Amadeus". Il est renseigné par les divers acteurs de soin, comprenant les données, tant administratives que médicales de chaque patient, relatives à son séjour. Les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) ont également été récupérées. Celles-ci nous ont été mises à disposition pour cette étude par le service de contrôle de gestion et contrôle interne du département d'information médicale (DIM) de l'HIA Legouest. Nous avons pu répertorier dans un tableau Excel l'ensemble des données recueillies sur cette population au cours de cette période.

Données recueillies

Pour cette étude les indicateurs recueillis pour chaque séjour, étaient :

- Les caractéristiques propres de chaque patient :
 - Sexe,
 - Age au moment de l'hospitalisation,
 - Situation familiale,
 - Ville de domicile
- Leur provenance :
 - Domicile,
 - Service d'hospitalisation conventionnel
 - Service d'urgence
- Les caractéristiques du séjour :
 - Durée de séjour,
 - Diagnostic principal,
 - Diagnostics associés,
 - Nombre de diagnostics associés ;
- La destination du patient à sa sortie de l'unité :
 - Retour à domicile,
 - Transfert service de soins de suite et réadaptation,
 - Transfert dans un autre service d'hospitalisation conventionnel ou de très courte durée
 - Décès
- Le délai de réhospitalisation :
 - Le patient est-il réhospitalisé dans les 31 jours
 - Le motif de réhospitalisation est-il identique à celui de la précédente hospitalisation.

L'ensemble de ces données a été répertorié dans un fichier Excel puis les calculs ont été effectués avec le logiciel Epinfo.

Tri des données

Les données brutes recueillies ont été triées et certains diagnostics associés ne présentant pas de pertinence pour caractériser la présence de polypathologie ont été écartés, notamment ceux concernant les équipements techniques, les mesures associées, les signes cliniques et syndromes non associés à des pathologies ou inclus dans des pathologies. 384 diagnostics étaient initialement retrouvés dans les diagnostics associés contre 294 après le tri.

Certaines données ont également été corrigées en se servant des courriers de sortie d'Amadeus notamment pour des incohérences concernant les provenances et destinations de sortie qui n'étaient pas renseignées correctement ou partiellement lors du séjour.

Méthode d'analyse des résultats

La première partie de l'étude et l'objectif principal consistent à décrire la population et les séjours selon 4 axes : Admission – Séjour – Sortie – Réhospitalisation. L'étude étant descriptive, il n'a pas été réalisé de calculs statistiques particuliers pour cette partie.

Le premier objectif secondaire a été exploré en comparant deux groupes : les séjours qui répondent aux critères définis à l'ouverture du service, en particulier concernant la durée d'hospitalisation et ceux pour lesquels les résultats sont en dessous des attentes, ceci afin d'identifier les facteurs empêchant l'atteinte des objectifs.

Pour cela il a été confronté les populations en fonction de la durée de leur séjour : <8 jours, de 8-20 jours et >=21 jours. Ces bornes correspondent respectivement aux objectifs généraux des services de médecine conventionnelle d'hospitalisation dont la médecine polyvalente et aux objectifs des services de soins de suite et réadaptation.

Il a également été comparé les populations qui ont présenté une défaillance d'organe ou hémodynamique à celles qui sont restées stables à travers le transfert du patient ou non en unité de soin de courte durée ;

Pour le deuxième objectif secondaire, il a été comparé les patients qui proviennent du domicile donc admis à la demande du Médecin traitant et ceux qui viennent d'un autre service ou des urgences.

Pour le troisième objectif secondaire, il a été comparé les groupes en fonction de leur classe d'âge définis comme <65 ans, de 65 ans à 75 ans et >75 ans.

Les différents groupes constitués pour les objectifs secondaires ont été comparés selon la nature des variables à l'aide d'un test Chi-2, d'un test t de Student ou d'un test non paramétrique de Kruskal-Wallis.

RESULTATS

Caractéristiques de la population étudiée

La population étudiée est âgée en moyenne de 69,6 ans \pm 18,73 [17,7 - 99,8] et composée de 45,35% d'hommes, 46,29% de la population était mariée et 20,90% était veuve (tableau I).

Tableau I : Caractéristiques de la population étudiée

	n (%)	moy \pm ET* [étendue]	Médiane
Age	(N=957)	69,6 \pm 18,73 [17,7 - 99,8]	73,4
Classe d'âge			
<65 ans	316 (33,02)		
65-75 ans	207 (21,63)		
>75 ans	434 (45,35)		
Sexe			
Hommes	434 (45,35)		
Femmes	523 (54,65)		
Situation familiale			
Célibataire	219 (22,88)		
Marié	443 (46,29)		
Concubin	15 (01,57)		
Divorcé	62 (06,48)		
Séparé	3 (00,31)		
Veuf	200 (20,90)		
Non renseigné	15 (01,57)		

*ET = écart-type

Description des caractéristiques des différents séjours en médecine polyvalente

L'activité du service de médecine polyvalente est décrite au cours de 18 mois de fonctionnement dans ses premières années d'existence.

La majorité des patients provenait d'une unité de soins de courte durée ou d'un service d'urgence : soit 797 (83,28%) en tout, dont 288 (30,09%) directement d'un service d'urgence. 145 patients provenaient du domicile soit 15,15% du recrutement (tableau II).

Tableau II : Description des modes d'entrée en médecine polyvalente

	n (%)
Provenance	(N=957)
Mutation d'une unité de soins de courte durée de la même entité	247 (25,81)
Transfert d'une unité de soins de courte durée d'une autre entité	262 (27,38)
Provenance service d'urgence	288 (30,09)
Provenance du domicile	145 (15,15)
Mutation d'une unité de SSR de la même entité	14 (01,46)
Mutation d'une unité de psychiatrie de la même entité	1 (00,10)

La durée moyenne de séjour était de 8,22 jours \pm 6,75 [0 - 48] avec une médiane de 7 jours. Les patients avaient en moyenne 3,8 diagnostics associés \pm 2,51 [0 - 17] avec une médiane à 3 (tableau III).

Tableau III : Description des séjours de médecine polyvalente

		moy \pm ET* [étendue]	Médiane
Séjour	(N=957)		
Durée de séjour		8,22 \pm 6,75 [0 - 48]	7
Nombre de diagnostics associés		3,80 \pm 2,51 [0 - 17]	3

*ET = écart-type

La catégorie majeure de diagnostics (CMD) de séjour la plus fréquemment retrouvée était l'affection du système respiratoire avec 236 séjours soit 24,66% des séjours. Ensuite ce sont les affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif qui étaient les plus représentés totalisant 184 soit 19,23% des séjours puis les affections du système nerveux avec 107 soit 11,18% des séjours (Figure I).

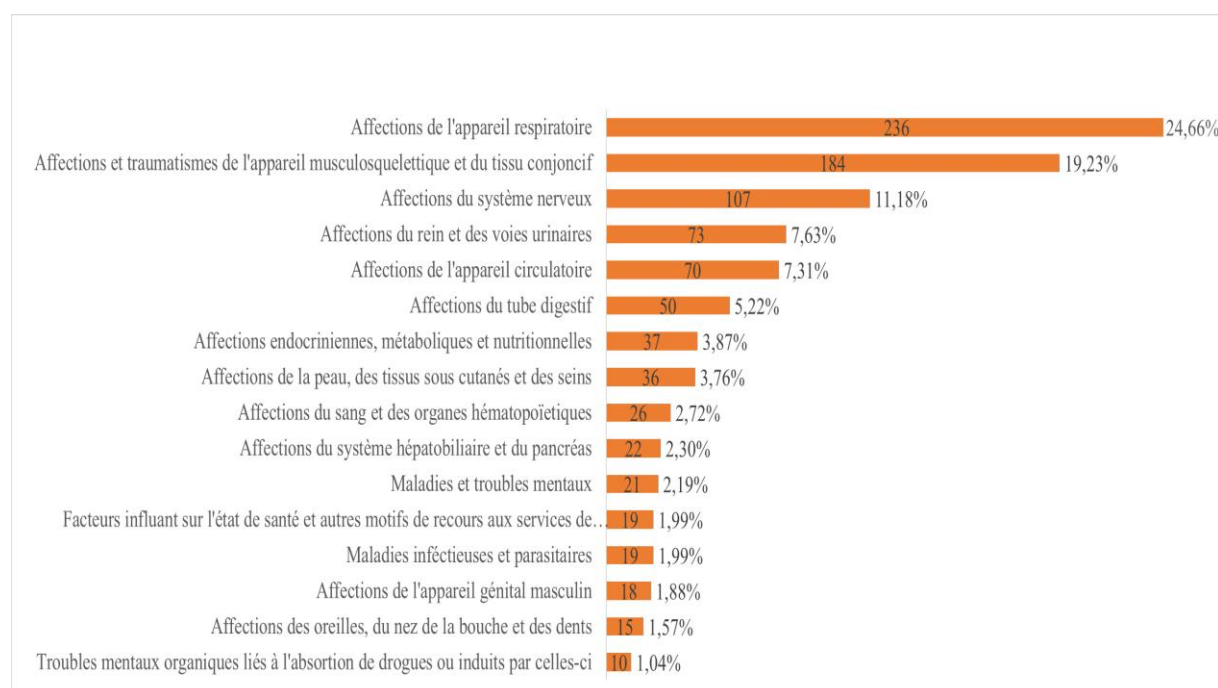


Figure I Catégories majeures de diagnostics les plus fréquentes

Les diagnostics principaux les plus représentés étaient les pneumopathies avec 121 séjours soit 12,64%. Parmi ces diagnostics, 27 étaient des pneumopathies d'inhalation soit 22,31%. Viennent ensuite les fractures avec 52 occurrences représentant 5,43% des séjours avec 55,77% de celles-ci qui étaient des fractures concernant le rachis (Figure II).

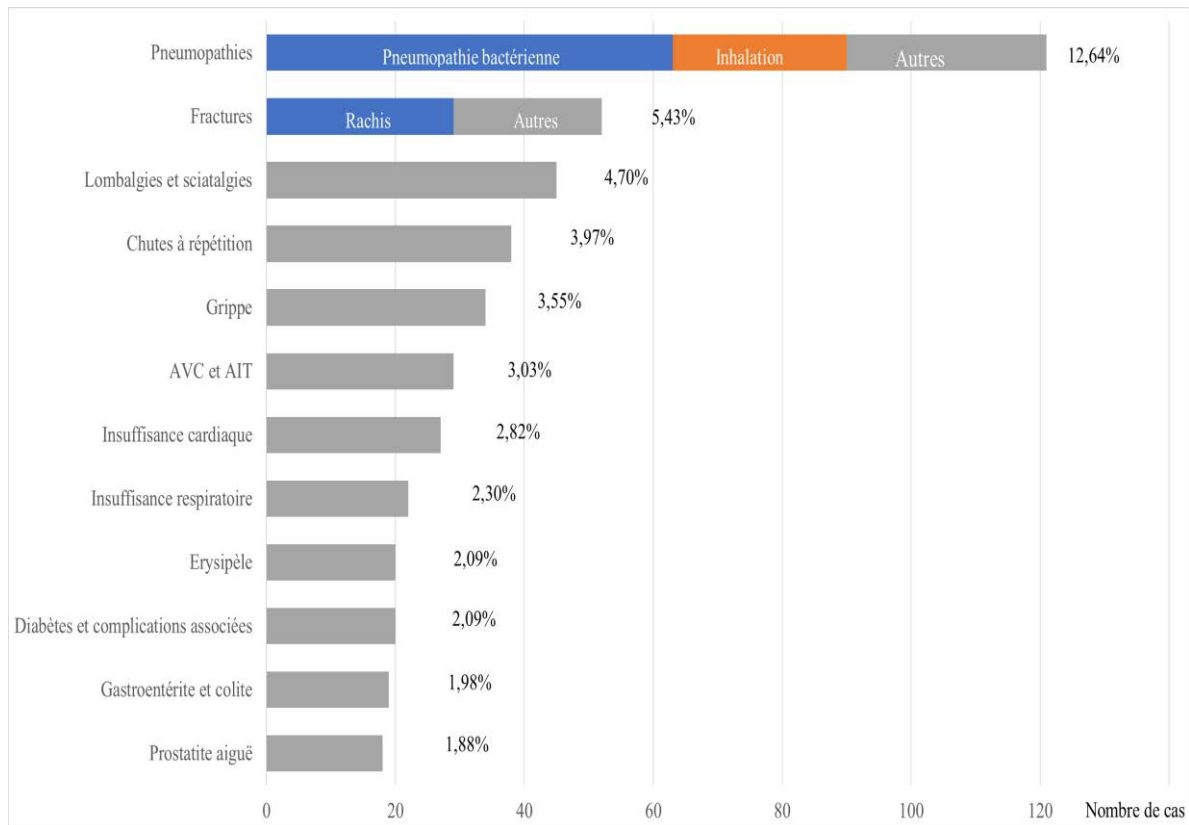


Figure II : Diagnostics principaux les plus fréquents

694 patients sont retournés à domicile à l'issue de leur séjour, soit 72,52% d'entre eux, 104 patients soit 10,87% ont été transférés dans un service de soins de courte durée au sein de l'hôpital et 98 soit 10,24% dans un service d'hospitalisation de courte durée dans un autre établissement soit 202 patients ou 21,11% en tout ; 35 patients soit 3,65% ont été mutés vers une unité de soins de suite et réadaptation et 23 patients soit 2,40% sont décédés au cours de la période d'étude (tableau IV).

Parmi ces séjours, 76 patients soit 7,94% ont été réhospitalisés dans les 31 jours suivant leur sortie avec une moyenne de 10,47 jours \pm 8,71 [1 - 31] et une médiane de 7 jours, parmi eux, 29 soit 38,16% ont été réhospitalisés pour un motif de la même catégorie majeure de diagnostic (tableau IV).

Tableau IV : Description du mode de sortie en médecine polyvalente

	n	(%)	moy ± ET* [étendue]	Médiane
Sortie (N=957)				
Mutation vers une unité de soins de courte durée de la même entité	104	(10,87)		
Transfert vers une unité de soins de courte durée d'une autre entité	98	(10,24)		
Transfert vers une unité de soins de longue durée d'une autre entité	2	(00,21)		
Retour au domicile	694	(72,52)		
Mutation vers une unité SSR de la même entité	21	(02,19)		
Transfert vers une unité SSR d'une autre entité	14	(01,46)		
Mutation vers une unité de psychiatrie de la même entité	1	(00,10)		
Sortie par décès	23	(02,40)		
Réhospitalisation				
Nombre de patient réhospitalisé dans les 31 jours suivant la sortie	76	(07,94)		
Délai entre la sortie et la réhospitalisation	(n=76)		10,47 ± 8,71 [1 - 31]	7
Même catégorie majeure de diagnostic lors de la 2 ^{ème} hospitalisation	29	(38,16)		

*ET = écart-type

En fonction du nombre de Diagnostic Associé Significatif (DAS), le retour à domicile s'est effectué entre 100% des cas et 37,50% des effectifs (figure III).

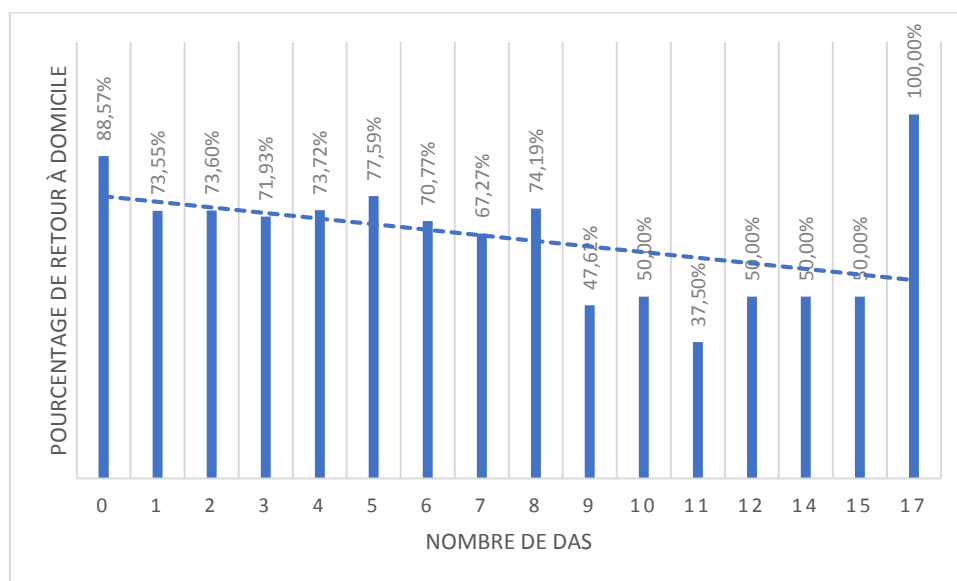


Figure III : Proportion de retour à domicile en fonction du nombre de DAS

En fonction du nombre de DAS, le taux de réhospitalisation a été calculé (figure IV)

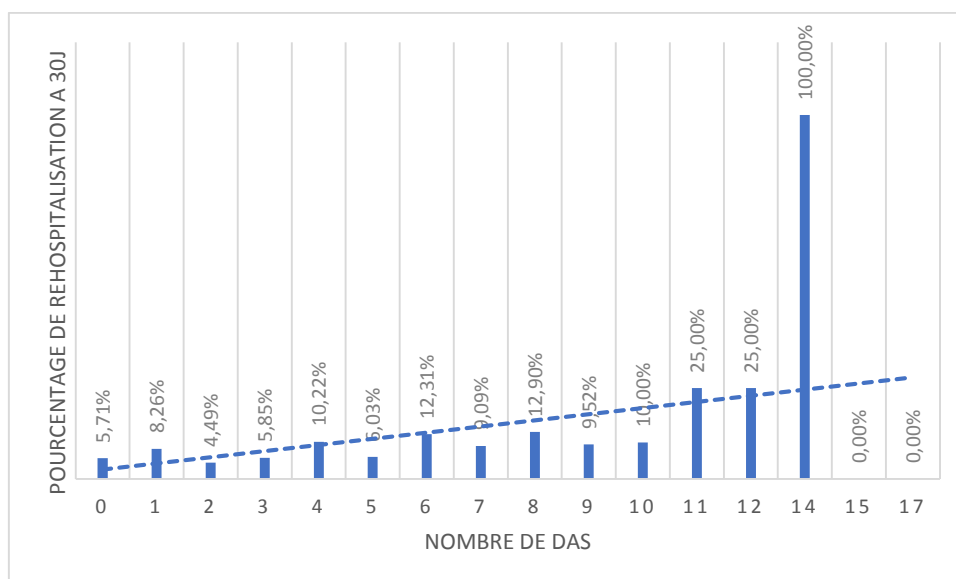


Figure IV Proportion de réhospitalisation à 30 jours en fonction du nombre de DAS

Comparaison des différentes entités : enjeux en médecine polyvalente

Détermination des facteurs qui ont influencé la réalisation ou non des objectifs planifiés à l'ouverture

Evaluation de l'objectif d'hospitalisation < 8 jours

Les patients dont le séjour était inférieur à 8 jours étaient 544 soit 56,84% et avaient une moyenne d'âge de $65,2 \pm 20,8$ [17,7 - 99,8] ans avec une médiane de 69,7 ans ; les patients dont le séjour était compris entre 8 jours et 20 jours étaient 367 soit 38,35% et avaient une moyenne d'âge de $74,8 \pm 13,7$ [19,1 - 98,2] ans avec une médiane de 75,8 ans ; les patients dont la durée de séjour était supérieure ou égale à 21 jours étaient 46 soit 4,81% et avaient une moyenne d'âge de $80,0 \pm 12,1$ [46,6 - 96,1] ans avec une médiane de 84 ans. La différence d'âge entre les groupes était significative avec un $p < 0,001$ (tableau V).

Le nombre d'homme et de femme était significativement différent au sein des différents groupes. Il existait également une différence significative entre les groupes pour le nombre de pathologies associées : $3,28 \pm 2,38$ [0 - 15] en moyenne pour les patients dont le séjour était de moins de 8 jours avec une médiane à 3 ; $4,29 \pm 2,43$ [0 - 17] en moyenne pour les patients dont le séjour était de 8 à 20 jours avec une médiane de 4 jours ; $6,20 \pm 2,38$ [2 - 12] en moyenne pour les patients dont le séjour était ≥ 21 jours avec une médiane à 6,5 (tableau V).

Les patients en couple étaient 275 à être restés moins de 8 jours soit 28,74% de la population totale, 163 à être resté entre 8 jours et 20 jours soit 17,03% et 20 à être resté plus de 20 jours soit 2,09%. Les patients qui n'étaient pas en couple étaient 261 à être restés moins de 8 jours

soit 27,27% de la population totale, 198 à être resté entre 8 jours et 20 jours soit 20,69 % et 25 à être resté plus de 20 jours soit 2,61%. Il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes avec un $p= 0,16$ (tableau V).

Tableau V : Comparaison des caractéristiques des groupes selon les durées de séjour

a)	Groupes			p
	< 8 jours	8-20 jours	> 20 jours	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Effectif	(n=957) 544 (56,84)	367 (38,35)	46 (04,81)	
Sexe				
Hommes	267 (27,90)	151 (15,78)	16 (01,67)	0,02
Femmes	277 (28,94)	216 (22,57)	30 (03,13)	
	(n=942)			
En couple	275 (28,74)	163 (17,03)	20 (02,09)	0,16
Non en couple	261 (27,27)	198 (20,69)	25 (02,61)	
Provenance	(n=957)			
Mutation d'une unité de soins de courte durée de la même entité	149 (15,57)	80 (08,36)	18 (01,88)	
Transfert d'une unité de soins de courte durée d'une autre entité	130 (13,58)	120 (12,54)	12 (01,25)	
Provenance service d'urgence	167 (17,45)	111 (11,60)	10 (01,04)	
Provenance du domicile	83 (08,67)	56 (05,85)	6 (00,63)	
Mutation d'une unité de SSR de la même entité	14 (01,46)	0 (-)	0 (-)	
Mutation d'une unité de psychiatrie de la même entité	1 (00,10)	0 (-)	0 (-)	

*ET = écart-type

b)	Groupes						p
	< 8 jours		8-20 jours		> 20 jours		
	moy ± ET* [étendue]	Médiane	moy ± ET* [étendue]	Médiane	moy ± ET* [étendue]	Médiane	
	N=957						
Age	65,2 ± 20,8 [17,7 - 99,8]	69,7	74,8 ± 13,7 [19,1 - 98,2]	75,8	80,0 ± 12,1 [46,6 - 96,1]	84	< 0,001
Nombre de pathologie	3,28 ± 2,38 [0 - 15]	3	4,29 ± 2,43 [0 - 17]	4	6,20 ± 2,38 [2 - 12]	6,5	<0,001

*ET = écart-type

Les durées moyennes et médianes de séjour augmentaient en fonction du nombre de DAS passant de 3 jours en moyenne et médiane pour les patients n'ayant pas de DAS à 14,8 jours en moyenne pour les patients ayant 9 DAS et 13 jours de médiane pour les patients ayant 10 DAS.

La durée moyenne de séjour était significativement différente en fonction du nombre de DAS ($p < 0,001$) (Figure V).

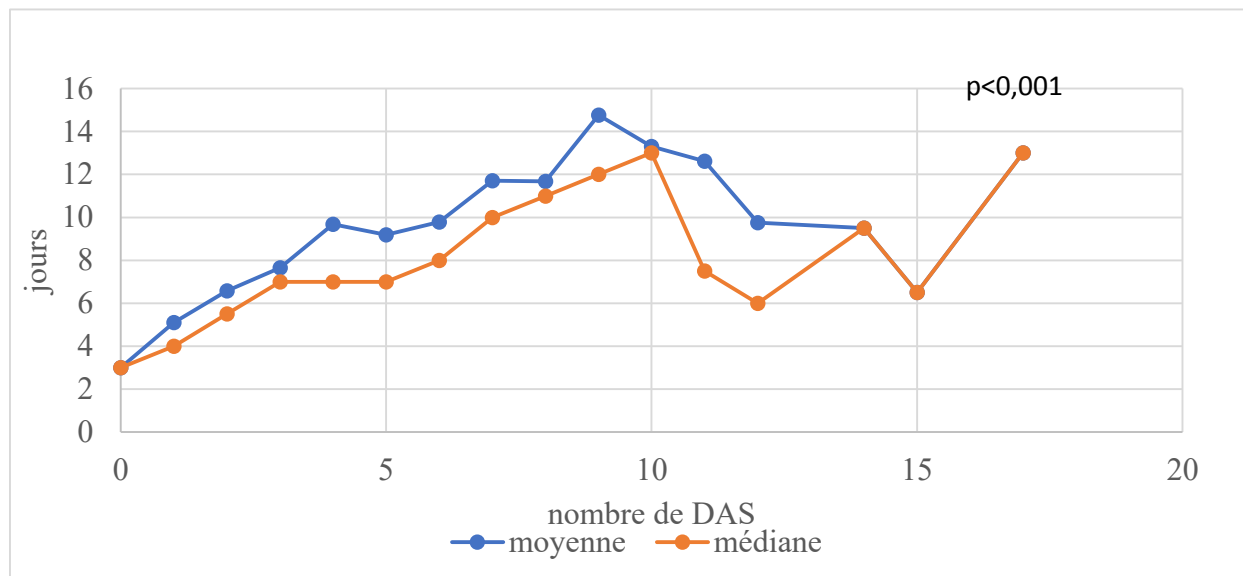


Figure V : Evolution de la durée de séjour en fonction du nombre de diagnostics associés (DAS)

Les séjours avec les DMS les plus longues avaient comme CMD : troubles mentaux organiques liées à l'absorption de drogues ou induites par celles-ci (11 jours \pm 7,89 [4 - 32]), affections du sang et des organes hématopoïétiques (9,96 jours \pm 8,52 [2 - 42]), affections de l'appareil génital masculin (9,78 jours \pm 7,46 [2 - 30]) et maladies et troubles mentaux (9,52 jours \pm 7,92 [1 - 33]). Le p était $< 0,0001$ (Tableau VI)

Tableau VI : Durée moyenne de séjour en fonction de la CMD

Catégories majeures de diagnostic	DMS moy \pm ET* [étendue]	Médiane	p
Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	11 \pm 7,89 [4 - 32]	9,5	$p < 0,001$
Affections des oreilles, du nez de la bouche et des dents	7,93 \pm 5,61 [2 - 20]	6	
Affections de l'appareil génital masculin	9,78 \pm 7,46 [2 - 30]	7	
Maladies infectieuses et parasitaires	3,84 \pm 2,06 [1 - 9]	3	
Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	5,58 \pm 3,96 [1 - 13]	4	
Maladies et troubles mentaux	9,52 \pm 7,92 [1 - 33]	8	
Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	6,55 \pm 4,29 [0 - 17]	5,5	
Affections du sang et des organes hématopoïétiques	9,96 \pm 8,52 [2 - 42]	8	
Affections de la peau, des tissus sous cutanés et des seins	8,83 \pm 5,94 [0 - 25]	8	
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	6,32 \pm 4,21 [1 - 20]	6	
Affections du tube digestif	6,36 \pm 4,48 [0 - 16]	5	
Affections de l'appareil circulatoire	7,57 \pm 5,21 [0 - 28]	7	
Affections du rein et des voies urinaires	8,38 \pm 6,21 [0 - 29]	7	
Affections du système nerveux	8,43 \pm 6,90 [1 - 46]	7	
Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	8,63 \pm 7,82 [1 - 48]	6,5	
Affections de l'appareil respiratoire	8,87 \pm 7,24 [0 - 48]	7	

*ET = écart-type

Evaluation de l'objectif de stabilité des patients admis

Les patients qui sont sortis en soins de courte durée à l'issue du séjour étaient 200 soit 20,90% de la population totale et étaient âgés en moyenne de 71,5 ans \pm 17,3 [19,5 - 98,2] avec une médiane de 71,9 ans ; les patients avec un autre mode de sortie étaient 757 soit 79,10% de la population totale et étaient âgés en moyenne de 69,1 ans \pm 19,1 [17,7 - 99,8] avec une médiane de 73,6 ans. Il n'existait pas de différence significative en termes d'âge entre ces deux populations avec un p à 0,11 (Tableau VII).

La durée de séjour des patients sortant en soins de courte durée était de 6,37 jours \pm 7,49 [0 - 48] avec une médiane de 4 jours alors que ceux ayant un autre mode de sortie avaient une durée de séjour moyenne de 8,70 jours \pm 6,46 [0 - 48] avec une médiane de 7 jours. Il existait une différence significative entre les deux groupes avec un p <0,001 (tableau VII).

Tableau VII : Comparaison des patients n'ayant pas présenté de défaillance pendant le séjour et ceux ayant présenté un événement nécessitant un transfert en soins de courte durée

a)	Sortie en unité de soins de courte durée		Autre mode de sortie		p	
	n	(%)	n	(%)		
Effectifs	(N=957)	200	(20,90)	757	(79,10)	
Sexe						
Hommes		95	(09,93)	339	(35,42)	0,48
Femmes		105	(10,97)	418	(43,68)	
Provenance						
Mutation d'une unité de soins de courte durée de la même entité		46	(04,81)	201	(21,00)	
Transfert d'une unité de soins de courte durée d'une autre entité		48	(05,02)	214	(22,36)	
Provenance service d'urgence		81	(08,46)	207	(21,63)	
Provenance du domicile		25	(02,61)	120	(12,54)	
Mutation d'une unité de SSR de la même entité		0	(-)	14	(01,46)	
Mutation d'une unité de psychiatrie de la même entité		0	(00,00)	1	(00,10)	

*ET = écart-type

b)	Sortie en unité de soins de courte durée		Autre mode de sortie		p
	moy \pm ET* [étendue]	Médiane	moy \pm ET* [étendue]	Médiane	
Effectifs	(n=957)				
Age	71,5 \pm 17,3 [19,5 - 98,2]	71,9	69,1 \pm 19,1 [17,7 - 99,8]	73,6	0,11
Durée de séjour	6,37 \pm 7,49 [0 - 48]	4	8,70 \pm 6,46 [0 - 48]	7	<0,001
Nombre de pathologie	4,19 \pm 2,81 [0 - 15]	4	3,70 \pm 2,41 [0 - 17]	3	0,01

*ET = écart-type

Evaluation de l'objectif d'admission de patients adultes :

Sur les 957 séjours, 955 étaient effectués par des patients dont l'âge était > 18 ans, 2 étaient des patients mineurs.

Comparaison des populations en fonction du mode d'admission : évaluation de la filière « admission directe par le médecin traitant »

Les populations de patients admises directement par le médecin traitant étaient comparables concernant les critères d'admission avec les patients admis selon d'autres modes d'admission. La moyenne d'âge était de 68,9 ans \pm 19,3 [17,7 - 96,3] pour les patients admis directement du domicile avec une médiane à 73,3 ans et de 69,7 ans \pm 18,6 [17,9 - 99,8] avec une médiane de 73,4 ans pour ceux ne provenant pas du domicile. La durée de séjour était de 7,75 jours \pm 6,30 [0 - 41] avec une médiane à 7 jours pour les patients qui avaient été adressés par le médecin traitant et de 8,30 jours \pm 6,83 [0 - 48] avec une médiane également à 7 jours pour les autres patients. Le nombre de pathologies associées pour le groupe à admission directe était de 4,08 \pm 2,90 [0 - 15] avec une médiane à 4 et était de 3,75 \pm 2,43 [0 - 17] avec une médiane à 3 pour les autres patients. Les indicateurs de sortie étaient significativement différents entre les groupes. 116 patients sont retournés à domicile alors qu'ils provenaient du domicile soit 80% d'entre eux contre 578 patients retournés à domicile pour les autres modes d'admission soit 71,18% d'entre eux. Le p était de 0,01. Les patients provenant du domicile n'étaient pas significativement plus transférés en service d'hospitalisation de courte durée à l'issue du séjour avec un $p < 0,12$ (tableau VIII).

Tableau VIII : Comparaison de la population adressée par le médecin traitant à celle d'un autre mode de provenance

a)	Admission par le médecin traitant		Autre		p
	(N=957)	n (%)	n (%)		
Effectif	(N=957)	145 (15,15)	812 (84,85)		
Sexe					
Hommes		67 (07,00)	367 (38,35)		0,82
Femmes		78 (08,15)	445 (46,50)		
Situation familiale					
Célibataire		25 (02,61)	194 (20,27)		
Concubin		0 (00,00)	15 (01,57)		
Divorcé		6 (00,63)	56 (05,85)		
Marié		77 (08,05)	366 (38,24)		
Non renseigné		2 (00,21)	13 (01,36)		
Séparé		1 (00,10)	2 (00,21)		
Veuf		34 (03,55)	166 (17,35)		
Objectif retour à domicile					
Retour à domicile		116 (12,12)	578 (60,40)		0,01
Autre mode de sortie		29 (03,03)	234 (24,45)		
Objectif de stabilité					
Transfert en soins de courte durée		25 (02,61)	175 (18,29)		0,12
Autre mode de sortie		120 (12,54)	637 (66,56)		

*ET = écart-type

b)	Admission par le médecin traitant		Autre admission		p
	moy ± ET* [étendue]	Médiane	moy ± ET* [étendue]	Médiane	
Effectif	(N=957)				
Age	68,9 ± 19,3 [17,7 - 96,3]	73,3	69,7 ± 18,6 [17,9 - 99,8]	73,4	0,62
Durée de séjour	7,75 ± 6,30 [0 - 41]	7	8,30 ± 6,83 [0 - 48]	7	0,37
Nombre de DAS	4,08 ± 2,90 [0 - 15]	4	3,75 ± 2,43 [0 - 17]	3	0,15

*ET = écart-type

Comparaison des populations en fonction de leur classe d'âge

316 patients soit 33,02% de la population étudiée avaient moins de 65 ans, 207 soit 21,63% avaient entre 65 et 75 ans et 434 soit 45,35% avaient plus de 75 ans. Il n'existait pas de différence significative entre les groupes pour le mode d'entrée adressés par le médecin traitant ou d'une autre provenance (tableau IX).

La durée de séjour était de 5,78 jours \pm 4,65 [0 - 29] avec une médiane à 4 pour les patients de moins de 65 ans, de 9,43 jours \pm 7,33 [0 - 48] avec une médiane à 8 pour les patients de 65 à 75 ans et de 9,41 jours \pm 7,27 [0 - 48] avec une médiane à 8 pour ceux de plus de 75 ans. La différence de durée de séjour entre ces 3 groupes était significative avec un $p < 0,0001$ (tableau IX) mais n'était pas significative entre les groupes de 65 à 75 ans et >75 ans avec un $p=0,99$ (tableau X).

Le nombre de pathologies associées était de $2,70 \pm 2,09$ [0 - 11] avec une médiane à 2 pour les patients <65 ans, de $4,36 \pm 2,40$ [0 - 14] avec une médiane à 4 pour les patients de 65 à 75 ans et de $4,35 \pm 2,57$ [0 - 17] avec une médiane à 4 pour les patients de plus de 75 ans. Le nombre de pathologies associées entre ces 3 groupes était significativement différent avec un $p < 0,0001$ (tableau IX) mais n'était pas significatif entre les groupes de 65 à 75 ans et >75 ans avec un $p=0,96$ (tableau X).

Tableau IX : Comparaison des groupes en fonction des classes d'âge

a)		<hr/>			p
		<65 ans	65-75 ans	>75 ans	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Effectifs	(N=957)	316 (33,02)	207 (21,63)	434 (45,35)	
Sexe					
Hommes		175 (18,29)	107 (11,18)	152 (15,88)	<0,01
Femmes		141 (14,73)	100 (10,45)	282 (29,47)	
Provenance					
Adressé par le médecin traitant		48 (05,02)	30 (03,13)	67 (07,00)	0,95
Autre provenance		268 (28,00)	177 (18,50)	367 (38,35)	

*ET = écart-type

b)	< 65 ans		65-75 ans		>75 ans		p
	moy \pm ET* [étendue]	Médiane	moy \pm ET* [étendue]	Médiane	moy \pm ET* [étendue]	Médiane	
	N=957						
Nombre de DAS	$2,70 \pm 2,09$ [0 - 11]	2	$4,36 \pm 2,40$ [0 - 14]	4	$4,35 \pm 2,57$ [0 - 17]	4	<0,0001
Durée de séjour	$5,78 \pm 4,65$ [0 - 29]	4	$9,43 \pm 7,33$ [0 - 48]	8	$9,41 \pm 7,27$ [0 - 48]	8	< 0,0001

*ET = écart-type

Tableau X : Comparaison des populations de 65-75 ans et >75 ans

	65-75 ans		Médiane	> 75 ans		Médiane	p
	n	(%)	moy ± ET* [étendue]	n	(%)	moy ± ET* [étendue]	
Effectif	(n=641)	207 (32,29)		434 (67,71)			
Sexe							
Hommes		107 (16,69)		152 (23,71)			<0,01
Femmes		100 (15,60)		282 (43,99)			
Provenance							
Adressé par le médecin traitant		30 (04,68)		67 (10,45)			0,75
Autre provenance		177 (27,61)		367 (57,25)			
Nombre de diagnostics associés			4,36 ± 2,40 [0 - 14]			4,35 ± 2,57 [0 - 17]	4 0,96
Durée de séjour			9,43 ± 7,33 [0 - 48]			9,41 ± 7,27 [0 - 48]	8 0,99

*ET = écart-type

DISCUSSION

Des patients polyvalents aux caractéristiques communes

Les séjours étudiés ont permis de mettre en avant des caractéristiques spécifiques aux patients du service de médecine polyvalente de l'HIA Legouest. En effectuant une revue de la littérature, il est intéressant de noter que certains éléments concordent mais aussi qu'il existe de nombreuses disparités entre les différents services étudiés.

Les séjours effectués en médecine polyvalente à l'HIA Legouest au cours de notre période d'étude concernaient majoritairement des patients n'ayant pas atteint la limite d'âge de 75 ans. Le patient fictif type est une femme de 69,6 ans mariée, provenant d'un service d'urgence et hospitalisée pour une affection de l'appareil respiratoire et plus précisément une pneumopathie ; son séjour est de 8,22 jours et elle retourne à son domicile à l'issue.

Les patients étudiés, cependant plus âgés que dans un service d'hospitalisation conventionnelle, se rapprochent en termes d'âge des patients de SSR qui sont âgés en moyenne de 66 ans (médiane : 71 ans) (10).

Une série d'exemples permet de mettre en lumière les éléments discriminant les différents services et les différentes évolutions au cours du temps.

Au centre hospitalier d'Elbeuf Louviers Val de Reuil(11) les patients ont 71,8 ans d'âge moyen et les motifs d'hospitalisation les plus fréquemment retrouvés sont les pneumopathies bactériennes, épisode dépressif majeur, diabète, troubles mentaux liés à l'alcool et démence. Lors de notre étude, il n'a pas été possible de récupérer les motifs d'hospitalisation, mais ces derniers coïncident avec les diagnostics de séjour de notre population étudiée : les pathologies respiratoires, les maladies chroniques et les troubles mentaux faisant également partie des diagnostics les plus fréquents. Les patients de centre hospitalier d'Elbeuf proviennent essentiellement du domicile avec 93,7% du recrutement ! Ces chiffres contiennent cependant les admissions via les urgences, celles programmées ou non n'étant pas détaillées. Même en additionnant les séjours provenant du domicile et des urgences, nous n'obtenons cependant qu'un pourcentage d'admission de 46,25%. Leur durée moyenne d'hospitalisation était de 9,4 jours en 2010. Le séjour plus long que celui de notre population pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs, la première hypothèse pourrait être une moyenne d'âge plus élevée, et la seconde pourrait être que les patients provenant essentiellement du domicile, on peut imaginer que la plupart y sont retourné, et que pour certains une adaptation du domicile et des conditions de retour ont dû être effectués, ceci pouvant considérablement rallonger le temps de séjour.

Au Centre Hospitalier Régional de Thionville(6), sur les 192 dossiers étudiés, 11% étaient admis directement depuis le domicile suite à accord préalable avec le médecin traitant, 84% provenaient des urgences et 40% de ceux-ci avaient une lettre du médecin traitant aux urgences, soit 33,6% de la population totale, les autres s'y étant présentés de manière spontanée. Il y avait donc 44,6% des patients qui ont été adressé par le médecin traitant.

Il n'était pas possible de savoir, pour les patients de notre étude, s'ils s'étaient présentés avec une lettre du médecin traitant ou de manière spontanée, ni si les lettres des médecins traitants adressaient le patient directement en médecine polyvalente ou dans un autre service ou ne mentionnaient pas de service particulier.

Mais selon une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS), 70% des usagers des services d'urgence s'y présentent directement sans contact médical préalable, même par téléphone(12) Donc suivant ces statistiques, en additionnant les 15,15% des patients admis directement par le médecin traitant au 30% qui viennent aux urgences après contact médical, on obtient 24,18% des patients qui sont potentiellement adressés par un médecin sur notre population, soit presque moitié moins que ceux de Thionville.

52,6% des patients sont retournés directement à domicile, ce qui est moins que notre population, en revanche 24% ont été transféré dans un service de spécialité soit une proportion comparable à celle de notre étude.

La moyenne d'âge était de 64,5 ans, ce qui est plus jeune que notre population étudiée. Malgré cela, seul 52,6% des patients retournent à domicile ; parmi eux, 75% de patients sans comorbidité et seulement 37% des patients polypathologiques ! Il n'est pas retrouvé une telle différence dans notre étude avec malgré tout une diminution du pourcentage de retour à domicile avec l'augmentation du nombre de DAS au cours du séjour. Il est intéressant de noter qu'un seul patient a eu 17 DAS et est retourné à domicile ce résultat étant justifié par le petit nombre de patient dans cette catégorie (1 seul). Ces constatations peuvent s'expliquer par une difficulté accrue chez les patients polypathologiques à retourner à domicile dans de bonnes conditions car entravés par de potentielles maladies chroniques ou aiguës créant un handicap provisoire ou permanent qu'il faut compenser par des aides humaines ou techniques. Ces dernières nécessitant d'être orchestrées au domicile, rallongent la durée de séjour.

A Angers une étude a observé une population de plus de 75 ans en médecine polyvalente(13), 60% des patients étaient polypathologiques, et les pathologies dominantes étaient les pneumopathies (sans distinction) et les sciatalgies. Il fallait noter également que 11% des

patients étaient hospitalisés pour une pathologie psychiatrique. Cette population a quelques points communs avec celle de notre étude malgré la différence en termes d'âge et l'ancienneté de celle-ci, l'étude d'Angers étant sur une population de plus de 75 ans au cours de l'année 1999.

Une étude poursuivie au CHU de Nantes montre que l'âge moyen des patients est passé de 71,3 en 2003 à 72,3 en 2008 avec 77% d'entre eux qui rejoignaient leur domicile. Ces résultats sont comparables à ceux trouvés lors de notre étude mais la DMS était plus courte 7,11+/- 4,12 [1-25] et ne comprenait pas de séjour supérieur à 25 jours.

Dans une étude menée au CH de La Rochelle au cours de l'année 2007, pour le service de médecine polyvalente, on constate que les cinq premiers types de séjours correspondent à 68,8% de son activité : « affections du système nerveux », « affections de l'appareil respiratoire », « affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif », « facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé » et « affection du tube digestif » (15). Une recherche menée en 2008 portant sur l'analyse de 3 services de médecine polyvalente a retrouvé que : la quasi-totalité des CMD est représentée dans les différents services, certaines CMD (entre 3 et 5) représentent plus de la moitié de l'activité des services de médecine polyvalente et que les séjours numériquement les plus nombreux se retrouvent d'un service à l'autre(16). Le service de médecine polyvalente de Legouest ne fait pas exception, en effet, 5 CMD représentent plus de 70% des séjours.

Concernant la réhospitalisation, le taux au sein de la population étudiée était moins important que celui de l'étude menée sur des patients >75 ans à Macon qui retrouvait 16,3% de réhospitalisation dont près de deux tiers qui étaient liées au motif d'hospitalisation initial(17). Le renforcement des aides à domicile et l'orientation vers un SSR ne semblaient pas prévenir les réhospitalisations. Les critères ayant influencé ces réhospitalisations sont la présence d'au moins deux hospitalisations dans l'année (OR=2,10 ; intervalle de confiance à 95 % [IC95 %] [1,01-4,39] ; p =0,048) et l'existence d'une confusion hors démence (OR=3,78 ; IC95 % [1,09-13,06] ; p =0,04). Le diagnostic de démence était retrouvé dans 7 cas des 76 patients réhospitalisés, soit 9,2%, contre 9,9% des cas dans le reste de notre population d'étude. Ce n'est donc pas le cas pour notre population. Notre population avait en revanche un taux de réhospitalisation passant de 5,71 % à 25% avec l'augmentation des DAS de 0 à 14, les DAS de 15 à 17 n'étant pas vraiment exploitables car ils n'étaient composés que de peu de patients.

L'étude menée à Nancy en 2013(5) observe des patients de post urgence polyvalente qui proviennent des Urgences uniquement : la population y est plus âgée avec une moyenne de 76,3 ans et se trouve relativement similaire quant aux diagnostics les plus fréquemment retrouvés :

maladies de l'appareil respiratoire et circulatoire, maladies de l'appareil digestif, maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif. Un diagnostic est cependant majoritaire à 21,7% : symptômes, signes et résultats anormaux. Ce diagnostic principal est compréhensible dans le cadre d'un service de post urgences mais ne correspond pas aux définitions de la médecine polyvalente que nous avons étudié par l'absence de diagnostic étayé avant l'admission.

Une enquête nationale a été menée en 2016 auprès de 66 professionnels de santé exerçant en médecine polyvalente retrouvait une DMS égale à 10,4 jours, 55,5% des patients provenaient des urgences et 18,9% avaient bénéficié d'une admission directe. Les patients retournaient à domicile dans 67,3% des cas et bénéficiaient d'un transfert en SSR dans 21% des cas(18).

Un contrat et des objectifs partiellement remplis, quels facteurs ont influencé ce bilan

Une forte proportion de patients majeurs

Certains patients sont mineurs : il s'agit de deux exceptions qui ont été hospitalisés dans le cadre d'un besoin de service relatif à l'armée : ce sont deux personnels nouvellement engagés dans l'armée au cours de leur dix-huitième année dans le cadre d'une prise en charge collective d'une rhabdomyolyse groupée avec la mise en place d'un « cohorting ». Tous les autres patients et séjours sont des patients majeurs ce qui respecte les critères de recrutement du service.

Une durée d'hospitalisation plus importante que celle espérée

La durée d'hospitalisation est plus longue que celle attendue dans un service d'hospitalisation de courte durée (8,22 jours de moyenne contre 8 jours d'objectif) : ceci pourrait en partie être expliqué par le fait que la plupart des patients, malgré leurs polyopathologies et les affections diverses retournent à domicile à l'issue du séjour soit 72,52% d'entre eux. En effet, réaliser les démarches nécessaires à ce que le retour à domicile se déroule dans les meilleures conditions reste chronophage notamment pour mettre en place les aides humaines et techniques nécessaires. De plus même si le patient retourne à domicile à l'issue, il a souvent été fait une demande de transfert SSR qui n'a finalement pas abouti par manque de place dans les établissements de proximité. Ces patients, qui auraient pu nécessiter une prise en charge en soins de suite doivent quand même retourner à domicile avec quelques aménagements avec l'aide du service social de l'hôpital. Le délai d'attente retrouvé pour transfert en SSR lors de

l'enquête auprès des professionnels de santé de médecine polyvalente était de 7 à 14 jours, ce qui explique probablement en partie l'allongement du temps de séjour pour les patients pour lesquels une demande de SSR, ayant abouti ou non, avait été faite. Cependant la médiane est à 7 jours ce qui montre que certains patients ont des temps de séjour « extrêmes » ce qui fait augmenter le temps de séjour moyen. Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les patients en couple et ceux qui ne le sont pas quant au retour à domicile, ce qui peut en partie être expliqué par un épuisement de l'aidant rendant le retour à domicile difficile. La durée de séjour n'est pas significativement différente mais systématiquement supérieure quand le patient vit seul à domicile. En pratique avoir un aidant sur place peut faciliter le retour à domicile du patient et limiter le nombre d'aides extérieures.

Il est intéressant de noter que la durée moyenne de séjour des patients en médecine polyvalente à Legouest est nettement inférieure aux 13,6 et 19,2 jours apparaissant dans des publications s'intéressant aux durées d'hospitalisation non programmées en courts séjours des patients âgés(19) (20) (21) (22). A noter que pour un service de médecin polyvalente de post urgence de Nantes, plus comparable à celui de notre étude quant au recrutement, la DMS était de de 7,1 +/- 4,11 jours avec malgré tout 14,8 % des journées d'hospitalisation ont été jugées non pertinentes(14). La durée de moyenne de séjour était de 7,6 jours d'hospitalisation avec 51% des séjours ayant duré moins de 6 jours sur l'étude menée à Thionville(6). Cette durée est estimée augmentée de 10% par les séjours sociaux.

Cela est en accord avec le rapport d'activité 2016 de la DRESS qui retrouve des séjours de plus en plus courts(23). Cette comparaison de la DMS obtenue dans notre étude avec celles retrouvées dans la littérature reste difficile, la durée de séjour étant dépendante des caractéristiques nosologiques et socio démographiques des patients. Cette différence pourrait traduire la spécificité des patients admis en médecine polyvalente, en particuliers ceux qui respectent le critère « diagnostic étayé et fiable », en effet une étude sur les facteurs liés à la durée d'hospitalisation des personnes âgées retrouvait que la notion d'un motif d'hospitalisation somatique « abrégait » la durée de séjour(24).

Il est intéressant de regarder quelles CMD ont été associées aux séjours les plus longs : les séjours moyens et médians ne respectant pas les 8 jours d'hospitalisation pour les CMD les plus fréquentes étaient en premier les troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues, puis les affections du sang et des organes hématopoïétiques, puis les maladies et troubles mentaux et les affections de la peau, des tissus sous cutanés et des seins. L'allongement des temps de séjour en fonction de certaines CMD peut s'expliquer par un temps non négligeable de recherche de suite de prise en charge chez des patients lourds ; mais également par une

nécessité thérapeutique qui peut requérir plus de 8 jours de traitement intra veineux comme certaines infections, avec une incapacité de prise en charge à domicile dans cette population qui peut être fragile.

Il est intéressant de noter cependant que les séjours dont les durées moyennes ne respectant pas l'objectif des 8 jours ont cependant des médianes qui sont toutes inférieures ou égales à 8 jours en dehors des prises en charge des troubles mentaux liés à l'absorption de drogues. Ceci montre que certains séjours très longs font augmenter les temps moyens d'hospitalisation mais ne représentent pas la majorité de ceux-ci.

Par exemple, l'étude menée au CHR de Thionville(6) retrouvait une DMS moyenne à 7,6 jours mais le DMS moyenne pour les patients venant pour un problème social était de 14,75 jours, soit presque le double ! Lors de cette étude il a également été évalué le délai de sortie (DS) qui correspond au délai entre la décision médicale de sortie et la possibilité de sortie adaptée à l'état du malade : 8,2 % des patients étaient concernés et un délai de 2 à 21 jours était retrouvé soit un total de 126 jours, le délai moyen était de 0,8 jours sur les autres dossiers.

Sur une étude menée à Angers(13) dans la pris en charge des personnes âgées de 75 ans et plus, il été retrouvé un taux de 61,6% des patients polypathologiques ou à risque de pathologie en cascade : cette étude soulignait la plus grande difficulté d'orientation de ces patients. Enfin nous soulignons la transformation que l'hôpital militaire Legouest a pu subir au cours des dernières années, avec de nombreuses mutations de services et notamment la fermeture de l'ensemble des services de chirurgie, de certains services médicaux comme la gastroentérologie ou cardiologie ainsi que la réanimation. Cependant, ainsi que le projet SSA2020 le souligne, ces hôpitaux hors plateforme organisent, des plateaux de consultation permettant de poursuivre les investigations pour les patients hébergés. L'hôpital Legouest bénéficie donc de consultation de cardiologie ou d'ORL participant à maintenir une DMS acceptable.

La difficulté d'évaluer l'existence d'un diagnostic initial étayé et fiable

Juger de l'existence d'un diagnostic étayé et fiable à l'admission du patient s'est révélé difficile dans cette étude, en effet, l'utilisation du PMSI comme outil épidémiologique présente des limites : les informations du PMSI ne renseignent pas toujours sur les objectifs médicaux du séjour et dans ce cas, il est difficile voire impossible de savoir si le motif d'admission est en rapport avec le diagnostic principal (DP) qui est défini comme « l'affection qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soin » selon l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation) par conséquent une complication qui survient au cours du séjour devient le DP à la place du motif initial d'hospitalisation dès lors qu'elle requiert des soins plus

importants. Par conséquent les DP sont déterminés à la fin du séjour, il y a donc un biais d'analyse actuellement en utilisant le PMSI et il n'est pas possible de connaître précisément les motifs pour lesquels un patient serait admis en médecine polyvalente (ou dans un autre service), puisque le DP retenu a posteriori peut différer du motif d'entrée.

Selon l'étude effectuée sur les patients de médecine polyvalente en 2009 à Thionville(6) , si tous les chiffres laissent supposer qu'une grande partie des patients sont adressés en médecine polyvalente pour des pathologies aux prises en charge bien codifiées, il n'en demeure pas moins qu'une part non négligeable a été orienté en médecine polyvalente « faute de place » dans un service de spécialité d'organe.

Ceci peut donc laisser présager qu'un grand nombre de patients était adressé en médecine polyvalente par défaut et ne présentait donc pas forcément un diagnostic étayé et fiable mais potentiellement une défaillance d'organe ou une autre pathologie relevant d'un service de spécialité d'organe.

Des patients à la stabilité inégale

Plus de 20% des séjours au cours de la période étudiée se sont soldés par un transfert en service de courte durée, traduisant une instabilité de leur état ou une erreur d'orientation.

Ces patients présentant des défaillances d'organes ou un état instable accablent davantage les personnels du service. Ils consomment des moyens et du personnels qui ne sont pas adaptés à leur prise en charge jusqu'à leur transfert dans le service adapté.

Les patients orientés vers un service de court séjour à l'issue présentaient un temps de séjour moyen plus de 2 jours inférieur aux autres patients. Ceci peut s'expliquer par les modalités facilitées à un transfert d'un service à un autre service ne nécessitant pas de mise en place d'aides à domicile car tout est adapté en hospitalisation pour subvenir à tous les besoins des patients en termes d'aides humaines et techniques. La problématique d'organiser le retour à domicile incombe donc au service suivant et ce temps de prise en charge ne concerne pas le service de médecine polyvalente dans ce cas. Il convient cependant de préciser que pour ces patients, la plupart du temps il était quand même initié des démarches ; cette anticipation peut favoriser un retour à domicile rapide à l'issue du séjour suivant et doit de toute façon être entreprise tôt au cours de l'hospitalisation pour ne pas retarder le retour à domicile le cas échéant.

Des obstacles au placement de certains patients, un allongement du temps de séjour, des solutions facilitant le retour à domicile en concertation avec l'assistante sociale

L'allongement des durées de séjours par l'attente dans une structure d'hébergement a été soulevé dans de nombreuses études(21) (22) (24) (25) (26) : pour certaines, 18% des patients de plus de 75 ans avaient un délai de sortie. Ces délais représentaient 10% des journées d'hospitalisation. Les facteurs favorisant les délais de séjours étaient :

- Certains diagnostics principaux (pathologies invalidantes, chutes, altération de l'état général et altération des fonctions supérieurs)
- Un motif d'hospitalisation social
- Une modification récente de l'entourage

Devant la problématique résolutement sociale, nous nous sommes penchées sur l'utilisation du logiciel de demandes de SSR que l'ensemble des établissements de la région utilise (IMAD) ce qui nous a permis de mettre en évidence quelques éléments :

- Le délai entre l'arrivée des patients et la demande de rééducation est de 9,4 jours en moyenne, délai trop long pour un service qui s'astreint à une DMS de 8 jours. C'est dans ce sens que l'ensemble du personnel médical, tant interne que séniors sont sensibilisés pour réaliser rapidement des demandes de de rééducation pour optimiser les prises en charge.
- 56% des dossiers instruits ont abouti à une admission en SSR. Ce taux est faible, l'incertitude de placement de certains patients oblige à organiser deux prises en charges en parallèle dans l'éventualité d'un refus de SSR obligeant un retour à domicile.
- Parmi les dossiers refusés, 14 dossiers soit 19 % des demandes ont une DMS >21jours, avec comme nous l'avons vu, des retours à domicile parfois laborieux organisés. La durée moyenne de séjour pour ce groupe était de 16,4 jours.
- Le délai d'admission pour un patient après l'instruction de son dossier est de 5,21 jours.

Par ailleurs, nous soulignons également l'importance de la préparation du retour à domicile permettant d'éviter d'éventuelles réhospitalisations. Celles-ci ne sont en effet que de 8% dans le service.

Fort du constat de la place primordiale de notre assistante sociale, nous avons pu, de concert avec notre cadre de santé, mettre en place de façon bi hebdomadaire des staffs sociaux pluridisciplinaires où l'équipe médicale, les équipes paramédicales complétées de diététiciennes rediscutent des cas en cours.

La communication avec la médecine de ville, une relation à double sens à faire découvrir ou à renforcer

Dans les services d'hospitalisation conventionnelle, les patients qui doivent être admis, passent pour la plupart par le service d'accueil des urgences.

La thèse de Geneviève Derame en 2002 a prouvé que 10 % des patients admis au Service d'Accueil des Urgences de Nantes auraient pu bénéficier d'une admission directe dans un service(29). La Médecine Polyvalente, un des principaux services d'aval des urgences, est au quotidien en lien direct avec les médecins Généralistes. Souvent éloignée des grands centres hospitaliers et de leur plateau technique, elle est plébiscitée par le large éventail des motifs de recours qu'elle prend en charge et par son efficacité économique.

La population de patients admis par le médecin traitant n'est pas significativement différente du reste de la population étudiée en termes de critères d'admission : il n'existe pas de différence significative parmi les caractéristiques inhérentes à chaque individu. Cela peut permettre de considérer les patients admis par le biais du médecin traitant comme comparables au reste des patients, ils ont parfaitement leur place au sein du service.

De plus, les patients provenant directement du domicile ne sont pas significativement plus instables que les autres patients, ce qui peut permettre de montrer que les patients peuvent éviter un passage par les urgences quand ils doivent être admis en hospitalisation et ainsi éviter de surcharger des urgences déjà en situation d'engorgement, problématique nationale connue. La généralisation de ce mode d'entrée pourrait être une solution au temps d'attente aux urgences. Par ailleurs, nous avons souligné la fragilité des patients pris en charge chez qui l'impact d'un passage urgences resterait non négligeable en terme de morbidité (syndrome confusionnel par exemple).

Cette admission doit être valorisée d'autant plus que les patients qui proviennent d'une admission par le médecin traitant rentrent à domicile plus fréquemment que ceux provenant d'un autre mode d'entrée.

Le personnel médical du service exprime son désir d'interactions avec les médecins traitants. Il existe déjà des moyens en place :

- La présence des coordonnées téléphoniques (lignes directes) des médecins du service sur les comptes rendus d'hospitalisation, venant compléter la présence de ces numéros dans les plaquettes de l'hôpital. Ces lignes directes permettent un accès facilité pour les médecins généralistes en cas de demande d'entrée directe.

- Le service est accessible aux médecins généralistes, sans horaires préétablis, afin qu'ils puissent rendre visite à leurs patients hospitalisés avec possibilités d'échange d'expériences médicales à cette occasion.

- Le service participe également à la formation des internes en médecine générale civils de la faculté de médecine de Nancy ce qui offre là l'opportunité à ces potentiels futurs praticiens dans la région de découvrir et éprouver les prérogatives du service.

Des moyens peuvent être mis en place et sont en projet pour favoriser les interactions libéro-hospitalières :

- La participation à un « staff » hebdomadaire dans le service pourrait être proposée aux médecins libéraux pour échanger sur les pratiques et discuter de cas concrets mais semble difficile à mettre en œuvre devant de nombreuses difficultés organisationnelles.

- Réalisation de « flyers » à destination des médecins traitants pour mettre en avant la filière d'admission directe et ainsi leur donner les voies directes d'admission qui pourra être remis au médecin traitant en même temps que le courrier de sortie du patient.

CONCLUSION

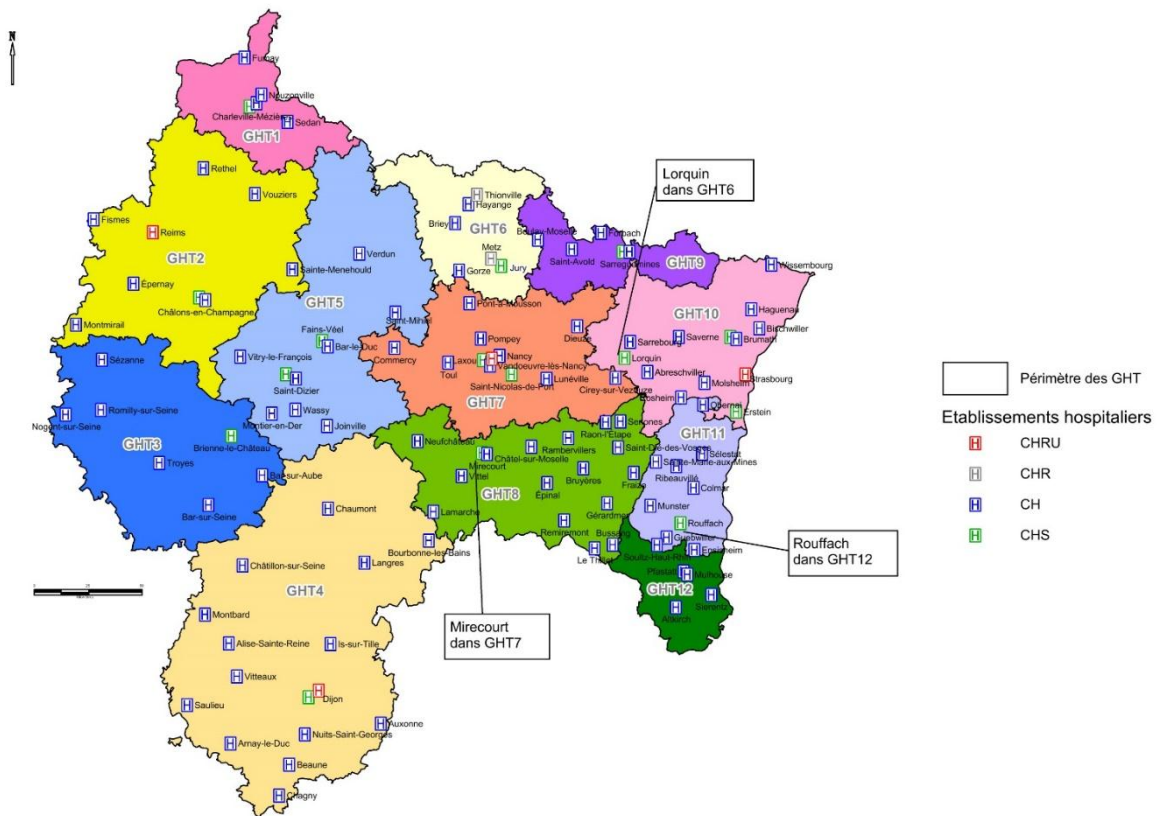
Les Services de Médecine polyvalente semblent apporter des solutions pouvant palier à l'hyperspécialisation des services et à leur recrutement parfois restreint. Les médecins de profils différents et le recrutement varié en particulier de patients polypathologiques permet la prise en charge de malades ne relevant pas uniquement d'un service spécialiste d'un seul organe et en fait toute son originalité et attractivité.

Ce type de service permet une plus grande fluidité du parcours de soin et soulage les services d'urgences en évitant des passages inutiles ainsi qu'en servant de service d'aval.

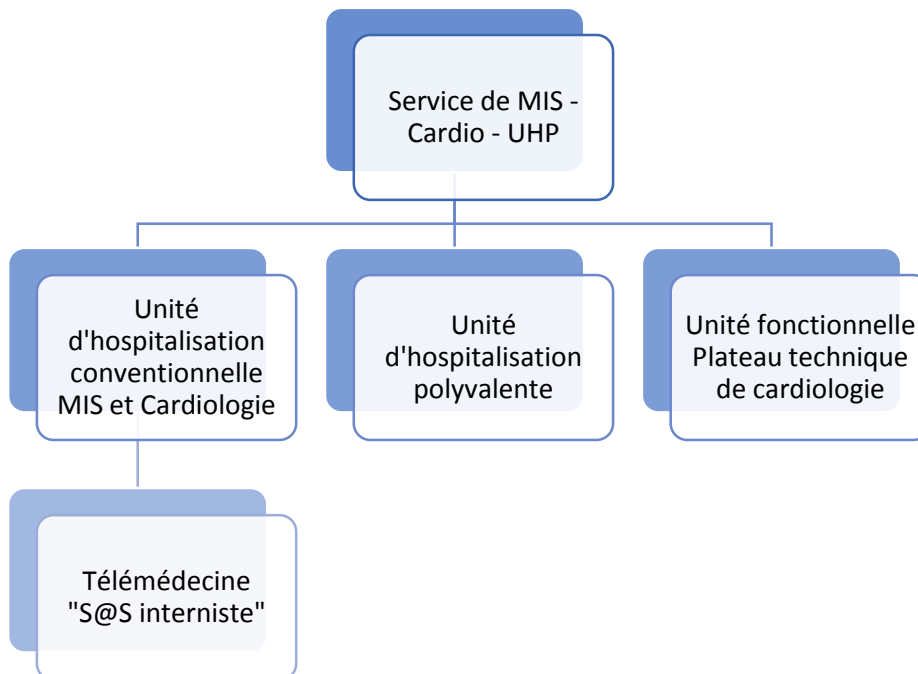
Le service de médecine polyvalente de l'hôpital Legouest ayant pris naissance en 2015 est un exemple correspondant aux autres services existants, retrouvant les problématiques de prise en charge de patients polypathologiques, âgés, pour lesquels le devenir au sortir d'hospitalisation est souvent à construire. Le manque de lits d'aval reste une difficulté majeure pour ces services ou les possibilités de prise en charge restent limitées.

Ce travail a permis en effet de mettre en lumière l'intérêt d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire de ces patients, avec un dialogue avec le médecin traitant à renforcer. C'est pourquoi nous proposons la mise en place d'un fascicule d'information destiné au médecin traitant permettant de fluidifier l'accès au service.

ANNEXES



Annexe 1 : Carte du GHT Grand-Est



Annexe 2 : Diagramme du pole SMIS-Cardiologie-UHP en 2015

Cher confrère,

Le Service de Médecine Polyvalente de l'HIA Legouest dispose d'une ligne téléphonique vous permettant l'accès direct à un des praticiens du service dans le but d'hospitaliser votre patient.

Cette ligne est ouverte de 9h à 18h du lundi au vendredi : 03 87 56 42 92

Selon les critères d'urgence, votre patient pourra être initialement dirigé au Service d'Accueil des Urgences pour réaliser les premiers soins avant son admission dans le service hospitalier.

Sinon, l'hospitalisation pourra être programmée et organisée selon le délai qui convient le mieux au patient selon les capacités du service.

Le service de médecine polyvalente prend en charge les pathologies médicales de l'adulte, stable, dont le diagnostic est étayé et fiable en vu d'un retour à domicile à l'issue.

Prendre contact avec les médecins de médecine polyvalente avant une hospitalisation permet de :

- Cadrer le parcours de soins intra hospitalier
- Eviter l'encombrement inutile des urgences et les heures d'attente préjudiciables à votre patient
- Programmer une hospitalisation dans le service adapté

Annexe 3 Flyer

BIBLIOGRAPHIE

1. Fédération Française de Médecine Polyvalente. La Médecine Polyvalente hospitalière : mettre l'hôpital au cœur de nos territoires et au plus près de nos concitoyens [Internet]. [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: <http://medecinepolyvalente.fr/wp-content/uploads/2017/03/La-Me%CC%81decine-Polyvalente-hospitalie%CC%80re-questions-candidats.pdf>
2. Fédération Française de Médecine Polyvalente. La Médecine Polyvalente : vers quelle spécialité ? [Internet]. [cité 20 oct 2017]. Disponible sur: <http://medecinepolyvalente.fr/wp-content/uploads/2017/03/Me%CC%81decine-Polyvalente-vers-quelle-spe%CC%81cialite%CC%81.pdf>
3. ARS Lorraine. PRS Lorraine programme [Internet]. [cité 13 mai 2016]. Disponible sur: https://www.grand-est.ars.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/PRS/Le_SROS-PRS.pdf
4. ARS Grand-Est. Groupement hospitalier de territoire LORRAINE NORD Convention constitutive [Internet]. [cité 13 nov 2017]. Disponible sur: https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Convention_constitutive_GHT_Lorraine_Nord.pdf
5. Wecker A. Création d'une unité de post urgence polyvalente au sein du CHU de Nancy en 2012 : Evaluation de la première année de fonctionnement. 2014.
6. Schmitt V. Intérêt du service de médecine polyvalente pour le SAU du CHR de Thionville, à partir d'une étude rétrospective sur trois mois [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2009.
7. Service de Santé des Armées. Projet de service SSA 2020 [Internet]. [cité 30 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.defense.gouv.fr/content/download/227155/2530702/file/1.%20Projet%20de%20service%20SSA%202020%20-%20version%20courte.pdf>
8. Cinquetti G. Mode opératoire : Règlement intérieur SMIS - CARDIOLOGIE - UHP, version 1 Création. 2015.
9. HAS santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. [cité 20 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
10. Agence technique de l'Information sur l'Hospitalisation. Soins de suite et réadaptation, chiffres clés [Internet]. [cité 2 juin 2018]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_ssr_2016.pdf

11. Debaudre C, Poulingue Y. La communication entre médecine générale et médecine hospitalière: Expérience de l'unité fonctionnelle de médecine polyvalente du Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf-Louviers-Val de Reuil. France; 2012.
12. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les Usagers des Urgences. Etudes Résultats. janv 2003;(212).
13. Fanello S, Moutel L, Houssin L, Durand-Stocco C, Roy P. Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des Admissions et Urgences d'un grand Hôpital. Santé Publique. 1999;11(4):465- 82.
14. Guery S, El Kouri D. Place du service de médecine polyvalente-urgences au sein du CHU de Nantes et lien avec le service d'accueil des urgences. France; 2003.
15. Rapport d'activité du service de médecine polyvalente de La Rochelle.
16. Matray J. Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. 2008;
17. Gauthier J. Réhospitalisation précoce des personnes âgées d'au moins 75 ans admises dans un service de médecine polyvalente: taux et facteurs prédictifs [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2014.
18. Fédération Française de Médecine Polyvalente. 2e congrès de la fédération française de médecine polyvalente [Internet]. [cité 28 avr 2018]. Disponible sur: <http://medecinepolyvalente.fr/wp-content/uploads/2017/02/Livre-des-rapports-FFMP2017.pdf>
19. Chouaid C, Chansiaux C, Despoise J, Teillet L, Roger M. Mise en place d'une unité d'accueil et d'orientation des personnes âgées dans un hôpital de court séjour: conséquences sur les filières de soins intra-hospitalières. Santé Publique. 1994;6(3): 149-61.
20. Rusterholtz T, Pradier C, Potel G, Boyer O, Touze MD, Baron D. Evaluation de l'exactitude diagnostique et du délai thérapeutique dans un service d'urgences médicales. Réan Soins Intensmed Urg. 1991;7(4): 199-203.
21. Zureik M, Tran B, Levy A, De Oliveira N, Davido A, Trouillet JL, et al. Relations entre la durée de séjours des personnes âgées et le blocage des filières d'aval extra-hospitalières. Rev Epidemiol Santé publ. 1993;
22. Tran B, Zureik M, Davido A, Levy A, Trouillet JL, Lang T, et al. Orientation à la sortie de l'hôpital et durée de séjour hospitalier des personnes âgées admises par les urgences. Rev Epidemiol Santé publ. 1995;43: 337-46.
23. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. DREES 2016 Rapport d'activité [Internet]. [cité 17 avr 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ra2016.pdf>
24. Barberger-Gateau P, Dabis F, Moise A, Gimbert M, Galley P, Salamon R. Facteurs liés à la durée d'hospitalisation des personnes âgées en court séjour. Rev Epidemiol Santé publ. 1987;35: 463-473.

25. Menu-Branthomme A, Benamotig R, Bejou B, Coste T, Rautureau J, Huet B. Etude de la pertinence des journées d'hospitalisation dans un service de Gastro-entérologie et Médecine interne et analyses des causes de non pertinence. *Gastroenterol Clin Biol* 2002. ;26(1) : 29-39.
26. Brivet F, Guy J, Galanaud P, Dormont J. Personnes âgées et urgences médicales d'un centre hospitalier universitaire. *Réanimurg.* 1992;1(2) : 246-61.
27. Agence technique de l'Information sur l'Hospitalisation. Médecine, chirurgie, obstétrique, chiffres clés [Internet]. [cité 2 juin 2018]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_clés_mco.pdf
28. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La patientèle des établissements de soins de suite et réadaptation [Internet]. [cité 2 juin 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche24-2.pdf>
29. Derame G, Kouri DE, Hamidou M, Carré E, Potel G. Les passages non justifiés au service d'accueil urgences. *Datarevues07554982003312-C1780* [Internet]. 29 févr 2008 [cité 13 avr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/101840>

VU

NANCY, le **25 mai 2018**
Le Président de Thèse

NANCY, le **29 mai 2018**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10314

NANCY, le **31 mai 2018**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME

Le besoin en lits polyvalents dans le bassin messin a entraîné l'ouverture d'une nouvelle unité. Décrire l'activité de cette nouvelle structure au cours de 18 mois de fonctionnement dans ses premières années d'existence permet d'en évaluer les apports.

Nous avons réalisé une étude descriptive en médecine polyvalente à l'HIA Legouest du 01/09/2015 au 31/03/2017. Les patients inclus étaient ceux dont le séjour était compris dans cet intervalle, sans critère d'exclusion. Le premier enjeu était d'analyser les données et de les comparer avec différents services. Le deuxième était de confronter différentes entités dans cette population.

957 patients ont été inclus, la moyenne d'âge était de 69,6 ans, 83,28% provenait d'UHCD ou d'un service d'urgences ; la durée moyenne de séjour était de 8,22 jours ; 24,66% des séjours concernait une affection du système respiratoire ; 72,52% des patients est retourné à domicile. Les objectifs définis à l'ouverture ont été partiellement atteints, en particulier la DMS est supérieure aux 8 jours attendus. On retrouvait une corrélation entre celle-ci et la classe d'âge, le diagnostic et la polypathologie. Les patients admis directement par le médecin traitant n'étaient pas significativement différents des autres patients.

Ces résultats confirment les bénéfices de l'ouverture de ces lits mais cependant des axes d'amélioration sont possibles avec notamment l'encouragement de l'admission directe sans passage aux urgences.

TITRE EN ANGLAIS

Creation of a polyvalent unit in Legouest military hospital in Metz in 2015 : 18 months of operation evaluation

THESE MEDECINE GENERALE ANNEE 2018

MOTS CLEFS

Médecine polyvalente, médecine générale, évaluation, hospitalisation

UNIVERSITE DE LORRAINE

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

9 Avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY