Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année 2019

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
Le 07/02/2019 à Poitiers
par Mlle Lore-Hélène GERBAUD.

Etude de la relation entre les médecins généralistes et l'hôpital de Rochefort, quels moyens de communication pour optimiser la prise en charge ?

COMPOSITION DU JURY :

Président : **Monsieur le Professeur BINDER Philippe**

Membres : **Monsieur le Docteur BRABANT Yann**
Monsieur le Docteur PARTHENAY Pascal

Directeur de thèse : **Monsieur le Docteur TOURANCHEAU Nicolas**

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie **(retraite 09/2019)**
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale **(retraite 09/2019)**
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en détachement)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie **(retraite 09/2019)**
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation **(en mission 1 an)**
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie **(en mission 1 an)**
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie **(pas avant janvier 2019)**
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe **BINDER,**
Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et de juger mon travail, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Yann **BRABANT,**
Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de votre présence, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Pascal **PARTHENAY,**
Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail aujourd'hui, soyez assuré de ma gratitude et de tout mon respect.

A mon directeur de thèse, Mr le Docteur Nicolas **TOURANCHEAU**,
Je te remercie de m'avoir confié cette thèse, qui concrétise la fin de mes études médicales. Merci de m'avoir fait confiance pour ta première supervision de thèse, merci pour ton soutien, et tes conseils.

A tous les médecins généralistes ayant participé aux entretiens. Merci de nous avoir permis de réaliser ce travail.

A Alexandre,
A nos 8 ans, de loose, de galère, mais aussi et surtout de bonheur… Merci pour ta gentillesse et ton amour de tous les jours. Tu m'as tant apporté, merci d'être ce que tu es, merci pour tout.

A ma famille,
Pour tout ce que vous m'avez apporté et que vous m'apportez encore et encore... Merci à toi papa pour ta sagesse inconditionnelle. Merci à toi maman pour ton brin de folie qui met toujours de bonne humeur. Merci pour toute votre aide et tout votre soutien pendant toutes ces années. Merci à Marie-Anne et Charles, toujours bienveillant envers nous, merci pour tout. Merci à toi Julie, pour toutes ces belles années ensemble et toujours :).

A ma belle-famille,
Merci pour votre joie de vivre et pour tous ces moments ensembles ! Que du bonheur !

A mes amis de toujours,
Kartic, Sofian, la sixième c'est loin… ! A notre année des 30 ans… ! Le temps passe et rien ne change !! Merci pour cette belle amitié et tous ces supers souvenirs et… Ce n'est pas fini !

A mes amis de la fac,
Merci à Anaïs (Merci pour ta précieuse aide… Vraiment un grand merci !), à Marion, à Maité, à Alice : les copines de travail, les copines de voyage, les copines de soirées, les copines de galères, mais surtout les copines pour toujours… La distance et nos choix de vie n'ont fait que rendre notre amitié toujours plus forte.

A ces merveilleuses rencontres pendant l'internat,
Merci à Sophie, merci pour ta bonne humeur et ton aide pendant cette thèse, merci à maman Chloé, à Mathos et bien sûr, merci à Maxime, Alexis et Antton de nous supporter… !
A Maxine et à Christophe, hommage à nos poules (bien sûr) Ginger et Babette et, à Berneuil, à la maison de Laboule ! Ambiance assurée !
A Marion et Julien, à ces fameux stages d'internats inoubliables ! Merci à tous les deux pour ces bons souvenirs.
A Déborah et Doudou, les deux amoureux de la pédiatrie :), merci pour cette belle amitié.

A Momo ma pépite,
A Anaïs, à ta bienveillance et ton courage,

Et à tous ceux qui ne sont plus là mais qui comptent tant…

SOMMAIRE

ABREVIATIONS……8

I) INTRODUCTION……9

II) GENERALITES……10
a) Rôle du médecin généraliste selon la WONCA……10
b) Présentation de la ville de Rochefort et de son hôpital……12
i) La ville de Rochefort……12
ii) L'hôpital de Rochefort……13
c) Démographie médicale sur le territoire de Charente Maritime……17
i) Typologie du bassin de vie et démographie médicale……17
ii) Groupements hospitaliers territoires……20
d) Relation ville hôpital……21
i) Sur le plan législatif……21
ii) Sur le plan déontologique……23
- Le secret médical……23
- Le dossier professionnel……23
- La relation et la communication entre les professionnels……23
iii) Données actuelles……24

III) MATERIEL ET METHODE……28
a) Type d'étude……28
b) Questionnaire……28
c) Population étudiée……28
i) Critères d'inclusion……28
ii) Critères d'exclusion……28
d) Recueil des données……29
i) Modalités de recueil……29
ii) Période de recueil……29
e) Analyse statistique……29

VI) RESULTATS……30
a) Caractéristiques générales de la population……30
b) Communication médecin généraliste - hôpital……32
c) Communication hôpital - médecin généraliste……37

VI) DISCUSSION……43
a) Discussion de la question principale……43
b) Discussion du travail……43
i) Schéma d'étude……43
ii) Population étudiée……43
iii) Recueil des données, points forts et points faibles de l'étude……43
c) Discussion des résultats et comparaison avec d'autres travaux……45

VII) CONCLUSION……51

VIII) BIBLIOGRAPHIE……53

IX) ANNEXES……57
a) Questionnaire……57
b) Réponses et commentaires des médecins généralistes……61

X) RESUME……73

XI) SERMENT……74

ABREVIATIONS :

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BNP : Peptides natriurétiques de type B

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

CRP : Protéine C Réactive

CSP : Code de la Santé Public

DMP : Dossier Médical Personnel

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GHT : groupements hospitaliers de territoires

HAD : Hospitalisation à Domicile

HPST : Hôpital Patients Santé et Territoire

IDM : Infarctus Du Myocarde

IRSA : Institut Inter Régional de la Santé

LTD : Lignes téléphoniques directes

MS : Messageries sécurisées

PH : Professeur Hospitalier

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

UNV : Unité Neuro Vasculaire

I) INTRODUCTION

Au cours de mon cursus d'interne, j'ai pu réaliser des stages en milieux hospitaliers, mais également au sein de cabinets de médecine générale. Ces stages ont pu me faire prendre conscience des difficultés de communication qui existent entre ces deux structures. Pourtant, elles sont complémentaires, et donc amenées à échanger en permanence des informations médicales.

La communication médicale a fortement évolué au fil du temps, notamment avec les avancées sur le plan législatif, déontologique, mais également avec le développement considérable ces dernières années dans le domaine de la technologie (internet, téléphone portable, fax …) créant alors une forte influence sur la qualité des échanges entre les différents intervenants.

De nombreuses études ont été menées en France (1) (2) (3)(4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) mais aussi à l'étranger (15) (16) (17) portant sur les relations et la communication existantes entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers.

A ce jour, il n'y a pas d'étude sur ces relations entre l'hôpital de ROCHEFORT et les médecins généralistes exerçant sur ce territoire.

De ce fait, ayant effectué un stage hospitalier en médecine polyvalente au CH de ROCHEFORT et mon stage de médecine générale de niveau 1 à proximité de cet hôpital, j'ai choisi de faire ma thèse sur l'étude de la relation complexe qui unit l'hôpital de Rochefort et les médecins généralistes exerçant sur le bassin couvert par l'hôpital de Rochefort.

L'objectif principal de l'étude est, via le recueil du point de vue des médecins généralistes exerçant sur le périmètre du SMUR de Rochefort et l'hôpital de Rochefort, de définir les axes d'améliorations possibles dans le domaine de la communication, afin de trouver les éléments qui pourrait optimiser les échanges entre les professionnels.

II) GENERALITES

a) Rôle du médecin généraliste selon la WONCA :

Des publications de la WONCA (18), à la reprise par les propositions du Collège national des généralistes enseignants (CNGE) (19) en passant par la « loi Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST) (20), les rôles et fonctions du médecin généraliste français ont été définis et publiés à plusieurs reprises.

La WONCA Europe (Société Européenne de Médecine générale-Médecine de famille), branche régionale de l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA) a défini en 2002 la discipline « médecine générale-médecine de famille » en tant que discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques dont la spécialité clinique est orientée vers les soins primaires.

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

Elle donne onze recommandations de la médecine générale :

1) 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.
2) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
3) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
4) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
5) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
6) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.

7) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
8) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
9) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
10) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
11) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Les caractéristiques centrales qui définissent la discipline se rapportent aux capacités ou habiletés que chaque médecin de famille spécialisé doit maîtriser.
Ainsi, ces caractéristiques peuvent être rassemblées en six compétences fondamentales :

1) La gestion des soins de santé primaires
2) Les soins centrés sur la personne
3) L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes
4) L'approche globale
5) L'orientation communautaire
6) L'adoption d'un modèle holistique

Ces compétences essentielles requises pour un médecin généraliste décrites précédemment donnent une idée de la nécessité d'une bonne entente et accessibilité entre les différents professionnels.

Elles ont été décrites par le Collège National des Généralistes Enseignants :
- PREMIER RECOURS, URGENCES : Capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, son sexe, ou toute autre caractéristique, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.
- CONTINUITE, SUIVI, COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT : Capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.
- EDUCATION, PREVENTION, DEPISTAGE, SANTE INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE : Capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.
- APPROCHE GLOBALE, PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE : Capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engel, etc.) quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de Médecine Générale.
- RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT : Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.
- PROFESSIONNALISME : Capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

Apparait ensuite, la loi HSPT du 21 juillet 2009 (20), que nous approfondirons plus tard et qui reprend ces compétences dans l'article 36 « Art. L. 4130-1 » en définissant les « missions du médecin

généraliste de premier recours » et redéfinit le rôle essentiel du médecin généraliste dans la prévention, l'éducation et de dépistage. Il « contribue à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé ». C'est lui qui « oriente ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social, s'assure de la coordination des soins nécessaires à ses patients, veille à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient et s'assure de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ».

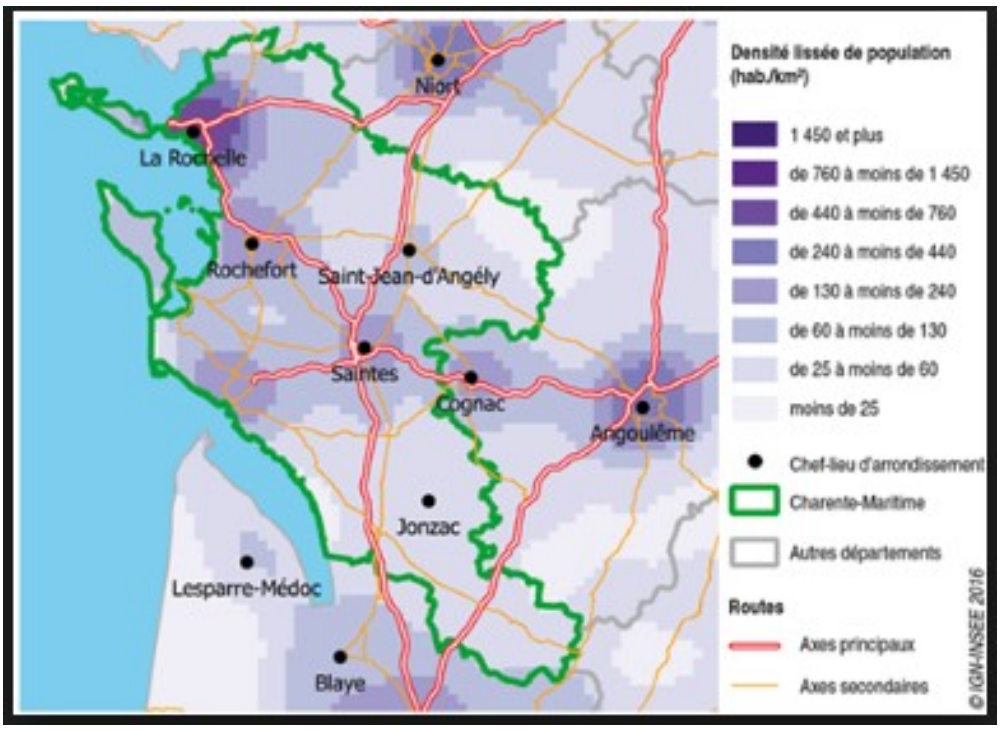
Ainsi, ces caractéristiques de la médecine générale placent le médecin généraliste comme premier interlocuteur du patient et exerce alors un rôle fondamental de « pivot » dans le parcours de soin du patient. Il assure la coordination des soins en entrant en communication avec différents intervenants, afin de prendre une décision adaptée au patient. D'une part, via l'avis spécialisé qu'il requiert pour une prise en charge optimale, et, d'autre part, de son point de vue, il permet d'évaluer si cette prise en charge « protocolaire » est bien adaptée au patient compte tenu de la connaissance de son environnement biopsychosocial. Une communication optimale est donc le pilier d'une bonne prise en charge du patient, d'où l'importance d'échanges fluides entre la médecine de ville et la médecine hospitalière qui sont deux structures qui se doivent d'être solidaires l'une envers l'autre.

b) Présentation de Rochefort et de son hôpital :

i) La ville de Rochefort :

La ville de Rochefort est située dans le département de la Charente-Maritime (région Nouvelle-Aquitaine) et se trouve au carrefour des autres grandes villes du département : La Rochelle, au nord, Royan, au sud et, à l'est et sud-est, la ville est entourée de Saint-Jean-d'Angély et Saintes.
Par sa population d'environ 25 000 habitants (21), elle est troisième ville de Charente-Maritime (après la Rochelle puis Saintes) et doit sa création en 1666, à l'implantation d'un arsenal maritime et militaire. Depuis le départ de la Marine nationale, elle s'efforce de se reconvertir en ville touristique grâce à ses musées, sa vie culturelle, et sa station thermale qui fait d'elle la sixième ville thermale de France. Elle est également le deuxième pôle industriel de Charente-Maritime via d'une part son port de commerce encore actif sur la Charente, mais aussi par sa principale activité de construction en aéronautique et en plasturgie.

Carte n°1 : Densité de la population en Charente-Maritime 2016 (https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908390).



Son organisation de soins prend une allure particulière notamment par son interaction avec l'île d'Oléron, dont la population est multipliée par huit l'été compte tenu de sa forte attractivité touristique. De ce fait, depuis le début des années 80, une équipe de SMUR du centre Hospitalier de Rochefort est basée sur l'île pendant la période estivale (juillet et août).

ii) L'hôpital de Rochefort :

L'hôpital de ROCHEFORT a été fondé initialement au cœur du centre-ville en 1733 par l'abbé Charles JOUVENON puis a été délocalisé en 2011, en périphérie de la ville pour prendre alors le nom « d'hôpital BELIGON ». Il se situe au cœur d'un nœud routier important, et notamment à la jonction de l'autoroute A837 reliant Saintes et La Rochelle. Le choix de cet emplacement a été renforcé par la volonté de faire de ce nouvel établissement le centre d'un futur pôle de santé voué à prendre de l'ampleur.

Cartes n°2 : Géographie de la Charente-Maritime
(https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908390).

La fondation de ce nouvel établissement s'est avérée nécessaire, face à une population vieillissante, et précaire.

L'hôpital compte à ce jour 470 lits :
- 232 lits d'hospitalisation complète
- 26 places d'hospitalisation de jour
- 60 lits de SSR (dont 5 pour les états végétatifs chroniques)
- 50 lits d'USLD
- Un EHPAD de 96 lits (dont 2 lits d'hébergement temporaire) et 6 places d'Accueil de jour

Il est organisé en sept pôles :

1) Médecine :
- Médecine aigue gériatrique
- Médecine interne et hématologie
- Médecine polyvalente
- Infectiologie
- Centre Gratuit d'Information de dépistage et de Diagnostic des IST (CEGIDD)
- Unité de médecine ambulatoire
- Equipe Mobile d'Evaluation Gériatrique (EMEG)
- Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire
- Equipe Mobile de Soins Palliatifs

2) Chirurgie Hépato-Gastro-Entérologie :

- Chirurgie viscérale
- Urologie
- Chirurgie bariatrique
- Chirurgie orthopédique et traumatologique
- Hépato-Gastro-Entérologie
- Equipe de Liaison et de Soin en Addictologie (ELSA)
- Centre de soins, d'Accompagnement et de prévention en Addictologie (CSAPA)

3) Cardiologie Pneumologie Urgences et consultations :

- Urgences, SMUR, Hospitalisation de Très Courte Durée, Surveillance Médicale Continue

Carte n°3 : Zone délimitée par le SMUR de Rochefort.

- Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- Pneumologie
- Cardiologie
- Les consultations sont assurées par les spécialistes de l'hôpital de Rochefort, sauf pour certaines spécialités non présentes sur l'hôpital, où ce sont alors les spécialistes de la Rochelle qui viennent effectuer les consultations sur place (endocrinologue, chirurgien du rachis, stomatologue etc…).

4) Gérontologie :

- Soins de Suite et Réadaptation et Etat Végétatif Chronique
- Médecine Gériatrique Spécialisée
- Unité de Soins de Longue Durée
- EHPAD et Accueil de jour gériatrique
- Hôpital de jour gériatrique

5) Médico-Technique :

- Biologie
- Hématologie
- Bactériologie
- Imagerie :

L'hôpital dispose d'un équipement lourd en partage avec l'IRSA dans le cadre d'un G.C.S. :

- 2 scanners
- 2 IRM partagés avec le privé

6) Plateau Technique Chirurgical :

- Anesthésiologie
- Chirurgie ambulatoire

7) Femme-Enfant :

- Pédiatrie, Néonatalogie, Urgences Pédiatriques
- Gynécologie-Obstétrique

Au total, il existe un bloc opératoire composé de sept salles, dont une réservée pour les césariennes d'urgence, ainsi qu'une salle de bloc aseptique et une salle d'endoscopie.

c) Démographie médicale sur le territoire de Charente-Maritime :

i) Typologie du bassin de vie et démographie médicale

Figure n°1 : Pyramide des âges de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'ordre en 2007 à l'échelle de la France (Atlas régional CNOM 2017).

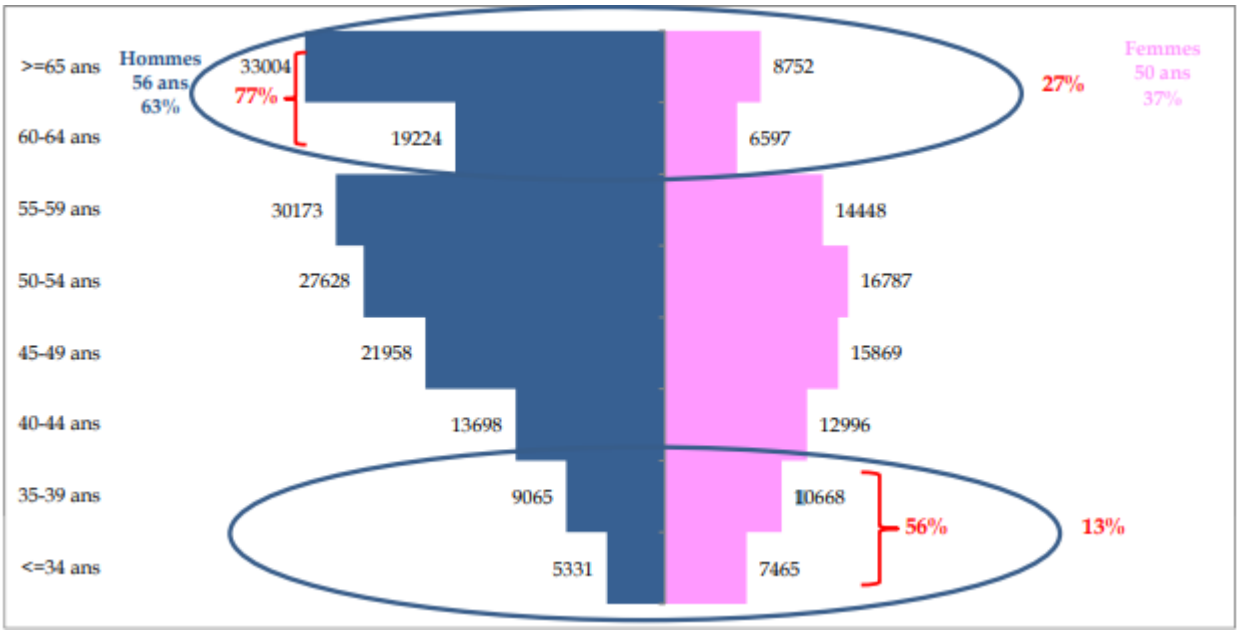
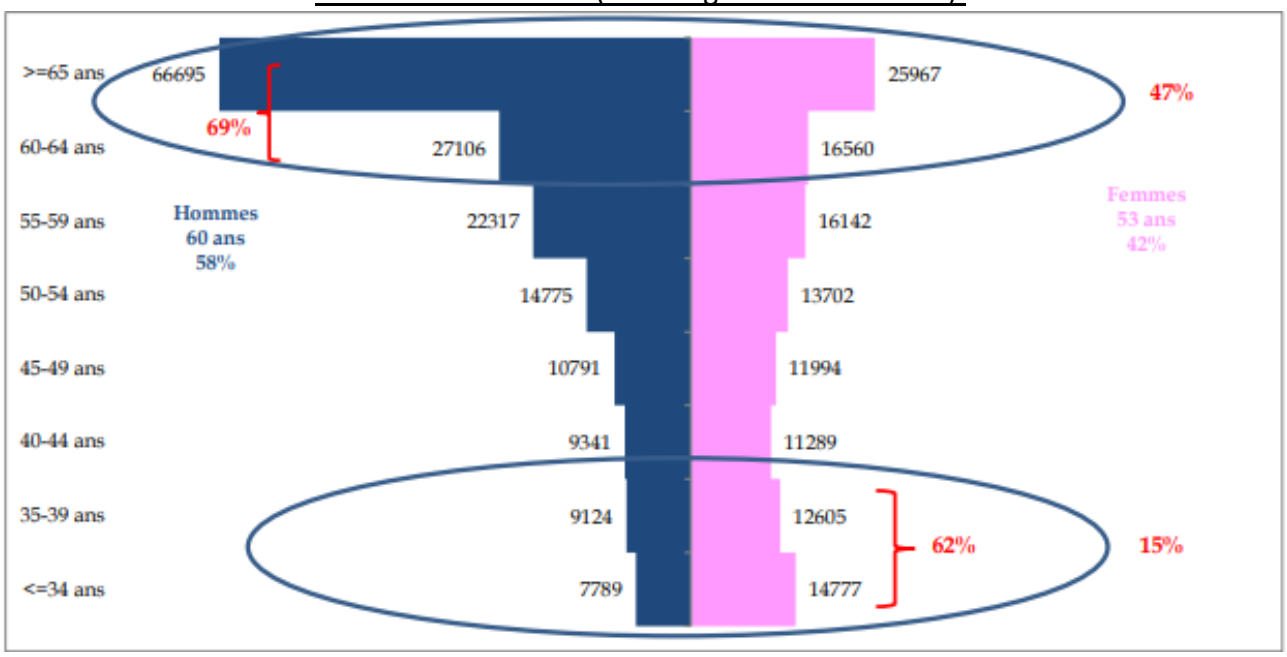
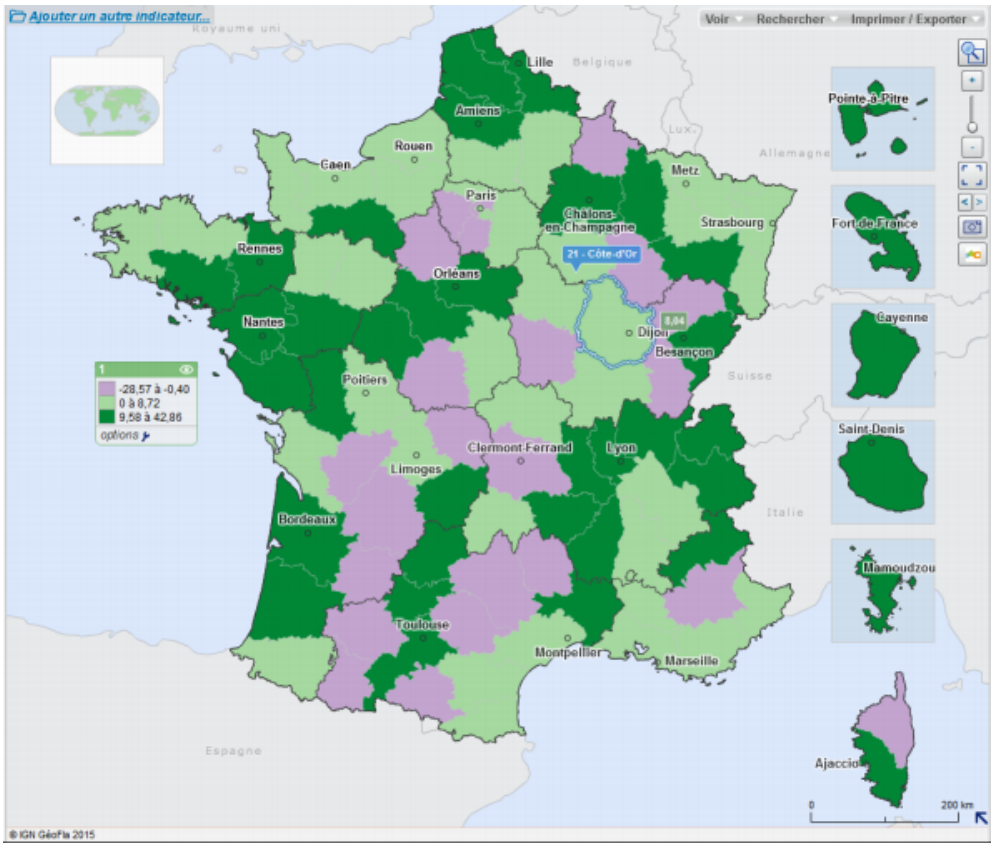


Figure n°2 : Pyramide des âges de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'ordre en 2017 à l'échelle de la France (Atlas régional CNOM 2017).



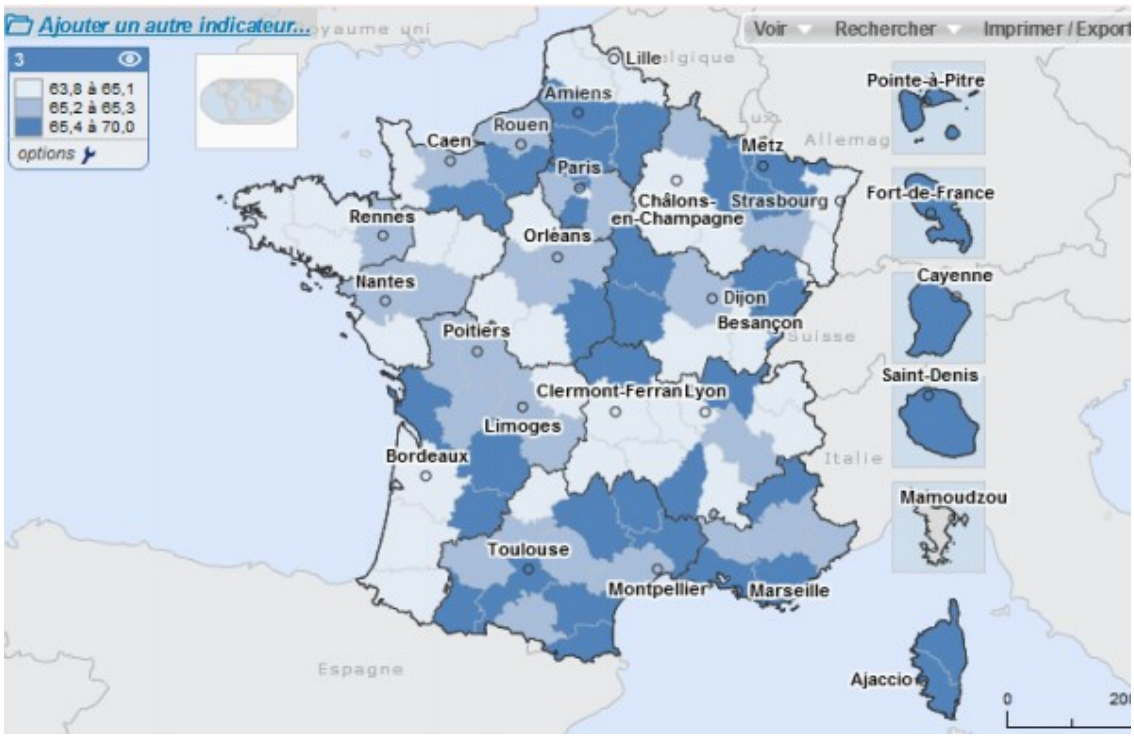
Les schémas ci-dessus témoignent du vieillissement important, ainsi que de la féminisation des médecins en 10 ans sur le territoire de Charente-Maritime. Il montre également les conséquences de l'apparition du numérus clausus de 1971 avec une diminution du nombre de médecins.

Carte n°4 : Variation des effectifs des spécialistes chirurgicaux sur la période de 2010/2017 (Atlas régional CNOM 2017).



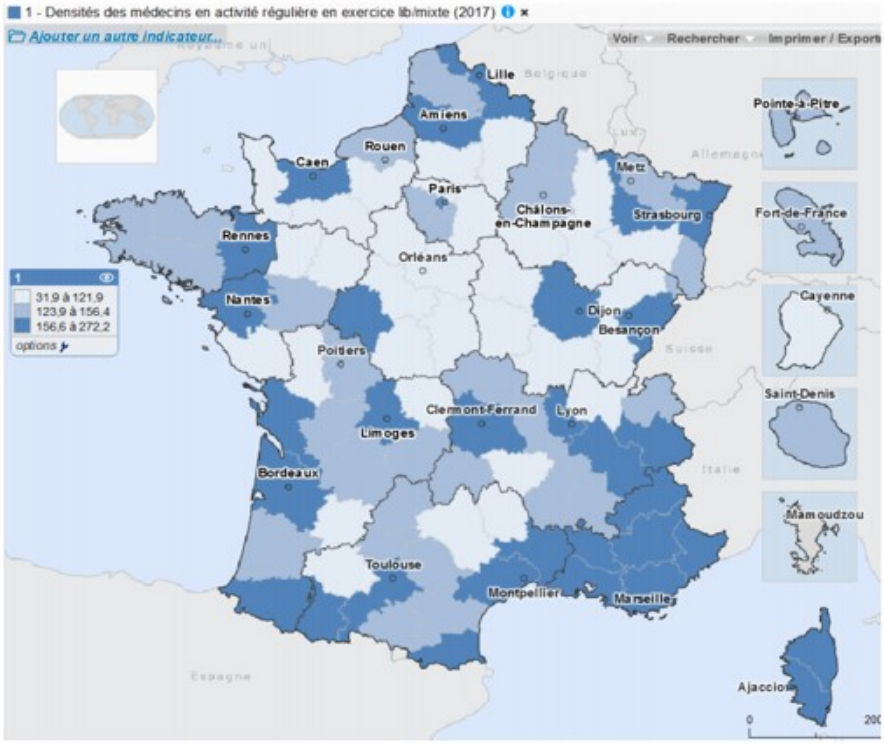
Le nombre de spécialistes chirurgicaux est resté stable en 10 ans sur le territoire de Charente-Maritime.

Carte n°5 : Moyenne d'âge de départ à la retraite chez les médecins libéraux (Atlas régional CNOM 2017).



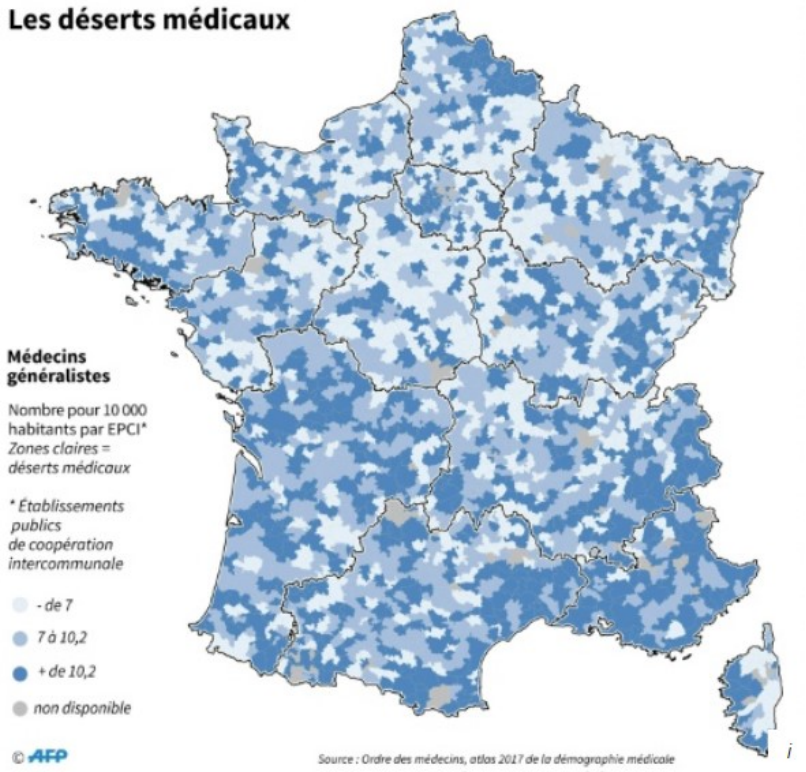
La moyenne d'âge de départ des médecins libéraux en Charente-Maritime est de 65.4 à 70.0 ans en Charente-Maritime.

Carte n°6 : Densités des médecins en activité régulière et en exercice libéral et mixte (Atlas régional CNOM 2017).



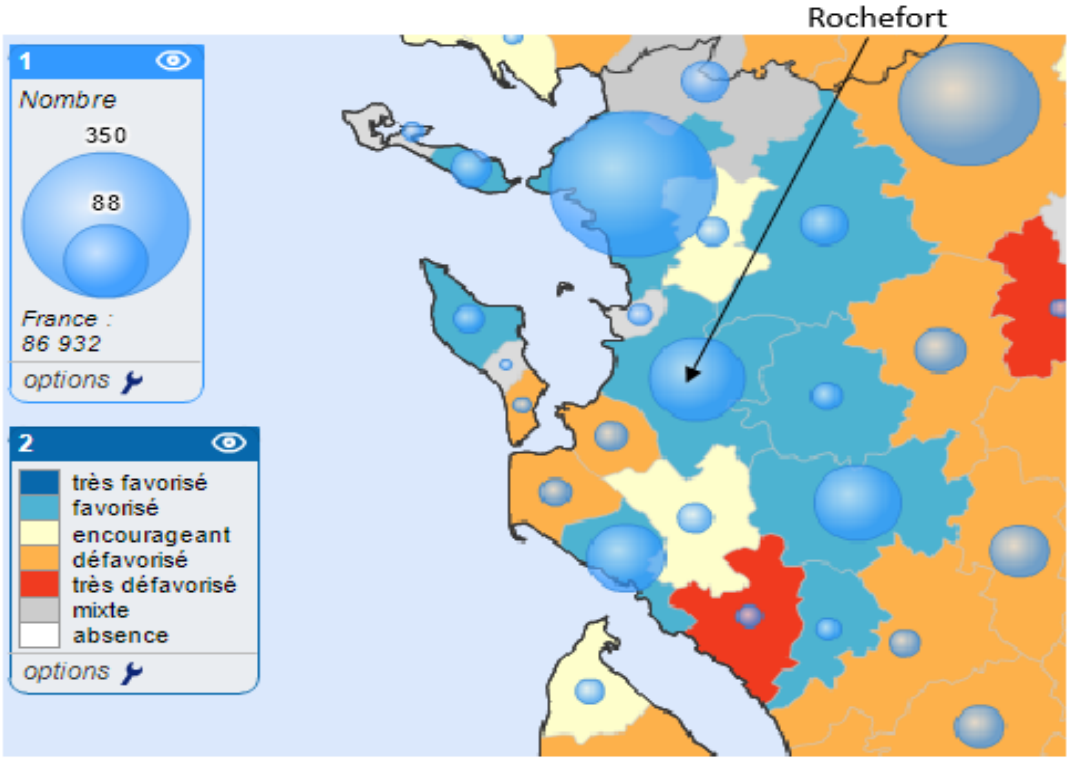
La densité des médecins, en activité régulière et en exercice libéral et mixte, n'est pas défavorisée par rapport au reste de la France.

Cartes n°7 : Carte des déserts médicaux 2017
(Atlas régional CNOM 2017).



La région Poitou-Charentes fait partie des huit régions qui ont une densité médicale supérieure à la moyenne.

Carte n°8 : Médecins généralistes tous modes d'exercices en activité régulière en 2018 (Cartographie interactive CNOM 2018).



La zone du territoire du SMUR de Rochefort est composé de territoires très inégaux en termes de densité de médecins généralistes.

ii) Les groupements hospitaliers territoires :

A été créé en 2011 la « Communauté Hospitalière de Territoire Atlantique 17 » (CHT) réunissant l'ensemble des établissements publics du territoire de santé de Charente-Maritime Nord. Elle regroupe le Groupe Hospitalier de la Rochelle Ré-Aunis (GHLRRA), le Centre hospitalier de Rochefort, le centre hospitalier de Marennes et le centre hospitalier de Saint-Pierre d'Oléron. La création de cette coopération a permis la mise en place d'une gouvernance commune dont le but est de faciliter le parcours de soins du patient, en renforçant la proximité de l'offre de soins, et en permettant d'accéder à des consultations avancées. On retrouve le développement d'équipes médicales communes (notamment entre La Rochelle et Rochefort) pour pallier ce besoin (22).

Puis, la loi santé de 2016 (23) a permis de compléter ce mode de coopération entre les établissements publics de santé, à l'échelle d'un territoire, via la création des Groupements Hospitaliers territoires (GHT).

Le GHT est un dispositif conventionnel, obligatoire, et qui concerne les établissements publics de santé au sein d'un même territoire, par lequel « ils s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé » (24). Le principe est surtout d'inciter les établissements de santé à se coordonner et à mutualiser leurs équipes médicales, afin de mieux organiser les prises en charge, territoire par territoire. Il existe alors un projet médical partagé, élaboré afin que « les établissements de santé soignent mieux et à moindre coût » (24). Ainsi apparait l'émergence du « Groupement Hospitalier de Territoire Atlantique 17 » qui regroupe alors, le Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis, établissement support, le Centre hospitalier de Rochefort, le Centre hospitalier de Saint-Pierre

d'Oléron et le Centre hospitalier de Marennes. Il est mis en place des mesures, telles que le renforcement de filières de soins territorialisées, la consolidation d'une filière gériatrique de territoire, le pilotage du projet territorial en santé mentale, une stratégie de qualité commune, et la mise en œuvre de projets médico-technique communs. Le GHT évolue et depuis le mois de Novembre 2018, la direction est désormais commune entre les centres de la Rochelle et Rochefort.

d) Relation ville hôpital :

i) Sur le plan législatif :

- La loi hospitalière de 1970 (25), donne les premiers élans du lien ville-hôpital, en pourvoyant l'accès aux praticiens non hospitaliers, à l'aide technique apportée par l'hôpital publique, mais aussi en favorisant les missions d'enseignement de l'hôpital à l'égard des praticiens de ville.

- La loi de juillet 1991 (26), est le premier texte de loi qui évoque, pour les établissements de santé, la création des schémas régionaux d'organisation des soins. Cette loi ne fait pas directement référence à la relation ville-hôpital mais incite cependant les services publics hospitaliers à « participer, avec les médecins traitants[...] à l'organisation des soins coordonnés au domicile du malade ». Cela s'effectue dans un contexte de restriction budgétaire incitant à effectuer des actes de moindre coût. C'est alors qu'apparait l'émergence d'alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, telle que la chirurgie ambulatoire ou encore l'hospitalisation à domicile, ayant un impact important sur la pratique des médecins généralistes, qui prennent alors le relais de l'information de l'hôpital.

- La loi du 4 mars 2002 (27), dite également loi Kouchner, marque une évolution importante de la place du patient au sein du système de soins et le rend participatif : « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ». Cette loi rend également l'accès au dossier médical possible par le patient, incitant à plus de transparence.

- La réforme de l'assurance maladie du 13 Août 2004 (28), met en avant le rôle central du médecin généraliste qui devient le « chef d'orchestre » du parcours de soins du patient. Chaque patient sera tenu de choisir un médecin traitant, qui sera responsable de la cohérence de son parcours médical. Il sera alors évoqué également pour la première fois, la notion du **« dossier médical personnel »,** qui doit être géré par le médecin traitant, qui assurera la concentration des données propres au patient. Ainsi, dans cette logique du suivi d'information, émerge alors l'obligation légale à ce que le nom du médecin traitant soit indiqué sur le dossier hospitalier tissant un lien direct entre la ville et l'hôpital.

- Dans la suite de cette dynamique, la loi Hôpital Santé Patient Territoire de Juillet 2009 (29) définit, pour la première fois, la médecine générale de premier recours. Le médecin généraliste est défini comme un acteur majeur dans l'organisation de « l'offre de soin ambulatoire ». Il organise l'accès et l'orientation du patient dans le système de santé, mais gère également la coordination, la synthèse et le suivi global des patients. Le but est le rapprochement entre l'hôpital, le médecin généraliste et le patient qui est au cœur de la prise en charge.

- Selon l'article 3 du décret n°74-230 du 7 mars 1974 relatif à la communication du dossier des malades hospitalisés ou consultants des établissements hospitaliers publics (30) : « Sous réserve de l'accord du malade, le chef du service hospitalier concerné adresse au médecin (ou à la sage-

femme) désigné par le malade ou sa famille, par voie postale et dans un délai maximum de huit jours suivant la sortie du malade, une lettre l'informant de cette sortie, résumant les observations faites, les traitements effectués ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre et lui précisant le lieu, les jours et heures auxquels il lui sera possible de prendre connaissance du dossier de l'intéressé. »

- Selon l'article R710-2-6 du décret n°92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) (31) :

« A la fin de chaque séjour hospitalier, les documents mentionnés au II de l'article R. 710-2-1, ainsi que tous autres jugés nécessaires, sont adressés dans un délai de huit jours au praticien que le patient ou son représentant légal aura désigné afin d'assurer la continuité des soins. Il est alors établi des doubles de ces mêmes documents qui demeurent dans le dossier du patient. »

- Selon l'article R710-2-7 du décret n°92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) (32) :

« Dans tous les cas, le directeur de l'établissement veille à ce que toutes mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical conformément aux règles définies ci-dessus. »

Ainsi, par ces différents articles, on retrouve une réelle volonté d'établir un maintien de la communication entre l'hôpital et le médecin généraliste.

Cependant, la difficulté de la mise en place d'un travail collaboratif se manifeste par l'échec, malgré plusieurs années d'essai, de la première tentative de mise en place du **« dossier médical personnel »**, lancée par la réforme de l'assurance maladie du 13 Août 2004 (28), compte tenu d'un faible nombre d'utilisateurs.

- De ce fait, la loi santé de 2016 dont la version a été consolidée le 18 Novembre 2018, relance dans l'article 96 (33) **« le dossier médical personnel »** appelé alors **« le dossier médical partagé ».** Il s'agit alors d'une sorte de carnet de santé informatisé, pouvant être ouvert à chaque bénéficiaire de l'assurance maladie. Il a pour but de regrouper toutes les informations concernant la santé d'un patient et de les partager entre les professionnels consultés. C'est le patient qui choisit quel médecin ou quel établissement pourra avoir accès à son DMP pour soit le consulter, soit l'alimenter. Le déploiement a été organisé par la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie), qui a mis en place l'expérimentation dans 9 départements pilotes représentatifs du territoire français (Bas-Rhin, Pyrénées Atlantiques, Côtes d'Armor, Doubs, Haute Garonne, Indre et Loire, Puy de Dôme, Somme et Val de Marne) fin 2016 (34). Ce nouveau dossier est décrit comme un « dossier médical numérique destiné à favoriser la prévention, la qualité et la continuité, la prise en charge coordonnées des soins des patients » (35). Il a pour but notamment de permettre aux professionnels de santé de partager des données de manière sécurisée dans le but de mieux coordonner les soins. Il marque la réelle la volonté de fluidifier la relation ville-hôpital pour améliorer le parcours de soins. Les résultats récents sont positifs, puisque depuis la création et jusqu'en juillet 2018, 500 000 DMP ont été recensés.
En novembre 2018, est lancée alors, la phase de déploiement national du DMP.

ii) Sur le plan déontologique :

1) Le secret médical :

- Selon l'article 4 (article R.4127-4 du CSP) du Code de déontologie Médicale 2017 (36) :

« Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

- Selon l'article 72 du code de déontologie médicale 2017 (article r.4127-72 Du CSP) (37) :

« Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle. »

2) Le dossier professionnel ou fiche d'information tenu par le médecin :

- Selon l'article 45 (article r.4127-45 Du CSP) (38) :

« I. — Indépendamment du dossier médical prévu par la loi, le médecin tient pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers. Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.

II. — A la demande du patient ou avec son consentement, le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins. Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant. »

3) La relation et communication entre les professionnels :

- Selon l'article 56 du Code de Déontologie Médicale, relatif à la confraternité (39) :

« Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'Ordre. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité »

- Selon l'article 60 du Code de Déontologie Médicale (article R.4127-60 du CSP) (40) :

« Le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent ou accepter celle qui est demandée par le malade ou son entourage. Il doit respecter le choix du malade et, sauf objection sérieuse, l'adresser ou faire appel à tout consultant en situation régulière d'exercice. S'il ne croit pas devoir donner son agrément au choix du malade, il peut se récuser. Il peut aussi conseiller de recourir à un autre consultant, comme il doit le faire à défaut de choix exprimé par le malade. A l'issue de la consultation, le consultant informe par écrit le médecin traitant de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions en en avisant le patient. »

- Selon l'article 62 du Code de Déontologie Médicale (article R.4127-62 du CSP) (41) :

« Le consultant ne doit pas de sa propre initiative, au cours de la maladie ayant motivé la consultation, convoquer ou réexaminer, sauf urgence, le malade sans en informer le médecin traitant. Il ne doit pas, sauf volonté contraire du malade, poursuivre les soins exigés par l'état de

celui-ci lorsque ces soins sont de la compétence du médecin traitant et il doit donner à ce dernier toutes informations nécessaires pour le suivi du patient. »

- Selon l'article 63 du Code de Déontologie Médicale (article R.4127-63 du CSP) (42) :

Code de Déontologie Médicale relatif à l'information entre médecins traitants en cas d'hospitalisation du patient :

« Sans préjudice des dispositions applicables aux établissements publics de santé et aux établissements privés participant au service public hospitalier, le médecin qui prend en charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le praticien désigné par le malade ou son entourage. Il doit le tenir informé des décisions essentielles auxquelles ce praticien sera associé dans toute la mesure du possible. »

- Selon l'article 64 du Code de Déontologie Médicale (article r.4127-64 Du CSP) (43) :

« Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade. Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères. »

Au-delà de l'aspect législatif et déontologique, la relation médecine de ville-hôpital a également été influencée par le développement technologique accru ces dernières années dans le domaine de la communication (internet, téléphone portable, fax…), modifiant la qualité des échanges entre les différents intervenants, comme le témoigne notamment le développement du DMP évoqué précédemment.

iii) Les données actuelles :

La thèse de G. HUBERT de 2006 (7), concernant la circulation de l'information médicale et l'évaluation du lien complexe ville-hôpital, montrait que 64% des médecins n'étaient pas prévenus de la sortie de leur patient. Il était rapporté que les médecins généralistes n'avaient que peu de contacts directs avec leurs collègues hospitaliers, et que 70% disaient ne pas se sentir associés au projet thérapeutique de leurs patients lorsqu'ils étaient hospitalisés. Ils évoquaient également, le problème du délai de réception des courriers jugé « trop long ».

Cela pouvait expliquer les résultats concernant leurs relations avec l'hôpital qu'ils qualifiaient de « bonnes » seulement pour 28% d'entre eux, suivi de « insatisfaisantes » pour 20% et de « distantes » pour 18%. Il était également évoqué que 84% des médecins interrogés avaient le sentiment dominant de ne pas exercer le même métier que leurs collègues hospitaliers, pouvant « très probablement maintenir un fossé entre ces deux populations médicales, et à brouiller leur communication ».

D'après la thèse de J. JOURDAIN menée en 2009 (8), et concernant la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de l'hôpital de Poitiers, il était retrouvé que les médecins rencontraient des difficultés à obtenir des informations lors de l'hospitalisation de leurs patients, de façon très régulière dans 29 % des cas, avec seulement certains services dans 45 % des cas, et rarement dans 24 % des cas. 66 % ne pouvaient pas obtenir facilement un avis auprès d'un médecin du CHU.

En ce qui concerne l'accès aux soins, on retrouvait 60 % d'insatisfaits, avec de manière plus détaillée, une majorité d'insatisfaits par rapport au délai de prise en charge, lors de la demande d'un rendez-vous en consultation (74 %) ou d'un examen complémentaire (68 %). Quant aux possibilités d'admissions directes dans les services, on trouvait 69% d'insatisfaits, alors que 60 % de médecins étaient satisfaits concernant le délai des prises en charge pour la demande d'hospitalisation.

Lors de la sortie d'une hospitalisation, 9% des médecins généralistes n'étaient jamais prévenus contre 64% dans la thèse précédente (7). Ils étaient souvent rapidement informés dans 32 % des cas, parfois rapidement informés dans 30 %, exceptionnellement dans 26 % des cas.

Cependant, concernant le compte rendu d'hospitalisation, il était toujours reçu seulement dans 8 % des cas. Il arrivait parfois à 53 % des médecins de ne pas le recevoir et exceptionnellement pour 39% des répondants. Son délai de réception n'était pas satisfaisant également pour 72 % d'entre eux, mais, en revanche 94 % appréciaient son contenu témoignant de l'intérêt ce compte rendu. Enfin, 31 % n'étaient pas associés à la planification de la sortie, 39 % rarement et 27 % seulement pour certains services.

Dans 60 % des cas, les médecins étaient globalement satisfaits de la continuité des soins entre leur cabinet et le CHU.

Cette thèse constatait que, malgré une satisfaction globale avérée de la part des médecins généralistes vis-à-vis du CHU de Poitiers, plusieurs attentes avaient été mises en évidence de leur part, avec notamment une demande d'une plus grande coordination, une meilleure intégration dans le processus de soins, ainsi qu'une amélioration de la communication avec le CHU.

Dans ce sens, on retrouvait dans la thèse d'A. BIDAULT DIALLO menée en 2013 (9) concernant les perceptions et attentes des médecins généralistes vis-à-vis du « dossier médical personnel » à Paris, qu'ils avaient une opinion favorable à son développement, manifestant une volonté de trouver des solutions afin d'améliorer la coordination des soins.

D'après la thèse de L. FABRE réalisée en 2014 (11) auprès de 121 médecins généralistes, concernant les attentes des médecins généralistes en midi Pyrénées sur la communication ville-hôpital, on retrouvait également une satisfaction majoritaire puisque 60 % des médecins généralistes se déclaraient plutôt satisfaits de leur relation avec les praticiens hospitaliers.

Parmi les points abordés sur la communication, on retrouvait deux moyens les plus souvent évoqués pour entrer en communication : le mail et le téléphone.

Le téléphone était le moyen préféré pour 60 % des médecins interrogés pour planifier l'hospitalisation et 50 % d'entre eux trouvaient également qu'il s'agissait du moyen le plus adapté pour avoir un avis médical spécialisé informel.

En ce qui concerne le mail, il en ressortait que 30% trouvait qu'une hospitalisation programmée par mail avec accusé de réception serait utile pour planifier l'hospitalisation. On retrouve également que pour plus de la moitié des médecins généralistes interrogés, le mail était défini comme le moyen préférentiel en ce qui concerne la transmission des informations au sujet de l'évolution clinique du patient (59.50%), la transmission des informations de sortie du patient hospitalisé (56.20 %) ainsi que pour recevoir le compte rendu de la sortie des urgences (54.55%).
En ce qui concerne la prise de rendez-vous, il en ressortait que pour 46.28 % des médecins généralistes, une nouvelle fois, le mail avec accusé de réception serait intéressant afin de fournir les données cliniques pour la prise de rendez-vous spécialisé. Il était également le moyen préférentiel en ce qui concerne le recueil de données d'information après une consultation spécialisée (52.07%), ou le passage dans un service des urgences (54.55%).

A noter que l'on retrouvait que, pour 57.85% des médecins généralistes, le délai souhaité afin de récupérer les courriers de sorties était d'un jour après une sortie d'hospitalisation dans un service et, pour 66.12% après un passage aux urgences. Cela témoigne alors de l'importance du désir de maintien d'un lien continue entre la ville et l'hôpital pour assurer la coordination. Ainsi, l'avis favorable des médecins généralistes, concernant la mise en place du « dossier médical personnel », évoqué dans la thèse précédente (9), va dans le sens de ces résultats, avec une demande d'échange direct et rapide avec le milieu hospitalier.

On retrouve à nouveau dans la thèse de M. SAILLIOL (10), menée en 2014 sur l'étude des relations entres les médecins généralistes de la région de Pau et son centre hospitalier de rattachement, des attentes vis-à-vis de l'amélioration de la communication.

Notamment pour les admissions directes dans les services spécialisés, qui étaient difficiles pour 79.7% des médecins généralistes interrogés, avec un contact téléphonique compliqué pour 63.1%.

Il en ressortait que 92.5%, n'étaient pas prévenus de la sortie de leur patient par téléphone mais 60.3% étaient informés de la sortie par courrier mais, avec un délai d'obtention de plusieurs semaines (79,7%) voire mois (26,8%). Ce qui restait variable selon les services.

En ce qui concernait le service des urgences, 51.9% des médecins généralistes étaient informés d'un passage et de la sortie de leur patient aux urgences. S'ils l'étaient, c'était principalement par courrier (81,4%) et peu par téléphone (10,3%). 51.3%, des médecins généralistes disaient avoir des documents concernant leur patient à la sortie des urgences. Il s'agissait le plus souvent du double de l'observation médicale (98,2%) et il y avait peu de résultats biologiques (47,3%) et peu de clichés radiologiques (15,4%). En revanche, les médecins généralistes semblaient globalement satisfaits de l'accessibilité téléphonique du service des urgences (78,8%).

Du point de vue des médecins généralistes, les principaux points à améliorer au niveau des urgences étaient à nouveau le retour d'information concernant la prise en charge des patients (65,9%), ainsi que les relations entre les médecins (54,3%). Il était évoqué les « problèmes de reconnaissance des médecins généralistes auprès des praticiens hospitaliers » par 9 médecins généralistes.

Cependant, contrairement à la thèse A. BIDAULT DIALLO (9), on retrouvait en ce qui concerne le « dossier médical personnel » que la plupart des médecins généralistes n'étaient pas favorables à sa création à l'heure actuelle pour 58,8%, mais avec pour arguments, des problèmes plutôt d'ordre logistique, par incompatibilité de leur logiciel avec le « dossier médical personnel » pour 25.6% d'entre eux, par manque de temps pour l'installer au cabinet médical pour 67,4%.

M. DELAHAYE a mené en 2015 une thèse (12) sur les apports des nouvelles technologies dans la relation ville hôpital en faisant un recueil auprès des médecins généralistes libéraux en périphérie des hôpitaux universitaires Paris-Ouest, rapportant à nouveau des difficultés de communications.

En effet, on retrouvait qu'en cas d'urgence, il était difficile de joindre un spécialiste hospitalier, puisqu'ils n'étaient accessibles que pour seulement 39 % des médecins ayant répondu au questionnaire, ce qui cependant, est bien moindre que les médecins des urgences, qui étaient joignables pour 69% des cas, et 82% pour le centre 15.

Parmi l'utilisation des différents modes de communication avec les médecins hospitaliers, on retrouvait que le téléphone était le moyen le plus utilisé puisque 45% des médecins avaient recours au téléphone, puis, apparaissait dans un second temps le courrier postal (39%), et enfin le courrier électronique (16%).

Quant à l'information délivrée par l'hôpital, 12% des médecins interrogés disaient la recevoir pour la totalité de leurs patients suivis à l'hôpital pour une pathologie chronique et/ou lourde, puis 35.3% pour plus de 75% de leurs patients, 27.5% pour 50 à 75% de leurs patients, 13.7% pour 25 à 50% de leurs patients, 9.8% pour moins de 25% de leurs patients, et enfin 2% rapportaient ne recevoir aucune information. Il en était de même pour la sortie d'hospitalisation, 59% étaient prévenus après l'hospitalisation, et 33% n'étaient jamais prévenus. Dans 55% des cas, les informations récupérées étaient à la fois transmises par l'hôpital et par le patient, et dans 39% des cas, les informations étaient récupérées uniquement via l'envoi de l'hôpital.

Selon les médecins interrogés, l'hôpital faisait parfois appel à eux dans 75% des cas et jamais dans 24%. Dans la grande majorité (96%), l'hôpital faisait appel au médecin traitant pour demander des informations sur le patient, le second motif d'appel concernait l'organisation de la sortie dans 61% des cas.

L'importance de recevoir des comptes rendus par les médecins généralistes se retrouvait dans ces résultats puisque, pour 81% d'entre eux, les informations contenues dans le CRH modifiaient la prise en charge de leur patient. Et d'autre part, ces informations participaient au développement de leurs connaissances pour 77% d'entre eux. En ce qui concerne les informations qui étaient délivrées par les CRH, elles étaient globalement claires pour 47%, utiles pour 39%, précises pour 8% et exhaustives pour 6%.

Quant à la coordination ville-hôpital, les médecins de ville ne se sentaient jamais associés au projet de soins après une sortie d'hospitalisation pour plus de la moitié des médecins interrogés (53%), ils se sentaient parfois impliqués dans 41% des cas et toujours impliqués dans 6% des cas. Cependant, ils rapportaient avoir parfois des échanges avec les médecins hospitaliers à ce sujet dans 79% des cas, souvent pour 20% et toujours pour 2% d'entre eux.

Lors d'un décès à l'hôpital, les médecins traitants étaient majoritairement avertis par la famille (48%). La majorité des médecins généralistes (77%) se disaient moyennement satisfaits de l'organisation du parcours de soins de leur patient, 12% pas satisfaits du tout et seulement 12% très satisfaits. 65% des médecins étaient prêts à recevoir des CRH via APICRYPT que 45% utilisaient déjà.

Dans la thèse de N LEMAIRE réalisée en 2016 (13), concernant l'évaluation qualitative de la relation ville- hôpital du point de vue des généralistes du Val D'Oise, on retrouve différents points abordés faisant écho aux thèses précédentes.

Notamment, sont de nouveaux évoquées, des difficultés d'accès à l'hôpital par les médecins généralistes, qu'ils attribuaient aux « barrages » formés par les secrétariats et les standards téléphoniques mais qui concernaient essentiellement les CHU et les CHR puisqu'en effet, les médecins interrogés avaient plutôt une vision positive de la communication avec les établissements privés.

Les médecins généralistes rapportaient des relations conflictuelles avec les services d'urgences, pourtant « principale porte d'entrée de l'hôpital ».

Il était également mentionné un manque de reconnaissance du statut de généraliste et une méconnaissance par les hospitaliers des pratiques de ville, entraînant un retard dans la transmission de l'information et une mauvaise prise en compte des données sur les patients détenus par le médecin traitant.

Les médecins généralistes exprimaient une volonté de ne pas interférer dans la prise en charge hospitalière, mais évoquaient également l'intérêt que pourrait apporter leur point de vue pour aider dans certaines décisions thérapeutiques, grâce à une meilleure connaissance du patient et de son environnement.

→ Ces études concordent toutes à montrer que la communication entre l'hôpital et les médecins généralistes libéraux est insuffisante.
Cela se manifeste notamment par les difficultés d'accès aux spécialistes hospitaliers, (même via le téléphone, pourtant souvent utilisé par les médecins), mais également par des délais d'obtention de comptes rendus d'hospitalisation trop longs.
Les médecins rapportent le fait de ne pas toujours être informés de l'hospitalisation de leur patient et de ne pas se sentir associés à la planification de la sortie. Selon eux, cela pourrait être source de rupture dans le parcours de soins et être à l'origine d'erreurs médicales.
Ainsi, nous avons choisi de recueillir le point de vue des médecins généralistes travaillant sur le territoire du SMUR de Rochefort, afin de faire également le point sur les moyens de communication qu'ils utilisent actuellement et ainsi, de dégager des axes d'améliorations possibles dans ce domaine.

II) MATERIEL ET METHODE

a) Type d'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale.

b) Questionnaire :

Un questionnaire anonyme a été réalisé.

Le questionnaire était composé de 4 parties :
I) Caractéristiques générales des médecins généralistes
II) Communication médecins généralistes - hôpital de Rochefort
III) Communication hôpital de Rochefort - médecins généralistes
IV) Autres points

Le courrier comprenait une lettre jointe au questionnaire (ANNEXE) adressée aux médecins généralistes et expliquant le but de notre étude ainsi qu'une enveloppe retour prétimbrée adressée à mon nom.

c) Population étudiée :

i) Critères d'inclusion :

Etaient inclus les médecins généralistes libéraux situés sur la zone du SMUR de Rochefort, inscrits sur les pages jaunes de l'annuaire. La recherche a été complétée par une vérification auprès du site du Conseil De l'Ordre des Médecins.

ii) Critères d'exclusion :

Etaient exclus les médecins généralistes libéraux qui avaient une activité médicale particulière (acupuncture et homéopathie) mentionnée sur les pages jaunes de l'annuaire, et vérifiée ensuite sur le site du Conseil de l'Ordre Des Médecins.

d) Recueil des données :

i) Modalités de recueil :

Les questionnaires ont été expédier par voie postale via une enveloppe pré-affranchie à mon nom qui était jointe au questionnaire.

ii) Période de recueil :

Le recueil des données devait être réalisé entre avril et juin 2018. Cependant, de nombreux questionnaires me sont parvenus en juillet et août. Il a été préférable de modifier la période de recueil et de l'ajuster d'avril à août 2018.

e) Analyse statistique :

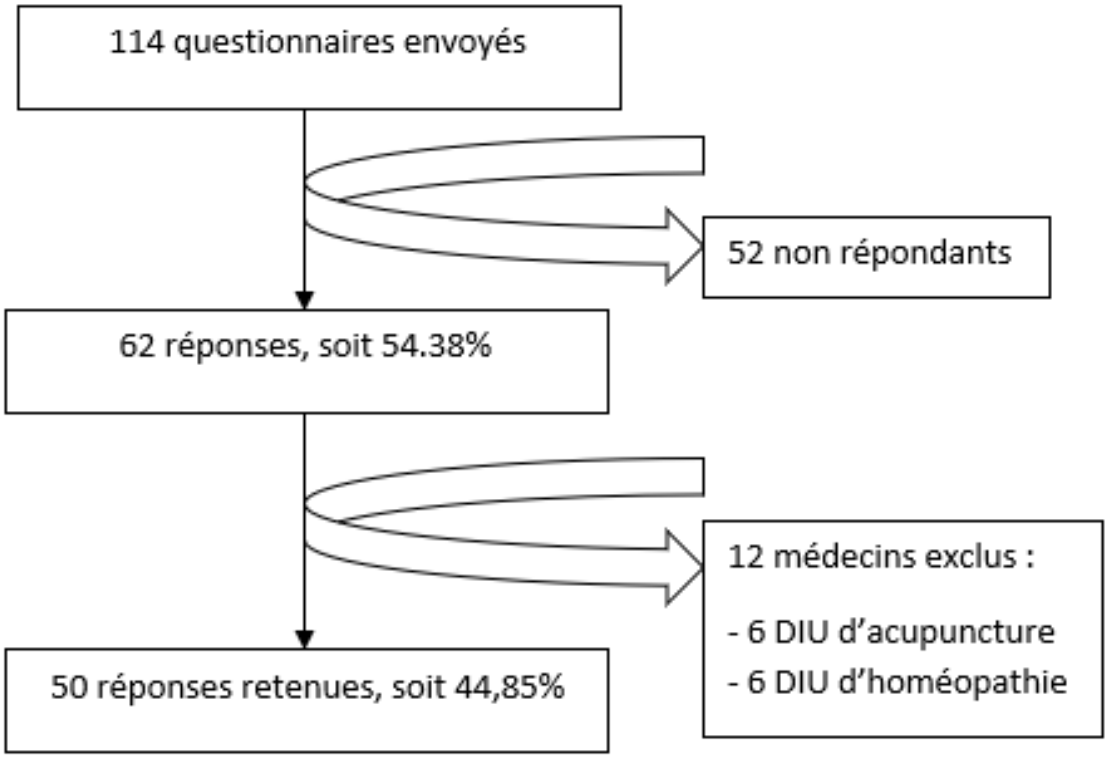
Les résultats ont été répertoriés sur tableau Excel, puis analysés de manière descriptive.
Le questionnaire étant composé de QCM avec questions fermées, « n » était le nombre de réponses aux questions fermées, et « % » le pourcentage de personnes ayant répondu aux questions. Afin de pallier les questionnaires incomplets, nous avons effectué un calcul des pourcentages sur le nombre de médecins ayant répondu à la question posée et non sur le nombre total de médecins interrogés.
Concernant les questions ouvertes, ainsi que les commentaires, ils ont tous été intégralement transmis à la suite des réponses (dans le même ordre que le questionnaire).

III) RESULTATS

a) Caractéristiques générales de la population :

i) Taille de la population :

Figure n°3 : Taux de participation.



ii) Caractéristiques :

Tableau n°1 : Caractéristiques personnelles des participants.

Caractéristiques personnelles :	n	%
Tranche d'âge :		
Répondants	*50*	*100*
< 40 ans	17	34
Entre 40 et 50 ans	13	26
> 50 ans	20	40
Sexe :		
Répondants	*50*	*100*
Un homme	33	66
Une femme	17	34
Durée d'installation :		
Répondants	*50*	*100*
< 5 ans	14	28
Entre 6 et 10 ans	7	14
Entre 11 et 20 ans	10	20
> 20 ans	19	38

Tableau n°2 : Caractéristiques du lieu d'exercice des participants.

Caractéristiques du lieu d'exercice :	n	%
Lieu d'exercice :		
Répondants	*50*	*100*
En milieu rural	6	12
En milieu semi rural	33	66
En milieu urbain	11	22
Temps de trajet en voiture jusqu'à l'hôpital de Rochefort en minutes :		
Répondants	50	100
Entre 0 et 15	19	38
Entre 15 et 30	19	38
Entre 30 et 45	10	20
>45	2	4

Tableau n°3 : Caractéristiques du type d'exercice des participants.

Caractéristiques du type d'exercice :	n	%
Modes d'exercices		
Répondants	*50*	*100*
Seul	12	24
- En maison médicale	5	10
- En cabinet de groupe	33	66
Avec un dispositif de secrétariat :		
Répondants	*50*	*100*
- Oui	46	92
- Non	4	8
Type de secrétariat :		
Répondants	*44*	*89.7*
- Sur place	24	54.6
- Plateforme téléphonique	11	25
- mixte	9	20.4
Activités, DIU :		
Répondants	*46*	*92*
- Oui	14	28
- Non	32	64

b) Communication médecin généraliste – hôpital :

i) Disposez-vous d'un répertoire de spécialistes sur le CH de Rochefort avec lesquels vous entrez en contact ?

47 médecins interrogés ont répondu, soit 94% des médecins

OUI : n= 43 (91.4%).

NON : n= 4 (8.6%).

91.4% des médecins interrogés disposaient d'un répertoire de spécialistes du CH de Rochefort.

- Si OUI, caractéristiques de votre répertoire :

43 médecins interrogés ont répondu, soit 86% des médecins

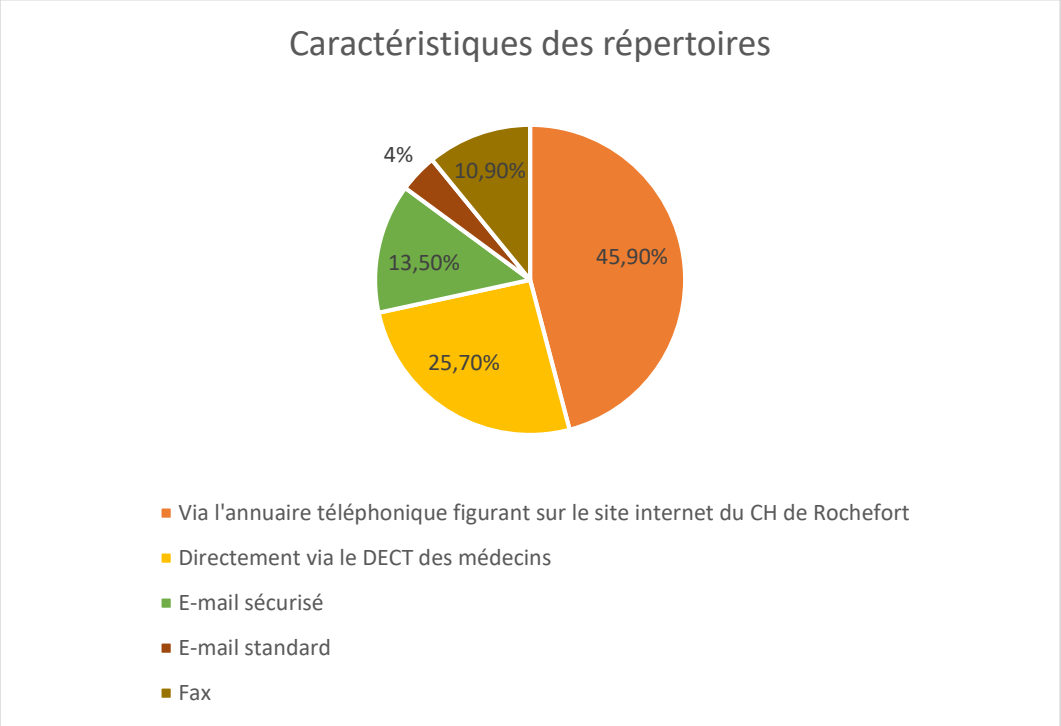


Figure n ° 4 : Caractéristiques des répertoires utilisés par les médecins généralistes pour entrer en communication avec le CH de Rochefort.

L'annuaire téléphonique figurant sur le site internet du CH de Rochefort était le plus utilisé (45.9%) puis, via le DECT des médecins pour 25.7% des médecins interrogés. La messagerie sécurisée était utilisée pour 13.5% des médecins puis figurait ensuite l'utilisation du fax (10.8%) puis l'E-mail standard (4%).

ii) Pour une hospitalisation programmée :

- Les hospitalisations programmées sont-elles possibles pour vous ?

49 médecins interrogés ont répondu, soit 98% des médecins

OUI : n= 40 (81.6%).

NON : n= 9 (18.4%).

Pour la majorité des médecins interrogés (81.6%), il était possible de programmer une hospitalisation avec le CH de Rochefort.

→ Si NON, pourquoi ?

23 médecins interrogés ont répondu, soit 46.9% des médecins

Parmi les réponses, il était évoqué :

- La faute de place au sein de l'hôpital pour 7 médecins interrogés (soit 30,4%)
- La disparité des possibilités d'hospitalisation selon les services est évoquée par 6 médecins (soit 26,1%).
- Les difficultés de réalisation d'une hospitalisation programmée, sans autre notification évoquée, pour 5 médecins interrogés (soit 21.7%).
- Le problème des délais pour obtenir une hospitalisation programmée trop longue est évoqué par 3 médecins (soit 13.1%).
- Le problème de la perte de temps téléphonique était évoqué par 2 médecins généralistes (soit 8.7%).

- Quel moyen de communication vous semble le plus pertinent pour y accéder ?

49 médecins interrogés ont répondu, soit 98% des médecins

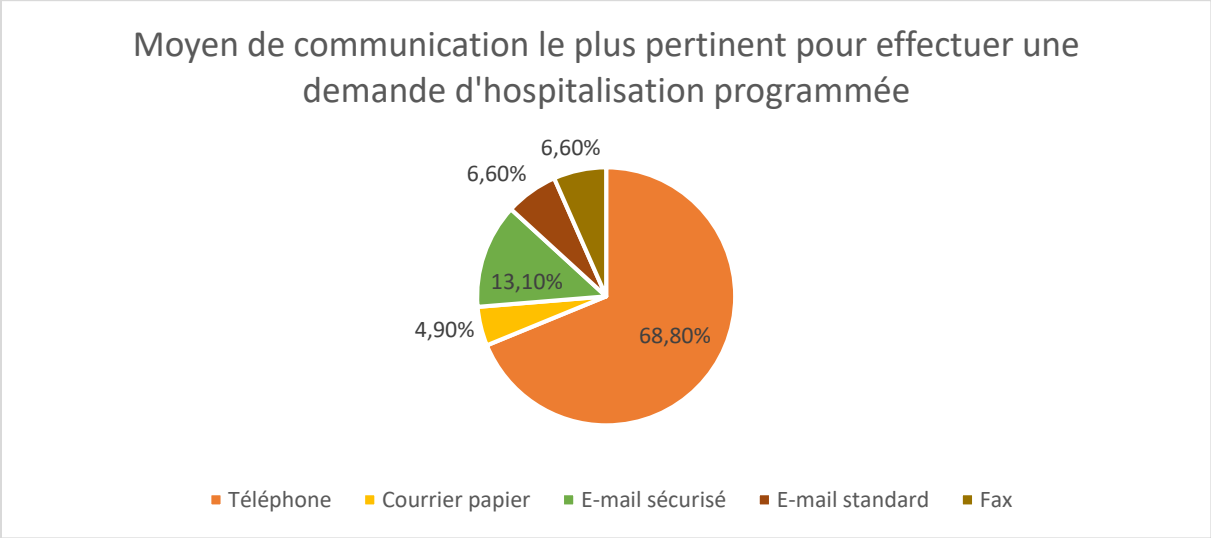


Figure n°5 : Moyen de communication le plus pertinent selon les médecins généralistes pour effectuer une demande d'hospitalisation.

Pour programmer une hospitalisation, le téléphone était jugé comme le moyen de communication le plus pertinent pour plus de la moitié des médecins interrogés (68.8%). Apparaissait ensuite l'utilisation de la messagerie sécurisée (13.1%), puis de manière équivalente, on retrouvait l'usage du fax et de l'E-mail standard (6.6%) et enfin le courrier papier pour moins de 5% des médecins interrogés (4.9%).

- Si vous avez eu recours à l'une de ces pratiques, la démarche vous a-t-elle satisfaite et si NON pourquoi ?

31 médecins interrogés ont répondu, soit 62% des médecins

OUI : n= 16 (51.6%).

NON : n= 15 (48.4%).

Quant à la satisfaction, lors de la demande d'hospitalisation programmée avec l'hôpital de Rochefort, on retrouvait presque autant de médecins généralistes satisfaits (51.6%) que d'insatisfaits (48.6%).

Commentaires :

→ Commentaires de ceux qui ont répondu « OUI », il était évoqué :

- La faute de place au sein de l'hôpital par 8 médecins interrogés (25.8%).
- Le côté chronophage par 4 personnes (12.9%).
- Un problème d'hospitalisation « service-dépendant » par 3 personnes (9.6%).
- Le système « allo gériatre » et son efficacité par une personne (3.2%).

→ Commentaires de ceux qui ont répondu « NON », il était évoqué :

- Des difficultés à entrer en contact avec un spécialiste du fait du côté chronophage pour 5 personnes (16.2%).
- Des difficultés d'accès direct aux spécialistes pour 4 personnes (12.9%).
- Le problème du manque de place dans les services pour 4 personnes (12.9%).
- L'utilisation d'Email ou fax était préconisé par 2 personnes (6.5%).

iii) Pour un avis spécialisé (sans nécessité d'hospitalisation) :

- Avez-vous déjà effectué une demande d'avis spécialisé auprès d'un praticien de l'hôpital de Rochefort ?

47 médecins interrogés ont répondu, soit 94% des médecins

OUI : n= 44 (93.6%).

NON : n= 3 (6.4%).

93.6% des médecins interrogés ont déjà réalisé une demande d'avis spécialisé auprès d'un praticien de l'hôpital de Rochefort.

- Si OUI, par quel moyen y avez-vous eu accès ?

44 médecins interrogés ayant répondu OUI, soit 100% des médecins

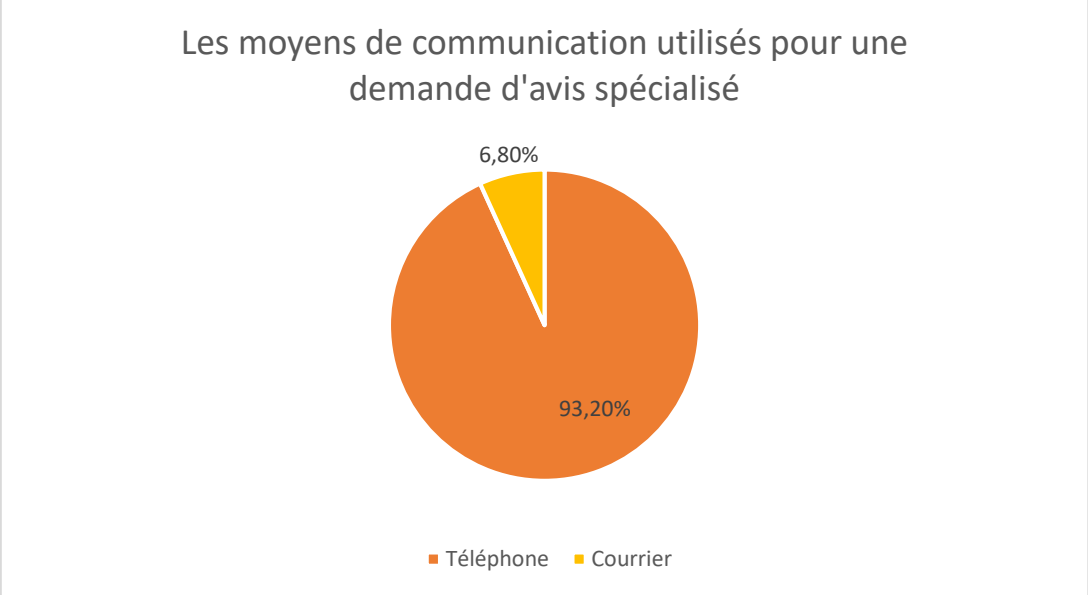


Figure n°6 : Moyens de communication utilisés par les médecins généralistes pour effectuer une demande d'avis spécialisé à l'hôpital de Rochefort.

Le moyen le plus utilisé pour une demande d'avis spécialisé était le téléphone pour la majorité des médecins interrogés (93.2%). Le courrier apparaissait en seconde place (6.8%).

- La démarche vous a-t-elle satisfaite ?

44 médecins interrogés parmi les 44 médecins ayant répondu OUI répondu, soit 88% des médecins

OUI : n= 36 (81.8%).

NON : n= 8 (18.2.1%).

Pour une demande d'avis spécialisé, la démarche semblait satisfaisante pour 81.8% des médecins généralistes interrogés.

→ Si NON, pourquoi ?

8 des médecins interrogés ont répondu, soit 100% des médecins qui avait répondu à la question précédente

Il était évoqué les difficultés à joindre les spécialistes au téléphone du fait des délais et des barrages par les secrétariats.

- Selon vous, quel serait le moyen de communication le plus adapté pour une demande d'avis spécialisé ?

35 médecins interrogés ont répondu, soit 70% des médecins

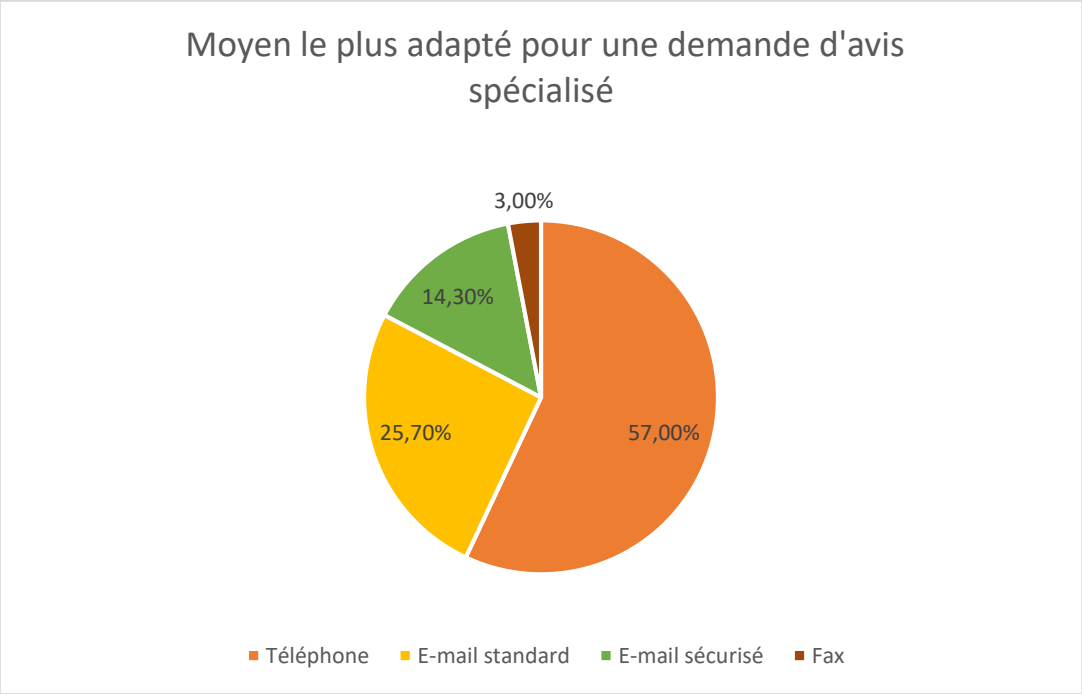


Figure n° 7 : Moyen le plus adapté selon les médecins généralistes pour effectuer une demande d'avis spécialisé au CH de Rochefort.

On retrouvait que le téléphone semblait être le moyen le plus adapté pour 57% des médecins généralistes, puis l'E-mail standard pour 25.7% des médecins. Arrivaient ensuite l'E-mail sécurisé pour 14.3% et enfin le fax pour 3% des médecins interrogés.

- Commentaires libres, suggestions concernant la relation médecine ambulatoire-hôpital de Rochefort :

20 médecins interrogés ont répondu, soit 40% des médecins

Parmi les réponses, il était évoqué :

- L'intérêt de majorer les contacts téléphoniques pour 6 médecins interrogés (soit 30%).
- L'intérêt de majorer les contacts par mail pour 6 médecins interrogés (soit 30%).
- L'importance de définir une personne dont le rôle serait d'établir le lien entre les cabinets de ville et l'hôpital pour deux médecins interrogés (soit 10%).
- La disparité de la communication selon les services pour 2 médecins interrogés (soit 10%).
- On retrouve ensuite des commentaires variés exprimés par 4 médecins interrogés, concernant les relations, les problèmes d'urgences et de prise en charge des radiographies.

c) Communication hôpital de Rochefort – médecin généraliste :

i) Pour une sortie après passage dans le service d'urgences :

- Quels moyens de communication vous semblent les plus adaptés :

47 médecins interrogés ont répondu, soit 94% des médecins

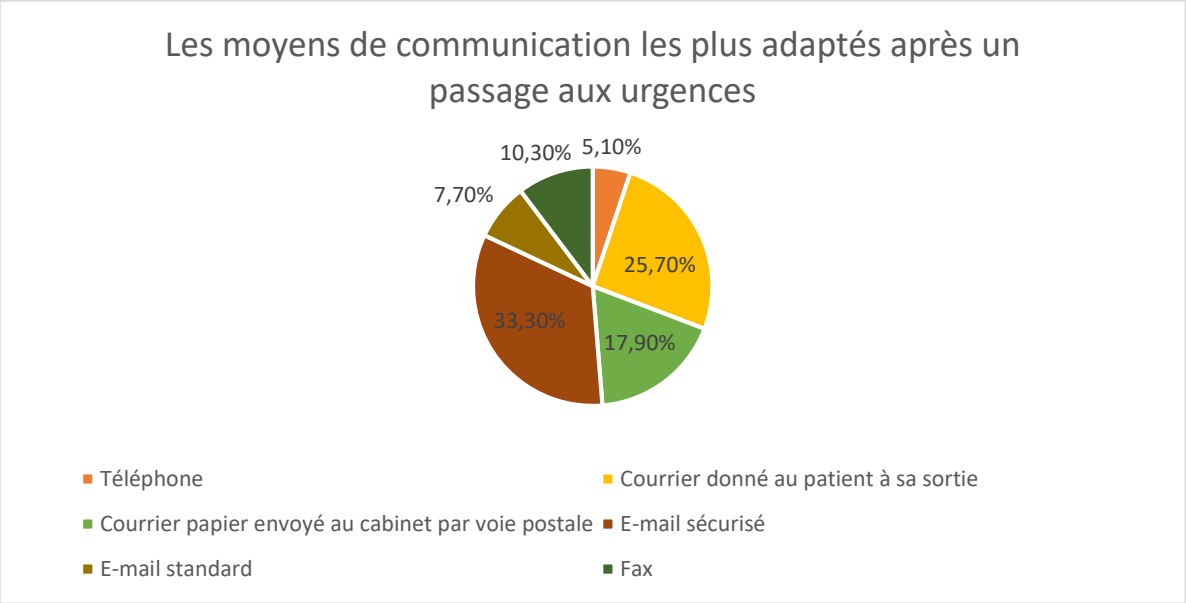


Figure n°8 : Moyens de communication les plus adaptés selon les médecins généralistes pour obtenir des informations à la suite du passage d'un patient aux urgences de Rochefort.

Selon les médecins généralistes, après le passage d'un patient aux urgences, les moyens le plus adaptés pour avoir des informations suite à ce passage seraient majoritairement via la messagerie sécurisée pour 33.3%, puis via un courrier donné directement au patient au moment de sa sortie pour 25.7%, apparait ensuite le courrier envoyé par voie postale pour 17.9%. Enfin, on retrouve le fax pour 10.3% des médecins interrogés, puis l'E-mail standard pour 7.7%, et enfin le téléphone pour 5.1%.

- Êtes-vous satisfait de la communication du service des urgences avec le cabinet de ville ?

48 médecins interrogés ont répondu, soit 96% des médecins

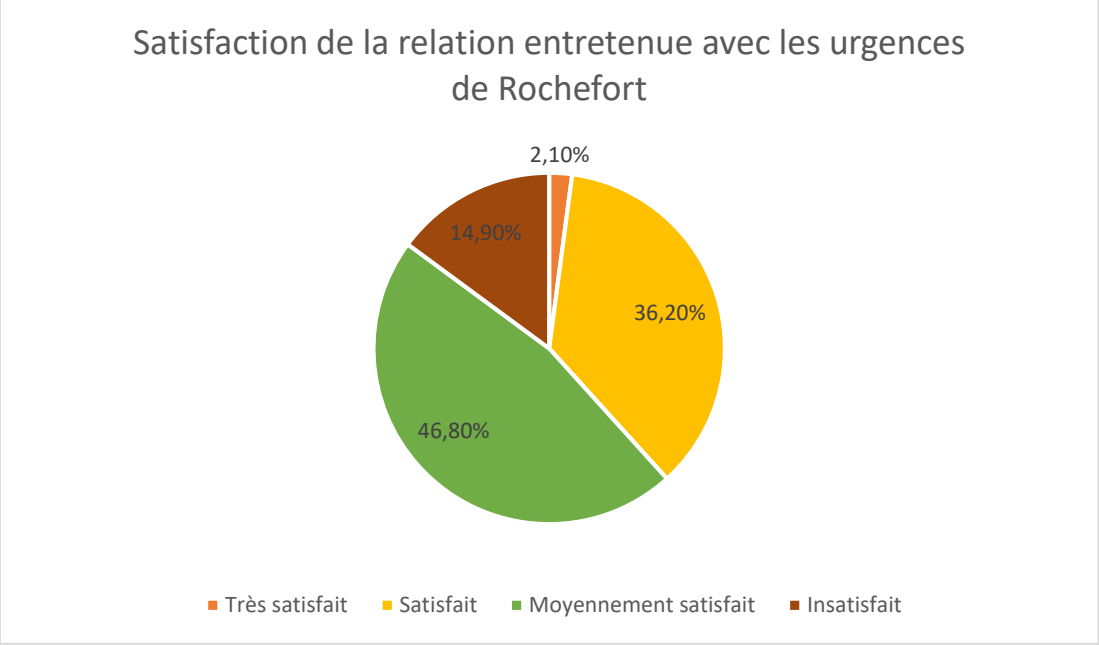


Figure n° 9 : Satisfaction des médecins généralistes quant à la relation entretenue avec le service des urgences de Rochefort.

On retrouvait 2.1% des médecins généralistes très satisfaits de la relation entretenue avec les urgences de Rochefort, 36.2% se disaient satisfaits, 46.8% se disaient moyennement satisfaits et 14.9% se disaient insatisfaits.

- Commentaires libres :

24 médecins interrogés ont répondu, soit 48% des médecins

Il a surtout été évoqué les problèmes de communication entre les médecins traitants et les urgences.

ii) Lors d'une hospitalisation dans un service (programmée ou non) :

- Vous sentez-vous impliqué lors de l'hospitalisation, dans le projet de soin de votre patient ? (OUI/NON, argumentez)

40 médecins interrogés ont répondu, soit 80% des médecins

OUI : n= 18 (45.0%).

NON : n= 22 (55.0%).

On retrouvait que 45% des médecins interrogés se sentaient impliqués dans le projet de soin du patient lorsqu'il était hospitalisé alors que 55% disaient ne pas se sentir impliqués.

Commentaires :

31 médecins interrogés ont répondu, soit 62% des médecins

- Réponses positives pour 8 médecins soit 25.8% d'entre eux.
- Réponse négatives (20 soit 64.6%) évoquant surtout le manque de communication.
- Réponses mixtes (3 soit 9.6%), évoquant la disparité selon les situations.

- Lors des hospitalisations, êtes-vous contacté par l'hôpital ?

44 médecins interrogés ont répondu, soit 88% des médecins

OUI : n= 32 (72.7%).

NON : n= 12 (27.3%).

On retrouvait que 72.7% des médecins interrogés indiquaient être contactés par l'hôpital contre 27.3% qui disaient ne pas l'être.

Si OUI, pour quels motifs ?

32 médecins interrogés ont répondu, soit 100% des médecins

Les motifs évoqués par les médecins généralistes étaient le partage de renseignements sur :

- Les traitements des patients pour 11 médecins (soit 34.4%) et les antécédents pour 10 médecins (soit 31.4%).
- L'organisation pour le retour à domicile pour 5 médecins (soit 15.6%).
- Les cas graves ou les diagnostiques importants pour 3 médecins (soit 9.4%).
- Le décès d'un patient pour 2 personnes (soit 6.2%).
- Le transfert dans un autre hôpital est mentionné par 1 médecin (soit 3.0%).

- Lors de l'hospitalisation de l'un de vos patients, pour quels motifs souhaiteriez-vous être contacté par l'hôpital ?

41 médecins interrogés ont répondu, soit 82% des médecins

Il était rapporté par les médecins généralistes, la demande de contact par l'hôpital :

- Souvent à la sortie d'hospitalisation notamment pour l'organiser surtout lorsque le retour au domicile est compliqué (patient grabataire), ou pour connaitre la conduite à tenir à la sortie, nécessité de surveillance particulière (19 médecins soit 46.4%))
- Ou dans le cas de situations difficiles et délicates sur le plan thérapeutique au cours de l'hospitalisation, notamment pour échanger avec le confrère hospitalier (12 médecins soit 29.3%)
- En cas d'évènements graves ou importants, de décès (5 médecins soit 12.2%)
- Pour avoir des informations sur le diagnostic et l'évolution, les modifications de traitement au cours de l'hospitalisation (4 médecins soit 9.7%)
- Pour progresser sur sa propre prise en charge (1 médecin soit 2.4%)

- Concernant les courriers de sortie :

- Dans quel délai les recevez-vous ?

47 médecins interrogés ont répondu, soit 94% des médecins

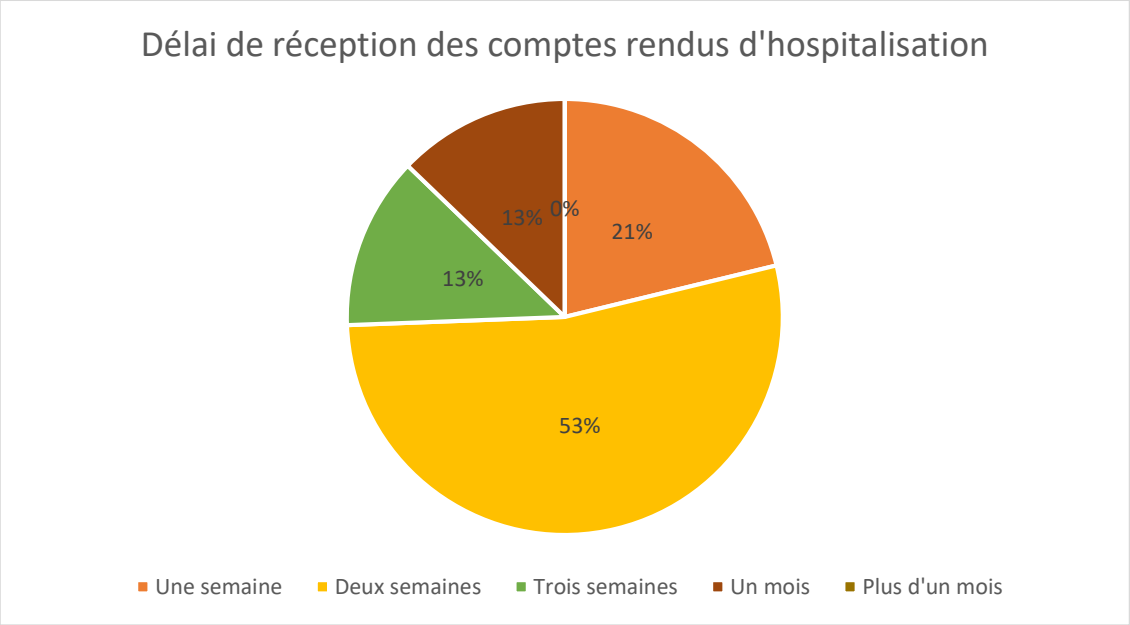


Figure n°10 : Délai de réception des comptes rendus d'hospitalisation du CH de Rochefort par les médecins généralistes.

On retrouvait un délai de réception des courriers de sortie d'une semaine pour 21% des médecins interrogés, puis de deux semaines pour 53% des médecins interrogés, et enfin, à taux équivalent de 3 semaines et d'un mois pour 13 % des médecins interrogés.
Aucun médecin ne rapportait de courrier reçu dans un délai supérieur à un mois.

- Etes-vous satisfait de ce délai ?

45 médecins interrogés ont répondu, soit 90% des médecins

OUI : n= 40 (40%).

NON : n= 27 (60%).

Concernant le délai de réception des comptes rendus d'hospitalisation, on retrouvait 40% des médecins généralistes satisfaits contre 60% d'insatisfaits.

- Que pensez-vous de leurs contenus ?

47 médecins interrogés ont répondu, soit 94% des médecins

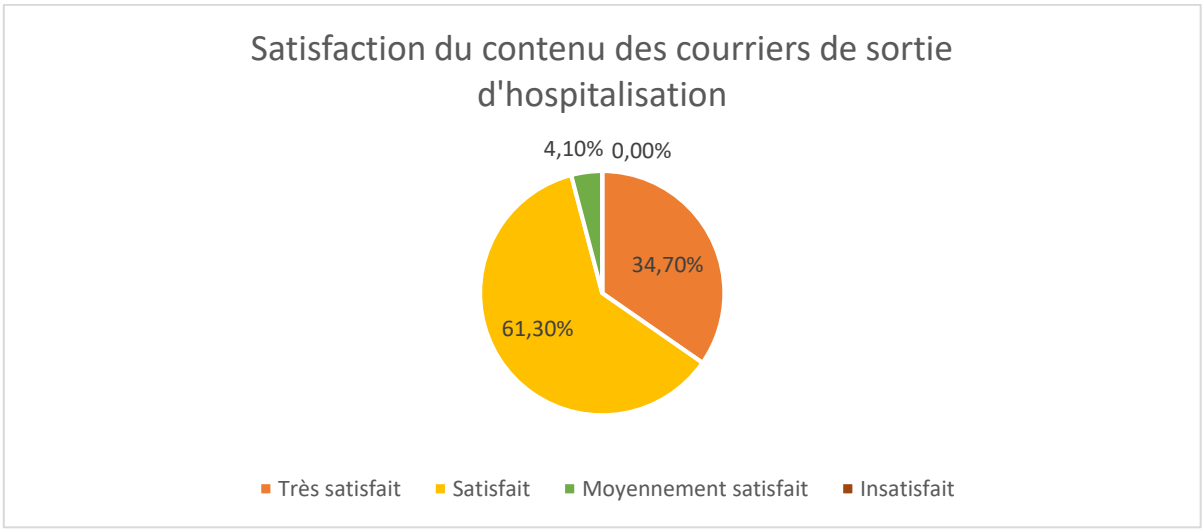


Figure n°11 : Avis des médecins généralistes sur la qualité du contenu des courriers de sortie d'hospitalisation au CH de Rochefort.

Concernant le contenu des courriers de sortie d'hospitalisation, on retrouvait 34.7% de médecins très satisfaits de leur contenu, puis 61.3% se disaient satisfaits, et 4.1% se disaient moyennement satisfaits. Il n'y avait pas de médecins insatisfaits.

- Êtes-vous satisfait de la communication que vous avez avec les services de l'hôpital ?

50 médecins interrogés ont répondu, soit 100% des médecins

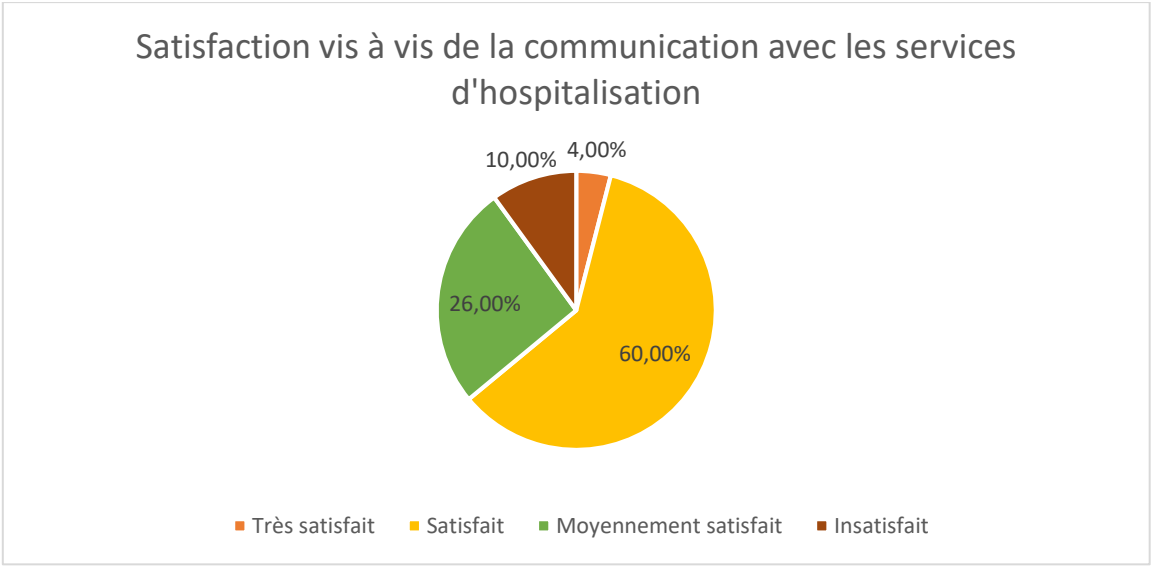


Figure n°12 : Satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de la communication avec les services d'hospitalisation du CH de Rochefort.

Concernant la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de la communication avec les services d'hospitalisation du CH de Rochefort, 4% se disaient très satisfaits, 60% se disaient satisfaits, 26% se disaient moyennement satisfaits, puis 10% se disaient insatisfaits.

Avez-vous des suggestions à ce sujet ? Quels axes d'améliorations seraient possibles selon vous ?

47 médecins interrogés ont répondu, soit 94% des médecins

- Le manque de communication avec l'hôpital et une demande de meilleurs accès aux confrères hospitaliers (23 médecins soit 48.9%)
- Concernant le contenu des courriers de sortie : délais d'obtentions trop longs, qui sont variables selon les services (10 médecins soit 21.3%)
- Demande d'utilisation de messageries cryptés (8 médecins soit 17.1%)
- Demande d'un accès téléphonique plus facile auprès des médecins hospitaliers (6 médecins soit 12.7%)

IV) DISCUSSION

a) Discussion de la question principale :

La question posée pour la réalisation de la thèse était : « Etude de la relation entre les médecins généralistes et l'hôpital de Rochefort, quels moyens de communication pour optimiser la prise en charge ? »
Les principaux résultats montrent que les médecins généralistes sont pour plus de la moitié satisfaits de la relation qu'ils entretiennent avec l'hôpital de Rochefort, mais il reste plus d'un tiers de médecins pour qui cette communication est perfectible. Il émane de ce questionnaire, une réelle volonté des médecins généralistes d'améliorer les relations avec les médecins hospitaliers, via le recours à des messageries sécurisées et à des lignes téléphoniques directes.

b) Discussion du travail :

i) Schéma d'étude :

L'étude réalisée est une étude observationnelle descriptive transversale réalisée auprès de médecins généralistes libéraux qui exercent sur le périmètre du SMUR de Rochefort.
Ce type d'étude a pour avantage d'être facile à mettre en œuvre, cependant, il faut être prudent quant à l'interprétation causale des associations observées. En effet, ce type d'enquête permet d'explorer certains problèmes, ainsi de générer des hypothèses permettant dans un second temps de réaliser des enquêtes plus appropriées à la question recherchée.

ii) Population étudiée :

J'ai choisi de réaliser une étude qui inclut les médecins généralistes en activité libérale, qui exercent sur le territoire du SMUR de Rochefort, et, dont la pratique restait proche de celle de la médecine générale « standard », afin d'avoir le moins de biais possible intervenant dans l'étude.
Ont alors été exclus, les médecins qui pratiquaient une activité spécialisée, telle l'homéopathie et l'acupuncture, mentionnées sur les pages jaunes et sur le site du CDOM mais également signalés par les médecins généralistes dans la question dédiée à ce thème dans le questionnaire.

iii) Recueil des données, points forts et points faibles de l'étude :

Les coordonnées des médecins généralistes exerçant dans la zone du SMUR, ont été recueillis via les pages jaunes de l'annuaire et complétées avec la liste des médecins généralistes figurant sur le site du Conseil de l'ordre des médecins.

J'ai choisi de collecter les réponses des médecins via un questionnaire anonyme et adressé par courrier postal, ceci afin de conserver l'anonymat des médecins. Cela permettait alors une liberté d'opinion, et également de les affranchir d'une crainte de jugement de valeur. Ce questionnaire comprenait des questions fermées, afin de faciliter le recueil statistique des données mais aussi des questions ouvertes, afin de laisser libre cours aux remarques des médecins. Cela permettait d'avoir des réponses davantage en accord avec leur ressenti. Les questions ouvertes rendaient possible l'expression de sujets non abordés et, qui pour eux, pouvaient être un élément important pour améliorer la relation et la communication. Cependant, on aura pu observer des réponses redondantes au niveau des commentaires libres laissant penser que les différentes sections du questionnaire ont peut-être été mal comprises ou mal agencées au sein du questionnaire.

Le courrier postal gênerait également un gain de temps, (évite de prendre contact avec 114 médecins pas forcément joignables au moment où on les appelle). Ainsi, ce moyen a permis d'expédier ce questionnaire, à un plus grand nombre de médecins, ce qui augmente la taille de l'échantillon et donc la puissance de l'étude. Le courrier permet également une liberté quant au moment de la rédaction des réponses aux questionnaires, évitant de prendre un rendez-vous pas toujours évident avec les médecins généralistes souvent débordés, augmentant ainsi le nombre de réponse. De plus, l'enveloppe de réponse était pré-affranchie adressée à mon nom afin de faciliter le renvoi du questionnaire.

En revanche, le principal biais de notre étude reste l'aspect déclaratif des données puisque nos résultats portent sur des critères subjectifs fondés sur la perception qu'ont les médecins généralistes. Mais, comme il est expliqué précédemment, cela permet cependant d'avoir une idée des pistes d'améliorations possibles, et donc de définir des études complémentaires qui permettraient de les mettre en évidence objectivement.

L'inconvénient de ce type de recueil (par rapport à un entretien téléphonique ou par mail ou contact au cabinet), est la lisibilité des réponses, et le fait que parfois, certains questionnaires ont été renvoyés de manière incomplète. Cela peut s'expliquer par l'absence d'opinion sur une réponse, l'absence de temps disponible favorisant les réponses « QCM » au détriment des réponses manuscrites, mais aussi par la longueur du questionnaire, ou l'incompréhension par rapport à certaines questions. Ainsi, la proportion de « non-réponse » plus élevée, et le nombre de questionnaires incomplets plus nombreux entrainent un biais d'information. De plus l'anonymat des réponses ne permettait pas d'éliminer un biais de sélection car nous ne pouvions comparer les répondants et non répondants.

Concernant les critères socio-démographiques, l'échantillon présente un biais de représentativité concernant l'âge puisque le profil de l'échantillon n'est pas comparable aux données fournies par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (44). En effet, dans notre étude, 60% des médecins interrogés ont moins de 50 ans, or la moyenne d'âge des médecins en Charente-Maritime est de 58.7 ans. Le nombre de femme est également sous-estimé dans notre étude puisqu'il est de 34%, contre 44.2% en Charente- Maritime selon les chiffres du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

De plus la faible taille de l'échantillon ne nous a pas permis via la réalisation de tests statistiques de trouver de différence significative entre la satisfaction de la relation avec les services hospitaliers de Rochefort et les caractéristiques socio-démographique des médecins généralistes.

c) Discussion des résultats et comparaison avec d'autres travaux :

La taille de l'échantillon était de 114 médecins généralistes. Nous avons reçu 62 réponses soit 54.38%. Il y a eu 12 questionnaires exclus, donc 50 questionnaires ont été recueillis au total, soit 43.85% des questionnaires envoyés.
Ce taux de réponse était satisfaisant comparativement aux taux de réponses avec des enquêtes similaires ayant utilisé un questionnaire papier, envoyé avec enveloppe pré timbrée. En effet, dans la thèse de J. JOURDAIN (8) le taux de réponse était de 35.4% et, dans la thèse de M. SAILLOL (10), le taux était de 51%.

→ Principaux résultats concernant la communication émanant des médecins généralistes vers l'hôpital :

La majorité des médecins (91.4%), disposait d'un répertoire de spécialistes avec lesquels ils entrent en contact avec le CH de Rochefort, expliquant l'importance de la relation entre ces deux structures.

Parmi les moyens utilisés, on retrouve principalement l'utilisation de l'annuaire téléphonique figurant sur le site internet du CH de Rochefort (45.9%) puis, le contact téléphonique via l'appel sur le DECT des médecins hospitaliers pour 25.7% des médecins interrogés. La messagerie sécurisée est utilisée pour 13.5% des médecins, puis figure ensuite l'utilisation du fax (10.8%) et enfin l'E-mail standard (4%).

→ Pour une hospitalisation programmée :

On retrouve que, pour la majorité des médecins, soit 81.6%, il est possible pour eux de programmer une hospitalisation avec le CH de Rochefort, contre 9 médecins soit 18.4% pour qui cela n'est pas possible.
Cependant, il émane à la suite de cette question, un fort taux de réponses, (c'est-à-dire 23 médecins soit 46.9% et donc un nombre supérieur de médecins ayant répondu « NON » à la question précédente) à la demande d'explication en quoi la programmation d'une hospitalisation n'était pas réalisable pour eux. Ce résultat discordant est expliqué par les médecins eux-mêmes, qui rapportent qu'il est possible « en théorie » (d'où la réponse « OUI » majoritaire) mais qu'« en pratique », cette réalisation est plus compliquée.
Cela permet de montrer les incohérences des réponses, que l'on peut avoir liées aux QCM qui limitent l'expression du rédacteur. Les commentaires, situés en annexe, laissent libre place aux expressions des médecins, permettent d'affiner les messages qu'ils souhaitent délivrer.

Ces difficultés de programmer une hospitalisation avaient déjà été rapportées dans la thèse de M. SAILLIOL (10), menée en 2014 et portant sur l'étude des relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le centre hospitalier de rattachement de Pau. En effet, on retrouvait que pour les médecins généralistes, les admissions directes dans les services spécialisés étaient retrouvées difficiles pour 79.7% des médecins interrogés. Il en était de même dans la thèse de J. JOURDAIN (8) concernant le CHU de Poitiers, puisqu'on trouvait 69% d'insatisfaits quant aux possibilités d'admissions directes dans les services.

Ainsi, parmi les principaux arguments avancés, apparait le manque de place au sein de l'hôpital pour 30.4% des médecins interrogés et pour 21.7% des médecins, est évoquée une réorientation systématique vers les urgences. Il est également abordé le problème de délai trop long pour obtenir une hospitalisation pour 13,1 % des médecins. La perte de temps téléphonique, évoquée par 2 médecins généralistes (soit 8.7%), avait été retrouvé également dans la thèse de N. LEMAIRE (13) réalisée en 2016, concernant l'évaluation qualitative de la relation ville- hôpital du point de vue des généralistes du Val D'Oise. Il en ressortait des difficultés d'accès à l'hôpital par les médecins généralistes, qu'ils attribuaient aux « barrages formés par les secrétariats et les standards téléphoniques ».
Ce problème d'attente téléphonique est également retrouvé dans de nombreux commentaires laissés par les médecins généralistes exerçant sur le territoire de Rochefort, car jugé « trop longs » « prend du temps », « chronophage ». Certains médecins évoquent la nécessité de mise place de messagerie sécurisée dans ce domaine.

Cependant, le téléphone reste le moyen de communication pertinent pour plus de la moitié des médecins interrogés (68.8%) afin programmer une hospitalisation. Figure ensuite en deuxième place, la messagerie sécurisée (13.1%). Enfin de manière équivalente, on retrouve l'usage du fax et de l'E-mail standard (6.6%) puis le courrier papier pour moins de 5% des médecins interrogés (4.9%).
Ces résultats sont très proches de ceux de la thèse de L. Fabre (2014) (11) concernant les moyens préconisés par les médecins généralistes afin de programmer une hospitalisation. En effet, le téléphone était le moyen prédominant car proposé pour 60 % des médecins interrogés, puis le mail avec accusé de réception apparaissait en seconde position, car énoncé par 30% des médecins interrogés.

→ Pour un avis spécialisé (sans nécessité d'hospitalisation) :

44 médecins soit 93.6%, et donc, la majorité des médecins ont déjà effectué une demande d'avis spécialisé auprès d'un praticien de l'hôpital de Rochefort, d'où l'intérêt d'avoir une relation et un accès fluide entre les médecins généralistes et l'hôpital.
Le moyen le plus utilisé par les médecins généralistes interrogés est à nouveau le téléphone, et en très grande majorité (93.2%). Puis, le courrier papier apparait en seconde place pour 6.80% des médecins.

La majorité des médecins (81.8%) s'avère satisfaits lorsqu'ils réalisent une demande d'avis spécialisé. Parmi les critères d'insatisfaction, on retrouve majoritairement le problème du délai d'attente.

Selon les médecins généralistes, le moyen de communication le plus adapté pour effectuer une demande d'avis spécialisé est le téléphone, car préconisé pour 57% des médecins. L'utilisation d'E-mail occupe également une place importante, puisqu'en effet, l'E-mail standard apparait comme un moyen intéressant pour 25.7% des médecins, et l'E-mail sécurisé pour 14.3% des médecins. Ainsi, pour tous E-mail confondus (sécurisés et standards), cela fait un taux conséquent de 40% des médecins interrogés. Le fax est également proposé mais pour seulement 3% des médecins généralistes interrogés.

Dans les commentaires libres laissés par les médecins généralistes, sur la relation médecine ambulatoire et hôpital, on observe surtout un désir de développer les contacts téléphoniques, ainsi que les contacts par mail « *Lignes téléphoniques dédiées pour les avis spécialisés urgents, et messagerie sécurisée (mail) pour les avis spécialisés non urgents ».*
Les démarches sont en cours afin de mettre en place la messagerie sécurisée sur les sites hospitaliers de la Rochelle et de Rochefort. Il en est de même pour les cabinets des médecins généralistes.
Quant à la ligne directe téléphonique, il existe déjà un répertoire téléphonique direct (DECT des médecins hospitaliers) envoyé par voie postale aux médecins généralistes (dont la dernière mise à jour date de mai 2018) pour entrer directement en contact avec les spécialistes. Cette discordance entre la demande d'un répertoire téléphonique direct alors que ce dernier a déjà été adressé à tous les généralistes est difficile à expliquer : L'indication pour appeler sur ces lignes, n'a peut-être pas été bien définie auprès des médecins généralistes ? Le simple envoi de ce répertoire sans explication personnalisée auprès du médecin généraliste peut-il expliquer cette lacune ? Cela rejoint un commentaire d'un médecin généraliste qui rapportait la nécessité de l'existence d'une personne dont le rôle soit défini pour faire le lien entre la ville et l'hôpital.

→ Pour une sortie après passage dans le service d'urgence :

Selon les médecins généralistes, après le passage d'un patient aux urgences, le moyen le plus adapté pour avoir des informations suite à ce passage serait majoritairement de recevoir un compte rendu via la messagerie sécurisée pour 33.3%. Ce souhait de recevoir un compte rendu par mail après un passage aux urgences était également retrouvé dans la thèse de L. FABRE (11) pour 54.55% des médecins généralistes interrogés.
Puis, il est proposé par un quart des médecins généraliste (25.7%) de faire parvenir un compte rendu, via un courrier donné directement au patient au moment de sa sortie. Cependant, cela peut comporter le risque que le patient l'oublie au moment de la consultation.
Le courrier envoyé par voie postale a été évoqué pour 17.9% des médecins généralistes.
Enfin, on retrouve le fax pour 10.3% des médecins interrogés, puis l'E-mail standard pour 7.7%, et enfin le téléphone, le moins préconisé pour une sortie d'un passage des urgences (seulement 5.1%). Ce taux de réponse faible était attendu, car la conversation téléphonique ne permet pas d'avoir de compte rendu précis ni de tracé des éléments, et nécessite alors que l'interlocuteur soit toujours disponible au moment de l'appel.

Concernant la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de la relation entretenue avec le service des urgences de Rochefort, on retrouve 2.1% des médecins généralistes très satisfaits, 36.2% se disent satisfaits, la majorité soit 46.8% se disent moyennement satisfaits et 14.9% se disent insatisfaits. Ainsi, pour plus de la moitié des médecins généralistes, cette relation avec le service des urgences est perfectible. Cela témoigne de la nécessité de progresser dans ce domaine.

Cela est redondant avec les commentaires libres laissés par les médecins généralistes, où ont surtout été abordés les problèmes de communication entre les médecins traitants et le service des urgences avec notamment l'absence de courrier. « Pas de communication avec les urgences de Rochefort, jamais de courrier notamment ». Ces remarques se retrouvaient dans

la thèse de N. LEMAIRE (13) où les médecins généralistes rapportaient des relations conflictuelles avec le service d'urgences, pourtant « principale porte d'entrée de l'hôpital » mais également dans la thèse de M. SAILLOL (10) où les principaux points à améliorer au niveau des urgences étaient le retour d'informations concernant la prise en charge des patients (65,9%), ainsi que les relations entre les médecins (54,3%).
Cependant, ce problème de courrier a récemment été résolu avec le changement de logiciel médical des urgences permettant de délivrer, après chaque passage, un courrier papier systématiquement envoyé au médecin traitant.

→ Lors d'une hospitalisation dans un service (programmée ou non) :

On retrouve que 45.0% des médecins interrogés disent se sentir impliqués dans le projet de soins de leur patient lorsque ce dernier est hospitalisé, contre 55.0% d'entre eux qui ne s'y sentent pas impliqués. Ces résultats sont proches de ceux de la thèse de L. FABRE (11), qui retrouvait que 53% d'entre eux ne se sentaient pas impliqués au projet de soins après une sortie d'hospitalisation.

Ainsi, 72.70% des médecins interrogés, disent être contactés par l'hôpital pendant l'hospitalisation d'un de leurs patients. Cependant les motifs de ces prises de contact concernent majoritairement des informations générales pour 10 médecins généralistes (antécédents, traitements, dossier médical…), puis pour l'organisation du retour à domicile pour 5 médecins, et lors des diagnostics graves ou décès également rapportés par 5 médecins généralistes. On retrouvait dans la thèse de M. DELAHAYE (12) que dans 96% des cas, l'hôpital faisait appel au médecin traitant pour demander des informations sur le patient, et dans 61% des cas le second motif d'appel concernait l'organisation de la sortie.

Ainsi, lorsqu'on interroge les médecins sur les moments pour lesquels ils souhaiteraient être contactés par l'hôpital, il est rapporté pour la majorité (soit 19 médecins généralistes), le désir de l'être au moment de la sortie d'hospitalisation, surtout pour l'organiser. Notamment lorsque le retour au domicile est compliqué (surtout pour les patients grabataires), mais aussi pour être renseigné vis-à-vis de la conduite à tenir à la suite de la sortie du patient, et savoir s'il y a nécessité d'une surveillance particulière préconisée.

Ils rapportent également l'intérêt d'être contactés dans les cas de situations difficiles et délicates sur le plan thérapeutique au cours de l'hospitalisation, notamment pour échanger avec le confrère hospitalier pour 12 médecins généralistes interrogés et en cas d'évènements graves ou importants, et en cas de décès pour 5 médecins généralistes.

Quatre médecins disent vouloir être contactés pour avoir des informations sur le diagnostic, l'évolution concernant le patient, et les modifications de traitement au cours de l'hospitalisation. Un médecin a rapporté le besoin d'être renseigné s'il existe un désaccord avec les médecins hospitaliers, sur ses prises en charges médicales, dans le but surtout de progresser et corriger ses erreurs. Ce désir d'évoluer via les échanges avec l'hôpital avait déjà été rapporté dans la thèse de M. SAILLOL (10) où un médecin généraliste expliquait dans un commentaire, que les comptes rendus d'hospitalisation lui permettaient également de se mettre à jour sur ses connaissances, notamment sur les différentes prises en charge selon les pathologies. Ce résultat est encore plus important dans la thèse de M. DELAHAYE (12) puisque

pour 81% des médecins généralistes, les informations contenues dans le compte rendu d'hospitalisation modifiaient la prise en charge de leur patient et pour 77% d'entre eux ces informations participaient au développement de leurs connaissances.

Concernant le délai de réception des courriers de sortie, il était de deux semaines pour 53% des médecins interrogés. Pour 21% des médecins interrogés, on retrouve un délai d'une semaine. Et, enfin, on a un taux équivalent de trois semaines et d'un mois pour 13 % des médecins interrogés. Aucun médecin ne rapporte de courrier reçu dans un délai supérieur à un mois. On retrouve de nombreux commentaires libres insistant sur la disparité des délais des courriers selon les services hospitaliers.

La plupart des médecins se disent insatisfaits (60%) du délai de réception des comptes rendus d'hospitalisation contre 40% qui se disent satisfaits. En revanche, concernant le contenu des courriers de sortie d'hospitalisation, on retrouve une majorité de médecins satisfaits pour 61.30%. 34.70% de médecins se disent très satisfaits de leur contenu (soit 96% de médecins satisfaits), et 4.10% se disent moyennement satisfaits. Le questionnaire n'a pas mis en évidence de médecin insatisfait.
Ces résultats concernant les délais de réception et la satisfaction vis-à-vis des courriers d'hospitalisation sont très proches de ceux de la thèse de J. JOURDAIN (8). En effet, le délai de réception n'était pas satisfaisant pour 72 % des médecins interrogés et que cependant 94 % des médecins interrogés appréciaient son contenu.
On rappellera que, dans la thèse de L. FABRE (11), on retrouvait que le délai souhaité afin de récupérer les courriers de sorties était d'un jour, pour 57.85% des médecins généralistes après une sortie d'hospitalisation dans un service et, pour 66.12% après un passage aux urgences. Cela témoigne de l'importance du désir de maintien d'un lien continu entre la ville et l'hôpital pour assurer la coordination. Cela pourrait expliquer la demande de la part des médecins généralistes du développement de courrier par messagerie sécurisée pour assurer le lien direct avec l'hôpital.

A propos de la communication entre les médecins généralistes et les services d'hospitalisations du CH de Rochefort, la majorité des médecins interrogés soit 60% se disent satisfaits et 4 % très satisfaits. On retrouve ensuite 26% des médecins interrogés qui se disent moyennement satisfaits, puis 10 % se disent insatisfaits. Ainsi, on retrouve que plus de la moitié des médecins généralistes sont satisfaits de la relation qu'ils entretiennent avec l'hôpital de Rochefort (4% très satisfaits et 60% satisfaits), mais il reste plus d'un tiers de médecins pour qui cette communication est perfectible (26% moyennement satisfaits et 10% insatisfaits).

Lorsqu'on interroge les médecins généralistes sur les axes d'améliorations possibles concernant ces relations, ils rapportent surtout des demandes d'optimisation des moyens de communication. On retrouve notamment une forte demande d'accès téléphonique, mais établi de manière plus facile pour joindre les médecins hospitaliers (rapporté par 6 médecins) ainsi que le développement de la messagerie sécurisée (pour 8 médecins). Les médecins généralistes rapportent également que l'orientation d'un patient vers un autre hôpital s'explique le plus souvent par l'absence des spécialités nécessaires à la prise en charge des patients.

Pour finir, on pourra noter que, contrairement aux travaux menés par d'autres thèses sur la communication (10) (13), où il avait été surtout rapporté un manque de reconnaissance de la part de leur confrère hospitalier, cela a été très peu évoqué dans les réponses du questionnaire. On retrouve plutôt un aspect compréhensif envers eux « tout le monde est débordé », « ils font de leur mieux », et le manque de lits au sein de l'hôpital est également dénoncé.

V) CONCLUSION

Avec cette étude, nous avons essayé de faire un point sur les moyens de communication utilisés actuellement par les médecins généralistes, pour entrer en contact avec l'hôpital de Rochefort. Via le recueil de leurs points de vue, nous avons cherché à comprendre les difficultés de communication auxquels ils sont confrontés et à connaitre leur avis concernant les possibilités d'améliorations intéressantes pour progresser dans ce domaine.

La coopération ville-hôpital a connu une évolution importante ces dernières années, notamment avec le fort développement technologique, surtout dans le domaine de la communication. Elle est devenue également un enjeu majeur dans le domaine de la santé publique, dont témoigne la réforme de l'assurance maladie du 13 Aout 2004 (28), la loi Hôpital Santé Patient Territoire de Juillet 2009 (29), et plus récemment, la loi santé de 2016 (33).

Les médecins généralistes sont pour plus de la moitié satisfaits de la relation qu'ils entretiennent avec l'hôpital de Rochefort (4% très satisfaits et 60% satisfaits), mais il reste plus d'un tiers de médecins pour qui cette communication est perfectible (26% moyennement satisfaits et 10% insatisfaits).
Ils rapportent des éléments à améliorer, avec notamment les délais, jugés trop longs, que ce soit pour joindre un confrère (pour avis spécialisé (21.1%) ou pour effectuer une demande d'hospitalisation (16.2%)), mais également pour recevoir les comptes rendus d'hospitalisation (60%).
Selon les médecins généralistes, les outils à développer sont surtout les lignes directes téléphoniques et la messagerie sécurisée.
D'une part la ligne téléphonique directe permettant de joindre un spécialiste rapidement (en cas de nécessité d'avis (57%) ou de demande d'hospitalisation (68.8%)) et, d'autre part, le développement de la messagerie sécurisée notamment pour la réception de compte rendu d'un passage aux urgences (33.3%), ou d'une hospitalisation (17.1%).
Le développement de la communication avec le service des urgences semble un point majeur évoqué par les médecins généralistes, évoquant souvent l'absence de courrier à la sortie des urgences.

Ainsi, nos résultats confirment, comme d'autres études menées sur les relations entre la médecine hospitalière et la médecine de ville, que cette communication est encore insuffisante, et mérite d'être considérée, compte tenu de l'influence qu'elle peut avoir sur la prise en charge des patients par le médecin généraliste. Ces défauts de communication peuvent avoir un impact sur la qualité de la continuité des soins.

Cette volonté d'amélioration des échanges et de la coordination se manifeste par des changements au sein des pratiques de l'hôpital de Rochefort, avec notamment la délivrance systématique d'un courrier de sortie suite à un passage aux urgences (un courrier est donné aux patients et un courrier est envoyé à son médecin traitant) mis en place récemment. Cependant, on retrouve une discordance avec de nombreuses demandes d'un répertoire de

lignes téléphoniques directes de spécialistes de la part des médecins généralistes, alors que celui-ci existe déjà, laissant penser que l'information quant à ce répertoire est mal relayée auprès d'eux et nécessite d'être approfondie.

Il existe donc, du point de vue des médecins généralistes, des axes d'améliorations possibles afin d'optimiser les échanges avec les confrères hospitaliers. Pour avoir un point de vue global de cette communication, il serait intéressant de compléter cette enquête, en recueillant, à l'inverse, le point de vue des médecins hospitaliers sur ce sujet.

VI) BIBLIOGRAPHIE

1) Wattiaux M-J, Lauret T, Macrez A. Relations médecine de ville-hôpital. Une enquête du CHU Bichat-Claude Bernard. Revue hospitalière de France 2007 ; 516 : 66-69.

2) Hurtaud A, Dominique D. Dossier médical personnel : qu'en pensent les médecins ? Une enquête auprès des médecins de l'agglomération de Reims. Médecine juin 2007 ; 3 (6) : 278-282.

3) Poindron PY. Carence de communication entre l'hôpital et la ville. Le concours médical 2006 ; 128 : 1148-1149.

4) Beden C, François P, Beaudouin-Bertrand D, Caligula F. Attentes et satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis d'un hôpital universitaire. Journal d'Economie Médicale 2001 ; 19 (4) : 263-274.

5) François P, Bertrand D, Weil G, Bosson JL. Qualité des courriers de fin de séjour hospitalier : besoins et attentes des médecins libéraux. La Presse Médicale 1996 ; 25 (25) : 1136-1139.

6) Lallemand C. De la nécessité à la réalité de la coopération ville-hôpital : l'exemple du CH de Gonesse. Mémoire : Ecole National de la Santé Public. Rennes. 2005.

7) Hubert G. La circulation de l'information médicale : évaluation du lien complexe ville-hôpital. Thèse d'exercice en médecin. Bobigny. 2006.

8) Jourdain J. A propos de la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de l'hôpital. Enquête concernant le CHU de Poitiers. Thèse d'exercice en médecine. Poitiers. 2009.

9) Bidault Diallo A. Télémédecine et dossier médical personnel : Perceptions et attentes des médecins généralistes. Thèse d'exercice en médecine. Angers. 2013.

10) Saillol M. Etude des relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le centre hospitalier de rattachement de Pau pour améliorer la prise en charge mutualisée des patients. Thèse d'exercice en médecine. Bordeaux. 2014.

11) Fabre L. Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Thèse d'exercice en médecine. Toulouse. 2014.

12) Delahaye M. Enquête auprès des médecins généralistes sur l'apport des nouvelles technologies dans la relation médecine de ville-hôpital. Thèse d'exercice en médecine. Paris. 2015.

13) Lemaire N. Evaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication. Thèse d'exercice en médecine. Paris. 2016.

14) Union Régionale des Médecins Libéraux Ile de France. La continuité des soins en ville après une hospitalisation 2006. [En ligne] http://www.urml.idf.org/upload/etudes/etude_070115.pdf. Consulté le 04/04/2017.

15) Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA 2007 ; 297 (8) : 831-841.

16) Bell CM, Schnipper JL, Auerbach AD, Kaboli PJ, Wetterneck TB, Gonzales DV, et al. Association of communication between hospital-based physicians and primary care providers with patient outcomes. J Gen Intern Med 2008 ; 24 (3) : 381-386.

17) Pantilat SZ, Lindenauer PK, Katz PP, Watcher RM. Primary care physician attitudes regarding communication with hospitalists. The American Journal of Medicine 2001 ; 111 (9B) : 15S-20S.

18) Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Wonca Europe, 2002. [En ligne] http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf. Consulté le 04/04/2018.

19) Conseils National des Généralistes Enseignants. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale, 2013. [En ligne] https://bv.univpoitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/6%20Enseignements%20th%C3%A9oriques/Outils%20p%C3%A9dagogiques/S%C3%A9minaires%202013/S1/Biblio/2013%20D%C3%A9finition%20comp%C3%A9tences%20MG%20Compagnon%20Exercer%20108.pdf. Consulté le 04/04/2018.

20) Ministère des affaires sociales et de la santé. La loi Hôpital, patients, santé et Territoires. « Le support pédagogique de la loi HPST ». Edition internet, [En ligne], septembre 2009. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_Hpst_07-09-09.pdf. Consulté 04/04/2018.

21) Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. « Comparateur de territoires, commune de Rochefort (17299 » [En ligne], 25/09/2018. https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-17299. Consulté le 05/06/2018.

22) Site de l'hôpital de Rochelle. « La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire atlantique 17 est signée ».[Enligne] http://www.ch-larochelle.fr/actualites/la-convention-constitutive-du-groupement-hospitalier-de-territoire-atlantique-17-est-sign. Consulté le 09/09/2018.

23) Code de la santé publique. Article 107. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé**.** Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

24) Agence Régional de Santé. [En LIGNE], 20/02/2018.https://www./ars.sante.fr/les-groupements-hospitaliers-de-territoires. Consulté le 06/06/2018

25) Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. 70-1318 décembre,1970. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

26) Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

27) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

28) Code de la Sécurité Sociale. Article L162-5-3, crée par Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie -art 7 JORF 26 février 2010. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

29) Code de la Santé Publique. Article 36. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

30) Code de la Santé Publique. Article 3 du décret n°74-230 du 7 mars 1974 relatif à la communication du dossier des malades hospitalisés ou consultants des établissements hospitaliers publics. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

31) Code de la Santé Publique. Article R710-2-6 du décret n°92-329 du 30 mars 1992. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

32) Code de la Santé Publique. Article R710-2-7 du décret n°92-329 du 30 mars 1992. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

33) Code de la Santé Publique. Article 96. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 concernant la modernisation de notre système de santé. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

34) Tic santé .com. Le détail des créations de DMP dans les neuf territoires pilotes du déploiement. Juillet 2018. [En ligne] https://www.ticsante.com/le-detail-des-creations-de-DMP-dans-les-neuf-territoires-pilotes-du-deploiement-NS_4161.html?search=DMP. Consulté le 1 Décembre 2018.

35) Code de la santé Publique. Article R1111-26 du décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

36) Code de Déontologie Médicale. Article 4 (article R.4127-4 du CSP). 2017. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

37) Code de Déontologie Médicale. Article 72 (article r.4127-72 Du CSP).2017. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

38) Code de Déontologie médicale. Article 45 (article r.4127-45 Du CSP.2017. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

39) Code de Déontologie Médicale. Article 56 (Article 4127-56 du Code de la Santé Publique). 2017. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

40) Code de Déontologie Médicale. Article 60 (article R.4127-60 du CSP). Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

41) Code de Déontologie Médicale. Article 62 (article R.4127-62 du CSP). Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

42) Code de Déontologie Médicale. Article 63 (article R.4127-63 du CSP). Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

43) Code de Déontologie Médicale. Article 64, relatif à l'exercice collégial (Article R.4127-64 du Code de la Santé Publique). 2004. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

44) Conseil National de l'Ordre des Médecins. « Cartographie Interactive de la Démographie Médicale ».2018. [En ligne] https://demographie.medecin.fr/#sid=16;sly=a_dep_DR;l=fr;i=demo_gen_tot.moy_act_tot;v=map2;s=2018;z=212058,6651566,389475,261366. Consulté 25 Avril 2018.

VII) ANNEXES

a) Questionnaire :

QUESTIONNAIRE THÈSE :
Relation médecins généralistes-hôpital de Rochefort. Quels outils pour la communication et l'optimisation de la prise en charge ?

Temps estimé pour la réponse au questionnaire : 10 minutes.

Je suis interne en médecine générale, j'ai choisi de faire ma thèse sur la communication entre les médecins généralistes et l'hôpital.

Ayant effectué un stage de niveau 1 en Charente-Maritime à proximité du CH de Rochefort et un stage hospitalier au CH de Rochefort, j'ai décidé de réaliser un questionnaire (confidentiel et anonyme), s'adressant aux médecins généralistes exerçant sur le territoire défini par le périmètre du SMUR de Rochefort.

Il sera alors intéressant de voir le point de vu des médecins généralistes, acteurs principaux de la coordination de soins, et ainsi, d'évaluer les axes d'améliorations possibles.

Une enveloppe affranchie se trouve jointe à ce questionnaire. Pour des raisons d'organisation, je vous remercie de bien vouloir me retourner le questionnaire dans cette enveloppe avant le premier juin.

Un grand merci pour votre participation. Je suis disponible en cas d'interrogation.

Lore-Hélène GERBAUD
Adresse E-mail : lore-helene.gerbaud@hotmail.com
Numéro de téléphone : 06-89-19-08-51

I) SELON LES MEDECINS GENERALISTES ET LEUR TYPE D'ACTIVITE :

a) Votre tranche d'âge :

O < 40 ans
O Entre 40 et 50 ans
O > 50 ans

b) Vous êtes :

O Un homme
O Une femme

c) Vous êtes installé depuis :

O < 5 ans
O Entre 6 et 10 ans
O Entre 11 et 20 ans
O > 20 ans

d) Vous exercez :

1) En milieu :

O En milieu rural
O En milieu semi rural
O En milieu urbain

2) Temps de trajet en voiture jusqu'à l'hôpital de Rochefort en minutes :

O Entre 0 et 15 minutes
O Entre 15 et 30 minutes
O Entre 30 et 45 minutes
O Plus de 45 minutes

3) Modes d'exercices :

O Seul
O En maison médicale
O En cabinet de groupe

4) Avec un dispositif de secrétariat :

O OUI
O NON

→ Si oui : de quel type ? (Plateforme téléphonique, secrétariat sur place) :

.....

e) Votre activité :

Avez-vous d'autres formations, associées à votre activité de médecin généraliste (mésothérapie, hypnose, acupuncture, homéopathie etc ...) :

O OUI
O NON

→ Si OUI, laquelle ou lesquelles :

.....

II) COMMUNICATION DU MEDECINE AMBULATOIRE-HOPITAL DE ROCHEFORT :

a) Disposez-vous d'un répertoire de spécialistes sur le CH de Rochefort avec lesquels vous entrez en contact ?

O OUI
O NON

- Si OUI, caractéristiques de votre répertoire :

O Numéro de téléphone via l'annuaire figurant sur le site internet du CH de Rochefort
O Directement via le DECT du médecin (téléphone professionnel présent dans les services hospitaliers rattachés à un médecin)
O Messagerie sécurisée mise en place par l'état (type « apycript »)
O Messagerie classique (Hotmail, Gmail etc...)
O Fax

b) Pour une hospitalisation programmée :

- Les hospitalisations programmées sont-elles possibles pour vous ?

O OUI
O NON

→ Si NON, pourquoi ?

.....

.....

.....

- Quel moyen de communication vous semble le plus pertinent pour y accéder ?

O Téléphone
O Courrier papier
O Messagerie sécurisée mise en place par l'état (type « apycript »)
O Messagerie classique (Hotmail, Gmail etc...)
O Fax

- Si vous avez eu recours à l'une de ces pratiques, la démarche vous a-t-elle satisfaite et si NON pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

c) Pour un avis spécialisé (sans nécessité d'hospitalisation) :

- Avez-vous déjà effectué une demande d'avis spécialisé auprès d'un praticien de l'hôpital de Rochefort ?

O OUI
O NON

- Si OUI, par quel moyen y avez-vous eu accès ?

.....

.....

- La démarche vous a-t-elle satisfaite ?

O OUI
O NON

→ Si NON, pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

- Selon vous, quel serait le moyen de communication le plus adapté ?

.....

- Commentaires libres, suggestions concernant la relation médecine ambulatoire-hôpital de Rochefort :

.....

.....

.....

.....

III) COMMUNICATION HOPITAL DE ROCHEFORT-MEDECINE AMBULATOIRE :

a) Pour une sortie après passage dans le service d'urgence :

- Quel moyen de communication vous semble le plus adapté :

O Courrier manuscrit donné au patient
O Appel téléphonique
O Courrier envoyé au cabinet
O Courrier faxé
O E-mail en messagerie sécurisée
O E-mail standard

- Êtes-vous satisfait de la communication service des urgences avec le cabinet de ville ?

O Très satisfait
O Satisfait
O Moyennement satisfait
O Insatisfait

- Commentaires libres :

.....

.....

.....

.....

b) Lors d'une hospitalisation dans un service (programmée ou non) :

- Vous sentez-vous impliqué lors de l'hospitalisation, dans le projet de soin de votre patient ? (OUI/NON, argumentez)

.....

.....

.....

- Lors des hospitalisations, êtes-vous contacté par l'hôpital ? Si OUI, pour quels motifs ?

.....

.....

.....

- Lors de l'hospitalisation de l'un de vos patients, pour quels motifs souhaiteriez-vous être contacté par l'hôpital ?

.....

.....

.....

- Concernant les courriers de sortie :
- Dans quel délai les recevez-vous ?

O Une semaine
O Deux semaines
O Trois semaines
O Un mois
O Plus d'un mois

- Etes-vous satisfait de ce délai ?

O OUI
O NON

- Que pensez-vous de leurs contenus ?

O Très satisfaisant
O Satisfaisant
O Moyennement satisfaisant
O Insatisfaisant

- Êtes-vous satisfait de la communication que vous avez avec les services d'hospitalisation de l'hôpital ?

O Très satisfait
O Satisfait
O Moyennement
O Pas du tout

Avez-vous des suggestions à ce sujet ? Quels axes d'améliorations seraient possibles selon vous ?

.....

.....

.....

.....

IV) AUTRES :

- Dans quel contexte seriez-vous amené à adresser votre patient dans un autre hôpital que celui de Rochefort et pour quelles raisons ?

.....

.....

.....

.....

- Avez-vous d'autres suggestions ou remarques, sur des sujets non abordés dans lors du questionnaire ?

.....

.....

.....

.....

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

b) Réponses et commentaires des médecins généralistes :

Communication médecin généraliste – hôpital :

a) Pour une hospitalisation programmée :

- Les hospitalisations programmées sont-elles possibles pour vous ?
→ Si NON, pourquoi ?

Parmi les réponses, il est évoqué :

- La faute de place au sein de l'hôpital pour 7 médecins interrogés (soit 30,4%) :
« Faute de place souvent, demande de faire passer par les urgences. » (3)
« Par manque de lits hospitaliers dans les services. » (1)
« Oui mais de plus en plus difficile, car peu de place. » (3)

- Les difficultés de réalisation d'une hospitalisation programmée, sans autre notification évoquée, pour 5 médecins interrogés (soit 21.7%) :
« Oui, mais souvent difficile à négocier, souvent se termine aux urgences. »
« Oui mais quand même, rarement de possibilité sans passer par les urgences. »
« Oui, mais de plus en plus compliqué, cela dépend des services. »
« En théorie « oui » mais en pratique c'est plus compliqué car les médecins hospitaliers ne sont pas toujours joignables au moment où je peux.
« Passage aux urgences systématiques. »

- Le problème des délais pour obtenir une hospitalisation programmée trop longue est évoqué par 3 médecins (soit 13.1%) :
« Problème de délai pour l'hospitalisation programmée qui est trop long. » (3)

- Le problème de la perte de temps téléphonique est évoqué par 2 médecins généralistes (soit 8.7%) :
« Surtout pour la gériatrie en pratique, sinon perte de temps téléphonique. »

-La disparité des possibilités d'hospitalisation selon les services est évoqué par 6 médecins (soit 26,1%)

- Si vous avez eu recours à l'une de ces pratiques, la démarche vous a-t-elle satisfaite et si NON pourquoi ?

→ Commentaires de ceux qui ont répondu « OUI » :

« Satisfaite mais prend du temps. »

« Satisfaite en gériatrie/médecine interne/gastro-entérologie, malheureusement, aucune entrée directe n'est faite en cardiologie. »
« Cela dépend du système mis en place, actuellement c'est le téléphone qui fonctionne le mieux à condition de pouvoir joindre un médecin hospitalier. Le système « ALLO GERIATRE » mis en place récemment fonctionne très bien et permet de programmer très rapidement des hospitalisations. La messagerie sécurisée devrait pouvoir être utilisée mais en pratique ce n'est pas le cas. »
« Oui sauf pour les hospitalisations en cardiologie, impossibles, on nous répond de passer par les urgences. »
« Oui peu de perte de temps car sans contrainte horaire. »
« Plus ou moins laborieux. »

Commentaires de ceux qui ont répondu « NON » :

« C'est fini le temps où l'on appelait le spécialiste qui donnait un RDV dans la journée. Maintenant tout le monde est débordé ! Sinon on pourrait passer via le fax, alors le courrier peut être correctement rédigé, faxé et lu tranquillement. »
« Difficulté parfois pour joindre le médecin concerné. »
« Non pas sûr qu'en face le médecin soit disponible « numériquement » parlant ? »
« Délais assez longs, non personnalisés, annuaire pour les médecins à mettre en place ? »
« Secrétariat NUL. »
« Souvent manque de place dans les services. »
« Non jamais de place, il faut toujours passer par les urgences. »
« Hospitalisations directes difficiles probablement par contrainte administrative/ manque de place/ difficulté relation hôpital-ville. »
« Il faut entre 20 et 30 minutes pour obtenir un confrère !! »
« Difficile +++. »
« Long temps d'attente téléphonique. »
« Chronophage. »
« Pas de place, peu de bonne volonté et pas de résultat surtout en gériatrie+++. »
« Prend du temps, chronophage. »
« Difficulté physique à rencontrer par téléphone, il faudrait que l'E-mail soit plus utilisé. »

b) Pour un avis spécialisé (sans nécessité d'hospitalisation) :

- Avez-vous déjà effectué une demande d'avis spécialisé auprès d'un praticien de l'hôpital de Rochefort ? La démarche vous a-t-elle satisfaite ? Si NON, pourquoi ?

« Barrage secrétariat. »
« Parfois injoignables, pas de téléphone direct. »
« Difficile d'entrer en contact au téléphone. »
« Parfois délais d'attente. »
« Beaucoup d'attente pour finalement, notamment pour les avis chirurgicaux et orthopédiques, nous renvoyer vers les urgences. »

« Malheureusement, nous avons du mal à joindre notre correspondant. »
« Délais +++ manque de disponibilité du praticien. »
« Oui mais pas toujours facile de les joindre souvent passage par le standard puis secrétaire... C'est galère !! »

- Commentaires libres, suggestions concernant la relation médecine ambulatoire-hôpital de Rochefort :

Parmi les réponses, il est évoqué :

→ L'intérêt de majorer les contacts téléphoniques pour 6 médecins interrogés :
« Augmenter les contacts téléphoniques. »
« Faire un annuaire téléphonique dédié aux médecins généralistes. »
« Lignes téléphoniques dédiées pour les avis spécialisés urgents, et messagerie sécurisée (mail) pour les avis spécialisés non urgents. »
« Le téléphone me parait pratique car il permet d'échanger rapidement et d'avoir une réponse instantanée. »
« Il serait intéressant de renforcer l'utilisation du mail en complément du téléphone. »
« Un numéro direct entre les professionnels +/- mails serait intéressant. Il y a un manque d'accès direct entre professionnels (mais je n'ai pas fait mes études dans la région et manque cruellement de réseau). Cela fait 3 ans que je fais des remplacements et je suis collaboratrice que depuis février 2018 ! »

→L'intérêt de majorer les contacts par mail pour 6 médecins interrogés :
« Difficile de joindre quelqu'un au téléphone. Un annuaire « mail » à donner aux médecins généralistes serait intéressant. »
« Lignes téléphoniques dédiées pour les avis spécialisés urgents, et messagerie sécurisée (mail) pour les avis spécialisés non urgents. »
« Augmenter les contacts par E-mail. » (2)
« Renforcer la messagerie sécurisée (sortie d'hospitalisation notamment). »
« Le problème principal actuellement est le manque de lits hospitaliers, la saturation des urgences hospitalières et la saturation des médecins hospitaliers par manque de moyens octroyés par l'ARS. Faire « plus » avec « moins », c'est impossible ! Par ailleurs, il serait intéressant de renforcer l'utilisation des messageries sécurisées pour éviter de déranger les confrères par téléphone. »

→ L'importance de définir une personne dont le rôle serait d'établir le lien entre les cabinets de ville et l'hôpital :
« Je ne connais presque plus aucun médecin hospitalier à Rochefort, ce sont tous de nouveaux médecins. Nous n'avons pas vraiment moyen de les rencontrer ni de les connaitre. Il faudrait vraiment une personne qui fasse le lien entre le cabinet et l'hôpital, qui nous rapporte les nouveautés, les projets de l'hôpital, les évolutions, nous présente les changements de médecins ... Cela nous aiderait à se rapprocher de l'hôpital et à communiquer plus facilement aussi. »

→La disparité de la communication selon les services pour 2 médecins interrogés :
« Il y a des services accessibles et d'autres pas. »
« Généralisation impossible. La communication pourrait être excellente avec certains services/ médecins souvent insuffisant. »
« Difficulté de personnaliser les rapports entre les médecins. »

→On retrouve ensuite des commentaires variés exprimés par 4 médecins interrogés, concernant les relations, les problèmes d'urgences et de prise en charge des radiographies :
« Pour moi elles sont plutôt bonnes, je gère beaucoup au cabinet et quand je passe le relais aux spécialistes, mes patients sont toujours bien reçus et mes demandes également. Il faudrait cependant des rendez-vous rapides pour les patients et des plages d'urgences des spécialistes. »
« Globalement excellente et intensifiée avec de consultations avancées sur l'hôpital local de Saint Pierre d'Oléron. »
« Radiographies mal faites, fractures non diagnostiquées, après retour, nouvelle radio qui fait le diagnostic. »
« Améliorer la disponibilité des praticiens et implication. »

Communication hôpital de Rochefort – médecin généraliste :

a) Pour une sortie après passage dans le service d'urgence :

- Commentaires libres :

Il est évoqué les problèmes de communication entre les médecins traitants et les urgences :

« Pas de communication avec les urgences de Rochefort, jamais de courrier notamment. »
« Beaucoup de sorties sans courriers, prise en charge pas toujours adéquat. »
« Peu de retour de prise en charge. »
« Très peu de communication entre nous. »
« Parfois demande non comprise de notre part, si nous envoyons aux urgences, c'est que nous pensons que cela est justifié. »
« Si les patients ressortent avec un courrier mais s'ils l'oublient c'est le problème. L'envoi direct sur messagerie sécurisée réglerait le problème. »
« Pas de compte rendu rapide (envoie postale). »
« Peu de communication avec les urgentistes, nous revoyons régulièrement des patients en post-urgences, sans courrier de sortir, sans biologie, sans résultats des examens… »
« Globalement bien, même si je garde en tête une lettre d'un confrère sans doute débordé mais peu confraternelle. »
« Le strict minimum est fait, on les appelle pour prévenir et n'en tiennent pas compte, ne lisent pas les courriers. »
« Peu de retour. »
« Les urgentistes font ce qu'ils peuvent au mieux compte tenu du nombre insuffisant de médecins urgentistes et du manque de lits hospitaliers. »
« Notamment en pédiatrie : INSATISFAITE. La prise en charge et l'accueil ne sont pas bons. »

« Lenteur de la prise de contact, quand elle existe ! »
« Pas toujours d'information suite au passage d'un patient par les urgences. »
« Nous avons malheureusement peu de communication entre nous. »
« Des rencontres « humaines » (par le biais de soirée ?) pourraient être sympas. »
« Dépôt d'un compte rendu récupérable par le médecin généraliste dans une boite postale sécurisée (examens ou biologies). »
« Grand n'importe quoi, très aléatoire suivant les services des intervenants. »
« Sans commentaire personnel : très rarement de courrier, les patients sont souvent mécontents… »
« Courriers succincts mais surtout tardifs et/ou remis aux patients. »
« Parfois, pas de compte rendu par la prise en charge aux urgences. »
« Quand un interne des urgences souhaite un RDV avec un PH ou un examen d'imagerie, qu'il prenne le RDV : on en a marre de passer notre temps au téléphone+++. »
« Courriers souvent absents, nécessité fréquente de ré-hospitalisation. »

b) Lors d'une hospitalisation dans un service (programmée ou non) :

- Vous sentez-vous impliqué lors de l'hospitalisation, dans le projet de soin de votre patient ?

Commentaires :

- Réponses positives (8 soit 25.8%) :
« Oui souvent appel du service pour discussion. »
« Oui, ce n'est pas parce que le patient est à l'hôpital que je ne dois pas m'impliquer dans le projet de soins. »
« Oui je fais un courrier systématique en l'adressant et je suis disponible directement (même lorsque je suis en consultation). »
« Oui, importance de l'information. »
« Oui si programmée, sinon je le sais un mois après. »
« Oui mais nous manquons souvent d'information sur le déroulement de l'hospitalisation. Manque de temps de notre part aussi pour appeler et prendre des « nouvelles » de notre patient. »
« Oui notamment sur la question du retour au domicile après l'hospitalisation. »
« Oui, échange parfois nécessaire en fonction de la pathologie du patient et de la conduite à tenir. »

Réponse négatives (20 soit 64.6%) :
« Non pas de communication lors de l'hospitalisation. »
« Non, aucune communication. »
« Non, souvent pas au courant des hospitalisations (sauf si la famille nous en fait part) c'est souvent une surprise au moment de recevoir le courrier, ou quand les patients sont sortis d'hospitalisation et nous l'annoncent (souvent compte rendu pas encore rédigé). »
« Non rarement jointe pour les renseignements complémentaires, rarement contactées pour le projet SSR ou de soins palliatifs. »

« Parfois, c'est souvent moi qui fais la démarche de prendre des nouvelles du patient, je suis rarement informée du projet de soins. »
« Non pas du tout, jamais contacté. »
« Non pas de communication pendant l'hospitalisation, mais pas forcément utile… »
« Non mais je comprends parfaitement que nos confrères hospitaliers n'aient pas le temps de nous impliquer plus. Ils sont en permanence débordés, comme nous d'ailleurs. »
« Non en général mais c'est difficile à mettre en place, ne serait-ce que notre disponibilité. »
« Non, pas de retour lors de l'hospitalisation. »
« Non, pas d'appel lors de l'hospitalisation de mes patients. »
« Nous avons la démarche à suivre à la sortie mais pas de discussion lors du séjour. »
« Non, souvent on est au courant que le patient a été hospitalisé qu'une fois sorti, quand on le revoit ou qu'on reçoit son courrier d'hospitalisation. »
« Non aucune communication. »
« Non pas de concertation ni d'information au cours de l'hospitalisation. »
« Non, pas de courrier à a sortie du patient, pas d'appel. »
« Non mais de plus en plus souvent de praticiens appellent, donc Oui ?! »
« Non on n'est absolument pas tenu au courant et lorsqu'on formule des demandes précises elles ne sont surtout PAS réalisées (gériatrie). »
« Non, pas de contact décision prise unilatéralement. »
« Non, on ne nous demande pas notre avis, mais celui-ci n'est pas forcément nécessaire ? »

- Réponses mixtes (3 soit 9.6%) :
« Cela dépend des situations. »
« Tout dépend du médecin/patient/motif d'hospitalisation. »
« Oui et Non, je fais totalement confiance à la bonne gestion médicale des médecins hospitaliers mais nous gérons l'amont… Puis la sortie… »

- Lors des hospitalisations, êtes-vous contacté par l'hôpital ? Si OUI, pour quels motifs ?

Les motifs évoqués par les médecins généralistes sont le partage de renseignements sur :

→ Les traitements des patients pour 11 médecins et les antécédents pour 10 médecins
« Parfois, pour récupération du traitement. »
« Motif d'hospitalisation si ce n'est pas moi qui l'ai adressé, évènement important durant l'hospitalisation (diagnostic ou thérapeutique). »
« Demande ordonnance du patient. »
« Demande d'information sur les antécédents, les traitements, ou les conditions de vie. »
« Information sur les antécédents, les traitements, situation au domicile. »
« Rarement, ou si incompréhension des traitements en cours par exemple. »
« Pour les renseignements sur le traitement habituel. »
« Exceptionnellement, pour Previscan, ou sur le traitement en cours uniquement. »
« Parfois oui, traitements ou renseignements généraux. »
« Cela arrive, motif administratif, ordonnance. »
« Rarement, pour un complément d'information sur traitement ou antécédents. »

« Demande traitements et antécédents. »
« Parfois, demande antécédents, traitements antérieurs, situation du patient avant l'hospitalisation. »
« Si questions sur antécédents, traitements, mise en place du plan de soins envisagé pour son retour au domicile. »
« Avis sur le patient et ses antécédents. »
« Parfois par l'interne pour connaitre les antécédents ou le pourquoi d'un traitement suivi. »
« Antécédents du patient. »
« Parfois pour les antécédents si l'hospitalisation ne s'est pas faite par le biais du cabinet. »
« Oui, récupération des informations du dossier médical (antécédents, traitements, traitements habituels), et décès. »

→ L'organisation pour le retour à domicile pour 5 médecins
« Non, sinon par l'assistante sociale pour le retour à domicile (certificats, prescription IDE…). »
« Oui parfois pour avoir des informations sur les patients hospitalisés ou pour préparer une sortie. »
« Quelques fois, la plupart du temps pour connaître l'environnement du patient lors de sa sortie. »
« Parfois. Pour avoir des informations ou organiser le retour à domicile mais c'est rare. »

→ Le décès d'un patient pour 2 personnes
« Cas compliqués, les transferts et décès. »

→ Des informations en générales pour 5 médecins
« Demande de renseignements médicaux. »
« Besoin de complémenter les antécédents du patient et avoir des renseignements sur le passé médical du patient. »
« Demande d'information sur le patient. »
« Si besoin de renseignements uniquement. »
« Cela dépend s'ils ont besoin de renseignements complémentaires. »

→ Les cas graves ou les diagnostiques importants pour 3 médecins
« Pas systématiquement, oui pour les décisions importantes » « Cela dépend s'ils ont besoin de renseignements complémentaires. »
« Si gravité. »
« Cas important. »

→ En cas de transfert dans un autre hôpital est mentionné par un médecin
- Lors de l'hospitalisation de l'un de vos patients, pour quels motifs souhaiteriez-vous être contacté par l'hôpital ?
Il est rapporté par les médecins généraliste, la demande de contact par l'hôpital :

→ En cas d'évènements graves ou importants, de décès (5)
« Evènements graves. »

« Si diagnostic important (Ex découverte d'un cancer). »
« Si problèmes sérieux. »
« Après une intervention. »
« Modification de traitements « importants », ou exploration de pathologie (examens complémentaires). »

→ Dans le cas de situations difficiles et délicates sur le plan thérapeutique au cours de l'hospitalisation, notamment pour échanger avec le confrère hospitalier (12)
« Décision de soins difficiles, arrêt des traitements. »
« Quand ce n'est pas simple. »
« Maladie engageant le pronostic vital, problèmes complexes. »
« Discussion d'une décision difficile (arrêt des soins), diagnostic grave, complication grave pendant une hospitalisation. »
« Si besoin d'éléments complémentaires du point de vue du suivi médical ou du contexte de vie sociale (parfois retour à domicile précaire). »
« Lors des situations diagnostics délicates. »
« Si besoin d'éléments complémentaires du point de vue du suivi médical ou du contexte de vie sociale (parfois retour à domicile précaire). »
« Discussion de la prise en charge, poursuite et adaptation des soins à domicile. »
« Prise de décision par rapport au traitement, au devenir. »
« Dans un monde parfait ou la priorité serait la qualité des soins et la coordination, et non les économies financières, les généralistes pourraient être informés de l'arrivée à l'hôpital de leurs patients et recevoir une information concise et hebdomadaire sur l'évolution de leurs patients pendant l'hospitalisation. Certains choix thérapeutiques pourraient aussi faire l'objet de discussion entre le médecin hospitalier et le généraliste. »
« L'idéal serait d'avoir des « staffs » communs mais ceci semble peu réalisable. »
« Pour échanger sur l'avenir du patient. »

→ Souvent à la sortie d'hospitalisation notamment pour organiser la sortie surtout lorsque le retour au domicile est compliqué (patient grabataire), ou pour savoir la conduite à tenir à la sortie, nécessité de surveillance particulière (19)
« Retour à domicile difficile. »
« Avant la sortie si situation précaire ou bilan à poursuivre. »
« Personnes âgées avant le retour au domicile. »
« Retour au domicile des patients grabataires, données importantes du compte rendu d'hospitalisation. »
« Retour au domicile des patients dépendants. »
« Avant la sortie. »
« Sur possibilité de retour à domicile notamment au niveau social, autonomie… »
« Préparer la sortie, allergies, traitements. »
« Surtout lors de la sortie pour adapter la prise en charge (avant la réception du courrier de sortie). »
« Son état avant la sortie. »
« Retour au domicile des patients dépendants. »

« Pour la démarche à suivre ou pour si conduites à tenir en particulier à la sortie d'hospitalisation. »
« Poursuite et adaptation des soins à domicile avant la sortie. »
« Si les courriers arrivaient dans la semaine suivant une hospitalisation, il n'y aurait pas besoin de contact particulier… Mais au vu des délais, il faudrait être contacté à la sortie notamment si surveillance étroite à prévoir. »
« Donner le diagnostic, la suite de la prise en charge. »
« Pour optimiser la sortie. »
« Date et mode de sortie. »
« Avant la sortie, quand l'hospitalisation est longue pour discuter de l'avenir du patient. »
« Pouvoir informer la famille, organisation du retour à domicile, aide à la prise de décision thérapeutique. »

→ Pour avoir des informations sur le diagnostic et l'évolution, les modifications de traitement au cours de l'hospitalisation (4)
« Antécédents détaillés, historique médicamenteux. »
« Pour connaître le diagnostic, l'évolution, selon les motifs d'hospitalisation. »
« Motifs et informations. »
« Evolution. »

→ Pour progresser sur sa propre prise en charge (1)
« Pour me dire ce que je fais mal. »

- Êtes-vous satisfait de la communication que vous avez avec les services d'hospitalisation de l'hôpital ?

Avez-vous des suggestions à ce sujet ? Quels axes d'améliorations seraient possibles selon vous ?

→ Demande d'un accès téléphonique plus facile auprès des médecins hospitaliers (6) :
« La mise en place d'un numéro dédié aux avis notamment aux demandes d'hospitalisation. »
« Les délais des courriers de sortie sont toujours trop longs. Si la communication avec le médecin hospitalier n'est pas possible d'emblée je suis baladée de poste en poste. Intérêt d'un numéro unique médical ? »
« Perte de temps téléphonique trop importante. »
« Avoir le numéro de DECT. »
« Avoir un annuaire téléphonique dédié aux médecins. »
« Intérêt de privilégier les numéros de téléphone sur un annuaire spécifique pour les professionnels. »

→ Demande d'utilisation de messageries cryptés (8) :
« Vivement le zéro papier (mais je suis très en retard de ce côté). »
« Usage de la messagerie cryptée, plus de communication pour permettre les hospitalisations directes. »
« Intéressant d'avoir un annuaire « mail » à fournir aux médecins généralistes. »
« Intérêt de privilégier la messagerie sécurisée. »

« Il faudrait comme le fait le CHU de Poitiers, envoyer un mail sécurisé disant que tel ou tel patient sont entrés en hospitalisation. »
« Pouvoir via internet sécurisé consulter une page de donnée conçue pour les médecins généralistes et seulement consultable par lui (résumés, CRO, CRH etc..). »
« Il faudrait optimiser le fonctionnement des adresses mails sécurisées. »
« Les améliorations possibles n'auraient pas d'effet si les moyens ne sont pas augmentés et continuent même à diminuer comme actuellement. A force de diminuer le nombre de lits hospitaliers, il n'y aura plus personne avec qui communiquer. Par ailleurs, il faudrait augmenter l'utilisation des E-mail sécurisés. »

→ Concernant le contenu des courriers de sortie : délais d'obtentions trop longs, qui sont variables selon les services (10) :
« Amélioration de retour de courriers « synthétiques » post urgence. Problème d'accès aux services de consultations cardiologiques. Délais trop importants. Problème des délais de retour des courriers également pour le service de cardiologie. »
« Les délais des courriers de sortie dépendent sont très variables selon les services. »
« Les délais des courriers sont très variables selon les services. Comme suggestion, il faudrait ne serait-ce que lire le courrier du médecin qui adresse le patient ! »
« Amélioration des délais de courrier. Délais variables selon les services. »
« Les délais des courriers de sortie dépendent de services. »
« La communication est très variable selon les services. »
« Parfois le patient revient avec un courrier manuscrit, sinon le courrier tapé arrive plus d'un mois après. »
« Lorsqu'un patient est hospitalisé il sort toujours avec un courrier, il pourrait également en avoir un à sa sortie. »
« Augmenter la rapidité des courriers, de plus, courriers parfois inexistants de la part de certains services. »
« Sinon les comptes rendus d'hospitalisation sont plutôt satisfaisants même si la plupart du temps il manque des valeurs tels que des marqueurs biologiques évolutifs pour suivre l'évolution après le retour à domicile (BNP, CRP). »

→ Le manque de communication avec l'hôpital et une demande de meilleurs accès aux confrères hospitaliers :
« Quelques problèmes parfois avec HAD, je suis parfois devant le fait accompli (pas de demande antérieure) et parfois difficulté de mise en place avec l'éloignement. »
« Le problème est humainement dépendant. A partir du moment où tout le monde à priori s'en fout (avec quelques rares exceptions près) et que la notion d'humanité et de travail bien fait s'estompe… »
« Meilleur accès avec nos confrères hospitaliers. »
« Rencontres physiques de temps en temps. »
« Implication médicale horaire TRES réduite. »
« Il faudrait vraiment développer des accès directs entre les professionnels. »
« Difficile de joindre les médecins pour prendre des nouvelles des patients. Infirmières souvent pas au courant des pathologies… »
« Abonné à APICRYPT depuis un an (2017), j'ai reçu mon premier message le 26/03/2018 en provenance de l'IRSA (radiologue). Le CH de La Rochelle communique avec MSSANTE (devenu m@iliz). »

Résultats des commentaires libres et questions autres du questionnaire :

- Dans quel contexte seriez-vous amené à adresser votre patient dans un autre hôpital que celui de Rochefort et pour quelles raisons ?

« Selon les souhaits du patient (son domicile et son entourage), selon les spécialités, si absente à Rochefort (psychiatrie, cardiologie interventionnelle, neurologie). »
« Proximité, spécialités non présentes. »
« Prise en charge inadéquate de certains services. »
« Besoin avis spécialisé. »
« Demande du patient, pathologies spécifiques. »
« Soins non disponibles à Rochefort. »
« Service de gastro inaccessible pour fibro, colo, ou hospitalisation programmée. »
« Si le plateau technique ne correspond pas aux besoins du patient. »
« Selon la gravité et le plateau technique, notamment absence de réa. »
« Prise en charge spécialisée (psychiatrie, cardio et neurologie). »
« Deuxième avis souhaité ou chirurgie spécialisée (néoplasie, chirurgie du sport). Avis dermato, neuro et angio douteux. »
« Neurologie : très mauvaise prise en charge, médecine vasculaire et pédiatrie. »
« Décision du patient. »
« Hyperspécialité de CHU et pathologies rares. »
« Services plus spécialisés, ou si l'on pense que cela est mieux pour notre patient / Refus de la part du patient. »
« Psychiatrie et urgences. »
« Si problèmes très complexes et si patient réticent. »
« Selon sa situation géographique. »
« Pour services plus spécialisés. »
« Plateau technique (exemple : coronarographie à La Rochelle). »
« Saturation des urgences de l'hôpital de Rochefort (manque de médecins urgentistes et de lits hospitaliers. »
« Pas de coronarographie ni d'UNV, pour les suspicions d'AVC/IDM, pas de réanimation, donc pour les chirurgie lourde ou si patient avec des comorbidités j'envoie à Saintes, La Rochelle ou le CHU). »
« Pour la pédiatrie et la cardiologie, je n'envoie pas à Rochefort. »
« En fonction du service. »
« Neuro → La Rochelle, Urologie → Saintes, Hernie discale → Bordeaux. »
« Si cardio → La Rochelle, sinon en fonction de la proximité et des habitudes du patient. »
« Gynécologie Obstétrique, on fait une échographie et on n'examine plus la malade. »
« Selon la pathologie et selon la confiance du patient dans l'hôpital. »
« Pathologie neuro-chirurgicale. »
« Pas d'accès aux compétences locales. »
« Souhait du patient, ou si pathologie ultra spécialisée. »
« Carences de spécialité. »
« Si possible TOUJOURS. »

« Certains patients refusent d'aller ou d'être hospitalisés au CH de Rochefort, pas seulement à cause de la prise en charge aux urgences : réputation par expérience peu glorieuse !!! »
« Conditions d'accueil meilleures, meilleure coordination ville-hôpital. »
« Avis neuro : La Rochelle. »
« Besoin de spécialistes absents à Rochefort, neurochirurgien, psychiatrie… »
« Gestes techniques. »

- Avez-vous d'autres suggestions ou remarques, sur des sujets non abordés dans lors du questionnaire ?

« Les hospitaliers ont perdu le respect et la considération pour les médecins généralistes, que j'avais connu en début de carrière. »
« La communication avec les services hospitaliers peut certainement être améliorée par des moyens techniques comme la messagerie sécurisée mais pour communiquer il faut surtout du temps et dans la situation actuelle, ni les médecins généralistes libéraux, ni les médecins hospitaliers n'ont le temps de communiquer en dehors de l'urgence. »
« Changement complet d'état d'esprit. »
« Il faudrait une personne spécialisée qui ferait le pont entre les médecins généralistes et le milieu hospitalier. Nous ne connaissons plus les professionnels de santé qui travaillent à l'hôpital, et même lors de FMC finalement, cela nous permet plutôt de rencontrer nos confrères médecins généralistes plutôt que de faire connaissance avec les spécialistes. Je pense que si nous nous connaissions mieux, il serait plus facile d'avoir une communication fluide. »

RESUME

Etude de la relation entre les médecins généralistes et l'hôpital de Rochefort, quels moyens de communication pour optimiser la prise en charge ?

Introduction : La communication médecine de ville-médecine hospitalière a fortement évolué au fil du temps ayant un impact sur la coopération ville hôpital, enjeu majeur en politique de santé. L'objectif principal de l'étude est via le recueil du point de vue des médecins généralistes (MG), de définir les axes d'améliorations possible dans le domaine de la communication, afin de trouver des éléments permettant d'optimiser les échanges entre les professionnels. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude descriptive transversale, mené d'avril à août 2018, par auto-questionnaire anonyme envoyé par voie postale auprès de l'ensemble des MG exerçant sur le périmètre du SMUR de Rochefort. **Résultats :** Parmi les 114 questionnaires envoyés, 50 réponses ont été retenues soit 43.85%. Les MG rapportent la nécessité d'améliorer les délais, pour joindre un confrère (pour avis spécialisé (21.1%) ou pour effectuer une demande d'hospitalisation (16.2%)), et également pour recevoir les comptes rendus d'hospitalisation (60%). Pour cela les outils à développer sont surtout les lignes directes téléphoniques (LTD) et la messagerie sécurisée (MS). D'une part la LTD permettant de joindre un spécialiste rapidement (en cas de nécessité d'avis (57%) ou de demande d'hospitalisation (68.8%)) et, d'autre part, le développement de la MS notamment pour la réception de compte rendu d'un passage aux urgences (33.3%), ou d'une hospitalisation (17.1%). Le développement de la communication avec le service des urgences semble un point majeur évoqué par les MG. **Conclusion :** Les MG sont globalement satisfaits de la communication qu'ils entretiennent avec le CH de Rochefort. Selon eux, il faudrait développer les LTD et les MS. Ces dernières sont en cours d'installation sur le territoire.

Mots-clefs : Communication médecine de ville médecine hospitalière, politique de santé, coopération ville hôpital, médecins généralistes, axes d'améliorations, messagerie sécurisée, lignes directs téléphoniques.

Study of the relationship between general practitioners and Rochefort hospital, what means of communication to optimize care ?

Introduction : Communication between city medicine and hospital medicine has evolved considerably over time, with an impact on city-hospital cooperation, a major challenge in health policy. The main objective of the study is, via the collection from general practitioner's (GP) point of view, to define possible areas for improvement in the field of communication, in order to find elements to optimize exchanges between professionals. **Methods :** This is a cross-sectional descriptive study, conducted from April to August 2018, by anonymous self-questionnaire sent by post to all MG working within the scope of the Rochefort SMUR. **Results :** Out of the 114 questionnaires sent, 50 answers were retained, i.e. 43.85%. GP report the need to improve the time required to contact a colleague (for specialist advice (21.1%) or to make a request for hospitalisation (16.2%)), and also to receive hospitalisation reports (60%). For this reason, the tools wich needed to be developed are mainly telephone hotlines (TH) and secure messaging (SM). On the one hand, the TH makes it possible to contact a specialist quickly (in the event of a need for advice (57%) or a request for hospitalisation (68.8%)) and, on the other hand, the development of SM, in particular for receiving reports of a visit to the emergency room (33.3%) or a hospitalisation (17.1%). The development of communication with the emergency service seems to be a major point raised by the GP. **Conclusion :** MG are generally satisfied with their communication with Rochefort Hospital. According to them, THs and SMs should be developed. The latter are currently being installed on the territory.

Tags : Communication city medicine hospital medicine, health policy, cooperation city hospital, general practitioners, areas of improvement, secure messaging, telephone hotline.

SERMENT

Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.