



**HAL**  
open science

## Le relais Ville – Hôpital : un service novateur aux Hôpitaux Privés de Metz

Simon Schuck

► **To cite this version:**

Simon Schuck. Le relais Ville – Hôpital : un service novateur aux Hôpitaux Privés de Metz. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932015

**HAL Id: hal-01932015**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932015v1>**

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](mailto: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.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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

# THÈSE

pour obtenir le grade de

## DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

**Simon SCHUCK**

le 3 octobre 2017

**Le Relais Ville – Hôpital : un service novateur**

**aux Hôpitaux Privés de Metz**

Etude sur la satisfaction des médecins généralistes  
depuis la création de ce service

Membres du jury :

Président :

M. le Professeur Francis GUILLEMIN

Juges :

M. le Professeur Yves JUILLIERE

M. le Professeur Edoardo CAMENZIND

M. le Docteur Noël BAILLE



UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE  
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

*Affaires juridiques et Relations extérieures :* Dr Frédérique CLAUDOT

*Vie Facultaire et SIDES :* Pr Laure JOLY

*Relations Grande Région :* Pr Thomas FUCHS-BUDER

**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 AUBREGÉ - 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 - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain  
GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - 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 - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - 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 Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET - Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET - Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

*(Disciplines du Conseil National des Universités)*

#### **42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

##### **1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)**

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

##### **2<sup>ème</sup> sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)**

Professeur Christo CHRISTOV

##### **3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)**

Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Guillaume GAUCHOTTE

#### **43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

##### **1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)**

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

##### **2<sup>ème</sup> 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 - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

#### **44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

##### **1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)**

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

##### **2<sup>ème</sup> sous-section : (*Physiologie*)**

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

##### **4<sup>ème</sup> sous-section : (*Nutrition*)**

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

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)**

Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)**

Professeure Marie MACHOUART

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)**

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)**

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)**

Professeur Henry COUDANE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)**

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)**

Professeur Pierre FEUGIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)**

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

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Immunologie*)**

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

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Génétique*)**

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation*)**

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

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Réanimation*)**

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

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)**

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Thérapeutique ; addictologie*)**

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Neurologie*)**

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

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Neurochirurgie*)**

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

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)**

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)**

Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)**

Professeur Jean PAYSANT

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Rhumatologie*)**

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)**

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

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)**

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)**

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cardiologie*)**

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

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)**

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)**

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)**

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Néphrologie*)**

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Urologie*)**

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie générale*)**

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine générale*)**

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Pédiatrie*)**

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel

HASCOET - Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie infantile*)**

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)**

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)**

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)**

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Ophthalmologie*)**

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)**

Professeure Muriel BRIX

=====

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61<sup>ème</sup> Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

**65<sup>ème</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

## **PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

## **MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)**

Docteur Bruno GRIGNON

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)**

Docteure Chantal KOHLER

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)**

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)**

Docteur Damien MANDRY



**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> sous-section : (*Physiologie*)**

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie Cellulaire*)**

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)**

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)**

Docteure Anne DEBOURGOGNE

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)**

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

**2<sup>ème</sup> sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)**

Docteure Isabelle THAON

**3<sup>ème</sup> sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)**

Docteur Laurent MARTRILLE

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)**

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)**

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Génétique*)**

Docteure Céline BONNET

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)**

Docteur Antoine KIMMOUN

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)**

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

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)**

Docteur Nicolas GIRERD

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Rhumatologie*)**

Docteure Anne-Christine RAT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)**

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

**4<sup>ème</sup> sous-section :** (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)  
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51<sup>ème</sup> Section :** **PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**  
**3<sup>ème</sup> sous-section :** (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)  
Docteur Fabrice VANHUYSE

**52<sup>ème</sup> Section :** **MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**  
**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)  
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

**53<sup>ème</sup> Section :** **MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**  
**2<sup>ème</sup> sous-section :** (*Chirurgie générale*)  
Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)  
**3<sup>ème</sup> sous-section :** (*Médecine générale*)  
Docteure Elisabeth STEYER

**54<sup>ème</sup> Section :** **DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**  
**5<sup>ème</sup> sous-section :** (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)  
Docteure Isabelle KOSCINSKI

**55<sup>ème</sup> Section :** **PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**  
**1<sup>ère</sup> sous-section :** (*Oto-Rhino-Laryngologie*)  
Docteur Patrice GALLET

=====

## **MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5<sup>ème</sup> Section :** **SCIENCES ÉCONOMIQUES**  
Monsieur Vincent LHUILLIER

**7<sup>ème</sup> Section :** **SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GÉNÉRALES**  
Madame Christine DA SILVA-GENEST

**19<sup>ème</sup> Section :** **SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE**  
Madame Joëlle KIVITS

**64<sup>ème</sup> Section :** **BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**  
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

**65<sup>ème</sup> Section :** **BIOLOGIE CELLULAIRE**  
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS - Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

**66<sup>ème</sup> 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)*  
Professeure 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)*

# REMERCIEMENTS

## **A notre Maître et Président de jury,**

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN, Professeur d'Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention.

Nos très sincères remerciements pour l'intérêt que vous avez manifesté pour notre travail et le soutien que vous nous avez apporté pour sa réalisation dès les prémices.

Nous vous sommes très reconnaissant d'avoir accepté la présidence de notre jury.

**A notre Maître et Juge,**

Monsieur le Professeur Yves JUILLIERE, Professeur de Cardiologie

Nous vous prions de recevoir toute notre gratitude pour l'honneur que vous nous faites de juger notre travail, la promptitude et la disponibilité avec lesquelles vous avez accepté de faire partie de notre jury.

**A notre Maître et Juge,**

Monsieur le Professeur Edoardo CAMENZIND, Professeur de Cardiologie

Tous nos remerciements pour avoir accepté avec enthousiasme de participer à ce jury et pour l'intérêt que vous portez à notre travail.

**A notre Juge et Directeur de thèse,**

Monsieur le Docteur Noël Baille, cardiologue

Un grand merci pour la confiance que vous nous avez témoignée en nous proposant ce travail. Vous nous avez guidé pendant notre internat, en nous accueillant chaleureusement dans votre service pour notre premier semestre, jusqu'à diriger et juger notre travail de thèse.

Nous tenions à vous faire part de toute notre gratitude et notre profond respect pour tout ce que vous nous avez apporté durant ces années.

### **A mon Amour,**

Amandine, toi qui me supportes au quotidien, merci pour ta patience, parfois ton impatience, ton soutien et surtout ton amour. A tes côtés, j'ai trouvé mon équilibre et imagine sereinement notre vie future. Merci pour ces années déjà partagées ensemble mais aussi et surtout, celles à venir qui nous apporteront toujours plus de plaisir. Car quoi que tu en dises, nous mènerons à bien nos nombreux projets !

Je t'aime

### **A mes parents,**

Comment vous remercier pour cette magnifique enfance que vous m'avez offerte, pour votre amour, votre confiance en moi, votre patience, votre éducation, votre présence à chaque moment important de ma vie, et tout ce que vous m'avez transmis... sans vous je n'en serais pas là !

Maman, merci pour ta joie de vivre et ta présence au quotidien !

Papa, merci de m'avoir notamment transmis la passion de ton métier. Certains diront que je te ressemble sur de nombreux points...

### **A mes frères et belles-sœurs,**

Clem, Nounouce, So et Gwen, merci pour tout, vos encouragements, vos conseils, votre humour ou pas, votre présence... J'espère que vous êtes fiers de votre grand ou beau frère ! A votre tour de mener à bien tous vos projets, et je serai toujours là pour vous y aider. N'oubliez pas, il faut tricoter !

### **A mes grands-parents,**

Pépé et Mémé, merci pour votre présence et surtout vos encouragements ! N'est ce pas Pépé ?

Pépère et Petite Mamie, sûrement partis trop vite, je pense à vous.

### **A ma famille,**

Tontons, tatas, cousins et cousines, merci pour votre présence et votre soutien pendant toutes ces années.

### **A ma belle-famille,**

Merci pour vos encouragements et surtout pour m'avoir gentiment accueilli dans votre famille.

### **A mes amis Lessyliens,**

Vous qui me connaissez depuis mon plus jeune âge, votre soutien indéfectible me touche et me touchera toujours. Vous retrouver est toujours un bon bol d'air et l'occasion de s'éclater. Merci pour tout.

### **A ceux qui m'appellent Dr Schmouck,**

Un grand merci pour m'avoir écouté de longs moments déblatérer sur mes études, écouter mes plaintes... J'espère que le Dr Schmouck sera à la hauteur !

### **A mes amis médecins ou futurs médecins,**

En cardiologie à Sainte Blandine, aux urgences de Thionville, en pédiatrie au CHU ou en gériatrie à Mercy, merci à toutes et à tous de m'avoir supporté, aidé, conseillé et surtout m'avoir fait rire même dans des moments difficiles. Vous êtes trop nombreux pour tous vous citer mais je ne vous oublierai jamais.

### **A mes Maîtres de stage,**

Le Docteur Guy Thinus, qui m'a accompagné pendant toutes ces années. Son professionnalisme, sa simplicité et sa sympathie resteront des références pour mon exercice.

Le Docteur Jean-Daniel Gradeler, qui a toujours répondu avec justesse et sympathie à mes nombreuses questions et pour son aide technique pour ce travail.

Le Docteur Christine Lefebvre, qui a été la première à m'ouvrir son cabinet de médecine générale, pour avoir partagé toute son expérience et pour nos agréables discussions pendant la pause repas.

Les docteurs Elodie André et Isabelle Piffer, qui ont su rendre mon dernier semestre inoubliable par leur sympathie, leur humour mais aussi par leurs qualités de médecins.

**Au Professeur Armand Maul,**

Pour avoir mis à ma disposition votre expertise avec beaucoup d'enthousiasme, je vous prie de recevoir toute ma gratitude.

**Au Docteur Alexandre Lirette,**

Tous mes remerciements, pour ta patience, qui m'a permis de finir sereinement mon internat et mon travail de thèse avant notre prochaine collaboration professionnelle qui sera très enrichissante.



## SERMENT D'HIPPOCRATE

*« Au moment d'être admis 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.*

*Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque ».*

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>18</b>
<b>I. Contexte général.....</b>	<b>18</b>
A. Soins non programmés en médecine générale.....	18
B. Programmation de consultations et d'hospitalisations.....	19
C. Relation médecine de ville - médecine hospitalière.....	20
<b>II. Contexte local.....</b>	<b>22</b>
A. Les Hôpitaux Privés de Metz (HPM).....	22
B. Relais Ville – Hôpital.....	23
<b>OBJECTIF.....</b>	<b>25</b>
<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>26</b>
<b>I. Description analytique du fonctionnement du service.....</b>	<b>26</b>
A. Recueil de données.....	26
B. Analyse des données.....	27
<b>II. Enquête auprès de médecins généralistes.....</b>	<b>27</b>
A. Population.....	27
B. Questionnaire (Annexe 1).....	27
C. Saisie et analyse des données.....	28
<b>RESULTATS.....</b>	<b>29</b>
<b>I. Analyse du fonctionnement du service.....</b>	<b>29</b>

A. Nombre de passages et modalités de venue .....	29
B. Répartition hebdomadaire des passages.....	29
C. Répartition horaire des passages (Annexe 2).....	30
D. Orientation du patient à l'issue de son passage et analyse croisée avec le mode de venue.....	31
E. Mode et délai de réponse du spécialiste .....	33
F. Spécialités concernées par une hospitalisation aux HPM.....	33
G. Retour d'information au médecin adresseur .....	35
<b>II. Enquête auprès des médecins .....</b>	<b>35</b>
A. Caractéristiques des médecins répondeurs.....	35
1. Répartition en fonction du sexe .....	35
2. Répartition en fonction de l'âge .....	36
3. Distance séparant leur cabinet de l'hôpital Robert Schuman .....	36
4. Habitudes de travail avec les HPM .....	37
5. Connaissance du Relais Ville – Hôpital.....	37
6. Adressage au RVH.....	37
B. Réponses des médecins ayant déjà adressé un patient au RVH.....	38
1. Type de pathologies ayant conduit au transfert vers le RVH .....	38
2. Prise de contact avec le RVH et par quel moyen.....	38
3. Etude de satisfaction .....	39
4. Compte-rendu.....	40
5. Modification de la prise en charge des patients.....	40
6. Recommandation du service par les médecins.....	41
7. Points positifs .....	42
8. Points négatifs .....	42
9. Améliorations envisageables.....	43
C. Résultats des médecins connaissant le RVH mais n'y ayant jamais adressé de patient ou ne connaissant pas le RVH.....	44
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>45</b>
<b>I. Fonctionnement du service .....</b>	<b>45</b>

<b>II. Enquête auprès des médecins .....</b>	<b>48</b>
A. Limites de l'étude.....	48
B. Analyse des résultats.....	48
<b>III. Pistes d'amélioration .....</b>	<b>50</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>52</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>54</b>
<b>ABREVIATIONS .....</b>	<b>57</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>58</b>

# INTRODUCTION

## I. Contexte général

### A. Soins non programmés en médecine générale

Selon la WONCA, la médecine générale est « une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. (...) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée » (1). Afin d'assurer une approche globale des patients, le médecin généraliste se doit de répondre à leurs problèmes de santé dans leurs dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles. Depuis la loi relative à l'assurance maladie en 2002 (2), l'appellation « médecin traitant » souligne d'autant plus le rôle majeur de la médecine générale dans la dispensation des soins et dans leur coordination.

En position de médecin de premier recours, le médecin traitant est fréquemment confronté à des demandes de soins non programmés. Il s'agit de demandes de soins non prévus, assurés de manière inhabituellement rapide sans être nécessairement urgents. Selon une enquête menée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en octobre 2004 auprès de 1 400 médecins de ville, les recours urgents ou non programmés constituent 12% de l'activité totale des médecins libéraux (3). D'après une étude de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) médecins d'Ile-de-France en juin 2015, 74% des médecins interrogés recevaient entre 0 et 5 demandes de soins non programmés par jour et 26% en recevaient entre 6 et 10 par jour (4).

Du point de vue du patient, ces situations se déclinent de la manière suivante :

- Les urgences : situation estimée par le patient comme pouvant nécessiter une réponse immédiate ou quasi-immédiate.
- Les situations d'urgence relative : situation ressentie par le patient comme pouvant nécessiter une réponse ne pouvant attendre le lendemain ou l'ouverture des cabinets.
- Les situations de service : situation estimée par le patient comme légitimant la réponse la plus confortable pour lui (5).

En réponse, le médecin peut envisager trois types de prises en charge :

- L'état clinique du patient ne présente aucun critère de gravité. Dans ce cas, le

médecin peut le prendre en charge en cabinet de ville. Il peut avoir recours à des examens biologiques ou radiologiques ou prendre l'avis d'un confrère spécialiste tout en acceptant les délais d'obtention de rendez-vous plus ou moins longs.

- Le patient présente des signes de détresse vitale ou une pathologie pouvant en provoquer. Un transfert est organisé directement vers le service d'accueil des urgences le plus proche.
- Certains tableaux cliniques sont moins francs et nécessitent des actes diagnostiques, techniques ou un avis spécialisé dans un délai court. On pourrait qualifier ces situations d'urgence relative pour le praticien. Les médecins généralistes rencontrent alors très souvent des difficultés dans l'orientation de ces malades. Du fait notamment des délais de rendez-vous auprès des spécialistes et de l'encombrement des services hospitaliers, certains médecins adressent parfois leurs patients dans des services d'urgences pourtant déjà surchargés.

## B. Programmation de consultations et d'hospitalisations

Dans cette dernière situation qui apparaît être intermédiaire entre l'urgence vitale et l'absence de critère d'urgence, la programmation d'une hospitalisation ou d'une consultation dans un délai court pourrait être une solution. Mais dans la pratique, ce type d'organisation peut s'avérer difficile à mettre en œuvre.

Peu d'études ont porté sur ces difficultés d'accès aux structures hospitalières pour des admissions directes. Selon une simulation réalisée dans 55 services de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), dans 4 spécialités médicales (médecine interne, rhumatologie, gastro-entérologie et neurologie), publiée en juillet 2005, 60% des demandes d'hospitalisations directes formulées par un médecin généraliste n'ont pu aboutir (6).

Ces difficultés sont également retrouvées lorsqu'il s'agit d'organiser une consultation avec un praticien spécialiste dans des délais raisonnables.

Plusieurs causes peuvent expliquer ces échecs.

Le premier facteur limitant est la saturation de l'hôpital et le manque de lits disponibles pour recevoir les malades. Pourtant, 10 à 22,2% des hospitalisations après un passage aux urgences seraient médicalement inappropriées, d'après plusieurs études françaises (7–11). Le défaut d'hospitalisations programmées et le surbooking des plages dédiées aux consultations spécialisées en seraient justement les causes (12). Certains spécialistes hospitaliers proposent même aux médecins de ville de faire transiter leurs patients

par les urgences pour ainsi reporter une éventuelle admission ou consultation.

La deuxième cause est le manque de temps pour les médecins concernés. Pour le praticien hospitalier, la programmation d'une hospitalisation apparaît comme une tâche supplémentaire dans un planning professionnel très chargé. Il en est de même pour le médecin généraliste qui voit sa salle d'attente se remplir pendant ses appels téléphoniques sans avoir la certitude d'obtenir une réponse finale favorable. Nous devons évoquer la difficulté à joindre les interlocuteurs adéquats. Se frayer un chemin dans les méandres du réseau téléphonique hospitalier relève parfois de l'exploit. Une minorité de médecins ont un réseau de correspondants professionnels de santé (13) leur permettant de faciliter un contact rapide et d'avoir un accès direct privilégié à un avis spécialisé ou à une hospitalisation. Et qu'en est-il des médecins nouvellement installés qui ne disposent pas forcément d'un carnet d'adresses bien rempli ? L'importance de la relation ville-hôpital prend alors toute sa dimension.

### C. Relation médecine de ville - médecine hospitalière

La collaboration entre la médecine de ville et la médecine hospitalière est à l'heure actuelle, un enjeu majeur pour notre système de santé.

Au quotidien, les relations entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers ont essentiellement lieu à l'initiative du médecin traitant lors de ses demandes d'avis spécialisés ou d'hospitalisations, de manière programmée ou non. Le médecin hospitalier est quant à lui, moins pourvoyeur d'échanges. Cependant, l'ensemble des médecins partage un souci de continuité des soins pour leurs patients et le souhait de développer de bonnes relations confraternelles. Mais dans la pratique, il peut exister une fracture entre ces deux acteurs asynchrones de la prise en charge médicale. Plusieurs raisons à cela (14) :

- Quand l'un est spécialisé sur un organe, l'autre s'attache à avoir une approche globale de son patient.
- Leurs contextes de travail sont très différents. Le praticien hospitalier exerce dans l'enceinte d'un établissement de soins avec ses règles et ses propres protocoles internes. Le médecin libéral est quant à lui plus libre dans son quotidien, malgré quelques contraintes organisationnelles. Bien souvent, le médecin de ville a une idée des conditions d'exercice de l'hospitalier depuis ses études bien qu'elles évoluent rapidement, mais l'inverse n'est pas forcément vrai. Le stage obligatoire chez le médecin généraliste pendant le deuxième cycle des études médicales revêt donc tout son intérêt.

- D'ailleurs, si leurs études communes les rapprochent au début de leur exercice, leurs parcours respectifs les éloignent ensuite.
- De plus, il existe une asymétrie de poids entre ces deux acteurs : la société met sur un piédestal le médecin hospitalier qui exerce dans une institution de santé produisant des soins de haute technicité et participant à la recherche médicale. Le médecin généraliste représente quant à lui, des soins qui sont parfois considérés comme basiques et donc moins reconnus.

Ces questions ne sont pas nouvelles mais elles prennent une acuité plus grande du fait de l'évolution de la démographie médicale et des questionnements à l'occasion des états généraux de l'organisation des soins. Une mauvaise continuité des soins a des conséquences sur la qualité de la prise en charge et sur son coût, comme l'a souligné en début d'année 2008, la commission de concertation relative aux missions de l'hôpital animée par Mr Gérard Larcher, président du Sénat. Il apparaît donc essentiel de travailler à une meilleure articulation ville-hôpital.

Plusieurs études ont listé les attentes des médecins généralistes (15–17) pour améliorer la relation ville – hôpital :

- Le premier point serait de faciliter l'accessibilité à l'offre de soins hospitalière. Dans ce but, il faudrait améliorer la disponibilité des praticiens, adapter les heures d'ouverture des secrétariats et raccourcir le délai d'obtention d'un rendez-vous. Les médecins de ville seraient plus à même d'être en lien direct avec les établissements hospitaliers en évitant des passages par les services d'accueil des urgences.
- La circulation et le contenu de l'information médicale posent également problème. L'échange de données médicales est un des pivots dans la relation entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes pour assurer la continuité des soins. Plusieurs difficultés sont rencontrées. D'une part, le délai de transmission est souvent jugé trop long et ne respecte donc pas la temporalité du parcours de soins du patient. D'autre part, l'exhaustivité de ces données est remise en question. Une étude réalisée dans le département de Loire Atlantique montrait que 39 % de médecins libéraux (46 % de généralistes) avaient déjà manqué d'informations utiles à la prise en charge de leurs patients suite à une hospitalisation (18). Les comptes rendus peuvent être incomplets et devenir inadaptés.

Les attentes de la médecine de ville se trouvent donc davantage sur la rapidité de circulation de l'information et sa pertinence, que sur son existence (19).



- Les médecins libéraux aimeraient être associés à la prise en charge hospitalière de leur patient, surtout lors de la décision de sortie. Il s'agit d'ailleurs d'un point qui est apparu dans la circulaire du 18 décembre 1970 (20) : « à l'entrée de son malade dans un service hospitalier, le médecin de ville doit être informé, invité à rendre visite à son client et à prendre contact avec le médecin hospitalier. Ces relations entre l'hôpital et le médecin de ville s'imposent également, à plus forte raison, lors de la sortie du malade. Il appartient au service hospitalier de fournir alors au médecin traitant - à moins que le malade s'y oppose - un compte rendu complet et précis sur le diagnostic fait dans le service, les soins dispensés et, s'il y a lieu, la thérapeutique recommandable pour la suite du traitement ». La loi du 4 mars 2002 rappelle qu' « en fin de séjour hospitalier, les informations sont transmises à un médecin désigné (par le patient) ». Le baromètre des pratiques en médecine libérale de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) Bretagne (21) confirme le souhait des médecins libéraux d'améliorer la communication avec les médecins hospitaliers autour du séjour des patients.

La communication ville – hôpital fonctionne mais ne paraît pas optimale. Ouvrir la médecine hospitalière sur la ville est donc devenue une des préoccupations majeures de certains établissements.

## II. Contexte local

### A. Les Hôpitaux Privés de Metz (HPM)

Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC), les Hôpitaux Privés de Metz sont le fruit du regroupement en janvier 2008 des hôpitaux Belle-Isle, Saint André et Sainte Blandine. En mars 2013, l'hôpital Robert Schuman est construit avec pour objectif de fusionner les différentes structures mais seul l'hôpital Saint André ferme ses portes. A ce jour, les HPM regroupent donc trois structures hospitalières, l'hôpital Robert Schuman, l'hôpital Belle-Isle, l'hôpital Sainte Blandine et deux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

En 2009, suite à la restructuration statutaire, la direction générale des HPM diligente une enquête auprès de 123 médecins de ville pour connaître l'image qu'ils ont de l'établissement (22). Premier constat, les relations interprofessionnelles ville-hôpital s'étiolent progressivement. Les médecins libéraux expriment leurs attentes : développer la

communication et les contacts avec les médecins hospitaliers, réduire le délai d'attente pour les rendez-vous de consultation et pouvoir bénéficier d'un plateau technique de pointe. Ces demandes exprimées par les médecins de ville sont donc peu ou prou similaires avec celles détaillées précédemment.

En outre, depuis 2002, les HPM sont dépourvus d'un service d'accueil des urgences. Cette situation augmente encore la prise de distance des médecins généralistes qui ne voient dans les HPM, que la possibilité de soins programmés. Seuls les médecins faisant partie du réseau des médecins d'HPM depuis des années ont des accès facilités et directs. En revanche, les médecins nouvellement installés se voient souvent obligés d'orienter leurs patients vers d'autres structures pourvues d'un service d'urgence.

Devant ce constat, la direction générale s'est fixée comme objectif de renforcer et d'optimiser les liens avec les médecins correspondants de ville afin d'assurer une réponse adaptée et réactive à leurs demandes, reflet des besoins des usagers.

En octobre 2013, une équipe est formée, avec pour objectif principal de présenter un dispositif permettant de recréer les liens entre les médecins correspondants de ville et les médecins hospitaliers. Ce dispositif devait s'articuler autour des besoins des patients, des attentes des médecins de ville et de la qualité de la prise en charge hospitalière. Les objectifs secondaires sont :

- Répondre à des besoins de prises en charges spécialisées sur demande explicite et formulée par le médecin correspondant.
- Répondre à des besoins de consultations spécialisées pour les patients hospitalisés dans les hôpitaux ou résidents dans les EHPAD des HPM.
- Accueillir, traiter et au besoin orienter les patients qui nécessitent une prise en charge non programmée (venus spontanément sans appel médical préalable) (23).

Suite à ces recherches et propositions, un nouveau service a été créé : le Relais Ville - Hôpital (RVH).

## B. Relais Ville – Hôpital

Le Relais Ville - Hôpital (RVH) a ouvert ses portes le 10 mars 2014. Ce service est situé au sein de l'hôpital Robert Schuman. Il est ouvert de 8h30 à 20h30 du lundi au vendredi. Pour éviter toute confusion avec un service d'accueil des urgences, le RVH est fermé la nuit, le week-end et les jours fériés. Ce service bénéficie d'une ligne téléphonique dédiée afin de faciliter la communication entre les différents professionnels. Le médecin correspondant doit

établir un premier lien avec le médecin du service par un contact téléphonique avant le transfert de son patient. Le personnel dispose de quatre box d'accueil pour les patients et d'une salle d'attente. Ils ont accès à l'ensemble des ressources disponibles dans la structure, actes de biologie en urgence, imagerie et plateaux techniques spécialisés.

Sur le plan des ressources humaines, deux médecins (1,93 équivalent temps plein (ETP)), des infirmières (2,52 ETP) et des secrétaires (1,21 ETP) ont été recrutés pour le bon fonctionnement du service.

Préalablement à l'ouverture du service, des chemins cliniques ont été formalisés en accord avec les médecins spécialistes. Ils permettent de déterminer rapidement, après un examen clinique réalisé par le praticien du RVH, les premiers soins et examens complémentaires à réaliser avant une éventuelle prise en charge dans le service concerné.

Au fur et à mesure de cette prise en charge, les informations cliniques, résultats biologiques ou d'imagerie sont intégrés dans un dossier patient. Ces données alimentent automatiquement un courrier de fin de prise en charge qui sera envoyé au médecin adresseur et/ou traitant par messagerie sécurisée type Apicrypt ou par voie postale dans les vingt - quatre heures. Cela doit permettre un retour d'information rapide et répondre ainsi aux attentes des médecins généralistes.

## **OBJECTIF**

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'intérêt d'un service comme le Relais Ville – Hôpital pour la médecine générale. Pour y parvenir, nous décrirons le fonctionnement du service et analyserons son image auprès des médecins généralistes.

# MATERIEL ET METHODE

## I. Description analytique du fonctionnement du service

### A. Recueil de données

Dès le premier jour de fonctionnement du RVH, un suivi d'activité a été mis en place à la demande de la direction générale des HPM. Il consiste à relever quotidiennement des indicateurs définis dans le logiciel informatique utilisé par l'ensemble du personnel. Ces indicateurs sont :

- Le nombre de passage avec leur répartition hebdomadaire et horaire
- Le mode de venue
- L'orientation du patient à l'issue de la prise en charge avec une analyse croisée entre le mode de venue et l'orientation du patient
- Le délai de réponse du spécialiste contacté par le médecin du RVH et son mode de réponse
- Les services concernés par les hospitalisations
- Le retour d'information au médecin traitant

La direction générale a également demandé à être informée de façon mensuelle de la file active des médecins adresseurs.

Ces données ont été saisies grâce au logiciel EXCEL (Microsoft©) par une secrétaire. Nous avons regroupé les résultats des années 2015 et 2016 afin d'être le plus représentatif du fonctionnement du service. L'année 2014 a vu la création du service avec un nombre de passage croissant, jusqu'à une stabilisation en fin d'année. Elle ne paraît donc pas être représentative du fonctionnement habituel du service.

Ce suivi de données avait plusieurs objectifs :

- Evaluer la pertinence de ce dispositif dans l'amélioration des relations entre la médecine de ville et la médecine hospitalière.
- Evaluer la plus-value de ce service dans le parcours de soin du patient et son impact dans l'activité des HPM.
- Anticiper un éventuel redimensionnement du service, en terme de moyens humains, architecturaux et matériels.

## B. Analyse des données

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective.

Les résultats sont exprimés en valeur brute et en pourcentage pour les variables qualitatives. Les comparaisons entre les variables qualitatives ont été réalisées par mes propres moyens grâce au logiciel R© à l'aide du test de  $\text{Khi}^2$  d'indépendance ou d'ajustement ou du test exact de Fischer selon les effectifs retrouvés. Le seuil de significativité a été arbitrairement fixé à  $p < 0,05$ .

## II. Enquête auprès de médecins généralistes

### A. Population

La population étudiée regroupe les médecins généralistes libéraux inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins ayant une adresse mail sécurisée Apicrypt, situés dans un périmètre de 25 km autour de l'hôpital Robert Schuman de Metz correspondant à la majorité de son recrutement. Obtenir l'ensemble des adresses courriels des médecins est apparu très difficile. Du fait de son développement et son outil de recherche par géolocalisation, l'utilisation de l'annuaire Apicrypt nous a paru la solution la plus adaptée. Nous avons donc à disposition, une liste de 301 médecins datant du 20 mars 2017. Il ne nous a pas paru utile d'inclure les médecins étant à la retraite, exerçant en établissement de santé ou une autre discipline. La population source regroupe au final 297 médecins généralistes.

### B. Questionnaire (Annexe 1)

Un questionnaire a été créé via la plateforme en accès libre GoogleForm©. En introduction, un texte court décrit notre travail et son but. Les médecins sont libres de nous contacter pour de plus amples informations si nécessaire avant toute réponse.

Ce questionnaire se compose de 3 parties. La première est commune à l'ensemble des médecins puisqu'elle précise leur profil (tranche d'âge, distance séparant leur cabinet du RVH, etc.). Suite à ces premières demandes de renseignements, le questionnaire se divise en deux bras en fonction de leur connaissance ou non du RVH. Si le médecin ne connaît pas ce service, un bref exposé lui explique son fonctionnement et trois questions viennent alors recueillir ses premières impressions. En cas de connaissance préalable de ce service, plusieurs questions viennent évaluer le degré de satisfaction du médecin et sa façon de l'utiliser. Pour

finir, le médecin est libre de citer les points positifs ou négatifs du RVH ainsi que de formuler des remarques générales sur ce service.

Il s'agit d'un questionnaire relativement court, complété en moins de dix minutes pour favoriser un taux de réponse élevé.

Le questionnaire est composé de questions fermées (réponses par oui ou non, ou réponses par choix multiples) ainsi que des questions ouvertes pour plus de liberté dans les réponses.

Ce questionnaire a donc été envoyé à tous les médecins de notre population source via la messagerie sécurisée Apicrypt le 22 mars 2017. Une première relance a été effectuée le 27 avril 2017 suivie d'une seconde le 4 mai 2017. Le questionnaire a été clôturé le 29 mai 2017 après s'être assuré de la saturation des données grâce aux 5 dernières réponses.

### C. Saisie et analyse des données

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données recueillies ont été rendues anonymes avant leur traitement statistique.

L'ensemble des résultats a été saisi via le logiciel Excel (Microsoft©) en valeur absolue et en pourcentage pour les variables qualitatives représentées sous forme de tableaux et graphiques.

Certaines questions ouvertes ont été ré-encodées. Les réponses à la question sur les symptômes ou pathologies amenant au transfert vers le RVH ont été codées par grandes spécialités médicales.

# RESULTATS

## I. Analyse du fonctionnement du service

### A. Nombre de passages et modalités de venue

Le service a enregistré 6611 passages entre le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et le 31 décembre 2016 inclus, soit en moyenne, 9 passages quotidiens sur les 731 jours de fonctionnement. Le nombre de passages annuels s'est stabilisé, on en dénombre 3262 en 2015 et 3349 en 2016 soit une augmentation minimale de 2,67%.

Dès l'arrivée du patient, les passages étaient divisés en deux catégories. Les patients préalablement adressés par leur médecin se présentant dans les heures d'ouverture du service rentraient dans le bras RVH. Le service n'étant ouvert que 5 jours par semaine, le nombre de jours de fonctionnement réel était de 502 jours. Par ailleurs, les patients se présentant d'eux même ou en dehors des heures d'ouverture étaient classés dans la catégorie Soins Immédiats Non Programmés (SINP).

Le nombre de passages codés RVH (n = 1594 soit 24,1 % de l'activité totale) est donc inférieur au nombre de passages pour les SINP (n = 5017 soit 75,9% de l'activité totale). Pour interpréter ces chiffres, il faut les rapporter au nombre de jours de fonctionnement du relais ville - hôpital. Aussi, le nombre de patients adressés quotidiennement par un médecin était de 3,2, donc inférieur au nombre de patients non adressés (6,9 par jour).

	RVH	SINP	RVH + SINP
Nombre de passages	1594	5017	6611
Nombre de jours de fonctionnement	502	731	731
Nombre de passages moyens par jour	3,2	6,9	9,0
Ratio	24,1%	75,9%	100,0%

### B. Répartition hebdomadaire des passages

Les passages sont globalement répartis régulièrement dans la semaine.

Dans le bras RVH, on ne peut conclure que le jour de la semaine influence le nombre de passages ( $\text{Khi}^2$  d'ajustement ;  $p = 0,07292$ ). A l'inverse, dans le bras SINP, le jour de la semaine influence le nombre de passage ( $p < 0,0001$ ) puisqu'il chute nettement le weekend. En effet, le RVH est fermé le samedi et le dimanche mais les locaux sont utilisés par l'interne de garde pour examiner les rares patients se présentant de leur propre initiative. C'est d'ailleurs pour cette raison, que nous n'avons pas jugé utile de poursuivre l'analyse sur la



fusion des données du RVH et des SINP.

Nombre de passages :	RVH		SINP		RVH + SINP	
	1594	Ratio	5017	Ratio	6611	Ratio
Lundi	306	19,2%	936	18,7%	1242	18,8%
Mardi	321	20,1%	787	15,7%	1108	16,8%
Mercredi	282	17,7%	813	16,2%	1095	16,6%
Jeudi	349	21,9%	801	16,0%	1150	17,4%
Vendredi	336	21,1%	905	18,0%	1241	18,8%
Samedi			438	8,7%	438	6,6%
Dimanche			337	6,7%	337	5,1%

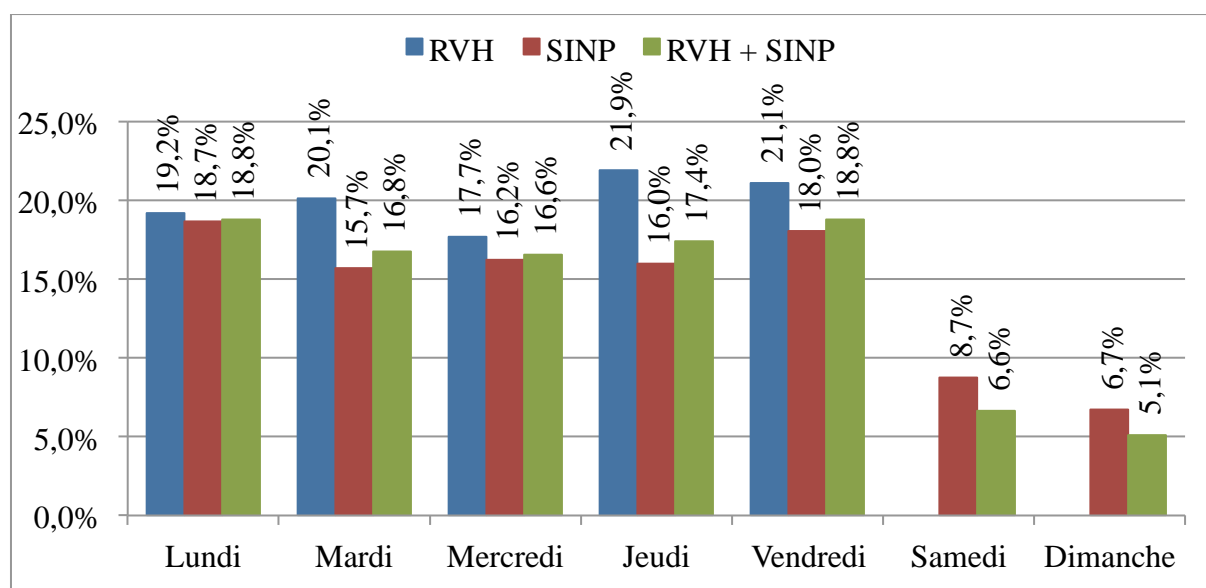


FIGURE 1 : Répartition hebdomadaire des passages

### C. Répartition horaire des passages (Annexe 2)

Le nombre de passages par heure évolue de manière similaire entre le RVH et le SINP (Figure 2) mais des deux côtés, l'horaire influence le nombre de passages avec une p-value inférieure à 0,0001. Le début d'activité se fait à partir de 8h30, soit l'heure d'ouverture du RVH. On note un pic d'activité entre 10h et 12h suivi d'une baisse entre 12h et 14h. Vers 14h, on retrouve un nouvel afflux de patients qui s'estompe au fur et à mesure de l'après-midi (Figure 3).

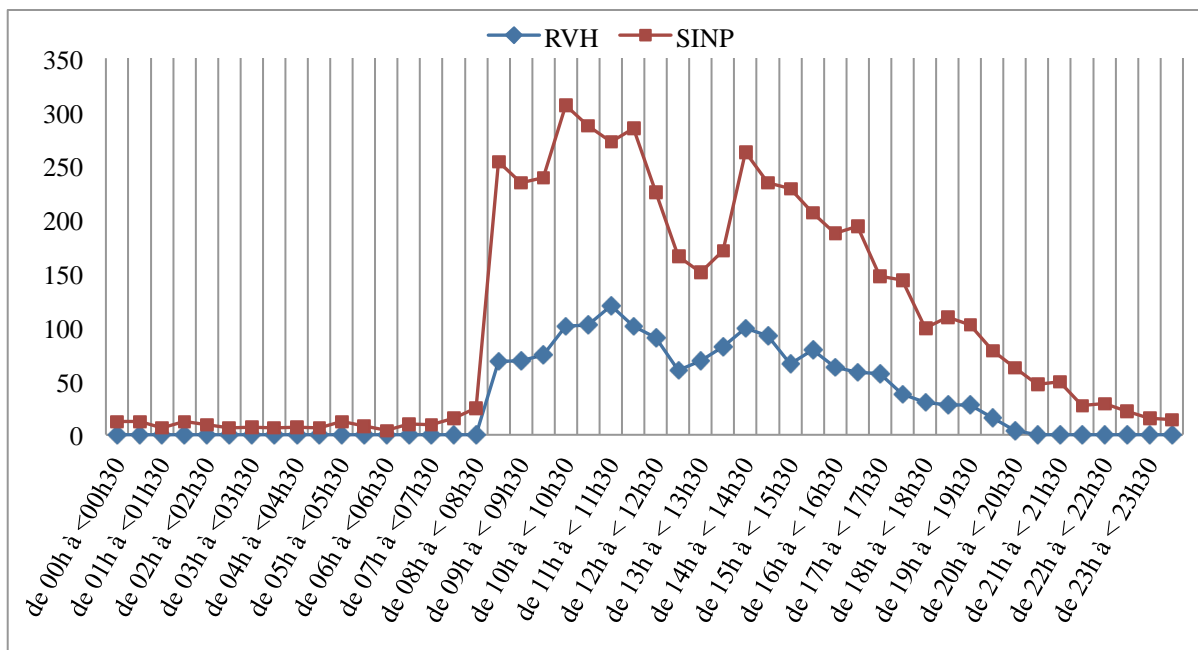


FIGURE 2 : Nombre de prises en charge par heure : détail RVH et SINP

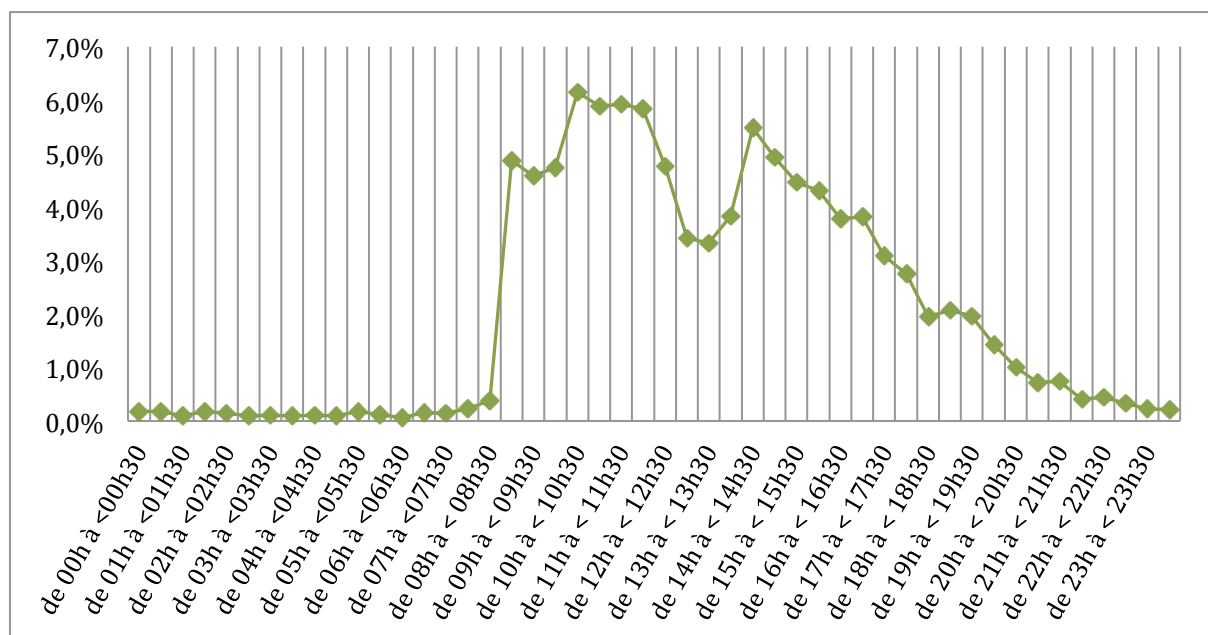


FIGURE 3 : Ratio prise en charge par heure : cumul RVH + SINP

#### D. Orientation du patient à l'issue de son passage et analyse croisée avec le mode de venue

A l'issue d'un passage au RVH, la sortie du patient est classée parmi huit catégories : le retour à domicile, une hospitalisation directe ou différée sur les HPM, une hospitalisation hors HPM quand le diagnostic ne relève pas des spécialités des HPM, une consultation spécialisée aux HPM ou en dehors des HPM, un refus d'hospitalisation ou un refus de soins.

L'étude statistique des lignes grisées dans le tableau ci-dessous, montre qu'il existe un lien entre le mode de venue du patient et son orientation ( $p < 0,0001$ ). Afin d'avoir une interprétation plus fine, nous avons calculé les  $\text{Khi}^2$  « partiels », c'est-à-dire pour chaque ligne grisée. Ainsi, on note de manière significative ( $p < 0,0001$ ) une proportion de retour à domicile plus importante dans le bras SINP ( $n = 2431$  ; 48,5%) que dans le bras RVH ( $n = 445$  ; 27,9%). A l'inverse, il existe une plus grande proportion d'hospitalisations chez les patients adressés par leur médecin ( $n = 720$  ; 45,2 %) que chez les patients se présentant de leur plein gré ( $n = 1646$  ; 32,8%) ( $p < 0,0001$ ). De même, on remarque de manière significative ( $p < 0,0001$ ) que les consultations spécialisées sont plus nombreuses pour les passages classés RVH ( $n = 442$  soit 26,5%) que pour les SINP ( $n = 920$  soit 18,3%). Et pour finir, on ne peut conclure à une différence significative entre les bras RVH et SINP dans la catégorie refus de prise en charge ( $p = 0,996$ ).

Nombre de passages :	RVH		SINP		RVH + SINP	
	1594	Ratio	5017	Ratio	6611	Ratio
Retour domicile	445	27,9%	2431	48,5%	2876	43,5%
Hospitalisation directe HPM	640	40,2%	1477	29,4%	2117	32,0%
Hospitalisation différée HPM	51	3,2%	138	2,8%	189	2,9%
Hospitalisation hors HPM	29	1,8%	31	0,6%	60	0,9%
Cumul Hospitalisation directe + différée HPM	720	45,2%	1646	32,8%	2366	35,79%
Consultation spécialisée différée HPM	407	25,5%	877	17,5%	1284	19,4%
Consultation spécialisée hors HPM	15	0,9%	43	0,9%	58	0,9%
Cumul consultation spécialisée	422	26,5%	920	18,3%	1342	20,30%
Refus d'hospitalisation	5	0,3%	11	0,2%	16	0,2%
Refus de soins	2	0,1%	9	0,2%	11	0,2%
Cumul refus de prise en charge	7	0,4%	20	0,4%	27	0,41%

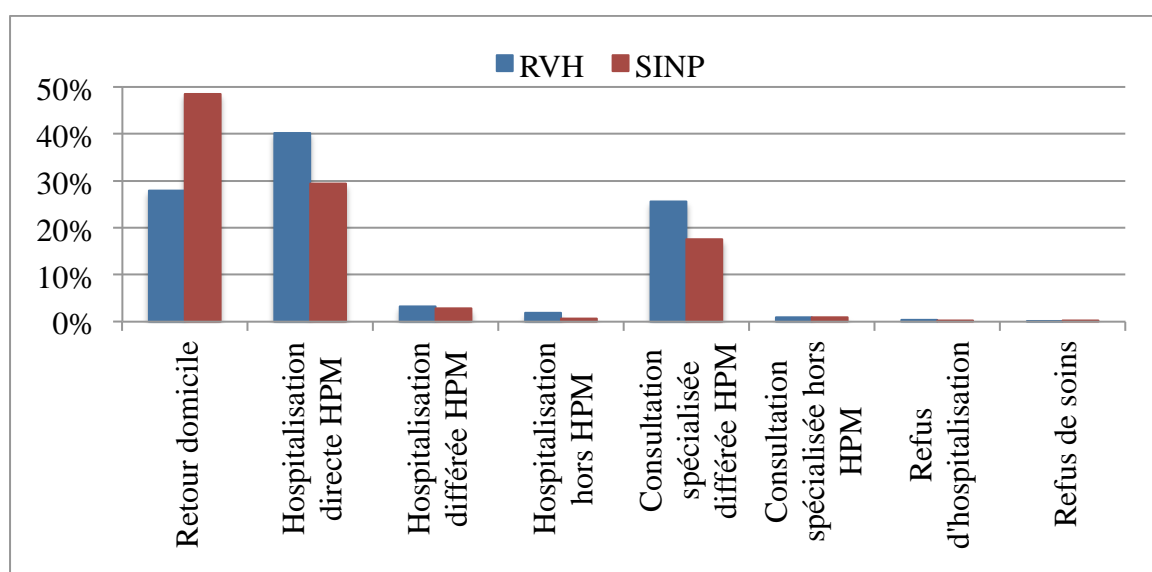


FIGURE 4 : Etude croisée modalité de venue et orientation du patient

## E. Mode et délai de réponse du spécialiste

Lorsque le spécialiste est sollicité par le médecin du RVH pour un avis, deux possibilités de réponses s'offrent à lui : une réponse par téléphone ou un avis au lit du malade après un examen médical. Le type de réponse est enregistré dans le dossier patient. Malheureusement, cette valeur n'a pas été recueillie pour l'ensemble des dossiers, ce pourquoi, une troisième catégorie a été ajoutée dans le tableau de bord pour les valeurs absentes. La majorité des avis spécialisés a été donnée par téléphone quel que soit le mode de venue du patient (n = 3196 soit 48,3%). On note de manière significative ( $p < 0,0001$ ), un lien entre le mode de réponse du spécialiste et le mode de venue du patient. La comparaison entre les effectifs observés et théoriques retrouve une proportion plus importante d'examen médicaux spécialisés dans le bras RVH que dans le bras SINP.

Nombre de passages :	RVH		SINP		RVH + SINP	
	1594	Ratio	5017	Ratio	6611	Ratio
Avis spécialisé par téléphone	792	49,7%	2404	47,9%	3196	48,3%
Examen médical spécialiste	376	23,6%	890	17,7%	1266	19,1%
Valeur absente	426	26,7%	1723	34,3%	2149	32,5%

La majorité des avis spécialisés est donnée dans un délai court (n = 2953 soit 44,7%). De manière significative ( $p < 0,0001$ ), le mode de venue du patient influence le délai de réponse du spécialiste. L'analyse des  $\text{Khi}^2$  par case nous permet de conclure qu'un patient adressé par son médecin traitant aura un avis spécialisé dans un délai plus court que le patient non adressé qui aura lui, un avis dans des délais considérés comme moyens. La contribution des  $\text{Khi}^2$  pour les délais longs étant très faible, nous ne pouvons conclure.

Nombre de passages :	RVH		SINP		RVH + SINP	
	1594	Ratio	5017	Ratio	6611	Ratio
Court < 15 min	948	59,5%	2005	40,0%	2953	44,7%
Moyen $\geq 15$ min $\leq 60$ min	179	11,2%	1210	24,1%	1389	21,0%
Long > 60 min	52	3,3%	101	2,0%	153	2,3%
Valeur absente	415	26,0%	1701	33,9%	2116	32,0%

## F. Spécialités concernées par une hospitalisation aux HPM

D'après le tableau en annexe 3 et la figure 5, trois spécialités sont plus concernées par les hospitalisations : la chirurgie urologique (n = 762 soit 33%), la chirurgie digestive (n = 654 soit 28%) et l'hépatogastro-entérologie (n = 387 soit 17%). A l'inverse, les disciplines comme la cardiologie (n = 29 soit 1%), la chirurgie orthopédique (n = 1 soit 0%), le court séjour gériatrique (n = 28 soit 1%) et la pneumologie (n = 54 soit 2%) sont très peu sollicitées.

Ce constat est identique pour les services traitant les détresses vitales comme la réanimation (n = 20 soit 1%), les Soins Continus (n = 9 soit 0%) et l'Unité de Soins Continus de Cardiologie (n = 2 soit 0%).

On note cependant un pourcentage plus important de patients non adressés hospitalisés en urologie que de patients adressés. Cette analyse n'est pas reproductible à l'ensemble des spécialités. Au contraire, les hospitalisations en chirurgie digestive ou en hépato-gastro-entérologie sont plus représentées par des patients adressés préalablement par un médecin.

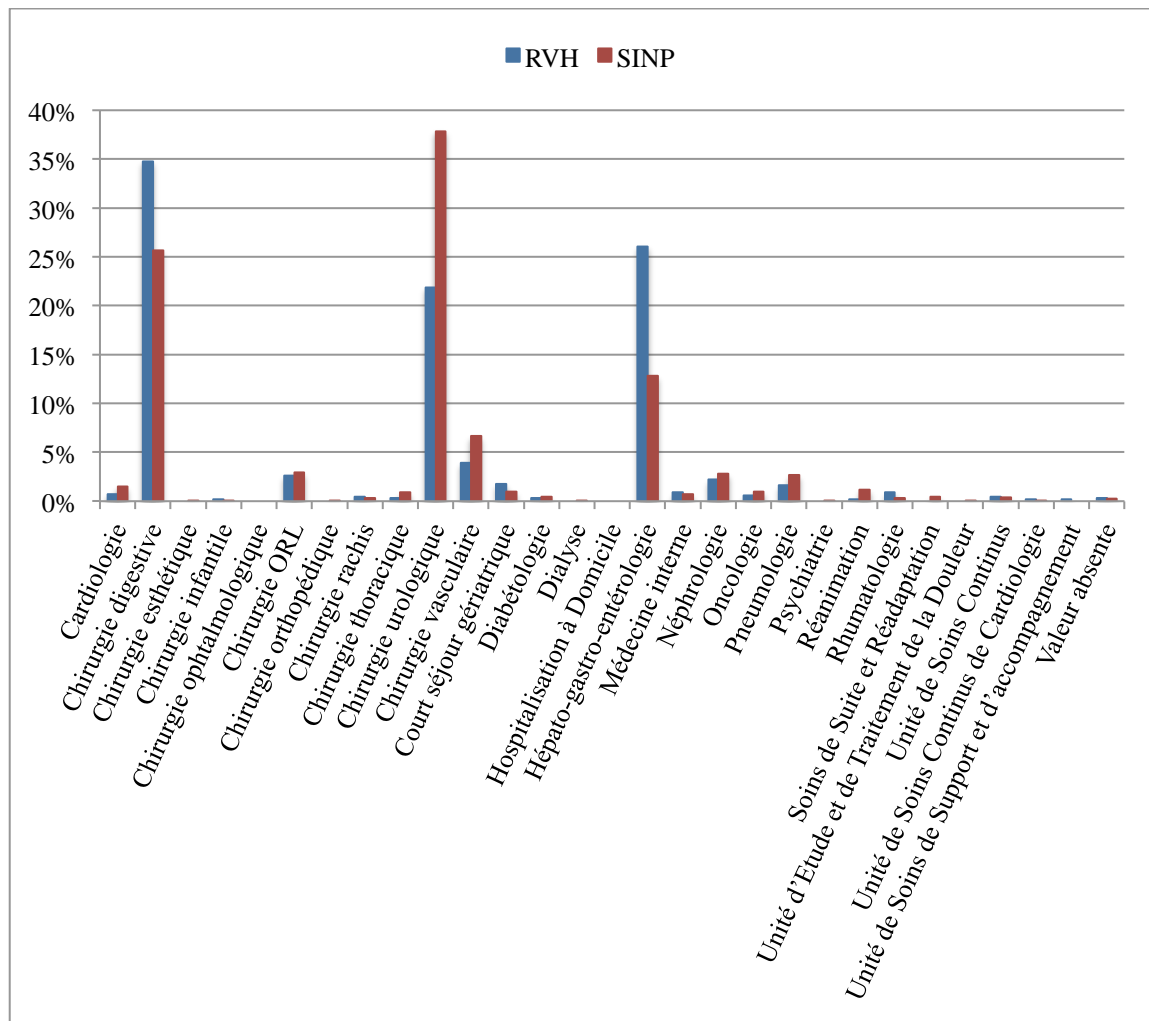


FIGURE 5 : Hospitalisations après passage au RVH en fonction du mode de venue

Il existe un lien entre le mode de venue du patient et le type de service d'hospitalisation de manière significative ( $p < 0,0001$ ). L'analyse entre les effectifs observés et théoriques retrouve une plus grande proportion d'hospitalisation en gastro-entérologie et en chirurgie digestive dans le bras RVH. A l'inverse, la chirurgie urologique et le reste des services sont plus sollicités pour les patients non adressés (SINP).

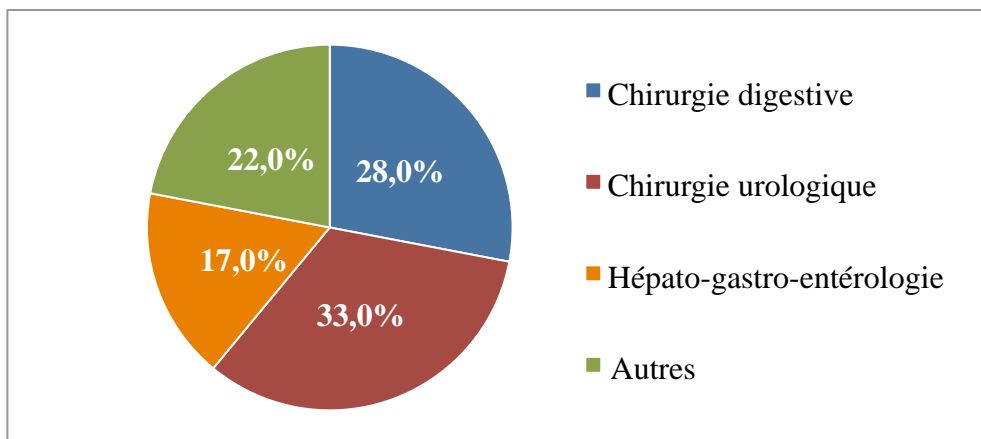


FIGURE 6 : Répartition des hospitalisations par spécialités médico-chirurgicales (RVH + SINP)

### G. Retour d'information au médecin adresseur

Lorsqu'un patient a été adressé par son médecin, un courrier est envoyé en retour dans 91,2% (n = 1454) des cas, avec une nette préférence pour la version électronique (n = 1000 soit 62,7%).

Nombre de passages :	RVH	
	1594	Ratio
Courrier adressé par voie postale	454	28,5%
Courrier adressé par Apicrypt (internet)	1000	62,7%
Courrier non envoyé au dernier jour du mois de passage	140	8,8%

## II. Enquête auprès des médecins

### A. Caractéristiques des médecins répondeurs

Sur 297 envois, 79 médecins nous ont répondu soit un taux de réponse de 26,6%

#### 1. Répartition en fonction du sexe

Parmi les répondeurs, on dénombre 32 femmes (soit 41%) pour 47 hommes (soit 59%). Il n'existe pas de différence significative entre ces 2 groupes (p = 0.398).

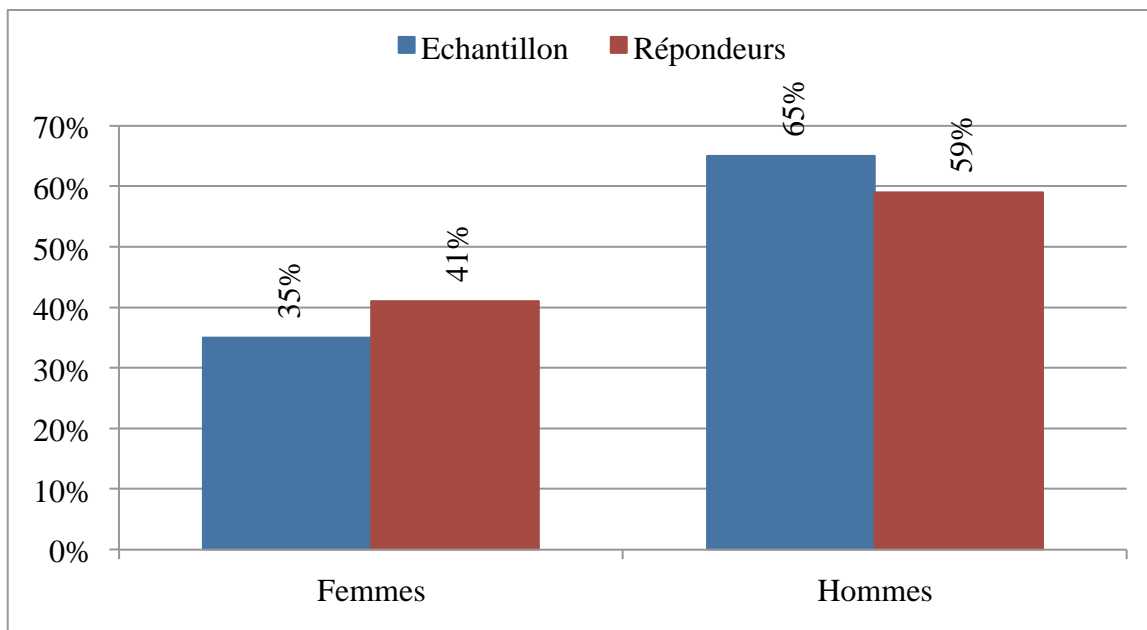


FIGURE 7 : Répartition en fonction du sexe de l'échantillon global et des répondeurs

## 2. Répartition en fonction de l'âge

Parmi nos réponses, 19 médecins se trouvent dans la tranche d'âge 28 – 39 ans, 11 dans la tranche 40 - 49 ans, 29 praticiens ont entre 50 et 59 ans alors que 30 sont âgés de plus de 60 ans.

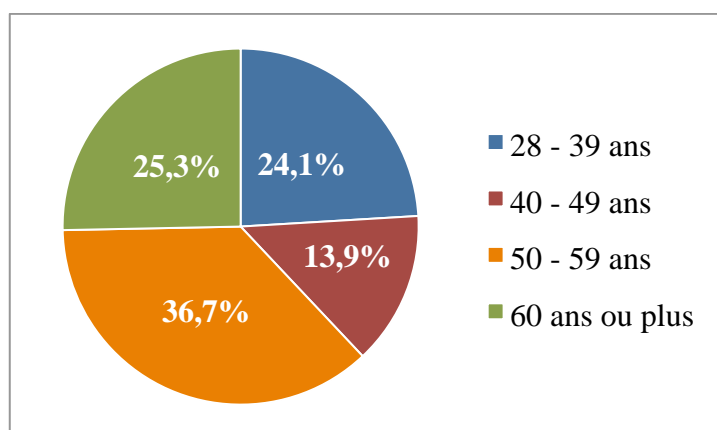


FIGURE 8 : Répartition des médecins répondeurs par tranches d'âge

## 3. Distance séparant leur cabinet de l'hôpital Robert Schuman

La majorité des médecins répondeurs exercent dans un cabinet situé à plus de 15 kilomètres du RVH (n = 44, soit 55,7%). Peu de cabinets se trouvent dans un rayon inférieur à 5 kilomètres (n = 9 soit 11,4%). 26 médecins (32,9%) sont situés entre 5 et 15 kilomètres des HPM.

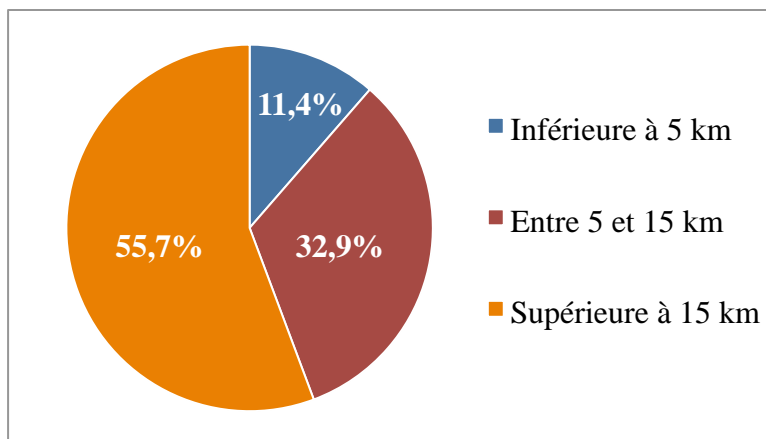


FIGURE 9 : Distance séparant les cabinets du RVH

#### 4. Habitudes de travail avec les HPM

L'ensemble des médecins répondants travaille avec les Hôpitaux Privés de Metz. La majorité, de manière régulière (n = 63 soit 79,7%) et d'autres, de temps en temps (n = 16 soit 20,3%).

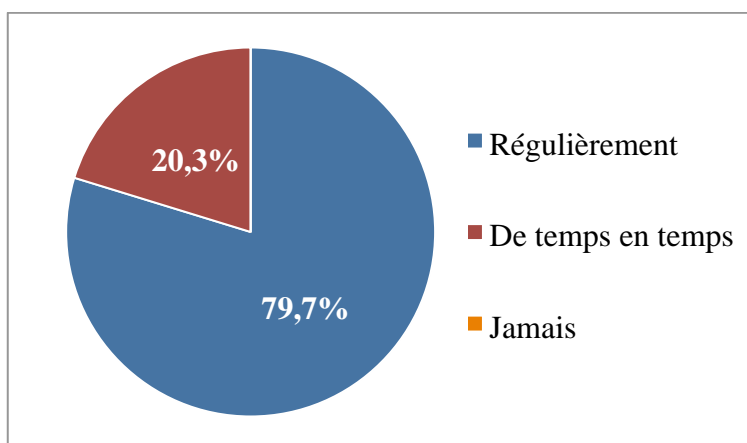


FIGURE 10 : Habitudes de travail avec les HPM

#### 5. Connaissance du Relais Ville – Hôpital

Parmi les 79 réponses, 68 praticiens connaissent le RVH soit 86,1% contre 13,9% ne le connaissant pas (n = 11).

#### 6. Adressage au RVH

Parmi les 68 praticiens connaissant le RVH, la majorité a déjà adressé un patient dans ce service (n = 65 soit 82,3%). Seuls 3 médecins n'ont pas adressé de patient soit 3,8%.



## B. Réponses des médecins ayant déjà adressé un patient au RVH

### 1. Type de pathologies ayant conduit au transfert vers le RVH

Pour cette question, nous avons été amenés à encoder certaines réponses pour les regrouper en grandes spécialités ou par organes.

Deux spécialités se démarquent par leur surreprésentation : la gastro-entérologie associée à la chirurgie digestive (n = 49 soit 75,4%) et l'urologie associée à la néphrologie (n = 52 soit 80%). Ensuite apparaissent la pneumologie (n = 12 soit 18,5%) et l'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) (n = 8 soit 12,3%). D'autres spécialités ont été citées mais de manière très faible.

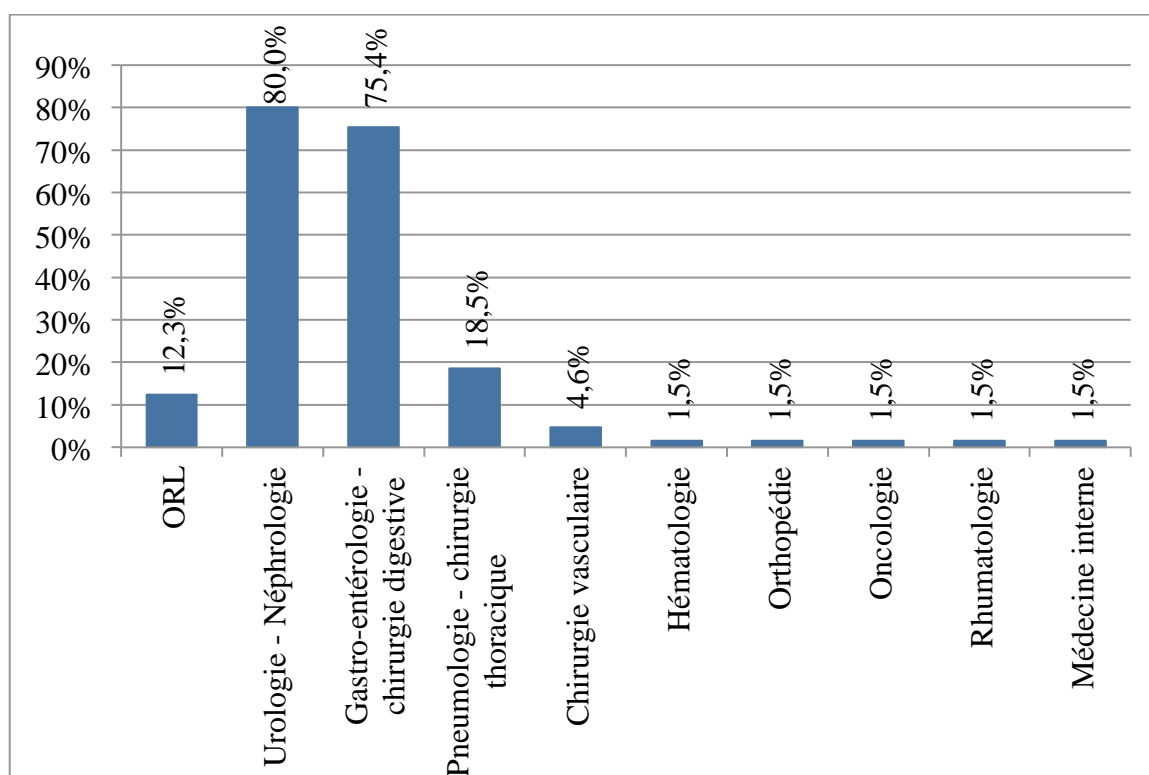


FIGURE 11 : Type de pathologies ou symptômes

### 2. Prise de contact avec le RVH et par quel moyen

La grande majorité des médecins a répondu avoir pris contact avec le RVH de manière systématique avant d'y adresser un patient (n = 50 soit 76,9%). D'autres l'ont fait de façon occasionnelle (n = 12 soit 18,5%). Seul 1 médecin a répondu n'avoir jamais pris contact avec le RVH mais 2 praticiens ne se souvenaient plus l'avoir fait.

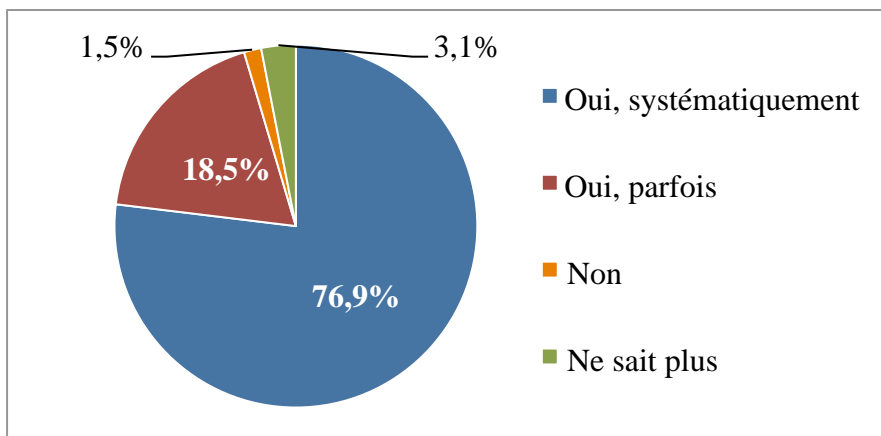


FIGURE 12 : Prise de contact avec le RVH

La prise de contact préalable au transfert s'effectue systématiquement par téléphone (n = 62 soit 100%) avec en complément, la transmission d'un courrier pour 46,8% des médecins.

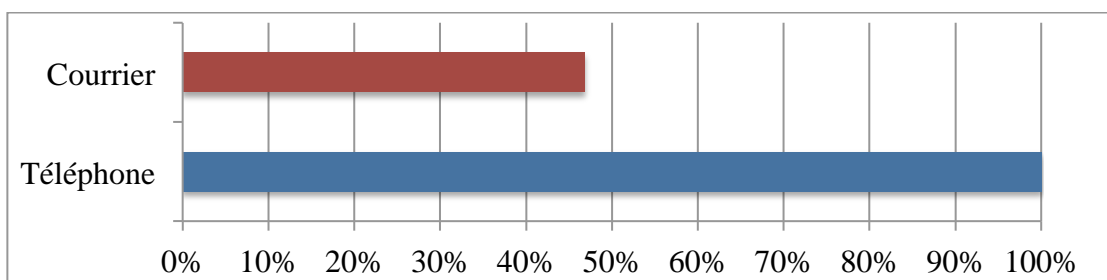


FIGURE 13 : Mode de prise de contact

### 3. Etude de satisfaction

Les avis sont en majorité positifs concernant la prise en charge des patients au sein du Relais Ville – Hôpital. Tandis que 33 médecins la trouvent très satisfaisante, 29 l'estiment satisfaisante (soit 44,6%). Par ailleurs, 2 médecins la trouvent insuffisante et 1 praticien mauvaise.

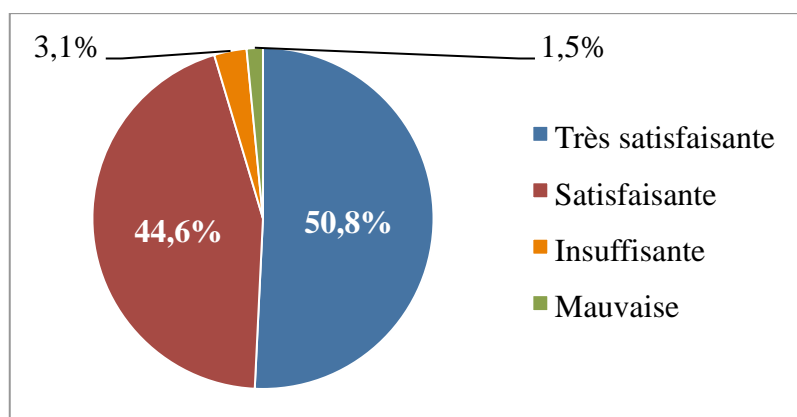


FIGURE 14 : Satisfaction concernant la prise en charge des patients

Ce constat est identique lorsqu'il s'agit de la rapidité de la prise en charge.

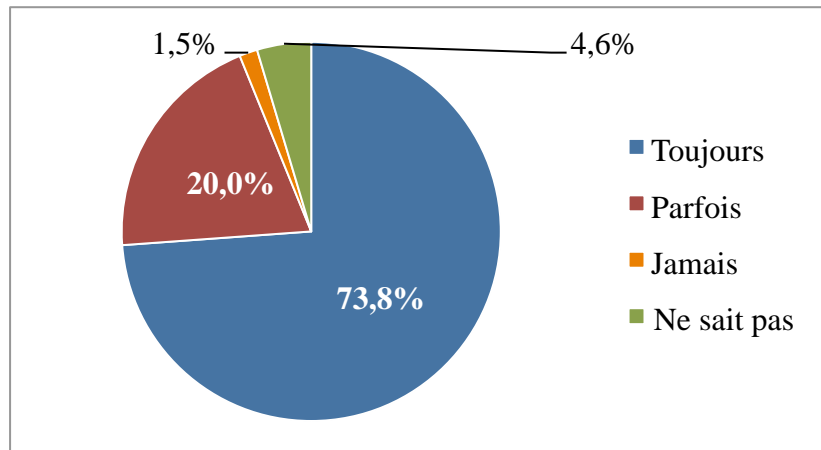


FIGURE 15 : Rapidité de la prise en charge (retour des patients auprès de leur médecin)

#### 4. Compte-rendu

A la question, avez-vous reçu un compte-rendu du passage de vos patients au RVH, la majorité des praticiens répondent « oui toujours » (n = 48 soit 73,8%), certains répondent « oui parfois » (n = 11 soit 16,9%). 6 praticiens déplorent ne pas avoir reçu de compte-rendu (soit 9,2%).

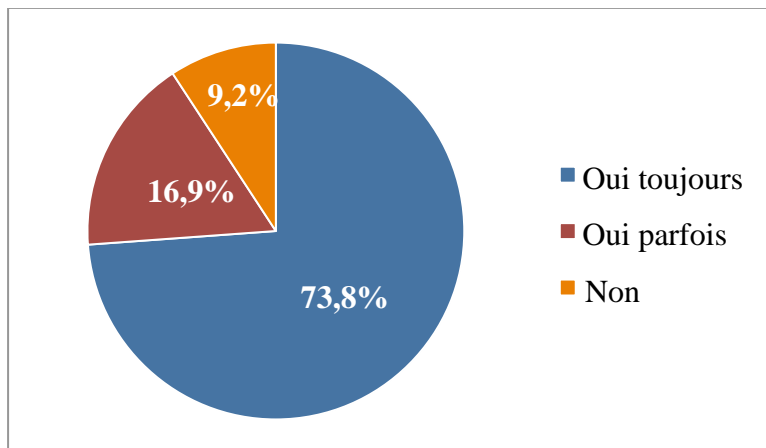


FIGURE 16 : Réception de compte-rendu

Lorsque l'on évoque la rapidité de transmission de ce compte-rendu, 83,1% des interrogés sont satisfaits (n = 54). Seuls 16,9% estiment obtenir le courrier de sortie trop tardivement (n = 11).

#### 5. Modification de la prise en charge des patients

Concernant la prise en charge globale de leurs patients, la majorité des répondants estiment que le RVH a amélioré leur pratique (n = 50 soit 76,9 %). Certains sont catégoriques

et pensent l'inverse en répondant « non » (n = 5 soit 7,7%) tandis que d'autres sont plus tempérés en répondant « pas toujours » (n = 10 soit 15,4%).

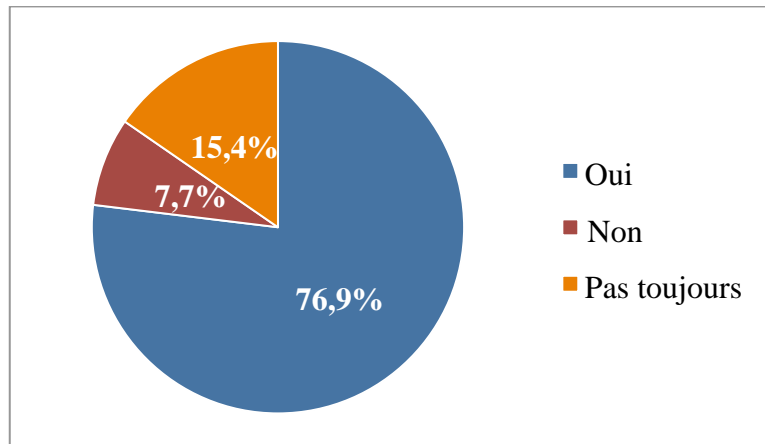


FIGURE 17 : Modification de la prise en charge globale des patients

De manière plus spécifique, 62 praticiens contre 3 jugent que le Relais Ville – Hôpital a modifié leur prise en charge des soins non programmés.

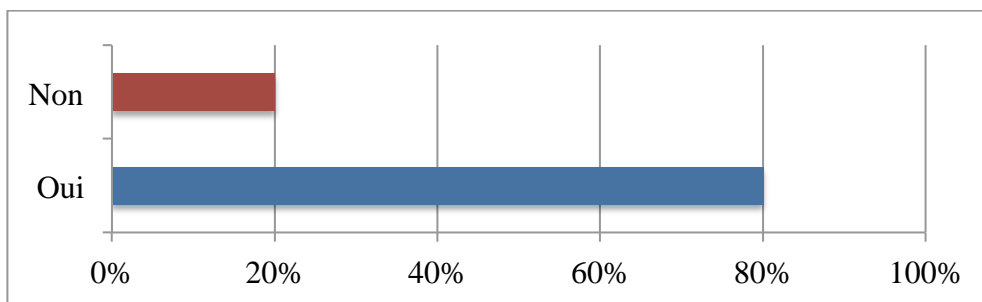


FIGURE 18 : Modification de la prise en charge des soins non programmés

## 6. Recommandation du service par les médecins

De manière générale, la quasi-totalité des médecins recommanderaient le Relais Ville - Hôpital à leurs confrères (n = 62 soit 95,4%).

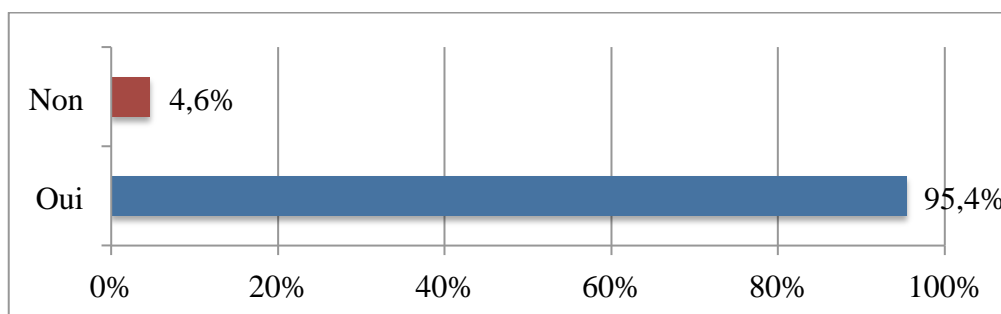


FIGURE 19 : Recommandation du service à d'autres confrères

## 7. Points positifs

Parmi les éléments positifs évoqués, la rapidité de prise en charge a été la plus souvent citée (N = 41 soit 64,1%). Suivent ensuite l'accessibilité aux plateaux techniques spécialisés et aux médecins spécialistes (n = 22 soit 34,4%) et une prise en charge adaptée à chaque pathologie et patient (n = 16 soit 25%). On remarque que 10 médecins voient dans le RVH, un service qui permet d'éviter les services d'urgences (soit 15,6%).

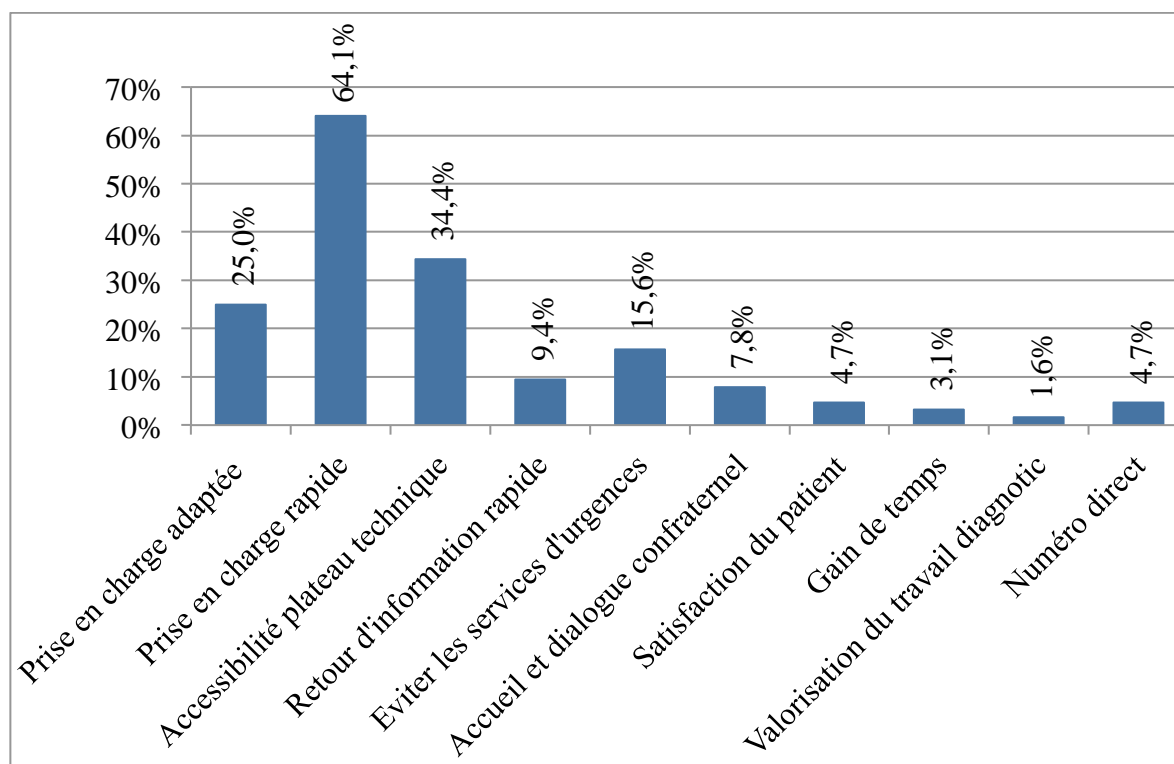


FIGURE 18 : Points positifs relevés

## 8. Points négatifs

4 points négatifs sont surreprésentés dans cette rubrique : les heures d'ouverture trop restreintes (n = 15 soit 25,4%), le manque de spécialités prises en charge (n = 9 soit 15,3%) en citant notamment la pneumologie, le manque de lit d'aval en cas de nécessité d'hospitalisation (n = 10 soit 16,9%) et les refus de prise en charge (n = 8 soit 13,6%). 8 médecins ne relèvent aucun point négatif (soit 13,6%).

D'autres points négatifs ont été cités comme présenté dans le graphique ci - dessous.

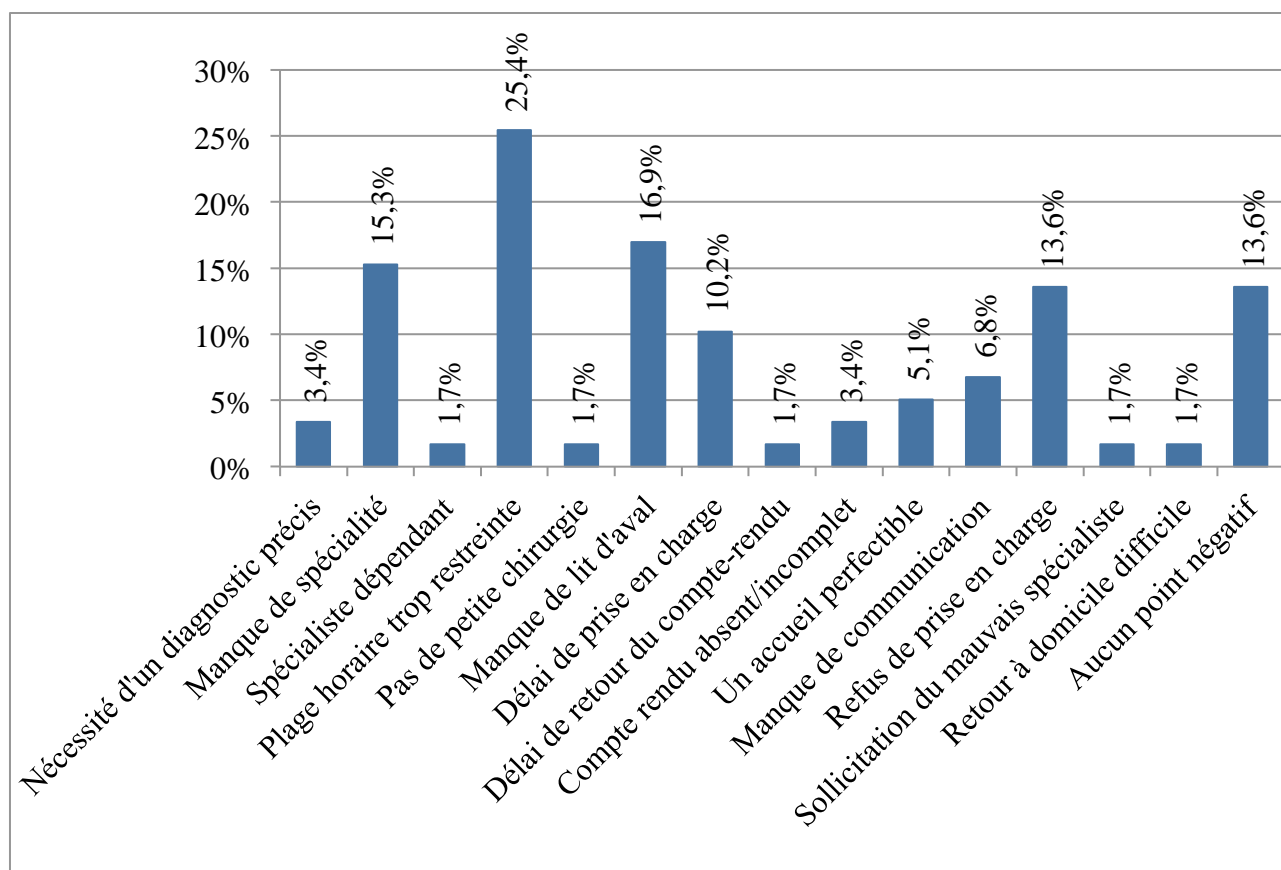


FIGURE 18 : Points négatifs relevés

## 9. Améliorations envisageables

Plusieurs pistes d'améliorations ont été proposées par les médecins répondants. Tout d'abord, 16% des praticiens souhaiteraient voir le RVH s'étendre à toutes les spécialités présentes au sein des HPM. Si cela n'est pas envisageable, ils demandent à recevoir des informations sur le service et notamment les spécialités ou pathologies prises en charge dans le cadre du RVH (16% des réponses). Certains (18%) voudraient voir augmenter les horaires d'ouverture du service. De manière plus individualisée, les praticiens aimeraient une augmentation du personnel pour majorer la capacité d'accueil, la création de lits d'hospitalisation temporaires pour surseoir au manque de lit d'aval, recevoir un courrier de sortie même si leur patient n'a pas été initialement adressé par eux-mêmes, ou encore être appelés pour connaître l'orientation du patient. De même, ils souhaiteraient voir l'accessibilité à l'imagerie améliorée et disposer d'un numéro direct pour joindre le médecin du RVH. Parmi les propositions, on retrouve également la création d'une fiche de coordination ou la possibilité de contacter le RVH par mail avant un transfert.

### C. Résultats des médecins connaissant le RVH mais n'y ayant jamais adressé de patient ou ne connaissant pas le RVH

3 médecins connaissaient le service mais ne l'avaient jamais utilisé. Aucun n'a reçu de compte rendu de passage d'un de ses patients qui se serait présenté de son plein gré.

11 médecins ont répondu ne pas connaître le Relais Ville - Hôpital.

Sur ces 14 praticiens, 13 trouvent cette initiative intéressante (soit 92,9%) après une brève explication du principe de fonctionnement du service. Ils se disent d'ailleurs prêts à travailler avec ce service et, de ce fait, demandent plus d'information à son sujet.

# DISCUSSION

Tout d'abord, nous regrettons une bibliographie assez maigre avec 29 références. En effet, malgré de nombreuses recherches sur différents supports (PubMed – EM Premium – PETALE, base de données de publication de thèses – la Banque de Données de Santé Publique (BDSP)) par l'intermédiaire de mots clés type MeSH, très peu de données ont été retrouvées dans la littérature. Une nouvelle exploration utilisant des moteurs de recherche généralistes nous a permis de trouver plusieurs types de dispositifs semblables au RVH, notamment des centres de soins non programmés, mais aucun ne répond à l'ensemble des problématiques de soins non programmés, d'accès aux structures hospitalières et des relations entre la ville et l'hôpital. Ce type de service est donc réellement novateur et peu d'articles ont été publiés.

## I. Fonctionnement du service

Comme nous l'avons détaillé dans la partie « matériel et méthode », nous avons regroupé les données recueillies durant les années 2015 et 2016. Il s'agit des 2 premières années pleines depuis la création du service et elles nous paraissent donc les plus représentatives. Un nouveau bilan statistique pourrait être réalisé à la fin de l'année 2019, après 5 ans de fonctionnement pour avoir un suivi évolutif à plus long terme.

Du fait de l'absence de données retrouvées dans la littérature, il est impossible de comparer le nombre de passages au RVH avec un service similaire. Nous notons que le nombre de passages annuels s'est stabilisé en 3 ans mais que la proportion des SINP a très largement augmenté sur cette période. En avril 2014, on comptait 4,7 patients par jour adressés par un médecin contre 3,9 patients non adressés (23). Dès fin 2014, ces chiffres se sont inversés (4,2 patients/jours pour le RVH versus 4,9 patients/jours pour les SINP). Les données du fonctionnement du service des deux années étudiées (2015/2016) confirment cette inversion avec l'arrivée d'une grande majorité de patients non adressés préalablement par un médecin. Le risque « d'une utilisation abusive et non justifiée, par les patients qui voient en ce nouveau dispositif un service d'urgence dans lequel l'attente est imperceptible » (23) n'a donc pas été maîtrisé. Une première mise en garde avait pourtant déjà été évoquée quelques mois après la création du service suite à l'étude des données initiales (23).

On peut toutefois nuancer cette conclusion grâce à l'étude de l'histogramme figure 5



page 34. En effet, parmi les hospitalisations au décours d'un passage au RVH dans le bras SINP, la chirurgie urologique représente la plus grande part. On peut supposer que les médecins urologues conseillent à leurs patients déjà suivis au sein de l'hôpital, de consulter directement au RVH sans visiter leur médecin traitant en cas de complications imprévues. Tel était déjà le cas, historiquement au sein de l'hôpital Saint André, où les patients souffrant d'une pathologie urinaire se rendaient spontanément à la polyclinique. Si nous prenons l'exemple d'une rétention aiguë d'urine post chirurgicale, un patient suivi aux HPM, préférera probablement se rendre directement au RVH plutôt que chez son médecin traitant qui n'aura pas forcément le matériel ou l'expérience nécessaire pour une résolution rapide de ce problème. Ce type de pratique augmenterait donc le nombre de passage en SINP, ce qui pourrait déséquilibrer le rapport RVH / SINP. Après un contact téléphonique avec les médecins du RVH, il nous est apparu que plusieurs médecins spécialistes des HPM préconisent à leurs patients un accès direct au RVH en cas de complications dans la suite de leur prise en charge. Ces consultations figurent statistiquement dans le bras SINP alors qu'il s'agit de soins de suite et non pas de soins non programmés.

L'analyse croisée entre l'orientation des patients à l'issue de leur passage dans le service et leur mode de venue est très intéressante. Elle prouve l'importance de l'examen médical préalablement réalisé par le médecin de premier recours (médecin traitant le plus souvent). En effet, il va pouvoir faire la part des choses entre le caractère d'urgence ressentie par le patient et les données cliniques objectives. En fonction, il pourra adresser, ou non, son patient vers le Relais Ville – Hôpital. Si celui-ci est transféré, son passage débouchera préférentiellement sur une hospitalisation ou une consultation spécialisée (71,7% des patients adressés contre 51,1% dans le bras SINP). A l'inverse, presque la moitié des patients se présentant de leur propre initiative, n'ayant donc subi aucun examen médical préalable, regagne leur domicile (48,5% contre 27,9% pour la catégorie RVH). Ces informations valorisent donc le travail diagnostique réalisé en amont par les médecins généralistes. Si l'ensemble des patients consultait leur médecin traitant en première intention, on éviterait certainement des passages peu utiles dans des services destinés à accueillir des demandes de soins non programmés.

L'analyse est semblable quand elle concerne le mode et le délai de réponse du spécialiste. Tout d'abord, la prise en charge d'un patient adressé par un médecin est plus réactive, 60% des avis sont donnés en moins de 15 minutes. Nous notons également un nombre supérieur d'examen spécialisés réalisés au lit du malade dans le bras RVH. Cependant, pour un tiers des passages, les données n'ont pas été recueillies. Par conséquent,

nos conclusions doivent être prises avec précautions. Un recueil des données plus systématique serait bénéfique pour des analyses futures.

L'étude des services concernés par une hospitalisation au décours d'un passage au RVH nous permet de faire plusieurs constats. Tout d'abord, les 3 spécialités les plus représentées étaient historiquement implantées au sein de l'hôpital Saint-André. C'est également dans cet hôpital, qu'était située une polyclinique. On imagine alors que les praticiens de ces services ont gardé l'habitude d'accepter des urgences malgré la fermeture de cette unité. Leur gestion a été simplifiée depuis l'ouverture du RVH, ce pourquoi, ils l'utilisent fortement.

A l'inverse, certains services sont très peu sollicités pour des hospitalisations. Classiquement, la médecine interne ou la rhumatologie sont des disciplines où les hospitalisations ont majoritairement lieu de manière programmée, ce qui explique le peu d'hospitalisations au décours d'un passage au RVH. Cependant, cette conclusion n'est pas entièrement valable pour la cardiologie, la médecine gériatrique ou la chirurgie orthopédique. Cette sous-représentation pourrait s'expliquer par l'éloignement géographique entre ces services et le RVH. Si nous gardons ces exemples, la cardiologie et la chirurgie orthopédique sont situées à l'hôpital Belle Isle tandis que le court séjour gériatrique se trouve à l'hôpital Sainte Blandine. Le regroupement de toutes les disciplines sur un seul et même site, l'hôpital Robert Schuman, changerait peut-être ces données.

Notons le peu d'hospitalisations dans les services relevant des urgences vitales comme la réanimation. La majorité de ces hospitalisations concerne d'ailleurs des patients se présentant de leur plein gré. Après un examen clinique, les médecins du RVH constatent des signes de gravité nécessitant au minimum, une surveillance rapprochée. Un transfert en réanimation est alors organisé. Ce constat montre bien que le RVH n'est pas considéré par les médecins généralistes comme un service d'accueil des urgences vers qui on adresserait les urgences vitales.

Les données concernant le retour d'information au médecin adresseur sont plutôt positives. L'envoi d'un compte-rendu s'effectue dès que possible par internet de manière sécurisée, à défaut par voie postale. Nous devons, malgré tout, relever l'absence de notion de temps dans ces envois. Le respect du cahier des charges, à savoir l'envoi dans les 24 heures suivant le passage ne peut donc être totalement vérifié.

## II. Enquête auprès des médecins

### A. Limites de l'étude

Dans cette enquête, nous avons obtenu un taux de réponse de 26,6%. Ce chiffre reste faible malgré un questionnaire court et facile à remplir. Son envoi par message crypté a peut-être rendu plus difficile l'accès au questionnaire selon les logiciels médicaux utilisés ou la présence potentielle d'une secrétaire, filtrant les messages.

De plus, il existe un biais de sélection car les médecins exerçant dans des cabinets non informatisés n'ont pu recevoir le questionnaire. Pour éviter cet écueil, nous aurions peut-être dû contacter par téléphone les médecins pour connaître leurs réponses.

Enfin seule une partie des utilisateurs du RVH a été prise en compte dans notre étude. En effet, le travail effectué n'analyse que le degré de satisfaction du médecin adresseur et ne prend pas en compte le point de vue des patients.

### B. Analyse des résultats

Tous les médecins ne connaissant pas le service, exercent à une distance supérieure à 15 km de l'hôpital Robert Schuman et de ce fait ne travaillent que de temps en temps avec les HPM. L'âge des médecins n'influe pas sur leur connaissance ou non du service. Une nouvelle campagne de communication avec une diffusion géographique plus large serait donc nécessaire d'autant que 92,9% de ces praticiens non connaisseurs du RVH sont demandeurs d'informations.

La majorité des médecins connaissant le service y ont déjà eu recours. Dans notre étude, seul 1 médecin connaissait le service mais ne l'avait jamais sollicité.

Très logiquement, nous retrouvons une similitude entre le motif de transfert au RVH et les spécialités concernées par des hospitalisations à l'issue d'un passage dans ce service. Il s'agit une nouvelle fois des spécialités qui, historiquement étaient implantées sur l'hôpital Saint André où se trouvait une policlinique. Ce constat nous montre que la majorité des médecins de ville connaissent les spécialités présentes au sein des HPM et donc du RVH.

Le principe de contacter le médecin du RVH avant d'effectuer un transfert de son patient a bien été assimilé par les médecins traitants puisque 95,4% des médecins disent contacter le service au minimum par téléphone. En réponse, ils apparaissent globalement satisfaits quant au retour d'information. L'information médicale est de ce fait plus efficiente grâce à une meilleure pertinence et une circulation optimisée entre les différents

professionnels. Ce type de service permet d'améliorer les relations entre les médecins exerçant en ville et les médecins hospitaliers et de satisfaire chacune des 2 parties dans leur pratique personnelle.

Les résultats de l'enquête de satisfaction montrent que l'image du RVH auprès des médecins généralistes est bonne. En effet, 95,4% louent sa qualité et 93,8%, la rapidité de la prise en charge. De manière très intéressante, on note que plus de 75% des médecins jugent que ce service a modifié la prise en charge globale de leurs patients et de manière encore plus significative, quand il s'agit de soins non programmés. Ils ont un accès rapide et privilégié à l'offre hospitalière avec des avis spécialisés et un plateau technique à la pointe de la technologie tout en évitant de surcharger les structures d'accueil des urgences. Cela prouve le caractère novateur et bénéfique d'un service tel que le Relais Ville – Hôpital dans la gestion des soins non programmés. D'ailleurs, 95,4% des généralistes recommanderaient ce service à d'autres confrères, gage de qualité.

3 médecins jugent la prise en charge insuffisante ou mauvaise et le justifient par des refus de prise en charge après avoir contacté le médecin du RVH ou l'indisponibilité de celui-ci. Ces motifs sont également cités parmi les points négatifs du service par d'autres généralistes répondants. En réalité, les médecins du RVH se donnent le droit de refuser le transfert d'un patient quand une prise en charge optimale ne pourra être assurée (spécialité non représentée au sein des HPM par exemple ou l'absence de lit pour accueillir le malade). Dans ces cas, le patient doit être orienté vers une autre structure. Ces refus ont lieu pour éviter une prise en charge qui serait insuffisante et donc délétère pour le patient. Le service est peut-être en quelque sorte victime de son succès et ne peut pas répondre entièrement à la demande de la médecine de ville par manque de place ou d'équipement.

D'autres points négatifs ont été relevés. De nombreux médecins aimeraient voir augmenter l'amplitude horaire d'ouverture de ce service, avec une ouverture le samedi notamment voire même la nuit mais la confusion avec un service d'urgence serait trop importante. Le postulat de base ne serait donc plus respecté.

Certains médecins regrettent le manque de spécialités prises en charge au RVH, en citant notamment la pneumologie. Ils ont été confrontés à plusieurs refus pour des patients présentant des symptômes respiratoires. Cela se retrouve d'ailleurs pour les hospitalisations à l'issue d'un passage au RVH, puisque seulement 2% concernent la pneumologie, une spécialité habituellement pourvoyeuse d'hospitalisations non programmées. Dans les faits, à la réception d'appels provenant des médecins traitants en rapport avec la pneumologie, le

personnel du RVH a pour consignes de transférer ces demandes vers les médecins pneumologues, qui souhaitent les gérer directement. Cela peut générer une confusion pour les médecins généralistes, qui ne savent plus vers quel service orienter leurs patients.

Parmi les points négatifs cités, nous retrouvons l'absence de retour d'information au médecin traitant, quand le patient se serait présenté de son plein ou qu'il aurait été adressé par un confrère spécialiste. A la création du service, il a été décidé d'envoyer un compte-rendu au médecin généraliste si celui-ci avait contacté le RVH préalablement au transfert de son patient. Le but était de favoriser la communication entre la ville et l'hôpital dans les deux sens. Mais l'effet pervers de cette mesure peut altérer la coordination et le parcours de soins.

### III. Pistes d'amélioration

Grâce à l'ensemble des réponses des médecins généralistes ayant participé à cette étude, il nous paraissait important de formuler des pistes d'amélioration pour le RVH.

Tout d'abord, une nouvelle opération de communication pourrait être organisée. Plusieurs axes devront être abordés : présentation globale du service et de son principe, le types de pathologies prises en charge ainsi que les spécialités représentées et l'existence d'un numéro direct pour contacter le personnel du service. Cette campagne devra concerner un bassin géographique plus important pour proposer un nouveau recours pour les soins non programmés aux médecins traitants.

Afin de faciliter la compréhension des généralistes, les HPM devront s'efforcer de proposer les services du RVH à l'ensemble des spécialités présentes au sein de leurs structures y compris la pneumologie.

De plus, pour optimiser la relation entre la ville et l'hôpital et la coordination des soins d'un patient, il semble nécessaire d'envoyer systématiquement un compte-rendu de passage au médecin traitant même s'il n'a pas adressé son patient au RVH. Il ne peut pas être tenu responsable de la venue d'un patient sans son avis.

Pour permettre une analyse plus fine du fonctionnement du service, une nouvelle catégorie statistique de patients pourrait être créée. Elle concernerait des patients déjà suivis au sein des HPM pour une pathologie chronique et qui auraient pour consigne de se présenter directement au RVH. Cela permettrait d'isoler la catégorie de patients non adressés (ni par le médecin traitant ni indirectement, par un spécialiste des HPM) et de mieux comprendre leur utilisation du service.

Enfin, pour les analyses à venir, plusieurs indicateurs pourraient être ajoutés au

tableau de bord du service. En effet, afin de connaître précisément la rapidité de prise en charge, il faudrait mesurer le temps entre l'arrivée du patient et le premier contact avec le personnel médical ou paramédical. Une analyse croisée pourrait alors être effectuée avec les horaires d'arrivée et les jours de la semaine. Nous proposons également de préciser la spécialité concernée par une consultation différée après un passage au RVH, comme cela est déjà fait pour les hospitalisations.

# CONCLUSION

Le médecin généraliste, acteur central et déterminant du parcours de soins des patients, est parfois confronté à des difficultés d'accès à l'offre hospitalière, notamment dans le cadre de soins non programmés. Jusqu'à présent, aucune alternative n'existait entre les services d'accueil des urgences et les services classiques de consultations spécialisées ou d'hospitalisation. Pourtant, dans son cabinet de ville, le médecin traitant fait face à des situations intermédiaires nécessitant des actes diagnostiques ou thérapeutiques en urgence relative.

L'analyse du fonctionnement du RVH met en avant une organisation adaptée à ce type de service. Cependant, elle révèle la difficulté à gérer le risque d'utilisation abusive et non justifiée du service par des patients qui voient en ce nouveau dispositif un service d'urgence où l'attente est nettement inférieure aux SAU classiques.

Notre étude a montré que 95,4% des médecins généralistes répondants ont une image positive du Relais Ville – Hôpital malgré quelques points à améliorer pour un fonctionnement encore plus optimal. La création de ce service a, pour la plupart, modifié leur prise en charge globale des patients et celle des soins non programmés. Ce service a donc un impact réel sur la pratique de la médecine générale.

De plus, ce service permet de nouer des relations pérennes entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers. En effet, le médecin adresseur prend contact par téléphone avec le médecin du RVH, avant le transfert de son patient. En retour, le praticien du RVH s'engage à transmettre son compte-rendu dans les 24 heures. Cette communication bilatérale permet de renforcer les liens entre la ville et l'hôpital.

Ce service répond donc aux attentes des médecins traitants, à savoir une meilleure accessibilité à l'offre de soins hospitalière ainsi qu'une communication interprofessionnelle rapide et efficace.

Afin d'améliorer la relation ville – hôpital, en élargissant les possibilités d'orientation des patients dans le cadre des soins non programmés, la création de services du même type dans des structures dépourvues de Service d'Accueil des Urgences aurait un impact positif sur la pratique de la médecine générale. Ces créations pourraient s'inscrire dans un projet d'amélioration de la coordination entre la médecine hospitalière et libérale et la diversification de l'offre de soins non programmés. De nouveaux services ont d'ailleurs été créés comme le Centre de Soins Non Programmés de Valognes ou dans la polyclinique du Maine depuis la

création du RVH.

La collaboration entre la médecine de ville et la médecine hospitalière est à l'heure actuelle, un enjeu majeur pour notre système de santé, dans un souci de continuité des soins pour les patients. Notre travail d'analyse a démontré que le Relais Ville – Hôpital est réellement un service novateur et d'avenir qui permet une organisation cohérente et lisible des soins non programmés en réussissant à relier plus efficacement les différents acteurs de la médecine.



## BIBLIOGRAPHIE

1. WONCA Europe. La définition Européenne de la Médecine Générale - Médecine de famille [Internet]. 2002. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
2. République Française. Loi relative à l'assurance maladie [Internet]. J.O n° 190 du 17 août 2004 sect. 5 page 14598 texte n° 2. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/loi\\_2004\\_810\\_du\\_13\\_aout2004.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/loi_2004_810_du_13_aout2004.pdf)
3. Gouyon M. Les urgences en médecine générale [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat94.pdf>
4. URPS Ile de France. Rendez-vous médicaux non honorés. Demandes de soins non programmés. Etat des lieux et solutions. Enquête auprès des médecins libéraux d'Ile-de-France. [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/05/16197.pdf>
5. Sander C. Le médecin généraliste et les soins non programmés. Une étude concernant le ressenti des médecins généralistes libéraux meusiens face à la prise en charge des urgences. [Thèse pour le diplôme de docteur en Médecine Générale]. Université Henry Poincaré Nancy I; 2010.
6. Andronikof M, Thalmann A. Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste: Évaluation de l'organisation de 4 spécialités par l'utilisation de cas simulés. Presse Médicale. Juillet 2005;34(12):847-850.
7. Begaudeau A. Pertinence des admissions des personnes âgées de 80 ans et plus aux urgences du CHU de Nantes [Thèse pour le diplôme de docteur en Médecine Générale]. Université de Nantes; 2011.
8. Simonet A-L. Pertinence des admissions aux urgences au centre hospitalier de Mâcon [Thèse pour le diplôme de docteur en Médecine]. [Dijon]: Université de Bourgogne; 2010.
9. Bussy C, Hamdoud Z, Merad M, Nitenberg G, Buchot E, Antoun S. Évaluation de la pertinence des hospitalisations des patients consultant aux urgences de l'Institut Gustave Roussy. Risques Qual En Milieu Soins. 2008;151-157.
10. Revue E, Papillon V, Carnet A, Delefosse F, Leclerc P, Miranda J, et al.

Évaluation de la pertinence des hospitalisations dans un service d'urgence. 6 févr 2009; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/216009>

11. Noboa M-S, Diodat C, Blottiaux E, Rouffineau J, Volars P, Faranpour F, et al. Evaluation de la pertinence de l'admission après passage aux urgences dans les services de médecine et de chirurgie (Etablissements de santé publics volontaires de la région Poitou-Charentes). 2010.

12. Derame G, El Kouri D, Hamidou M, Carré E, Potel G. Les passages non justifiés au service d'accueil urgences: Proposition d'une offre de soins différenciée. Presse Médicale. juill 2004;33(12):780 783.

13. Maréchal F, Kim B-A, Castel-Kremer E, Comte B. Évaluation de la ligne unique et directe d'appel téléphonique en gériatrie (ELUDAT G) : une étude qualitative. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. déc 2015;15(90):316 322.

14. Gayard P, Harzo C. Médecine ambulatoire, médecine hospitalière, quel lien construire ? URML RA édition; 2008.

15. Paterson JM, Allega RL. Improving communication between hospital and community physicians. Feasibility study of a handwritten, faxed hospital discharge summary. Discharge Summary Study Group. Can Fam Physician Med Fam Can. déc 1999;45:2893 2899.

16. Feintrenie C. La sortie de l'hôpital : le point de vue des médecins généralistes. [Thèse pour le diplôme de docteur en Médecine Générale]. Université Henri Poincaré Nancy 1; 2010.

17. URML Ile de France. La continuité des soins en ville après une hospitalisation [Internet]. 2006. Disponible sur: [http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude\\_070115.pdf](http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070115.pdf)

18. Poulteau B. Interaction ville/hôpital: intérêt d'un numéro d'urgence de médecine interne [Thèse pour le diplôme de docteur en Médecine]. Université de Limoges; 2013.

19. Enquête externe du CHU Nantes. Enquêtes papier auprès de 148 médecins généralistes et spécialistes. 2011.

20. Circulaire n°132 du 18 décembre 1970 relative à l'humanisation des hôpitaux. B.O.70/52-15 414.

21. Levasseur G, Bataillon R, Samzun J-L. Le schéma régional d'organisation sanitaire. URML Bretagne; 2004.

22. VIAVOICE. Hôpitaux Privés de Metz - Etude d'opinion. 2009.

23. Pachtchenko L. Organisation novatrice du découpage ville hôpital aux

Hôpitaux Privés de Metz [Mémoire pour l'obtention du Master 2 « analyse et management des établissements de santé »]. Paris 7 - Denis Diderot; 2014.

24. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Santé Publique*. 16(1):63-74.

25. Calais-Parissaux A. Evaluation de la qualité des soins non programmés à la maison de santé de Steenvoorde. Opinion des patients. [Thèse pour le diplôme de docteur en Médecine]. Faculté de médecine de Warrembourg; 2014.

26. Dupin M. Coordination des soins en urgence : le point de vue des médecins généralistes. [Thèse pour le diplôme de docteur en Médecine]. [Saint-Etienne]: Université Jean Monnet Saint-Etienne; 2013.

27. Gouyon M, Collet M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2007 nov. (Etudes et résultats). Report No.: 607. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er607.pdf>

28. Gouyon M, Collet M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2008 Février. (Etudes et résultats). Report No.: 625. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er625.pdf>

29. Site web HPM [Internet]. [cité 24 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.hpmetz.fr/fr>

# ABREVIATIONS

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations  
of General Practitioners/Family Physicians

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

HPM : Hôpitaux Privés de Metz

ESPIC : Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

RVH : Relais Ville-Hôpital

ETP : Equivalent temps plein

SINP : Soins Immédiats Non Programmés

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

BDSP : Banque de Données de Santé Publique

MeSH : Medical Subject Headings

# ANNEXES

## ANNEXE 1

### Le Relais Ville-Hôpital (RVH)

Chère consœur, cher confrère,

Dans le cadre de mon travail de thèse en Médecine Générale, je vous sollicite pour un questionnaire de satisfaction sur le Relais Ville Hôpital des Hôpitaux Privés de Metz (HPM). Ce service, créé en mars 2014, a donc 3 ans de fonctionnement. En complément des statistiques recueillies par la direction des HPM, votre avis m'intéresse pour évaluer l'intérêt de ce type de service dans votre pratique de la médecine générale.

Afin d'éviter des relances inutiles, je me permets de vous demander vos noms dans le questionnaire initial. Dès réception, j'anonymiserai vos réponses pour des raisons de confidentialité.

Cela ne vous prendra pas plus de 10 minutes.

Je vous remercie par avance de votre aide et me tiens à votre disposition si besoin, pour de plus amples informations.

Les résultats de cette étude seront disponibles en fin d'année. S'ils vous intéressent, veuillez me le préciser par mail (adresse ci-dessous).

Bien confraternellement,

SCHUCK Simon  
Médecin Généraliste remplaçant  
06.44  
[these.rvh@gmail.com](mailto:these.rvh@gmail.com)

\*Obligatoire

1. **Votre nom et prénom :** \*

---

2. **Votre tranche d'âge ?** \*

*Une seule réponse possible.*

- 28 - 39 ans  
 40 - 49 ans  
 50 - 59 ans  
 60 ans ou plus

3. **Travaillez-vous avec les Hôpitaux Privés de Metz ?** \*

*Une seule réponse possible.*

- Régulièrement  
 De temps en temps  
 Jamais

4. **Quelle est la distance séparant votre cabinet de l'hôpital Robert SCHUMAN ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Inférieure à 5 km  
 Entre 5 et 15 km  
 Supérieure à 15 km

5. **Connaissez-vous le Relais Ville-Hôpital (RVH) installé sur le site de l'hôpital Robert SCHUMAN ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui *Passez à la question 6.*  
 Non *Passez à la question 23.*

6. **Avez-vous déjà adressé un patient au RVH? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non *Passez à la question 10.*

7. **Pour quels types de pathologies ou symptômes ? Plusieurs réponses possibles. \***

---

---

---

---

---

8. **Avez-vous pris contact avec le RVH préalablement au transfert ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui, systématiquement  
 Oui, parfois  
 Non *Passez à la question 11.*  
 Ne sait plus *Passez à la question 11.*

9. **De quelle manière ? Plusieurs réponses possibles. \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Par appel téléphonique  
 Par courrier remis au patient

*Passez à la question 11.*

10. **Avez-vous déjà reçu un compte rendu de passage d'un de vos patients qui se serait présenté au RVH de son plein gré ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui    *Passez à la question 17.*  
 Non    *Passez à la question 23.*

*Passez à la question 17.*

11. **La prise en charge de vos patients au RVH vous a paru globalement : \***

*Une seule réponse possible.*

- Très satisfaisante  
 Satisfaisante  
 Insuffisante  
 Mauvaise

12. **Selon vos patients, la prise en charge a-t-elle été rapide ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Toujours  
 Parfois  
 Jamais  
 Ne sait pas

13. **Le compte rendu du passage de vos patients au RVH vous a-t-il été envoyé ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui, toujours  
 Oui, parfois  
 Non

14. **Assez rapidement ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

15. **La création de ce service a-t-elle amélioré la prise en charge globale de vos patients ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non  
 Pas toujours

16. **La création du RVH a-t-elle changé votre prise en charge des demandes de soins non programmés ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

*Passez à la question 26.*

17. **La prise en charge de vos patients au RVH vous a paru globalement : \***

*Une seule réponse possible.*

- Très satisfaisante  
 Satisfaisante  
 Insuffisante  
 Mauvaise

18. **Selon vos patients, la prise en charge a-t-elle été rapide ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Toujours  
 Parfois  
 Jamais  
 Ne sait pas

19. **Le compte rendu du passage de vos patients au RVH vous a-t-il été envoyé ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui, toujours  
 Oui, parfois  
 Non

20. **Assez rapidement ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

21. **La création de ce service pourrait-elle améliorer la prise en charge globale de vos patients ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non  
 Pas toujours



**22. La création du RVH pourrait-elle changé votre prise en charge des demandes de soins non programmés ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

*Passez à la question 26.*

Le Relais Ville-Hôpital (RVH) est un service de soins non programmés sur le site de l'hôpital Schuman à Metz. Il a pour vocation d'accueillir à des heures ouvrables des patients adressés par leur médecin traitant pour une prise en charge rapide grâce à un plateau technique de pointe et des médecins spécialistes disponibles. Il permet également d'accueillir des patients déjà suivis dans l'établissement pour un premier bilan médical avant d'envisager ou non une hospitalisation. Afin d'améliorer les relations inter-professionnelles, le médecin de ville se doit de contacter le médecin du RVH avant le transfert de son malade et en retour, le médecin hospitalier s'engage à lui transmettre ses conclusions dans les 24h suivant la prise en charge.

**23. Trouvez-vous l'initiative à l'origine de ce service intéressante ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

**24. Seriez-vous prêt à avoir recours au RVH pour vos patients ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

**25. Souhaiteriez-vous recevoir de plus amples informations sur ce service ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

*Arrêtez de remplir ce formulaire.*

**26. Quels sont les points positifs de ce service ?**

---

---

---

---

---

27. **Quels sont les points négatifs ?**

---

---

---

---

---

28. **Quelles améliorations pourraient être apportées ?**

---

---

---

---

---

29. **Et pour finir, recommanderiez-vous le Relais Ville Hôpital ? \***

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

## ANNEXE 2

Nombre de passages :	RVH		SINP		RVH + SINP	
	1594	Ratio	5017	Ratio	6611	Ratio
de 00h à <00h30	0	0,0%	12	0,2%	12	0,2%
de 00h30 à <01h	0	0,0%	12	0,2%	12	0,2%
de 01h à <01h30	0	0,0%	6	0,1%	6	0,1%
de 01h30 à <02h	0	0,0%	12	0,2%	12	0,2%
de 02h à <02h30	0	0,0%	9	0,2%	9	0,1%
de 02h30 à <03h	0	0,0%	6	0,1%	6	0,1%
de 03h à <03h30	0	0,0%	7	0,1%	7	0,1%
de 03h30 à <04h	0	0,0%	6	0,1%	6	0,1%
de 04h à <04h30	0	0,0%	7	0,1%	7	0,1%
de 04h30 à <05h	0	0,0%	6	0,1%	6	0,1%
de 05h à <05h30	0	0,0%	12	0,2%	12	0,2%
de 05h30 à <06h	0	0,0%	8	0,2%	8	0,1%
de 06h à <06h30	0	0,0%	4	0,1%	4	0,1%
de 06h30 à <07h	0	0,0%	10	0,2%	10	0,2%
de 07h à <07h30	0	0,0%	9	0,2%	9	0,1%
de 07h30 à <08h	0	0,0%	15	0,3%	15	0,2%
de 08h à < 08h30	0	0,0%	25	0,5%	25	0,4%
de 08h30 à < 09h	68	4,3%	254	5,1%	322	4,9%
de 09h à < 09h30	69	4,3%	234	4,7%	303	4,6%
de 09h30 à < 10h	74	4,6%	239	4,8%	313	4,7%
de 10h à < 10h30	101	6,3%	306	6,1%	407	6,2%
de 10h30 à < 11h	102	6,4%	287	5,7%	389	5,9%
de 11h à < 11h30	120	7,5%	272	5,4%	392	5,9%
de 11h30 à < 12h	101	6,3%	285	5,7%	386	5,8%
de 12h à < 12h30	90	5,6%	225	4,5%	315	4,8%
de 12h30 à < 13h	60	3,8%	166	3,3%	226	3,4%
de 13h à < 13h30	69	4,3%	151	3,0%	220	3,3%
de 13h30 à < 14h	82	5,1%	171	3,4%	253	3,8%
de 14h à < 14h30	99	6,2%	263	5,2%	362	5,5%
de 14h30 à < 15h	92	5,8%	234	4,7%	326	4,9%
de 15h à < 15h30	66	4,1%	229	4,6%	295	4,5%
de 15h30 à < 16h	79	5,0%	206	4,1%	285	4,3%
de 16h à < 16h30	63	4,0%	187	3,7%	250	3,8%
de 16h30 à < 17h	58	3,6%	194	3,9%	252	3,8%
de 17h à < 17h30	57	3,6%	147	2,9%	204	3,1%
de 17h30 à < 18h	38	2,4%	144	2,9%	182	2,8%
de 18h à < 18h30	30	1,9%	99	2,0%	129	2,0%
de 18h30 à < 19h	28	1,8%	109	2,2%	137	2,1%
de 19h à < 19h30	28	1,8%	102	2,0%	130	2,0%
de 19h30 à < 20h	16	1,0%	78	1,6%	94	1,4%
de 20h à < 20h30	4	0,3%	62	1,2%	66	1,0%
de 20h30 à < 21h	0	0,0%	47	0,9%	47	0,7%
de 21h à < 21h30	0	0,0%	49	1,0%	49	0,7%
de 21h30 à < 22h	0	0,0%	27	0,5%	27	0,4%
de 22h à < 22h30	0	0,0%	29	0,6%	29	0,4%
de 22h30 à < 23h	0	0,0%	22	0,4%	22	0,3%
de 23h à < 23h30	0	0,0%	15	0,3%	15	0,2%
de 23h30 à < 00h	0	0,0%	14	0,3%	14	0,2%
	1594	100,0%	5013	100%	6607	100%

### ANNEXE 3

	RVH		SINP		RVH + SINP	
Nombre de passages :	1594	Ratio	5017	Ratio	6611	Ratio
Nombre d'hospitalisations directes + différées :	691	100%	1615	100%	2306	100%
Cardiologie	5	1%	24	1%	29	1%
Chirurgie digestive	240	35%	414	26%	654	28%
Chirurgie esthétique	0	0%	1	0%	1	0%
Chirurgie infantile	1	0%	1	0%	2	0%
Chirurgie ophtalmologique	0	0%	0	0%	0	0%
Chirurgie ORL	18	3%	47	3%	65	3%
Chirurgie orthopédique	0	0%	1	0%	1	0%
Chirurgie du rachis	3	0%	5	0%	8	0%
Chirurgie thoracique	2	0%	14	1%	16	1%
Chirurgie urologique	151	22%	611	38%	762	33%
Chirurgie vasculaire	27	4%	107	7%	134	6%
Court séjour gériatrique	12	2%	16	1%	28	1%
Diabétologie	2	0%	7	0%	9	0%
Dialyse	0	0%	1	0%	1	0%
Hospitalisation à Domicile	0	0%	0	0%	0	0%
Hépto-gastro-entérologie	180	26%	207	13%	387	17%
Médecine interne	6	1%	11	1%	17	1%
Néphrologie	15	2%	45	3%	60	3%
Oncologie	4	1%	16	1%	20	1%
Pneumologie	11	2%	43	3%	54	2%
Psychiatrie	0	0%	1	0%	1	0%
Réanimation	1	0%	19	1%	20	1%
Rhumatologie	6	1%	5	0%	11	0%
Soins de Suite et Réadaptation	0	0%	7	0%	7	0%
Unité d'Etude et de Traitement de la Douleur	0	0%	1	0%	1	0%
Unité de Soins Continus	3	0%	6	0%	9	0%
Unité de Soins Continus de Cardiologie	1	0%	1	0%	2	0%
Unité de Soins de Support et d'accompagnement	1	0%	0	0%	1	0%
Valeur absente	2	0%	4	0%	6	0%

VU

NANCY, le 21 août 2017

Le Président de Thèse

Professeur Francis GUILLEMIN

NANCY, le 1<sup>er</sup> septembre 2017

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9970

NANCY, le 5 septembre 2017

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

---

**RÉSUMÉ :**

Le médecin généraliste, médecin de premier recours peut faire face à des difficultés de gestion des soins non programmés. En effet, si les urgences vitales sont transférées vers des services d'accueil des urgences surchargés et si les patients ne présentant aucun signe de gravité se plient aux délais d'obtention de rendez-vous spécialisés, certaines situations intermédiaires nécessitent des actes diagnostiques ou thérapeutiques dans un délai plus court. La problématique d'accès à l'offre hospitalière, liée notamment à des difficultés de communications entre les différents praticiens, rend l'orientation de ces patients complexe. Face à ce constat, les Hôpitaux Privés de Metz ont créé le Relais Ville – Hôpital (RVH) en mars 2014. Son objectif est de renforcer et d'optimiser les liens avec les médecins correspondants de ville et d'assurer une réponse adaptée et réactive à leurs demandes.

Notre étude propose d'évaluer l'intérêt d'un service de ce type pour la médecine générale à travers la description de son fonctionnement et l'analyse de son image auprès des médecins généralistes.

La population source regroupe 297 médecins généralistes libéraux du bassin messin. 79 réponses ont été enregistrées. Parmi les 68 praticiens connaissant le RVH, 95,8% sont satisfaits de la prise en charge de leurs patients, et 93,8% louent sa rapidité. En outre, plus de 75% des médecins estiment que ce service a modifié la prise en charge globale de leur patient et la prise en charge des soins non programmés. D'ailleurs, 95,4% des médecins répondus, recommanderaient le service à leurs confrères. Cependant, l'analyse du fonctionnement du service montre qu'un grand nombre de patients se présente de leur plein gré, ne respectant pas le postulat de base du RVH à savoir le nécessaire contact entre les médecins adresseurs et celui du RVH avant un transfert.

Ce travail a permis de mettre en évidence l'intérêt d'un tel service et les améliorations qui pourraient y être apportées.

Afin d'améliorer la relation ville – hôpital, en élargissant les possibilités d'orientation des patients dans le cadre des soins non programmés, la création de services du même type dans des structures dépourvues de Service d'Accueil des Urgences aurait un impact positif sur la pratique de la médecine générale. Ces créations pourraient s'inscrire dans un projet d'amélioration de la coordination entre la médecine hospitalière et libérale et la diversification de l'offre de soins non programmés.

---

**TITRE :**

**The City – Hospital Link: innovative department in Metz Private Hospital.**

Study about general practitioners satisfaction from those hospital department's creation

---

**THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2017**

---

**MOTS CLES :**

Soins non programmés - Hospitalisation directe - Programmation d'une hospitalisation – Relation interprofessionnelles - Communication - lien ville – hôpital - Parcours de soins

---

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE**

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

---