

<b>I. LISTE DES ABREVIATIONS</b>	<b>2</b>
<b>II. INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
A. CONTEXTE	3
B. OBJECTIFS	6
<b>III. MATERIEL ET METHODES</b>	<b>7</b>
A. TYPE ET TERRITOIRE D'ETUDE	7
B. ÉLABORATION DES QUESTIONNAIRES	7
C. CRITERES D'INCLUSION	8
D. METHODE DE RECUET DES DONNEES	9
E. BASE DE DONNEES	9
F. ANALYSE STATISTIQUE	10
G. AUTORISATIONS ET CONSIDERATIONS ETHIQUES	11
<b>IV. RESULTATS</b>	<b>12</b>
A. QUESTIONNAIRE MEDECINS GENERALISTES	12
B. QUESTIONNAIRE MEDECINS HOSPITALIERS	23
C. ANALYSE DES BESOINS DES MEDECINS SUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION	35
<b>V. DISCUSSION</b>	<b>37</b>
A. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	37
B. DISCUSSION DES RESULTATS ET PERSPECTIVES	40
<b>VI. CONCLUSION</b>	<b>46</b>
<b>VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<b>47</b>
<b>VIII. ANNEXES</b>	<b>51</b>
A. VALIDATION PAR LE COMITE D'ETHIQUE	51
B. NOTICE D'INFORMATION	52
C. QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES MEDECINS GENERALISTES	53
D. QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES MEDECINS HOSPITALIERS	58
E. ANALYSE FACTORIELLE DES CORRESPONDANCES POUR L'ANALYSE MULTIVARIEE	63
<b>IX. SERMENT D'HIPPOCRATE</b>	<b>64</b>

## I. Liste des abréviations

AFC : Analyse Factorielle des Correspondances

ARS : Agence Régionale de Santé

CH : Centre Hospitalier

CME : Commission Médicale d'Établissement

CNIL : Commission Nationale Informatiques et Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CR : Compte Rendu

DMP : Dossier Médical Partagé

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

ieSS : Innovation e-santé Sud

MG : Médecin Généraliste

MH : Médecin Hospitalier

MT : Médecin Traitant

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PEM : Pourcentage de l'Écart Maximum

PTA : Plateforme Territorial D'appui

RAD : Retour A Domicile

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RDV : Rendez Vous

SMUR : Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

## **II. Introduction**

### **A. Contexte**

L'augmentation de l'espérance de vie en France et l'accroissement de la population créent un problème démographique majeur mettant en exergue le manque de professionnels de santé et le manque de moyens hospitaliers. Depuis plusieurs années, nous sommes face à une diminution drastique du nombre de lits d'hospitalisation : 76 000 lits d'hospitalisation complète ont été amputés entre 2003 et 2019 sur un total de 393 000 lits disponibles en France. Pour pallier cette décroissance, des alternatives à l'hospitalisation complète sont proposées au profit de séjours hospitaliers plus courts. L'évolution des techniques médicales a permis la majoration des chirurgies ambulatoires, et l'augmentation des capacités d'accueil en hôpitaux de jour en médecine. Au total, 29 000 lits d'hospitalisation partielle ont été ouverts au cours de la même période (1).

Concernant les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), leurs capacités d'accueil sont en hausse sur le territoire Français, grâce à l'apparition de nombreuses structures privées à but lucratif qui représentent désormais 33% de l'offre de soins en SSR contre 24% en 2013. L'activité SSR est le secteur qui a le plus progressé avec une augmentation de 28% du nombre de séjours en hospitalisation complète et une augmentation de 198% en hospitalisation partielle (1,2). Cette croissance du secteur des SSR permet de compenser en partie la diminution des places d'hospitalisation complète en secteur conventionnel. En effet, nous pouvons supposer que cela permet d'aiguiller plus rapidement les patients vers une prise en charge en SSR lorsque leur état clinique le permet. La durée moyenne de séjour entre 2010 et 2017 en service conventionnel d'hospitalisation complète va dans ce sens puisqu'elle tend à diminuer au fil des ans (2).

La population en Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) suit la tendance de l'augmentation Française puisqu'elle connaît depuis 2011 un accroissement d'environ 0,3% par an (rythme comparable à l'accroissement de la population en France

métropolitaine) (3). Cet essor s'explique par l'accroissement naturel de la population française mais aussi par l'excédent migratoire, conséquence de l'attractivité du territoire provençal. La population y est en moyenne plus âgée que la moyenne Française avec 23,8% de sa population ayant plus de 65 ans, contre 21% en France métropolitaine (3). En PACA comme en France, l'offre de soin du territoire a dû s'adapter. Le 26 Janvier 2016, une loi de modernisation de notre système de santé est promulguée, prévoyant la mise en place de structures pluri professionnelles facilitant le lien ville-hôpital-ville et permettant ainsi d'optimiser le parcours de soin des patients (4). Il s'agit en premier lieu des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), créées par les Agences Régionales de Santé (ARS) à la demande des professionnels de santé d'un territoire. Ces plateformes permettent une mise en lien des dispositifs déjà existants sur un territoire donné (sanitaires, sociaux, et médico-sociaux), dans une logique de mission partagée afin de proposer un interlocuteur unique pour une meilleure prise en charge des patients ayant un parcours complexe, sans distinction d'âge ni de pathologie. Le déclenchement des services de ces plateformes est à l'initiative du médecin traitant ou à défaut de tout autre médecin prenant en charge le patient. Dans ce cas, une validation par le médecin traitant sera systématique avant le déclenchement (4,5). En parallèle de ces PTA, cette loi a permis de voir naître les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Ces dernières sont créées à l'initiative des professionnels de santé de ville d'un territoire donné (qu'ils soient du sanitaire, du social, ou du médico-social), désireux de travailler ensemble et d'organiser le soin sur leur territoire. Ces CPTS ont pour vocation de décloisonner le soin en apportant un échange interprofessionnel facilité, conduisant à des prises en charge plus rapides et de qualité. A terme, l'amélioration de la prise en charge des patients doit permettre de faire face aux enjeux du virage ambulatoire (tension démographique pour certains territoires et/ou certains professionnels de santé, augmentation de la prévalence des maladies chroniques et accroissement de la population) (6,7).

Ces nouveaux dispositifs qui visent à améliorer la communication interprofessionnelle en sont encore à leurs débuts, mais la marge de manœuvre est grande concernant le

sujet épineux de la coordination ville - hôpital. La communication entre la médecine de ville et la médecine hospitalière est jugée insuffisante par les médecins généralistes, au détriment de la prise en charge des patients (8). Ces derniers déplorent le plus souvent des difficultés à joindre les spécialistes, des entrées directes en service d'hospitalisation de plus en plus rares (9), des sorties d'hospitalisations mises en échec par manque de communication avec le médecin traitant du patient (comptes rendus incomplets, délai de réception trop important), entraînant parfois son retour à l'hôpital (10). Un rapport de l'OMS publié en 2008 va d'ailleurs dans ce sens : 70% des erreurs médicales seraient causées par un défaut de communication entre les professionnels de santé (10,11).

La pandémie de COVID19 aura au moins eu comme effet bénéfique d'améliorer cette coordination ville-hôpital. Nous avons pu voir se généraliser l'utilisation d'outils informatiques de communication interprofessionnelle comme des messageries électroniques sécurisées ou encore des plateformes informatiques de demandes d'avis médicaux spécialisés (12). La région PACA souffre d'ailleurs d'un retard de mise en place de ces plateformes interprofessionnelles. Il s'agit en effet de la région française ayant la plus forte densité médicale (13), même si elle fait face depuis peu à une pénurie de professionnels de santé rendant nécessaire la mise en place de ces outils. A noter que la crise sanitaire aura également permis l'accélération de la mise en place et la généralisation de la téléconsultation (14).

La communication électronique des données de santé n'est pourtant pas quelque chose de récent, puisque c'est le 13 août 2004 que le ministère de la santé dévoile le projet du Dossier Médical Partagé (DMP). Il s'agit d'un dossier médical informatique personnel à chaque individu, regroupant ses données de santé (comptes rendus médicaux, antécédents médicaux ou encore traitements chroniques) et géré par l'Assurance Maladie. Après de nombreuses années de mises au point, ce n'est qu'en 2016 que le lancement du DMP se fait dans 9 départements tests, puis à l'échelle nationale en 2018. Sur le plan financier, la création du DMP aura couté environ 500 millions d'euros à l'assurance maladie, rentabilisés si environ quarante millions de

Français créaient leur DMP dans les cinq ans. En 2022, seulement moins de dix millions de Français ont créé leur DMP et en réalité ils sont loin d'être tous utilisés. Les principaux reproches faits au DMP sont un manque de lisibilité, une difficulté d'utilisation, et un manque de concertation avec les professionnels de santé avant son lancement, le rendant peu ergonomique (8,15,16). Depuis 2019, une refonte totale du DMP est en cours, le ministère de la santé en association avec l'Assurance Maladie travaillent sur la création de « Mon Espace Santé » (7) afin de proposer un outil permettant d'améliorer la prise en charge des patients, ainsi que la qualité de travail des professionnels de santé. Cet espace numérique personnel et sécurisé a vu le jour début 2022. Il comporte tous les éléments que comportait le DMP, associés à une messagerie sécurisée permettant au patient de communiquer avec les professionnels de santé le prenant en charge. Le site se veut ergonomique et facile à prendre en main, tant pour les patients que pour les professionnels, afin d'encourager l'utilisation de ce nouvel outil. Le dernier Sécur de la santé prévoit d'aider les professionnels de la santé dans son utilisation en rendant leurs logiciels métiers compatibles avec « Mon Espace Santé » d'ici deux ans (7).

## **B. Objectifs**

L'objectif principal de notre étude était de décrire les attentes et besoins des médecins généralistes libéraux ainsi que des médecins hospitaliers du territoire du pays Salonais concernant la communication ville-hôpital. L'objectif secondaire était de faire ressortir des propositions d'amélioration objectives de cette communication qui conviendraient aux deux parties.

### **III. Matériel et Méthodes**

#### **A. Type et territoire d'étude**

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive transversale, multicentrique, réalisée sur le territoire du Pays Salonnais. Le territoire a été délimité en utilisant la cartographie des deux CPTS qui ont été créées dans le pays Salonnais à savoir la CPTS de Salon-de-Provence et la CPTS du Val Durance. Les médecins généralistes de ces deux CPTS ont été la cible de notre étude, et par extension afin d'avoir le panel le plus complet de répondants, les médecins non adhérents aux CPTS mais faisant partie du territoire géographique ont également été interrogés. Afin d'obtenir la participation des médecins hospitaliers de notre territoire, nous avons sollicité les médecins de 6 établissements de soins : Hôpital de Salon-de-Provence, Clinique Vignoli à Salon-de-Provence, Hôpital d'Aix-en-Provence, Hôpital Privé de Provence à Aix-en-Provence, Hôpital de Cavaillon, Clinique Synergia à Cavaillon.

La rédaction de ce travail de thèse s'est appuyée sur les recommandations de la grille STROBE (17).

#### **B. Élaboration des questionnaires**

Deux questionnaires distincts ont été élaborés : un à destination des médecins généralistes libéraux et un à destination des médecins hospitaliers des cliniques privées et hôpitaux publics du territoire d'étude. Ces deux questionnaires visaient à recueillir l'avis de chaque médecin concernant sa relation avec la médecine de ville pour les médecins hospitaliers, et avec les différents établissements hospitaliers pour les médecins généralistes libéraux. Ils visaient également à proposer des pistes d'amélioration de cette relation afin de mieux coordonner le parcours de soins des patients.

Les deux questionnaires ont été rédigés par les auteurs. Ils ont ensuite été soumis à une dizaine de médecins généralistes libéraux et une dizaine de médecins hospitaliers lors d'entretiens individuels, afin d'améliorer la pertinence des questions. Les

questionnaires ont été établis en reprenant certains items déjà utilisés dans d'autres études quantitatives sur la communication et le réseau ville-hôpital (8,9,18).

Chacun des questionnaires a été divisé en cinq parties : population interrogée ; avis spécialisés ; hospitalisation d'un patient ; comptes rendus ; attentes. Ils sont disponibles en intégralité en annexes.

## C. Critères d'inclusion

### 1. Médecins généralistes

Tous les médecins généralistes adhérents aux CPTS de Salon-de-Provence et du Val-Durance ont été inclus, ainsi que les médecins appartenant au territoire géographique mais n'adhérant pas aux CPTS. Il s'agissait uniquement de médecins généralistes ayant une activité libérale, ou mixte avec l'hôpital ou en clinique. Les médecins généralistes ayant une activité hospitalière exclusive ont été exclus (mais pouvaient être emmenés à participer à l'étude avec le second questionnaire à destination des médecins hospitaliers). Ont également été exclus les médecins généralistes libéraux ayant une activité autre que la médecine générale de manière exclusive : acupuncture, homéopathie, ostéopathie.

### 2. Médecins exerçant dans un établissement de soins

Le deuxième questionnaire a été soumis à tous les médecins exerçant dans les hôpitaux et les cliniques cités ci-dessus. Les médecins exerçant les spécialités de radiologie, d'anatomopathologie et d'anesthésie-réanimation ont été exclus de l'étude car ne faisaient pas partie de la population ciblée. En effet, les médecins radiologues en structure de soins sont rarement amenés à prendre contact avec le médecin traitant des patients qu'ils reçoivent. Ils réalisent un acte ponctuel d'imagerie n'impliquant pas une hospitalisation, et en ce sens les questions soulevées par l'étude n'auraient pas été pertinentes pour eux. Le raisonnement est équivalent concernant les anatomopathologistes. Concernant les médecins réanimateurs, ils ont été exclus de l'étude car les patients entrent souvent dans leur service en contexte d'urgence, ainsi le lien entre la ville et l'hôpital est assuré par les Structures Mobiles d'Urgence et de

Réanimation (SMUR). De plus, en sortie de leur service les patients sont souvent transférés en service d'hospitalisation conventionnelle, qui se chargera du lien avec le médecin traitant avant le retour à domicile du patient.

#### **D. Méthode de recueil des données**

Le recrutement des données s'est étendu de Novembre 2021 à Mars 2022.

Les Médecins Généralistes de notre territoire d'étude ont tout d'abord été contactés par messagerie électronique, grâce à la plateforme de communication de leur CPTS de rattachement pour les médecins adhérents aux CPTS. Nous avons pour cela obtenu l'aide des présidents des deux CPTS de notre territoire. Afin de contacter les médecins généralistes n'adhérant pas aux CPTS, nous nous sommes appuyés sur le répertoire des pages jaunes.

Nous nous sommes également rendus dans les six établissements de notre territoire d'étude (CH d'Aix en Provence, Hôpital privé de Provence, CH de Salon de Provence, Clinique Vignoli, CH de Cavaillon, Clinique Synergia) et avons fait remplir notre questionnaire à chaque médecin disponible. Nous nous sommes ensuite appuyés sur les plateformes internes de communication des établissements, avec la coopération des ressources humaines et de la direction de chacun de ces six établissements. Les médecins ont ainsi pu recevoir notre questionnaire par messagerie électronique professionnelle une première fois en Décembre 2021, puis en Février 2022 où ils ont tous bénéficié d'une relance.

#### **E. Base de données**

L'ensemble des données recueillies a été synthétisé dans deux fichiers correspondants aux réponses à nos deux questionnaires. Ces données étaient anonymes et entrées dans des dossiers informatisés avec grille de saisie automatique afin de limiter le risque d'erreur de saisie.

## **F. Analyse statistique**

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du Logiciel Modalisa®, version 6.0.

Afin de répondre à notre objectif principal : décrire les attentes et les besoins des médecins généralistes libéraux ainsi que des médecins hospitaliers au sein du Pays Salonais concernant la communication ville-hôpital, les réponses obtenues à chacune des questions ont été étudiées en analyses univariées. Ces dernières contiennent le calcul des effectifs (n) et des pourcentages (%).

Dans le but de répondre à notre objectif secondaire, mettre en évidence des propositions d'améliorations objectives concernant la communication ville-hôpital afin d'améliorer le parcours de soins des patients, des analyses bi-variées ont été effectuées afin d'identifier l'influence de certaines variables sur les besoins des médecins.

La analyses bi-variées ont été réalisées à l'aide du test du Khi2 d'indépendance lorsque l'effectif le permettait. Les analyses ont été conduites avec un risque alpha de 0,05 ( $p$ ). Pour les plus petits effectifs, le Pourcentage de l'Écart Maximum (PEM) était utilisé. Il s'agit d'un indice statistique inventé par le statisticien Philippe Cibois ayant pour but de donner un indicateur de la force de liaison d'attraction (ou de répulsion) entre deux variables.

Si pour un tableau de contingence, il existe plusieurs indices qui permettent de mesurer la dépendance entre lignes et colonnes (coefficient de Cramer, de Pearson ou de Tschuprow), le PEM permet de mesurer la force de liaison entre modalités de lignes et de colonnes (19). Les valeurs du PEM sont comprises entre -100% et 100% : les valeurs négatives définissent une force de répulsion et les valeurs positives une force d'attraction. Concernant son interprétation, un PEM local inférieur à 5% constitue un effet négligeable, un PEM supérieur à 10% montre un effet généralement intéressant, et plus la valeur du PEM augmente, plus l'attractivité est significative.

Lorsque le PEM est supérieur à 50%, nous pouvons considérer qu'il s'agit d'une attraction exceptionnelle (20).

Pour finir, les deux questionnaires comportant des questions communes (caractéristiques de la population et attentes des médecins), nous avons pu étudier en analyse multivariée les réponses à ces questions afin d'extraire plusieurs profils de médecins ayant les mêmes besoins.

#### **G. Autorisations et considérations éthiques**

Cette étude était classée « hors loi Jardé » et ne nécessitait pas d'autorisation d'un Comité de Protections des Personnes (CPP). Une autorisation par la Commission Nationale Informatiques et Libertés (CNIL) n'était pas non plus nécessaire en accord avec la loi n°2004-801 du 6 aout 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et modifiant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Il n'existe aucun moyen de mettre en relation les questionnaires avec leur auteur et seuls les investigateurs de l'étude avaient accès aux données recueillies.

Une demande d'autorisation auprès du comité d'éthique de l'Université Aix Marseille a été déposée sous le numéro de dossier 2022-03-10-005, et a été approuvée le 10 Mars 2022 (attestation disponible en annexe). Une notice d'information était transmise aux participants avec le questionnaire (également disponible en annexe). Elle permettait d'expliquer aux participants le déroulement de l'étude et de leur communiquer les coordonnées des investigateurs s'ils souhaitaient retirer ou modifier leur participation. A noter que nous n'avons pas eu de réclamation de la part des participants. Le remplissage du questionnaire par le participant témoignait de son consentement à participer à l'étude, comme mentionné dans la notice.

## **IV. Résultats**

### **A. Questionnaire Médecins Généralistes**

#### **1. Population**

Un total de 73 réponses a été récolté. Aucun questionnaire n'a été exclu secondairement.

Parmi les 73 médecins généralistes interrogés, 64,4% étaient des femmes (n = 47). La catégorie d'âge la plus représentée était la tranche des 25-35 ans (38,4% ; n = 28), devant la tranche des 56 ans et plus (26% ; n = 19). La majorité des médecins généralistes étaient installés en cabinet de groupe (58,9% ; n = 43), contre 27,4% (n = 20) qui exerçaient seuls au sein de leur cabinet. Concernant leur lieu d'exercice, 93,2% (n = 68) étaient installés à moins de vingt kilomètres du premier service d'urgences (respectivement 54,8% (n = 40) à moins de dix kilomètres et 38,4% (n = 28) entre dix et vingt kilomètres). Les médecins participants effectuaient majoritairement entre 15 et 24 consultations par jour (42,5% ; n = 31) et 31,5% (n = 23) effectuaient entre 25 et 34 consultations par jour. (Tableau 1)

**Tableau 1 – Caractéristiques des médecins généralistes**

<b>Paramètres</b>		<b>Effectifs (n)</b>	<b>Proportions (%)</b>
<b>Sexe</b>	Homme	25	34,2
	Femme	47	64,4
<b>Age</b>	25-35 ans	28	38,4
	36-45 ans	12	16,4
	46-55 ans	14	19,2
	56 ans et plus	19	26
<b>Lieu d'exercice</b>	Installé en cabinet de groupe	43	58,9
	Installé seul	20	27,4
	Non installé	10	13,7
<b>Distance des urgences</b>	Moins de 10 kilomètres	40	54,8
	Entre 10 et 20 kilomètres	28	38,4
	Plus de 20 kilomètres	5	6,8
<b>Installation</b>	Non installé	9	12,3
	Moins de 5 ans	18	24,7
	Entre 5 et 10 ans	16	21,9
	Entre 11 et 20 ans	15	20,5
	Plus de 20 ans	15	20,5
<b>Consultations quotidiennes</b>	Moins de 15	1	1,4
	Entre 15 et 24	31	42,5
	Entre 25 et 34	23	31,5
	Entre 35 et 44	9	12,3
	Plus de 45	9	12,3

## **2. Données descriptives**

### **Avis spécialisés**

Les médecins généralistes interrogés déclaraient pour 34,2% ( $n = 25$ ) d'entre eux solliciter leurs confrères spécialistes pour des avis en moyenne une fois par semaine et 13,7% ( $n = 10$ ) déclaraient les solliciter plus de trois fois par semaine. La demande d'avis spécialisés était en grande majorité (87,7% ;  $n = 64$ ) assurée par le médecin lui-même, et les rendez-vous de consultations spécialisées étaient pris par le médecin pour 47,9% ( $n = 35$ ) des participants. Seulement 19,2% ( $n = 14$ ) des médecins demandaient de l'aide à leur secrétaire ou assistante médicale pour la prise des rendez-vous et 31,5% ( $n = 23$ ) des médecins déclaraient que les patients prenaient seuls leurs rendez-vous.

Les interlocuteurs privilégiés par les médecins généralistes pour leurs demandes d'avis étaient les médecins spécialistes libéraux pour 95,9% ( $n = 70$ ) des participants, devant les praticiens en centre hospitalier public (72,6% ;  $n = 53$ ) puis les praticiens en clinique privée (57,5% ;  $n = 42$ ). Les praticiens des établissements publics étaient surtout favorisés en cas de demande de prise en charge très spécifique (pathologie complexe ou rare notamment) pour 61,6% ( $n = 45$ ) des répondants. Le motif conduisant à favoriser les praticiens des cliniques privées était en premier lieu le choix du spécialiste pour 71,2% ( $n = 52$ ) des participants. (Tableau 2)

**Tableau 2 – Avis spécialisés**

Paramètres		Effectifs (n)	Proportions (%)
<b>Fréquence des demandes d'avis</b>	Exceptionnellement	11	15,1
	Une fois par mois	4	5,5
	Deux fois par mois	17	23,3
	Une fois par semaine	25	34,2
	Deux fois par semaine	6	8,2
	Plus de trois fois par semaine	10	13,7
<b>Aide extérieure pour la demande d'avis</b>	Par ma secrétaire / assistante	5	6,8
	Par mon étudiant en médecine	4	5,5
	Je le fais moi-même	64	87,7
<b>Aide extérieure pour la prise de RDV spécialisés</b>	Par ma secrétaire / assistante	14	19,2
	Par mon étudiant en médecine	1	1,4
	Je le fais moi-même	35	47,9
	Les patients le font seuls	23	31,5
<b>Interlocuteurs privilégiés</b>	Spécialistes libéraux	70	95,9
	Généralistes avec formations	15	20,5
	Praticiens en CH public	53	72,6
	Praticiens en clinique privée	42	57,5
<b>Motifs de préférence pour les praticiens en CH Public</b>	Choix du spécialiste	43	58,9
	Urgences	39	53,4
	Prise en charge spécifique	45	61,6
	Numéro d'avis direct disponible	26	35,6
	Qualité de la réponse obtenue	10	13,7
	Rapidité/facilité de prise de RDV	8	11
<b>Motifs de préférence pour les praticiens en clinique privée</b>	Choix du spécialiste	52	71,2
	Urgences	41	56,2
	Prise en charge spécifique	25	34,2
	Numéro d'avis direct disponible	17	23,3
	Qualité de la réponse obtenue	28	38,4
	Rapidité/facilité de prise de RDV	13	17,8

CH : Centre Hospitalier ; RDV : Rendez-Vous

## **Hospitalisations**

La majorité des médecins répondants déclarait adresser un patient en hospitalisation (urgences y compris) seulement une à deux fois par mois (52% ; n = 38). Les moyens de communication privilégiés avec leurs confrères hospitaliers lors de l'hospitalisation d'un patient étaient en grande majorité dominés par le courrier remis au patient (91,8% ; n = 67), devant l'appel téléphonique (74% ; n = 54) puis la messagerie électronique (12,3% ; n = 9). La quasi-totalité des médecins généralistes déclaraient estimer le pourcentage d'entrées directes en service hospitalier sans passage préalable par les urgences à moins de 25% des hospitalisations (90,4% ; n = 66).

Concernant la satisfaction globale de la communication entre la médecine de ville et les cliniques privées, 71,3% (n = 52) des médecins généralistes se disaient satisfaits ou très satisfaits, alors que 24,7% (n = 18) se disaient peu satisfaits et 4,1% (n = 3) pas du tout satisfaits. Les difficultés d'adressage des patients en clinique privée les plus citées étaient l'absence de numéro direct pour 56,2% (n = 41) des répondants, et un temps d'attente téléphonique trop long pour 49,3% (n = 36) d'entre eux.

La satisfaction globale des médecins généralistes concernant leur communication avec les hôpitaux publics était jugée comme satisfaisante ou très satisfaisante à 56,2% (n = 41). A l'inverse 38,4% (n = 28) des répondants se disaient peu satisfaits, et 5,5% (n = 4) pas du tout satisfaits. Les difficultés d'adressage en hôpital public les plus pointées du doigt étaient un temps d'attente téléphonique trop long (69,9% ; n = 51) et une absence chronique de lits d'hospitalisation disponible en service (61,6% ; n = 45).  
(Tableau 3)

**Tableau 3 – Hospitalisations**

<b>Paramètres</b>		<b>Effectifs (n)</b>	<b>Proportions (%)</b>
<b>Fréquence d'adressage en hospitalisation</b>	Au moins 3 fois par semaine	11	15,1
	2 fois par semaine	14	19,2
	1 fois par semaine	10	13,7
	2 fois par mois	32	43,8
	Maximum 1 fois par mois	6	8,2
<b>Moyens de communication privilégiés</b>	Courrier remis au patient	67	91,8
	Appel téléphonique	54	74
	Email	9	12,3
	Plateformes informatiques dédiées	1	1,4
	Autre	1	1,4
	Aucun	1	1,4
<b>Taux d'entrées directes en service</b>	0-10%	50	68,5
	11-25%	16	21,9
	25-50%	4	5,5
	51-75%	2	2,7
	76-100%	1	1,4
<b>Communication avec les cliniques privées</b>	Très satisfaisante	8	11
	Satisfaisante	44	60,3
	Peu Satisfaisante	18	24,7
	Pas du tout satisfaisante	3	4,1
<b>Difficultés dans l'adressage en clinique privée</b>	Temps d'attente téléphonique long	36	49,3
	Absence de numéro direct	41	56,2
	Exigence du patient	18	24,7
	Demande de passage par les urgences	18	24,7
	Pas de lit d'hospitalisation disponible	23	31,5
	Je n'ai pas de difficulté	14	19,2
<b>Communication avec les hôpitaux publics</b>	Très satisfaisante	4	5,5
	Satisfaisante	37	50,7
	Peu Satisfaisante	28	38,4
	Pas du tout satisfaisante	4	5,5
<b>Difficultés dans l'adressage en hôpital public</b>	Temps d'attente téléphonique long	51	69,9
	Absence de numéro direct	34	46,6
	Exigence du patient	33	45,2
	Demande de passage par les urgences	54	74
	Pas de lit d'hospitalisation disponible	45	61,6
	Je n'ai pas de difficulté	6	8,2

## Comptes rendus

La majorité des médecins généralistes (64,4% ; n = 47) déclaraient recevoir un compte rendu d'hospitalisation dans plus de trois quarts des cas. Le délai de réception de ces comptes rendus était plus disparate avec 30,1% (n = 22) des répondants qui déclaraient les recevoir dans la semaine, 39,7% (n = 29) dans les deux semaines et 27,4% (n = 20) dans le mois. Le patient était parfois ou souvent revu avant réception du compte rendu pour 80,8% (n = 59) des répondants. (Tableau 4)

**Tableau 4 – Comptes rendus de sortie d'hospitalisation**

Paramètres		Effectifs	Proportions
		(n)	(%)
<b>Taux de réception des CR</b>	Plus des trois quarts	47	64,4
	Entre la moitié et les trois quarts	17	23,3
	Entre un quart et la moitié	7	9,6
	Moins d'un quart	2	2,7
<b>Délai de réception des CR</b>	Dans la semaine	22	30,1
	Dans les deux semaines	29	39,7
	Dans le mois	20	27,4
	Plus d'un mois après la sortie	2	2,7
<b>Patient revu avant réception du CR</b>	Souvent	30	41,1
	Parfois	29	39,7
	Rarement	13	17,8
	Jamais	1	1,4

*CR : Compte Rendu*

## **Attentes des médecins généralistes**

Le respect de la place du médecin traitant et l'inclusion dans la prise en charge des patients était un sentiment partagé par 63% (n = 46) des médecins généralistes libéraux. Les outils de communication que ces derniers souhaitaient le plus mettre en place étaient l'annuaire téléphonique de numéros d'avis spécialisés (89% ; n = 65) et l'annuaire de messageries sécurisées (69,9% ; n = 51). Les plateformes de communication interprofessionnelle étaient souhaitées par 46,6% (n = 34) des participants. Une fiche type d'hospitalisation contenant les informations primordiales du patient était désirée par 39,7% (n = 29) des médecins généralistes et 24,7% (n = 18) souhaitaient privilégier la communication par messagerie électronique. Les pistes d'amélioration les plus plébiscitées par les médecins répondants étaient la création de consultations de semi-urgence par spécialité (80,8% ; n = 59), devant les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) regroupant médecins généralistes et hospitaliers afin de discuter des cas complexes (58,9% ; n = 43). Enfin, les médecins généralistes se disaient motivés par des formations régulières sous forme de groupes de travail avec les hospitaliers à 50,7% (n = 37). Concernant la continuité des soins en sortie d'hospitalisation, les comptes rendus de sortie étaient au centre des préoccupations des médecins généralistes : 87,7% (n = 64) d'entre eux souhaitaient qu'il leur soit transmis par messagerie électronique, et 64,4% (n = 47) qu'il soit remis au patient à sa sortie. Les médecins généralistes désiraient être contactés avant le retour à domicile de leurs patients, soit par appel téléphonique du médecin hospitalier (41,1% ; n = 30), soit par l'envoi d'un SMS automatique par l'établissement de soins (32,9% ; n = 24). (Tableau 5)

**Tableau 5 – Attentes des médecins généralistes**

Paramètres		Effectifs (n)	Proportions (%)
<b>Sentiment d'inclusion dans la prise en charge</b>	Oui	46	63
	Non	27	37
<b>Outils de communication souhaités</b>	Annuaire téléphonique	65	89
	Annuaire de messageries sécurisées	51	69,9
	Plateforme informatique de communication interprofessionnelle	34	46,6
	Autre	1	1,4
<b>Communication lors d'une hospitalisation</b>	Fiche type remplie par le MG	29	39,7
	Utiliser le DMP	10	13,7
	Appel téléphonique	13	17,8
	Messagerie électronique	18	24,7
	Autre	3	4,1
<b>Moyens à mettre en place</b>	Formations en groupes avec les MH	37	50,7
	Créneaux d'urgence de consultations spécialisées	59	80,8
	RCP MG / Spécialistes	43	58,9
	Gardes volontaires pour les MG	12	16,4
	Groupes d'ETP communs	20	27,4
	Présence MG aux CME	23	31,5
	Autre	3	4,1
<b>Continuité des soins</b>	CR par messagerie électronique	64	87,7
	CR remis au patient	47	64,4
	SMS de sortie (Établissement → MG)	24	32,9
	Appel du MT avant RAD	30	41,1
	Fiche type de RAD	27	37

MG : Médecin Généraliste ; DMP : Dossier Médical Partagé ; MH : Médecin Hospitalier ;

RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaires ; ETP : Éducation Thérapeutique pour les Patients ;

CME : Commissions Médicales d'Établissement ; CR : Compte Rendu ; RAD : Retour A Domicile.

### **3. Données analytiques**

Chez les médecins généralistes libéraux, l'ancienneté d'installation a été identifiée comme influant sur leur communication avec la médecine hospitalière. Une analyse bi-variée de l'ancienneté d'installation des médecins généralistes libéraux selon leur profil et leurs pratiques a donc été réalisée. (Tableau 6)

Cette analyse nous montre en premier lieu qu'il existe une différence significative du type d'activité des médecins généralistes en fonction de leur ancienneté d'installation. En effet, les médecins installés depuis plus de 20 ans sont plus souvent installés seuls, contrairement aux médecins installés depuis moins de 20 ans qui exercent le plus souvent en cabinet de groupe ( $p = 0,002$ ). Il existe également une relation intéressante entre l'ancienneté d'installation et le nombre de consultations quotidiennes puisque tendanciellement, il y a significativement plus de médecins installés depuis plus de 20 ans qui déclaraient pratiquer plus de 35 consultations par jour ( $PEM = 34\%$ ), en comparaison avec les médecins installés depuis moins de 10 ans qui disaient réaliser plus souvent moins de 25 actes journaliers ( $PEM = 30\%$ ).

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative dans la fréquence de demandes d'hospitalisation en fonction de l'ancienneté. En revanche, les demandes d'avis spécialisés étaient plus fréquentes chez les médecins installés depuis 11 à 20 ans ( $PEM = 31\%$ ), que chez les médecins installés depuis moins de 10 ans ( $PEM = 33\%$ ). Concernant les moyens de communication privilégiés par les médecins généralistes lors de l'adressage de leurs patients, il n'a pas été mis en évidence de différence significative en fonction de l'ancienneté ( $p = 0,999$ ). Tendanciellement, les médecins installés depuis plus de 20 ans déclaraient avoir moins de difficultés lors de l'adressage de leurs patients en clinique privée par rapport à leurs homologues plus jeunes ( $PEM = 27\%$ ). Les médecins généralistes installés depuis plus de 20 ans déclaraient un taux de réception des comptes rendus d'hospitalisation plus important ( $PEM = 81\%$ ), et un délai de réception plus court ( $PEM = 48\%$ ) que les médecins plus récemment installés.

Tableau 6 – Analyses bi-variées de l'ancienneté des médecins généralistes libéraux selon leur profil et leur pratique										
Paramètres		Non installé		Moins de 10 ans		Entre 11 et 20 ans		Plus de 20 ans		p
		n (%)	PEM	n (%)	PEM	n (%)	PEM	n (%)	PEM	
<b>Genre</b>	Femme Homme	5 (10,6) 3 (12)		22 (46,8) 12 (48)		12 (25,5) 3 (12)		8 (17) 7 (28)		0,839
<b>Activité</b>	Cabinet de groupe Seul en cabinet Remplaçant Interne en SASPAS			24 (55,8) 9 (45) 1 (16,7)		12 (27,9) 3 (15)		7 (16,3) 8 (40)	31%	0,002*
<b>Nombre de consultations quotidiennes</b>	Moins 25 consultations Entre 25 et 35 Plus de 35 consultations	3 (9,4) 5 (21,7) 1 (5,6)		20 (62,5) 7 (30,4) 7 (38,9)	30%	6 (18,8) 7 (30,4) 2 (11,1)		3 (9,4) 4 (17,4) 8 (44,4)	-42% 34%	0,089
<b>Fréquence de demande d'avvis</b>	Au moins trois fois par semaine Deux fois par semaine Une fois par semaine Deux fois par mois Une fois par mois Exceptionnellement			2 (20) 2 (33,3) 16 (64) 7 (41,2) 2 (50) 5 (45,5)		5 (50) 2 (33,3) 3 (12) 3 (17,6) 1 (25) 1 (9,1)	31%	3 (30) 1 (16,7) 2 (8) 4 (23,5) 1 (25) 4 (36,4)		0,87
<b>Fréquence de demande d'hospitalisation</b>	Au moins trois fois par semaine Deux fois par semaine Une fois par semaine Deux fois par mois Une fois par mois			5 (45,5) 6 (42,9) 3 (30) 15 (46,9) 5 (83,3)		3 (27,3) 3 (21,4) 2 (20) 6 (18,8) 1 (16,7)		3 (27,3) 4 (28,6) 4 (40) 4 (12,5)		0,964
<b>Moyens de communication pour l'adressage</b>	Courrier remis au patient Appel téléphonique Messagerie sécurisée Plateforme informatique Aucun	8 (11,9) 6 (11,1)		31 (46,3) 27 (50) 3 (33,3) 1 (100)		15 (22,4) 12 (22,2) 4 (44,4)		13 (19,4) 9 (16,7) 2 (22,2) 1 (100)		0,999
<b>Difficultés dans l'adressage en clinique privée</b>	Temps d'attente téléphonique long Absence de numéro direct Exigence du patient Demande de passage par les urgences Pas de lit d'hospitalisation disponible Je n'ai pas de difficulté	4 (11,1) 3 (7,3) 4 (22,2) 2 (11,1) 5 (21,7) 1 (7,1)		18 (50) 24 (58,5) 9 (50) 12 (66,7) 12 (52,2) 4 (28,6)		9 (25) 6 (14,6) 1 (5,6) 3 (16,7) 5 (21,7) 3 (21,4)		5 (13,9) 8 (19,5) 4 (22,2) 1 (5,6) 1 (4,3) 6 (42,9)	27%	0,549
<b>Taux de réception des CR</b>	Plus des trois quarts Entre la moitié et les trois quarts Entre un quart et la moitié Moins d'un quart	2 (4,3) 4 (23,5) 3 (42,9)	-100% 27%	20 (42,6) 10 (58,8) 2 (28,6) 2 (100)		11 (23,4) 3 (17,6) 1 (14,3)		14(29,8) 1 (14,3)	81%	0,486
<b>Délai de réception des CR</b>	Dans la semaine Dans les deux semaines Dans le mois Plus d'un mois après la sortie	3 (10,3) 5 (25) 1 (50)		8 (36,4) 13 (44,8) 12 (60) 1 (50)		4 (18,2) 9 (31) 2 (10)		10(45,5) 4 (13,8) 1 (5)	48% -23%	0,185
<b>Communication souhaitée lors d'une hospitalisation</b>	Fiche type remplie par MG Utiliser le DMP Appel téléphonique Messagerie électronique Autre	5 (17,2) 2 (20) 2 (15,4)		10 (34,5) 5 (50) 3 (23,1) 14 (77,8) 2 (66,7)		6 (20,7) 3 (30) 4 (30,8) 2 (11,1)		8 (27,6) 4 (30,8) 2 (11,1) 1 (33,3)		0,739

n : effectif ; % indiqué = % en ligne ; p : niveau de significativité ; PEM : Pourcentage de l'Écart Maximum ;

(\*) : différence significative entre les résultats ( $p < 0,05$ ) ; Les PEM figurant dans le tableau sont significatifs ( $PEM > 10\%$  ou  $< -10\%$ )  
SASPAS : Stage ambulatoire de niveau 2 ; CR : Compte Rendu ; MG : Médecin Généraliste ; DMP : Dossier Médical Partagé

## **B. Questionnaire Médecins Hospitaliers**

### **1. Population**

Au total 129 questionnaires ont été récupérés. Parmi eux, 7 questionnaires ont été exclus secondairement : 6 questionnaires avaient été remplis par des médecins anesthésistes-réanimateurs, et 1 questionnaire par un anatomopathologiste.

Parmi les 122 questionnaires validés, quasiment autant de femmes que d'hommes ont répondu avec respectivement 59 (48,4%) et 63 (51,6%) réponses. La tranche d'âge la plus représentée était celle des 36-45 ans avec 42,6% (n = 52) suivie de celle des 25-35 ans avec 25,4% (n = 31). Parmi les médecins interrogés, 56,6% (n = 69) travaillaient dans un service de médecine, 35,2% (n = 43) dans un service de chirurgie et 7,4% (n = 9) dans un service d'urgences. Concernant leur activité, 62,3% (n = 76) des médecins avaient une activité exclusivement en hôpital public, 12,3% (n = 15) des médecins avaient une activité exclusivement en clinique privée, 4,1% (n = 5) avaient une activité mixte hôpital public/clinique privée et 21,4% (n = 26) avaient un activité libérale associée à leurs activités dans un établissement de soins. (Tableau 7)

**Tableau 7 – Caractéristiques des médecins hospitaliers**

<b>Paramètres</b>		<b>Effectifs (n)</b>	<b>Proportions (%)</b>
<b>Sexe</b>	Homme	63	51,6
	Femme	59	48,4
<b>Age</b>	25-35 ans	31	25,4
	36-45 ans	52	42,6
	46-55 ans	19	15,6
	56 ans et plus	20	16,4
<b>Lieu d'exercice</b>	Installé en cabinet de groupe	43	58,9
	Installé seul	20	27,4
	Non installé	10	13,7
<b>Service</b>	Médecine	69	56,6
	Chirurgie	43	35,2
	Urgences	9	7,4
	Absence de réponse	1	0,8
<b>Installation</b>	Moins de 5 ans	31	25,4
	Entre 5 et 10 ans	29	23,8
	Entre 11 et 20 ans	40	32,8
	Plus de 20 ans	22	18
<b>Activité</b>	Exclusivement en Hôpital public	76	62,3
	Exclusivement en Clinique privée	15	12,3
	Mixte Hôpital/Clinique	5	4,1
	Mixte Hôpital/Libéral	9	7,4
	Mixte Clinique/Libéral	14	11,5
	Mixte Hôpital/Clinique/Libéral	3	2,5

**Tableau 8 – Représentation par spécialité des médecins hospitaliers**

Spécialité	Effectifs	Proportions
	(n)	(%)
Cardiologie	8	6,6
Chirurgie esthétique et reconstructrice	1	0,8
Chirurgie maxillo-faciale	3	2,5
Chirurgie orthopédique	11	9
Chirurgie pédiatrique	1	0,8
Chirurgie thoracique	2	1,6
Chirurgie viscérale / générale	11	9
Chirurgie vasculaire	2	1,6
Dermatologie	1	0,8
Endocrinologie	7	5,7
Gériatrie	3	2,5
Gynécologie et/ou Obstétrique	4	3,3
Hématologie	2	1,6
Hépato Gastro Entérologie	4	3,3
Médecine générale	10	8,2
Médecine interne	2	1,6
Médecine Physique et réadaptation	2	1,6
Médecine Polyvalente	2	1,6
Médecine vasculaire	4	3,3
Néphrologie	5	4,1
Neurologie	2	1,6
Ophthalmologie	1	0,8
ORL	3	2,5
Pédiatrie	6	4,9
Pneumologie	5	4,1
Psychiatrie	1	0,8
Rhumatologie	3	2,5
Soins Palliatifs	2	1,6
Urologie	4	3,3
Urgences	9	7,4
Absence de réponse	1	0,8
Total	122	100

## 2. Données descriptives

### Avis spécialisés

Plus des trois quarts des médecins hospitaliers répondants (76,2% ; n = 93) déclaraient recevoir au moins une demande d'avis spécialisé par semaine de leurs confrères généralistes. Plus de la moitié d'entre eux se disaient sollicités plus de trois fois par semaine (42,6% ; n = 52). Les moyens de communication privilégiés entre les médecins généralistes et les hospitaliers étaient le téléphone avec un numéro d'avis dédié (65,6% ; n = 80) ou bien avec une transmission du numéro de portable personnel du médecin hospitalier (43,4% ; n = 53). Arrivaient ensuite le courrier remis par le patient (50% ; n = 61) puis la messagerie électronique (43,4% ; n = 53). Seulement 10,7% (n = 13) des médecins interrogés se disaient défavorables à la mise en place d'un numéro d'avis direct. Parmi les autres moyens de communication proposés par les médecins interrogés, le fax était cité (0,8% ; n = 1). (Tableau 9)

**Tableau 9 – Avis spécialisés**

Paramètres		Effectifs	Proportions
		(n)	(%)
<b>Fréquence des demandes d'avis</b>	Exceptionnellement	5	4,1
	Une fois par mois	11	9
	Deux fois par mois	13	10,7
	Une fois par semaine	22	18
	Deux fois par semaine	19	15,6
	Plus de trois fois par semaine	52	42,6
<b>Moyens de communication</b>	Numéro d'avis dédié	80	65,6
	Courrier transmis par le patient	61	50
	Messagerie électronique	53	43,4
	Numéro de téléphone personnel	53	43,4
	Courrier postal	36	29,5
	Plateformes informatiques dédiées	5	4,1
	Autre	4	3,3
	Aucun	4	3,3
<b>Accord avec un numéro d'avis direct</b>	Non	13	10,7
	Oui	65	53,3
	C'est déjà le cas	44	36,1

## **Hospitalisations**

Plus de la moitié des médecins hospitaliers déclaraient accepter les entrées directes en service de manière régulière (56,5% ; n = 69). Lorsqu'un passage aux urgences était demandé avant l'entrée en service, il était motivé pour 56,6% (n = 69) des répondants par la réalisation d'un bilan initial alors que 23% (n = 28) le justifiaient par le manque de places disponibles en service d'hospitalisation. La moitié des médecins interrogés déclaraient recevoir un courrier d'adressage du médecin traitant pour plus de trois quarts des hospitalisations (50% ; n = 61). Les médecins traitants n'étaient pas contactés systématiquement par les médecins hospitaliers mais 80,3% (n = 98) d'entre eux déclaraient les joindre en cas de nécessité d'obtenir des informations sur le patient.

Certains participants ont mentionné en commentaire libre que leur établissement ne disposait pas de service d'urgences (Médecins de la clinique Vignoli). Certains ont mentionné en commentaire libre demander un passage par les urgences en dehors heures ouvrables (week-end et nuits) ou afin de réaliser les formalités administratives d'entrée (n = 4 ; 3,3%). (Tableau 10)

**Tableau 10 – Hospitalisations**

<b>Paramètres</b>		<b>Effectifs (n)</b>	<b>Proportions (%)</b>
<b>Entrées directes</b>	Toujours	11	9
	Souvent	58	47,5
	Rarement	33	27
	Jamais	6	4,9
	Non concerné, je suis médecin aux urgences	14	11,5
<b>Motifs de passage par les urgences</b>	Effectuer un bilan initial	69	56,6
	Évaluer la nécessité de l'hospitalisation	19	15,6
	Manque de places dans les services	28	23
	Je ne demande pas de passage par les urgences	17	13,9
	Autre	21	17,2
	Non concerné, je suis médecin aux urgences	14	11,5
<b>Courrier d'adressage du Médecin traitant</b>	Moins d'un quart	18	14,8
	Entre un quart et la moitié	14	11,5
	Entre la moitié et les trois quarts	29	23,8
	Plus des trois quarts	61	50
<b>Communication avec le médecin traitant</b>	Si besoin d'information	98	80,3
	A la sortie du patient	27	22,1
	Au cours de l'hospitalisation	22	18
	A l'entrée du patient	14	11,5
	Jamais	5	4,1

## Comptes rendus

Selon les médecins hospitaliers interrogés, les comptes rendus étaient aussi bien transmis par voie électronique que par voie postale aux médecins traitants des patients : respectivement 54,1% (n = 66) et 55,7% (n = 68). Un compte rendu définitif était rendu directement au patient à sa sortie dans 56,6% des cas (n = 69), et un compte rendu provisoire dans 32% des cas (n = 39). Seulement 9,8% (n = 12) des répondants déclaraient ne pas éditer de compte rendu. Un pourcentage non négligeable des médecins hospitaliers reconnaissait ne pas avoir connaissance du délai de réception des comptes rendus par les médecins généralistes (16,4% ; n = 20). Enfin, 42,6% (n = 52) des médecins interrogés estimaient que ce délai était inférieur ou égal à une semaine. (Tableau 11)

**Tableau 11 – Comptes rendus de sortie d'hospitalisation**

Paramètres		Effectifs	Proportions
		(n)	(%)
<b>Modalité d'envoi</b>	Version définitive remise au patient	69	56,6
	Voie postale	68	55,7
	Voie électronique	66	54,1
	Version provisoire remise au patient	39	32
	Aucun compte rendu	12	9,8
<b>Délai de réception supposé</b>	Directement à la sortie	17	13,9
	Dans la semaine	35	28,7
	Dans les deux semaines	30	24,6
	Dans le mois	17	13,9
	Plus d'un mois après la sortie	3	2,5
	Je ne sais pas	20	16,4

## **Attentes des médecins hospitaliers**

La communication avec les médecins généralistes était jugée comme satisfaisante ou très satisfaisante pour 75,5% (n = 92) des médecins hospitaliers. Concernant les pistes d'améliorations souhaitées par ces derniers, l'annuaire téléphonique de numéros d'avis spécialisés était plébiscité par 68% d'entre eux (n = 83), devant l'annuaire de messageries sécurisées à 42,6% (n = 52) et les plateformes informatiques de communication interprofessionnelle à 33,6% (n = 41). Concernant l'adressage des patients en hospitalisation, 40,2% (n = 49) des médecins hospitaliers souhaitaient la mise en place d'une fiche type remplie par le médecin traitant avec les informations essentielles et 23,8% (n = 29) désiraient utiliser le DMP afin d'avoir ces informations. La volonté d'utiliser le téléphone et la messagerie électronique était moins forte, respectivement à 19,7% (n = 24) et 13,9% (n = 17). Les moyens à mettre en place afin de renforcer le lien ville-hôpital les plus appréciés étaient les formations en groupe de travail avec les médecins généralistes (57,4% ; n = 70), l'ouverture de créneaux de semi-urgences de consultations spécialisées (56,6% ; n = 69) et les RCP avec les médecins généralistes (51,6% ; n = 63). La continuité des soins devrait être assurée en transmettant le compte rendu de sortie au médecin traitant par messagerie électronique pour 67,2% (n = 82) des répondants et il devrait être remis au patient à sa sortie pour 58,2% (n = 71). La mise en place d'un SMS automatique prévenant du retour à domicile émanant de l'établissement à destination du médecin traitant était souhaitée par 35,2% (n = 43) de l'effectif. (Tableau 12)

**Tableau 12 – Attentes**

Paramètres		Effectifs (n)	Proportions (%)
<b>Communication avec les MG</b>	Très satisfaisante	13	10,7
	Satisfaisante	79	64,8
	Peu satisfaisante	28	23
	Pas du tout satisfaisante	2	1,6
<b>Outils de communication souhaités</b>	Annuaire téléphonique	83	68
	Annuaire de messageries sécurisées	52	42,6
	Plateforme informatique de communication interprofessionnelle	41	33,6
	Autre	9	7,4
<b>Communication lors d'une hospitalisation</b>	Fiche type remplie par le MG	49	40,2
	Utiliser le DMP	29	23,8
	Appel téléphonique	24	19,7
	Messagerie électronique	17	13,9
	Autre	2	1,6
	Aucune communication	1	0,8
<b>Moyens à mettre en place</b>	Formations en groupes avec les MG	70	57,4
	Créneaux d'urgence de consultations spécialisées	69	56,6
	RCP MG / Spécialistes	63	51,6
	Gardes volontaires pour les MG	41	33,6
	Groupes d'ETP communs	38	31,1
	Présence MG aux CME	26	21,3
<b>Continuité des soins</b>	Autre	7	5,7
	CR par messagerie électronique	82	67,2
	CR remis au patient	71	58,2
	SMS de sortie (Établissement → MG)	43	35,2
	Appel du MT avant RAD	34	27,9
	Fiche type de RAD	32	26,2
	Autre	3	2,5

MG : Médecin Généraliste ; DMP : Dossier Médical Partagé ; MT : Médecin Traitant ; RAD : Retour A Domicile ;

RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaires ; ETP : Éducation Thérapeutique pour les Patients ;

CME : Commission Médicale d'Établissement.

### 3. Données analytiques

Chez les médecins hospitaliers, la spécialité a été identifiée comme influant sur leur communication avec la médecine de ville. Une analyse bi-variee de la spécialité des médecins hospitaliers selon leur profil et leurs pratiques a donc été réalisée en les regroupant en 3 catégories : Services de Médecine, Services de Chirurgie, Urgences. (Tableau 13)

Au sein de cette population, les femmes étaient plus représentées dans les services de médecine et d'urgences en comparaison avec les services de chirurgie où les hommes étaient majoritaires ( $p = 0,006$ ). Au niveau de l'ancienneté d'exercice, il y avait tendanciellement plus de médecins installés depuis plus de 20 ans en services de médecine ( $PEM = 47\%$ ). Il n'existe pas d'autre attraction significative concernant l'ancienneté d'installation par rapport à la spécialité. Cependant, l'activité des médecins interrogés présentait des différences significatives selon nos sous-groupes d'étude : les médecins exerçant en hôpital public uniquement étaient plus souvent des praticiens en service de médecine, comparativement aux médecins exerçant uniquement en cliniques privées qui étaient plus souvent des chirurgiens ( $p = 0,001$ ).

Les moyens de communication privilégiés étaient également significativement différents selon les spécialités, avec une préférence pour le numéro d'avis du service pour les médecins en service de médecine ( $PEM = 35\%$ ), comparativement aux chirurgiens qui favorisaient leur numéro de téléphone portable direct qu'ils communiquaient à leurs confrères ( $PEM = 20\%$ ). Les urgentistes, eux, favorisaient la communication via le courrier remis au patient ( $PEM = 37\%$ ). Concernant l'admission des patients, il existait une différence significative concernant le taux d'entrées directes acceptées en service sans passage par les urgences en fonction de la spécialité : les praticiens en service de médecine disaient accepter plus souvent les entrées directes que leurs confrères chirurgiens ( $p = 0,001$ ). Les motifs de ces demandes de passages par les urgences étaient la volonté d'obtenir un premier bilan avant l'admission en service pour les chirurgiens, tandis que les médecins en service de médecine

évoquaient en majorité le manque de places chroniques dans leurs services ( $p = 0,001$ ).

A la sortie du patient, le mode de transmission du compte rendu au médecin traitant variait selon les spécialités. Les urgentistes déclaraient ne communiquer avec les médecins traitants que par l'intermédiaire du patient, soit par un compte rendu provisoire donné à sa sortie, soit par un compte rendu définitif de manière significativement plus fréquente ( $PEM = 31\%$ ). Le compte rendu définitif remis au patient à sa sortie était significativement moins fréquent en service de médecine selon les déclarations des médecins ( $PEM = -33\%$ ).

Le niveau de satisfaction des médecins hospitaliers concernant leurs relations avec la médecine de ville a montré que les chirurgiens étaient significativement plus satisfaits que leurs confrères exerçants en services de médecine et d'urgences ( $p = 0,04$ ). Concernant les propositions de moyens à mettre en place afin d'améliorer la communication ville-hôpital, les chirurgiens étaient tendanciellement plus favorables à la présence des médecins généralistes libéraux en Commission Médicale d'Établissement (CME) ( $PEM = 24\%$ ).

Tableau 13 – Analyse bi-variée de la spécialité des médecins selon leur profil et leur pratique								
Paramètres		Services Médecine		Services Chirurgie		Urgences		p
		n (%)	PEM	n (%)	PEM	n (%)	PEM	
<b>Genre</b>	Femme	40 (69)	28%	12 (20,7)	-38%	6 (10,3)		0,006*
	Homme	29 (46)	-25%	31 (49,2)	42%	3 (4,8)		
<b>Ancienneté</b>	Moins de 10 ans	31 (51,7)		24 (40)		5 (8,3)		0,493
	Entre 10 et 20 ans	21 (53,8)		14 (35,9)		4 (10,3)		
	Plus de 20 ans	17 (77,3)	47%	5 (22,7)				
<b>Activité</b>	Hôpital public seul	54 (72)	43%	13 (17,3)	-83%	8 (10,7)		0,001*
	Clinique privée seul			15 (100)	100%	1 (20)		
	Mixte Hôpital/Clinique	3 (60)		1 (20)				
	Mixte Hôpital/Libéral	6 (66,7)		3 (33,3)				
	Mixte Clinique/Libéral	6 (42,9)		8 (57,1)				
	Mixte Hôpital/Clinique/Libéral			3 (100)				
<b>Moyens de communication</b>	Numéro d'avis dédié	57 (71,3)	35%	19 (23,8)	-24%	4 (5)		0,094
	Courrier transmis par le patient	28 (46,7)		23 (38,3)		9 (15)		
	Messagerie électronique	28 (52,8)		24 (45,3)		1 (1,9)		
	Numéro de téléphone personnel	25 (47,2)		27 (50,9)	20%	1 (1,9)		
	Courrier postal	18 (50)		16 (44,4)		2 (5,6)		
	Plateformes informatiques dédiées	3 (60)		2 (40)				
<b>Entrées directes</b>	Toujours	10 (90,9)	79%	1 (9,1)	-33%			0,001*
	Souvent	38 (66,7)		19 (33,4)				
	Rarement	16 (48,5)		17 (51,5)	25%			
	Jamais	1 (16,7)		5 (83,3)	61%			
<b>Motifs de passage par les urgences</b>	Effectuer un bilan initial	37 (54,4)		31 (45,6)	18%			0,001*
	Évaluer la nécessité de l'hospitalisation	14 (73,7)		5 (26,3)				
	Manque de places dans les services	19 (67,9)		9 (32,1)				
	Je ne demande pas de passage par les urgences	11 (64,7)		6 (35,3)				
	Autre	13 (61,9)		8 (38,1)				
<b>Modalité d'envoi des CR</b>	Version définitive remise au patient	32 (46,4)	-33%	31 (44,9)		6 (8,7)	31%	0,141
	Voie postale	39 (58,2)		28 (41,8)				
	Voie électronique	45 (68,2)		21 (31,8)				
	Version provisoire remise au patient	27 (62,2)		8 (20,5)	-24%	4 (10,3)		
	Aucun compte rendu	8 (66,7)		3 (25)		1 (8,3)		
<b>Communication avec les MG</b>	Très satisfaisante	4 (30,8)	-61%	9 (69,2)	46%			0,04*
	Satisfaisante	47 (59,5)		29 (36,7)		3 (3,8)		
	Peu satisfaisante	16 (59,3)		5 (18,5)	-26%	6 (22,2)	-92%	
	Pas du tout satisfaisante	2 (100)					50%	
<b>Moyens à mettre en place</b>	Formations en groupes avec les MG	45 (64,3)		22 (31,4)		3 (4,3)		0,349
	Créneaux d'urgence de consultations spécialisées	39 (56,5)		21 (30,4)		9 (13)		
	RCP MG / Spécialistes	40 (64,5)		16 (25,8)		6 (9,7)		
	Gardes volontaires pour les MG	29 (72,5)		6 (15)	-19%	5 (12,5)		
	Groupes d'ETP communs	25 (65,8)		12 (31,6)		1 (2,6)		
	Présence MG aux CME	11 (42,3)	-52%	12 (46,2)	24%	3 (11,5)		
	Autre	5 (71,4)		2 (28,6)				

n : effectif ; % indiqué = % en ligne ; p : niveau de significativité ; PEM : Pourcentage de l'Écart Maximum ;

(\*) : différence significative entre les résultats ( $p < 0,05$ ) ; Les PEM figurant dans le tableau sont significatifs ( $PEM > 10\%$  ou  $< -10\%$ )

MG : Médecin Généraliste ; RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaires ; ETP : Éducation Thérapeutique pour les Patients ;

CME : Commission Médicale d'Établissement.

### C. Analyse des besoins des médecins sur l'ensemble de la population

Nos deux questionnaires comportaient volontairement huit questions communes, afin de nous permettre d'étudier les réponses à ces questions sur l'ensemble de notre population. Elles portaient sur les caractéristiques des médecins interrogés et sur leurs besoins et attentes. Une analyse multivariée a donc été conduite sur les réponses à ces questions et elle nous a permis de mettre en évidence trois types de profils de médecins dans notre population globale (la représentation typologique de l'Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) est disponible en annexe). Ces trois profils ont été nommés « type A », « type B », et « type C ». La mise en lumière de ces profils de médecins ayant les mêmes types de réponses nous a permis de pratiquer une analyse bi-variée de ces profils en fonction des caractéristiques des médecins et de leurs attentes concernant la communication ville-hôpital. (Tableau 14)

- Le « type A » comportait 35 répondants, il était composé de femmes et d'hommes sans genre majoritaire, et de médecins hospitaliers et généralistes. Il était représenté significativement par des médecins en exercice depuis plus de 20 ans ( $p = 0,001$ ).
- Le « type B » était constitué de 51 participants dont 36 femmes, 14 hommes et 1 ne souhaitant pas répondre. Ils étaient tous médecins généralistes libéraux, et majoritairement non installés ou installés depuis moins de 10 ans ( $p = 0,001$ ).
- Le « type C » était représenté par 109 médecins dont presque autant de femmes que d'hommes. Ils étaient significativement plus souvent médecins hospitaliers que généralistes ( $p = 0,001$ ), et en exercice depuis moins de 20 ans en majorité ( $p = 0,001$ ).

L'analyse des besoins de ces trois populations a permis de mettre en évidence une attractivité significative des médecins du « type A » pour la mise en place d'une fiche type d'hospitalisation remplie par le médecin généraliste à destination du service hospitalier, tandis que les médecins du « type B » avaient pour préférence une communication entre le médecin hospitalier et le médecin généraliste par messagerie sécurisée. Enfin le « type C » était plus favorable à l'utilisation du DMP ( $p = 0,002$ ).

Les différents moyens à mettre en place pour améliorer la communication ville-hôpital ont également montré des différences significatives entre nos groupes : les médecins du « type B » étaient plutôt favorables à la mise en place de créneaux d'urgences de consultations spécialisées de manière significative ; ceux du « type C » se disaient plus en faveur des gardes volontaires pour les médecins généralistes libéraux dans leur hôpital de secteur ( $p = 0,017$ ). Les médecins du « type A » étaient plus partagés entre la création des créneaux d'urgences, les formations en groupe de travail communs, et les gardes volontaires pour les médecins généralistes.

Le souhait de communication entre la médecine hospitalière et la médecine de ville à la sortie des patients a montré que tendanciellement, les médecins du « type C » étaient plus favorables que leurs confrères à la mise en place d'un SMS automatique prévenant le médecin traitant du retour à domicile de son patient ( $PEM = 28\%$ ).

**Tableau 14 – Analyse bi-variée des trois populations extraites de l'analyse multivariée des attentes des médecins**

Paramètres		Type A		Type B		Type C		p
		n (%)	PEM	n (%)	PEM	n (%)	PEM	
<b>Genre</b>	Femme	17 (16)		36 (34)	-32%	53 (50)		0,083
	Homme	18 (20,5)		14 (15,9)	36%	56 (63,6)		
	Ne souhaite pas répondre	1 (100)		1 (100)				
<b>Secteur d'activité</b>	Médecin hospitalier	19 (15,6)		51 (69,9)	100%	103 (84,4)	85%	0,001*
	Médecin généraliste libéral	16 (21,9)				6 (8,2)	-100%	
<b>Ancienneté</b>	Non Installé			9 (100)	92%			0,001*
	Moins de 10 ans	3 (3,2)	-76%	30 (31,9)		61 (64,9)	20%	
	Entre 10 et 20 ans			11 (20)		44 (80)	55%	
	Plus de 20 ans	32 (86,5)	89%	1 (2,7)	-31%	4 (10,8)	-100%	
<b>Communication lors d'une hospitalisation</b>	Fiche type remplie par le MG	20 (25,6)	29%	20 (25,6)		38 (48,7)		0,002*
	Utiliser le DMP	1 (2,6)	-21%	8 (20,5)		30 (76,9)	48%	
	Appel téléphonique	4 (10,8)		8 (21,6)		25 (67,6)		
	Messagerie électronique	5 (14,3)		15 (42,9)		15 (42,9)		
	Aucune communication					1 (100)		
	Autre	5 (100)	88%					
<b>Moyens à mettre en place</b>	Formations en groupes avec les MG	15 (14)		27 (25,2)		65 (60,7)		0,017*
	Créneaux d'urgence de consultations spécialisées	16 (12,5)		45 (35,2)	10%	67 (52,3)		
	RCP MG / Spécialistes	15 (14,2)		32 (30,2)		59 (55,7)		
	Gardes volontaires MG	6 (11,3)		7 (13,2)	-20%	40 (75,5)		
	Groupes d'ETP communs	7 (12,1)		14 (13,2)		37 (63,8)		
	Présence MG aux CME	4 (8,2)		16 (32,7)		29 (59,2)		
<b>Communication en sortie d'hospitalisation</b>	CR par messagerie électronique	29 (19,9)		43 (29,5)		74 (50,7)		0,323
	CR remis au patient	23 (19,5)		33 (28)		62 (52,5)		
	SMS (Établissement → MG)	5 (7,5)		17 (25,4)		45 (67,2)		
	Appel du MT avant RAD	9 (14,1)		21 (32,8)		34 (53,1)		
	Fiche type de RAD	7 (11,9)	-10%	19 (32,2)		33 (55,9)		

n : effectif ; % indiqué = % en ligne ; p : niveau de significativité ; PEM : Pourcentage de l'Écart Maximum ;

(\*) : différence significative entre les résultats ( $p < 0,05$ ) ; Les PEM figurant dans le tableau sont significatifs ( $PEM > 10\%$  ou  $< -10\%$ )

## **V. Discussion**

### **A. Forces et limites de l'étude**

#### **1. Les limites**

Comme toute étude quantitative transversale, notre étude a présenté un certain nombre de biais que nous avons tenté de limiter.

##### **a) Biais d'auto-sélection**

La participation à cette étude se faisait sur la base du volontariat, ceci a pu entraîner un biais car la population ayant répondu était probablement la plus motivée et la plus sensibilisée au sujet de la communication ville-hôpital.

##### **b) Biais de recrutement**

Bien que nous ayons essayé d'obtenir la participation de tous les médecins de notre territoire, les médecins généralistes adhérent aux CPTS ont été plus sollicités car ils ont pu bénéficier de plusieurs relances via les plateformes de communication des CPTS, ce qui n'a pas été le cas des médecins généralistes non-adhérents à ces structures qui n'ont été contactés qu'une fois.

##### **c) Biais de désirabilité sociale**

Ce biais désigne « une tendance à donner une image de soi-même plus socialement acceptable à travers ses réponses » (21). Il s'agit d'un mécanisme psychologique pouvant être conscient ou inconscient. L'objet de nos questions portait sur les pratiques d'exercice des médecins et nous pouvons supposer qu'ils souhaitaient donner la meilleure image possible de leurs pratiques au travers de leurs réponses malgré l'anonymisation des questionnaires. De plus, certains médecins exerçant en service ou en cabinet de groupe ont potentiellement eu l'occasion de remplir le questionnaire au même moment, ce qui a pu influencer leurs réponses.

##### **d) Biais d'information**

Puisque notre étude consistait en un auto-questionnaire, il existait un risque d'informations erronées ou d'erreurs lors du remplissage.

Les questionnaires étaient composés majoritairement de questions fermées, ce qui a pu entraîner un biais d'information en orientant les réponses des participants. Afin de limiter ce biais, nous avons permis la formulation de commentaires libres en complément de certaines questions, ce qui put être source de confusion pour certains participants. Pour finir, nous aurions pu inclure les médecins spécialistes libéraux dans notre étude afin d'avoir une meilleure représentativité de la médecine libérale.

#### **e) Effectifs limités**

L'étude a malheureusement été limitée par le manque de réponses aux questionnaires malgré les relances effectuées. Les effectifs trop faibles, notamment pour le questionnaire des médecins généralistes, ne nous ont pas permis de réaliser une analyse statistique complète comme initialement prévue.

## **2. Les forces**

#### **a) Pertinence du sujet**

Il s'agit d'un sujet d'actualité devant l'apparition des déserts médicaux au sein de notre région. De plus, la création récente des CPTS place le développement du réseau ville-hôpital au sein des préoccupations des ARS. L'attractivité du territoire passe par une bonne communication ville-hôpital et il nous a semblé pertinent de l'améliorer afin d'attirer les jeunes médecins au sein du Pays Salonais.

#### **b) Age et Sex-ratio**

La population des médecins spécialistes interrogés dans notre étude mettait en évidence une féminisation de la profession avec des chiffres comparables à la démographie médicale nationale actuelle. En effet parmi les chirurgiens répondants, 27,9% étaient des femmes pour 30,3% au niveau national. Concernant les services de médecine, 58% des spécialistes interrogés étaient des femmes pour 52,9% au niveau national. Chez les médecins généralistes, notre population d'étude était plus féminine que la moyenne nationale (64,4% versus 51,5%). Par ailleurs, le sex-ratio était équivalent à la démographie médicale nationale sur les tranches d'âges plus jeunes, soulignant la féminisation de la profession chez les jeunes médecins.

### **c) Choix de la population d'étude**

De nombreuses études ont déjà été réalisées sur la communication ville-hôpital mais nous n'avons retrouvé dans la littérature que peu d'études analysant les besoins des médecins libéraux et hospitaliers d'un même territoire (9).

### **d) Format des questionnaires**

Les deux questionnaires ont été réalisés en s'inspirant d'autres études réalisées sur le sujet de la communication ville-hôpital en prenant en considération les biais de ces études afin de les limiter (8,9,18). Par ailleurs, chaque questionnaire a été relu et validé par plusieurs médecins hospitaliers et généralistes ne faisant pas partie de notre territoire d'étude afin d'améliorer leur pertinence.

Pour faciliter l'analyse des résultats, les questionnaires étaient composés majoritairement de questions fermées, les plus exhaustives possibles. Les commentaires libres étaient traités par l'intermédiaire de questions indépendantes pour limiter les biais d'informations.

### **e) Analyse statistique**

Afin de pallier les petits effectifs et l'absence de significativité de certains résultats qui en découlent, nous avons utilisé le PEM qui nous a permis de pouvoir exploiter l'ensemble de nos données et de tirer des conclusions même sur les effectifs réduits. Cet indicateur statistique nous a en effet permis de prouver l'attractivité ou la répulsion entre deux variables de manière souvent significative, alors que le test du Khi2 était rendu non significatif en raison du faible effectif dans plusieurs cases d'une question donnée.

## **B. Discussion des résultats et perspectives**

### **1. Objectif principal : décrire les attentes et besoins des médecins généralistes libéraux ainsi que des médecins hospitaliers du territoire du pays Salonaïs concernant la communication ville-hôpital**

#### **a) Avis spécialisés**

Dans cette étude, la majorité des médecins généralistes sollicitaient au moins une fois par semaine leurs confrères spécialistes pour un avis. Du fait de la diminution de la démographie médicale, le temps d'attente avant de pouvoir obtenir une consultation spécialisée s'allonge considérablement pour les patients, et la demande d'avis par les médecins généralistes est une alternative amenée à être de plus en plus fréquente (22). Par ailleurs, la majorité des médecins généralistes interrogés ne recevaient pas d'aide d'une tierce personne pour les demandes d'avis, entraînant une perte de temps considérable. Les interlocuteurs privilégiés par les médecins généralistes étaient les médecins spécialistes libéraux, probablement car ce sont eux qui sont les plus joignables. Toutefois, la très grande majorité des médecins hospitaliers interrogés dans cette étude se disaient favorables à la mise en place de numéros d'avis directs pour les généralistes. Ce constat avait également été fait lors d'une étude pratiquée en 2019 où 63% des répondants se disaient « tout à fait d'accord » et 26% se disaient « plutôt d'accord » à la mise en place de ces numéros (23). Notre étude confirme que le téléphone reste le moyen de communication privilégié par les médecins pour leurs demandes d'avis spécialisés, et que l'amélioration de la communication via ce canal doit passer par la mise à disposition de numéros directs, même si nous ne pouvons que constater que ces améliorations tardent à voir le jour.

#### **b) Hospitalisations**

Les médecins généralistes étaient demandeurs de pouvoir hospitaliser leurs patients directement en service sans passage par les urgences. Les difficultés souvent dénoncées par ces derniers étaient expliquées par le manque de lits disponibles, et la difficulté à joindre les spécialistes, ce qui est en corrélation avec les résultats des

précédentes études sur le sujet (8,24). A noter une différence de fonctionnement entre les services de chirurgie et de médecine : ces derniers étaient plus accessibles à des entrées directes. Ceci s'explique par le caractère aigu des pathologies prises en charge en services de chirurgie, nécessitant souvent une première évaluation. De leur côté, les médecins hospitaliers formulaient en commentaire libre la difficulté à joindre directement les médecins généralistes pour avoir plus d'informations sur les patients hospitalisés. Ceci avait déjà été mis en évidence dans une étude qualitative publiée en 2020 qui mentionnait les nombreux barrages (secrétariat à distance, absence de numéro direct...) auxquels les médecins hospitaliers devaient faire face (25).

Concernant les modes de communication utilisés actuellement lors des hospitalisations, le courrier était toujours largement majoritaire, alors que les jeunes médecins généralistes libéraux se disaient favorables à une communication plutôt tournée vers la messagerie sécurisée, et ce, depuis plusieurs années (26).

### **c) Comptes rendus**

Dans notre étude, seulement 30% des médecins généralistes déclaraient recevoir les comptes rendus d'hospitalisation de leurs patients dans la semaine, bien que ce délai soit en réalité un délai légal et une obligation pour les établissements de soins (27). L'article R1112-1-2 du Code Santé Publique précise qu'une version du compte rendu, a minima temporaire, doit être remise en main propre au patient lors de sa sortie et transmise dans le même temps par messagerie sécurisée aux professionnels de santé le prenant en charge (28). On ne peut malheureusement que constater que cette obligation n'est pas systématiquement respectée. Dans notre étude, les médecins exerçant depuis plus de 20 ans déclaraient recevoir plus de comptes rendus et plus rapidement que les jeunes médecins, probablement du fait de leur réseau déjà bien établi. A noter que concernant les délais de réception des comptes rendus, les médecins ne sont pas les seuls acteurs pouvant les raccourcir ou les allonger. Il existe en effet un impact non négligeable de la partie rédactionnelle par les secrétariats médicaux des établissements, puisque les courriers sont le plus souvent dictés par les médecins et rédigés dans un second temps. De plus, il convient de prendre en

considération les délais inhérents aux envois postaux puisque la moitié des spécialistes répondants à notre étude nous ont indiqué que le courrier était transmis au médecin traitant par voie postale, malgré la volonté de ces derniers de communiquer plutôt par messagerie électronique, dans notre étude comme dans la littérature (23).

Les comptes rendus d'hospitalisation sont source de mécontentements chez les médecins généralistes, et il ne s'agit pas uniquement de leur délai de réception. Leur contenu est également souvent critiqué, notamment au sujet d'informations essentielles manquantes (diagnostic, traitements durant l'hospitalisation, examens en attente de résultats...), ou au contraire devant leur longueur et leur complexité, ne permettant pas de faire ressortir les informations primordiales (24). Pourtant, les lacunes de communication entre l'hôpital et la ville en sortie d'hospitalisation sont délétères pour le patient et sa prise en charge, pouvant aller jusqu'à sa réadmission en hospitalisation, qui aurait pu être évitée si le médecin traitant avait eu en sa possession toutes les informations nécessaires à la continuité de ses soins à domicile (29,30). En ce sens, plus d'un tiers des médecins généralistes de notre étude nous ont communiqué être favorables à la mise en place d'une « fiche type » de retour à domicile, dans le but de simplifier les comptes rendus standards actuels. Ces « fiches types » ne contiendraient que les éléments essentiels sur l'hospitalisation permettant une rédaction rapide par le médecin hospitalier, un contenu pertinent et complet, et une lecture rapide par le médecin traitant. Du côté des hospitaliers, seulement 26% se disaient favorables à la mise en place de ces fiches.

Enfin, plusieurs médecins généralistes ont mentionné en commentaire libre dans leur questionnaire ne pas obtenir d'information concernant le décès de leurs patients à l'hôpital. Ce constat avait déjà été fait dans d'autres régions, où les médecins généralistes se disaient gênés de l'apprendre par l'intermédiaire de la rubrique nécrologique ou par la famille du défunt sans avoir été mis au courant au préalable (12).

## **2. Objectif secondaire : faire ressortir des propositions d'amélioration objectives de cette communication qui conviendraient aux deux parties**

Au sein du Pays Salonnais, les médecins généralistes ainsi que les médecins hospitaliers se disaient majoritairement satisfaits de leur communication avec leurs confrères. Les résultats retrouvés dans la littérature sur la satisfaction des médecins étaient discordants (9,31). Les principales insatisfactions concernaient les conditions de retour à domicile des patients pour les généralistes (32,33) et les difficultés à obtenir des informations complémentaires pour les hospitaliers (25).

Dans notre étude comme dans la littérature, les médecins sont globalement favorables à la mise en place d'améliorations de la coordination ville-hôpital, mais bien que les médecins généralistes se disaient motivés pour participer à des RCP et des groupes de travail avec les spécialistes, ces derniers ont mentionné en commentaire libre ressentir un manque de motivation de la part des médecins généralistes, trop souvent absents de ce genre de réunions. Un argument avancé par C. Dulong de Rosnay en 2010, était l'incompatibilité des emplois du temps des généralistes avec les horaires de l'hôpital (34). Une autre étude publiée en 2016 avait étudié la participation des médecins généralistes et des médecins spécialistes libéraux aux RCP, qui justifiaient leurs absences par le manque de rémunération (à l'acte, forfaitaire, ou en dédommagement pour perte d'activité), la planification trop tardive, ainsi que l'incompatibilité des heures de réunion avec les emplois du temps des libéraux (9).

La proposition de formations en groupe commun entre les médecins généralistes et les hospitaliers a remporté un franc succès dans notre étude puisque plus de la moitié y étaient favorables dans les deux groupes. A noter que depuis 2009, la « loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) » a introduit la notion de Développement Professionnel Continu (DPC) (35), qui constitue une obligation déontologique pour le médecin (36). Ces formations permettaient les échanges entre professionnels de santé d'un même territoire mais l'essor des DPC en ligne et la pandémie de COVID 19 ont impacté

considérablement la faisabilité de ces rencontres, pourtant plébiscitées par les médecins.

Lors de l'analyse multivariée des attentes des médecins généralistes libéraux et hospitaliers, une partie non négligeable de la population se disait favorable à la mise en place d'un SMS automatique de la part de l'hôpital à destination des médecins généralistes afin de prévenir du retour à domicile des patients. C'est une proposition qui avait déjà rencontré les faveurs des médecins généralistes dans une étude qualitative de 2014 (8), et sa mise en place serait aisée si les hôpitaux bénéficiaient des numéros de téléphone de tous les médecins généralistes alentours. Ainsi, les CPTS ont un rôle prépondérant à jouer dans la diffusion des coordonnées des médecins généralistes aux établissements de leur secteur. Après le début de la rédaction de ce travail, l'hôpital d'Aix en Provence en collaboration avec l'ARS et la CPTS de Pertuis, a mis en place une « cellule d'ordonnancement », qui se charge d'envoyer un e-mail automatique aux médecins traitants des patients sortants des services de gériatrie et de COVID. Ce dispositif est en cours l'élargissement aux autres services devant le succès rencontré et il serait intéressant de généraliser cette pratique aux autres hôpitaux ainsi qu'à l'ensemble des CPTS.

Parmi les améliorations de la communication ville-hôpital qui ont été proposées dans ce travail, c'est l'annuaire téléphonique des numéros d'avis directs des spécialistes qui a été le plus demandé. Il s'agit d'une requête fréquemment retrouvée dans les études, mais sa mise en place n'est malheureusement pas généralisée malgré le grand bénéfice attendu (37). L'annuaire des messageries sécurisées a également séduit une grande partie des répondants à notre enquête, ainsi, nous pourrions imaginer la mise en place d'un annuaire numérique comprenant les numéros de téléphone directs ainsi que les messageries électroniques sécurisées des praticiens du territoire, régulièrement actualisé. En effet, les limites d'un tel annuaire avaient été mises en évidence dans une étude publiée en 2018 qui analysait la mise en place d'un annuaire de l'offre de soins en santé mentale du secteur de Toulouse. La principale limite

retrouvée était le manque de mise à jour des informations le composant, rendant son utilisation obsolète (38).

La création de créneaux d'urgences de consultations spécialisées a également été fortement plébiscitée par les médecins généralistes de notre étude (pour rappel 80,8%), et plus de la moitié des spécialistes interrogés se disaient favorables à leur mise en place. Pour le médecin généraliste, ceci résoudrait en partie les difficultés d'adressage en consultation spécialisée et l'aspect chronophage des demandes d'avis.

Enfin, il est important de noter que durant la rédaction de ce travail, « mon espace santé » a été lancé par le gouvernement et offre des perspectives prometteuses pour le futur de la prise en charge de nos patients. Il a été mis en évidence dans notre étude une volonté des médecins hospitaliers d'utiliser le DMP, jusqu'ici laissé à l'abandon par l'ensemble de la profession médicale (16). En parallèle, nous assistons actuellement à la mise en place d'AZUREZO dans notre région. Il s'agit d'une plateforme de communication interprofessionnelle créé par ieSS (Innovation e-santé Sud) et l'ARS, permettant d'optimiser le parcours de santé des patients sur toute la région PACA. Elle est actuellement en cours de déploiement et entre dans le cadre du plan « ma santé 2022 » tout comme « mon espace santé » (39) et a pour vocation de simplifier les échanges à l'aide d'une interface unique. En effet, la multiplication des modes de communication entraîne un risque de perte d'information, ainsi qu'un manque d'adhésion des médecins à une bonne communication interprofessionnelle.

## **VI. Conclusion**

Nos résultats montrent qu'il existe encore en 2022 des lacunes indéniables dans la communication ville-hôpital même si les statistiques concernant la satisfaction globale des médecins de notre territoire sont encourageantes. Les médecins généralistes ainsi que les médecins hospitaliers se disaient en majorité favorables à la mise en place d'outils permettant d'améliorer la coordination ville-hôpital. Notre étude montre une volonté des médecins de se tourner vers une communication par voie électronique sécurisée, plus rapide et plus fiable que le courrier postal encore majoritairement utilisé. Les médecins sont également demandeurs de contacts physiques avec leurs confrères, devenus trop rares et impactant fortement leurs relations, notamment depuis la pandémie de COVID 19. Notre étude a permis de mettre en lumière les attentes précises des médecins de notre territoire afin de développer des outils pertinents et utilisés par le plus grand nombre. Ainsi, un annuaire des numéros de téléphone d'avis spécialisés des différents services des hôpitaux et cliniques de notre territoire d'étude va être édité et transmis aux médecins généralistes, avec une inclusion des adresses de messagerie sécurisées lorsqu'elles existent. Un travail reste à mener pour les CPTS de notre territoire, qui doivent permettre la diffusion large des coordonnées des médecins libéraux et servir de relai entre médecine de ville et médecine hospitalière. Enfin, nous souhaiterions proposer aux établissements et à leurs spécialistes l'ouverture de créneaux de consultations d'urgences afin de faciliter l'adressage des patients par les médecins généralistes, à la lumière des résultats de notre étude.

## VII. Références bibliographiques

1. Les établissements de santé - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ES2021.pdf>
2. Jabri K (DREES/SEEE/BACS). Les dépenses de santé en 2018 > édition 2019 > DREES. :2.
3. Insee. Bilan démographique 2020 – Baisse des naissances et hausse des décès, amplifiée par l'épidémie de Covid-19 - Insee Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur - 93. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5347886>
4. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
5. Plateformes territoriales d'appui - PTA - Ministère des Solidarités et de la Santé Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-établissement-de-santé-medico-social/plateformes-territoriales-d-appui/pta>
6. Constitution d'une CPTS. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/exercice-coordonné/exercice-professionnel/organisation-d-exercice-coordonné/constitution-d-une-cpts>
7. Ségur de la santé : les conclusions - Ministère des Solidarités et de la Santé. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-santé-et-medico-social/secur-de-la-sante/article/secur-de-la-sante-les-conclusions>
8. Sailliol M. Étude 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. 5 nov 2014;105.
9. Signol B. La communication ville-hôpital en 2016: constat et pistes d'amélioration. Université de Bourgogne; 2016.
10. 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. 28 févr 2007;297(8):831-41.
11. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. Research Priority Setting Working Group. Summary of the evidence on patient safety : implications for research / Edited by Ashish Jha. 2008;118.
12. Agnelli J, Lavigne K. Perception des professionnels de santé et du social concernant l'utilisation de la plateforme PAACO pour la communication entre ville et hôpital: Étude qualitative sur le territoire Haut Béarn et Soule. 2021;105.

13. Schéma régional de l'organisation des soins - ARS PACA. Disponible sur : [https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Revision\\_SROS\\_PRS\\_Paca\\_2012-2016\\_arspaca\\_27122013\\_0.pdf](https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Revision_SROS_PRS_Paca_2012-2016_arspaca_27122013_0.pdf)
14. Teleconsultation et teleexpertise. Mise en oeuvre. HAS 2019.pdf. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/fiche\\_memo\\_teleconsultation\\_et\\_teleexpertise\\_mise\\_en\\_oeuvre.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/fiche_memo_teleconsultation_et_teleexpertise_mise_en_oeuvre.pdf)
15. Le DMP en pratique. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/medecin/sante-prevention/dossier-medical-partage/dmp-en-pratique>
16. Renault P-O. Freins et leviers à l'utilisation du Dossier Médical Partagé: enquête qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques en 2018. 2018;91.
17. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):34-8.
18. WATTIAUX MJ, LAURET T, MACREZ A. Relations médecine de ville-hôpital. Une enquête du CHU Bichat - Claude-Bernard. Relat Médecine Vile-Hôp Une Enq CHU Bichat - Claude-Bernard. 2007;
19. Cibois Ph. Le PEM, pourcentage de l'écart maximum: un indice de liaison entre modalités d'un tableau de contingence. Bull Sociol Methodol Méthodologie Sociol. 1 sept 1993;40(1):43-63.
20. Lefèvre B, Champely S. Methodes statistiques globales et locales d'analyse d'un tableau de contingence par les tailles d'effet et leurs intervalles de confiance. Bull Sociol Methodol Méthodologie Sociol. juill 2009;103(1):50-65.
21. Braun HI, Jackson DN, Wiley DE. Socially Desirable Responding: The Evolution of a Construct. In: The Role of Constructs in Psychological and Educational Measurement. 0 éd. Routledge; 2001. p. 61-84. Disponible sur: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781135649906/chapters/10.4324/9781410607454-10>
22. Millien C, Chaput H, Cavillon M. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologue | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2018. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-moitie-des-rendez-vous-sont-obtenus-en-2-jours-chez-le>
23. Damien B. Envisager une vision innovante à propos de la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital dans le bassin choletais. 4 juin 2019;75.

24. Giraud M. Coopération ville-hôpital : Le point de vue des médecins généralistes. Pieros 2010. Disponible sur: <http://www.pieros.org/etude/cooperation-ville-hopital-le-point-de-vue-des-medecins-generalistes/>
25. Dupont F. Evaluation des relations entre les médecins généralistes du Beauvaisis et leur hôpital de proximité : Etat des lieux, attentes, et perspectives d'amélioration. 2020;76.
26. Fabre L. Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/683/>
27. Collège de la HAS. Document de sortie d'hospitalisation de plus de 24H. Fiche d'utilisation. 15 Octobre 2014. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/document\\_de\\_sortie\\_fiche\\_utilisation\\_23102014.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_fiche_utilisation_23102014.pdf)
28. Article R1112-1-2 - Code de la santé publique - Légifrance. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032924484](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032924484)
29. Arora VM, Prochaska ML, Farnan JM, D'Arcy M, Schwanz KJ, Vinci LM, et al. Problems After Discharge and Understanding of Communication with their PCPs Among Hospitalized Seniors: A Mixed Methods Study. J Hosp Med Off Publ Soc Hosp Med. sept 2010;5(7):385-91.
30. Mesteig M, Helbostad JL, Sletvold O, Røsstad T, Saltvedt I. Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study. BMC Health Serv Res. déc 2010;10(1):1.
31. HUBERT G. Circulation of medical information (evaluation of the complex link between hospital and general practitioners). 2006.
32. Enzinger L. Coopération ville-hôpital: évaluation de la faisabilité et de l'intérêt de l'appel téléphonique par le médecin hospitalier du médecin traitant pour préparer le retour à domicile. 16 nov 2018;76.
33. Feintrenie C. La sortie de l'hôpital: le point de vue des médecins généralistes. Une enquête auprès des médecins généralistes libéraux exerçant sur le territoire meusien. 2018;120.
34. Dulong de Rosnay C. Relation ville-hôpital, vision d'un jeune médecin généraliste. Oncologie. 1 févr 2010;12(2):130-4.
35. Article 59 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance . Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article\\_lc/LEGIARTI000022336171/](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000022336171/)

36. Article 11 - Développement professionnel continu. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-11-developpement-professionnel-continu>
37. Keky EFB. Le lien ville hôpital pour le suivi pédiatrique dans le bassin grassois : attentes des médecins. 4 juin 2020;46.
38. Navarro N. Parcours de l'usager en santé mentale. Mise au point d'un outil d'amélioration de la lisibilité des ressources disponibles : ViaPsY, annuaire pédagogique de l'offre locale en santé mentale. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2552/>
39. Ma santé 2022 : un engagement collectif - Ministère des Solidarités et de la Santé. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

## VIII. Annexes

### A. Validation par le comité d'éthique



#### Comité d'éthique de l'université d'Aix-Marseille

Objet : Avis du Comité d'éthique.

N/Réf dossier : 2022-03-10-005

Dossier suivi par :DRV-Audrey Janssens

Pièce(s) jointe(s) : 1 document

Marseille, le jeudi 17 mars 2022

Le projet de recherche présenté par les investigateurs principaux, MICHELON Guillaume, médecin généraliste et MITILIAN Eva CCU au sein du Département de Médecine générale de l'Université d'Aix Marseille et les investigateurs secondaires RICORD Anaïs et MONNET-POUPON Thomas, internes de Médecine générale, intitulé, « **Réseau et communication ville-hôpital au sein du pays Salonnais : attentes et besoins des médecins généralistes libéraux ainsi que des médecins hospitaliers. Étude quantitative transversale.** » a été soumis pour avis au Comité d'éthique en sa séance du jeudi 10 mars 2022.

Après audition des rapporteurs, et ayant constaté que l'étude avait déjà été réalisée tout en respectant les principes éthiques de l'information et du consentement, le Comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille émet un avis favorable tout en rappelant que l'avis éthique doit être obtenu avant le début de tout projet.

Le Président du Comité d'éthique

Pierre-Jean Weiller

A handwritten signature in blue ink that appears to read 'Weiller'.

## B. Notice d'information

### **Notice d'information**

#### **Réseau et communication ville-hôpital au sein du pays Salonais : attentes et besoins des médecins généralistes libéraux ainsi que des médecins hospitaliers. Étude quantitative transversale**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Les investigateurs principaux Mr MONNET-POUPON Thomas et Melle RICORD Anaïs, vous ont proposé de participer au protocole de recherche intitulé : « **Réseau et communication ville-hôpital au sein du pays Salonais : attentes et besoins des médecins généralistes libéraux ainsi que des médecins hospitaliers. Étude quantitative transversale** ».

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez durant l'essai vous adresser aux investigateurs pour leur poser toutes les questions complémentaires :

Mr MONNET-POUPON Thomas : thomas.monnetpoupon@gmail.com

Melle RICORD Anaïs : anaïs.ricord@gmail.com

#### **Objectif de la recherche**

L'objectif de cette étude est de mettre en lumière les attentes et les besoins des médecins généralistes libéraux ainsi que des médecins hospitaliers concernant la communication ville-hôpital afin de coordonner au mieux le parcours de soin des patients au sein du pays Salonais.

#### **Comment se déroule l'étude ?**

Nous avons établi deux questionnaires distincts : un à destination des médecins généralistes libéraux dépendant des CPTS de Val-Durance et de Salon-De-Provence, et le second à destination des médecins hospitaliers et des cliniques qui composent le territoire du Pays Salonais. Les réponses à ces questionnaires sont recueillies en présentiel pour les médecins acceptant de nous recevoir, dans le cas contraire et en raison de la pandémie actuelle, nous les transmettons par voie électronique aux médecins que nous n'avons pas pu rencontrer.

Il faut compter environ 10 minutes pour répondre à chacun des deux questionnaires, et les données seront recueillies du mois de Novembre 2021 au mois de Mars 2022.

#### **Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?**

Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier.

De même vous pouvez vous retirer à tout moment de l'essai sans justification.

En remplissant ce questionnaire vous déclarez avoir lu cette notice d'information et vous acceptez de participer à notre étude.

## C. Questionnaire à destination des Médecins généralistes

Merci de participer à ce questionnaire dans le cadre de notre thèse en médecine générale.

Ce questionnaire a pour objectif d'interroger les médecins généralistes exerçant au sein du pays Salonais, et plus précisément les territoires que regroupent la CPTS de Salon de Provence et la CPTS Val Durance, sur leurs relations avec les différents groupes hospitaliers du territoire notamment avec les différents services spécialisés afin de coordonner au mieux le parcours de soins des patients de ce territoire. Un second questionnaire a été réalisé dans le cadre de ce travail, à destination des médecins spécialistes des hôpitaux et cliniques du territoire, afin de recueillir leur avis sur cette problématique.

Ce questionnaire est anonyme. L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier.

Directeur de thèse : Dr MICHELON Guillaume

Auteurs du travail de thèse : MONNET-POUPON Thomas et RICORD Anaïs

### I. Population interrogée :

#### 1. Vous êtes ?

Une Femme

Un Homme

Ne souhaite pas répondre

#### 2. Quel âge avez-vous ?

25-35 ans

36-45 ans

46-55 ans

56-65 ans

66 ans et plus

#### 3. Vous êtes ?

Médecin généraliste installé seul

Médecin généraliste installé en cabinet de groupe

Médecin remplaçant

Interne en SASPAS

Autre

#### 4. Quelle est la distance séparant votre lieu d'exercice du premier service d'urgences ?

Entre 1 et 10 km

Entre 11 et 20 km

Entre 21 et 30 km

Plus de 30 km

#### 5. Vous êtes installé depuis... ?

Moins de 5 ans

Entre 5 et 10 ans

Entre 10 et 20 ans

Plus de 20 ans  
Vous n'êtes pas installé

**6. Combien de consultations réalisez-vous en moyenne par jour ?**

Moins de 15 par jour  
Entre 15 et 24 par jour  
Entre 25 et 34 par jour  
Entre 35 et 44 par jour  
Plus de 45 par jour

**II. Avis spécialisés :**

**7. A quelle fréquence demandez-vous un avis à un confrère spécialiste par voie téléphonique / mail / messagerie sécurisée ?**

1 fois par mois  
2 fois par mois  
1 fois par semaine  
2 fois par semaine  
Au moins 3 fois par semaine  
Exceptionnellement

**8. Au sein de votre cabinet, obtenez-vous de l'aide lors de la demande d'avis ?** Oui par mon étudiant en médecine (interne, externe)

Oui par ma secrétaire médicale / assistante médicale  
Non, je le fais moi-même  
Non, je ne suis pas concerné

**9. Au sein de votre cabinet, obtenez-vous de l'aide lors de la prise de rendez-vous spécialisés pour vos patients ?**

Oui par mon étudiant en médecine (interne, externe)  
Oui par ma secrétaire médicale / assistante médicale  
Non, je le fais moi-même  
Non, les patients prennent leur rendez-vous seuls

**10. Lors de la demande d'avis spécialisés, quel(s) interlocuteur(s) privilégiez-vous (plusieurs réponses possibles) ?**

Praticiens d'un CH Public  
Praticiens d'une clinique privée  
Médecin spécialiste libéral  
Confrère médecin généraliste ayant des compétences particulières (DIU, formations)

**11. Pour quelle(s) raison(s) privilégiez-vous un CH public comme interlocuteur pour vos demandes d'avis ?**

Choix du spécialiste (connaissance personnelle, réseau...)  
Urgences  
Accès à une prise en charge spécifique (pathologie rare, évoluée...)  
Rapidité/facilité de prise de rendez-vous  
Qualité de la réponse obtenue (appel téléphonique/Compte rendu...)  
Mise à disposition d'un numéro d'avis direct

**12. Pour quelle(s) raison(s) privilégiez-vous une clinique privée comme interlocuteur pour vos demandes d'avis ?**

Choix du spécialiste (connaissance personnelle, réseau...)

Urgences

Accès à une prise en charge spécifique (pathologie rare, évoluée...)

Rapidité/facilité de prise de rendez-vous

Qualité de la réponse obtenue (appel téléphonique/Compte rendu...)

Mise à disposition d'un numéro d'avis direct

**III. Hospitalisation d'un patient**

**13. A quelle fréquence adressez-vous un de vos patients à l'hôpital ou en clinique (Urgences y compris) ?**

Maximum 1 fois par mois

2 fois par mois

1 fois par semaine

2 fois par semaine

Au moins 3 fois par semaine

**14. Quel(s) moyen(s) de communication privilégiez-vous pour adresser vos patients ? (Plusieurs choix possibles)**

Courrier remis au patient

E-mail sécurisé

Appel téléphonique

Plateformes informatiques dédiées (Médaviz, Globule, Pandalab ...)

Autre

Aucun

**14.b Si autre, le(s)quel(s) :**

**15. Lors d'une hospitalisation de patient pour une prise en charge dans la journée, quel est le pourcentage d'entrée directe en service spécialisé sans passage aux urgences ?**

0-10%

11-25%

25-50%

51-75%

76-100%

**16. Comment qualifiez-vous votre communication avec les cliniques privées de votre secteur ?**

Très satisfaisante

Satisfaisante

Peu satisfaisante

Pas du tout satisfaisante

**17. Si vous rencontrez des difficultés lors de l'adressage de vos patients en clinique privée, quelles en sont les raisons ? (Plusieurs choix possibles)**

Je n'ai pas de difficulté

Temps d'attente téléphonique trop long

Absence de numéro de ligne directe

Pas de lit d'hospitalisation disponible  
Demande par le service spécialisé d'un passage préalable aux urgences  
Exigence du patient en fonction du vécu personnel

**18. Comment qualifiez-vous votre communication avec les hôpitaux publics de votre secteur ?**

Très satisfaisante  
Satisfaisante  
Peu satisfaisante  
Pas du tout satisfaisante

**19. Si vous rencontrez des difficultés lors de l'adressage de vos patients en hôpital public, quelles en sont les raisons ? (Plusieurs choix possibles)**

Je n'ai pas de difficulté  
Temps d'attente téléphonique trop long  
Absence de numéro de ligne directe  
Pas de lit d'hospitalisation disponible  
Demande par le service spécialisé d'un passage préalable aux urgences  
Exigence du patient en fonction du vécu personnel

**IV. Comptes rendus**

**20. Quel est le pourcentage de comptes rendus reçus en sortie d'hospitalisation ou de consultation ?**

0-25%  
26-50%  
51-75%  
76-100%

**21. Dans quel délai recevez-vous ces comptes rendus ?**

Dans la semaine  
Dans les 15 jours  
Dans le mois  
Plus d'un mois après l'hospitalisation ou la consultation

**22. Est-il possible que vous receviez le compte rendu après avoir revu votre patient ?**

Jamais  
Rarement  
Parfois  
Souvent

**V. Attentes des Médecins Généralistes**

**23. Vous sentez-vous consulté(e) et inclus(e) dans la prise en charge de vos patients par les médecins spécialistes ?**

Oui, je trouve que ma place de coordinateur de soins est plutôt respectée  
Non, je trouve que ma place de coordinateur de soins est plutôt négligée

**23b. Si vous ne vous sentez pas inclus(e) dans la prise en charge de vos patients, pourquoi ?**

**24. Quels outils vous sembleraient pertinents pour pallier aux difficultés de demande d'avis spécialisé ou de demande d'hospitalisation ? (Plusieurs réponses possibles)**

Annuaire téléphonique des numéros d'avis directs des différents services spécialisés

Annuaire des messageries sécurisés des différents spécialistes

Mise en place d'une plateforme informatique commune de communication interprofessionnelle type

Pandalab (équivalent WhatsApp sécurisé)

Autre

**24b. Si autre, le(s)quel(s) ?**

**25a. Concernant la transmission des informations médicales de vos patients lors d'une hospitalisation, préféreriez-vous ?**

Être contacté (par l'établissement d'accueil) par téléphone pour discuter du patient (antécédents, traitements...)

Envoyer au spécialiste de l'établissement d'accueil les informations relatives à mon patient par voie électronique sécurisée

Remplir une « fiche type » simplifiée d'hospitalisation avec les données du patient (motif, ATCD, traitements) qu'il remettra à son entrée

Utiliser le Dossier médical partagé (DMP)

Ne pas transmettre d'information au spécialiste

Autre

**25b. Si autre, précisez**

**26a. Concernant le réseau ville-hôpital, quel(s) moyen(s) vous semble(nt) pertinent(s) à mettre en place (Plusieurs réponses possibles) ?**

Formations régulières sous forme de groupe de travail avec les hospitaliers

Création et animation de groupes conjoints ville hôpital d'éducation thérapeutique pour les patients

Présence des représentants des médecins libéraux lors des CME des établissements du territoire

Garde hospitalière volontaire pour les médecins libéraux dans leur structure de secteur Mise en place de créneaux de semi-urgence de spécialistes (RDV dans la semaine pour des découvertes d'insuffisance rénale etc...) afin de développer les soins non programmés

Mise en place de réunions pluridisciplinaires entre médecins généralistes et spécialistes afin de discuter des cas cliniques difficiles

Autre

**26b. Si autre, le(s)quel(s) ?**

**27a. Concernant la continuité des soins en sortie d'hospitalisation, quel(s) moyen(s) aimeriez-vous voir mis en place (Plusieurs réponses possibles) ?**

Prise de contact systématique avec le médecin traitant avant le retour à domicile du patient

Compte rendu d'hospitalisation remis au patient dès sa sortie

Compte rendu d'hospitalisation envoyé au Médecin traitant par voie électronique dès la sortie du patient

Envoi automatique d'un SMS de la part de l'hôpital prévenant de la sortie d'hospitalisation de mon patient ou de son passage par les urgences

Mise en place d'une fiche type de retour à domicile avec les informations primordiales

Autre

**27b. Si autre, le(s)quel(s) ?**

## **D. Questionnaire à destination des Médecins hospitaliers**

Merci de participer à ce questionnaire dans le cadre de notre thèse en médecine générale.

Ce questionnaire a pour objectif d'interroger les médecins spécialistes des hôpitaux et des cliniques qui correspondent avec les médecins généralistes de notre population d'étude : la CPTS de Salon de Provence et la CPTS Val Durance. Ce questionnaire porte sur vos relations avec la médecine de ville. Le but de notre travail de thèse est d'apporter des pistes pour coordonner au mieux le parcours de soins des patients de ce territoire. Un second questionnaire a été réalisé dans le cadre de ce travail, à destination des médecins généralistes libéraux afin de recueillir leur avis sur cette problématique.

Ce questionnaire est anonyme. L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier.

Directeur de thèse : Dr MICHELON Guillaume

Auteurs du travail de thèse : MONNET-POUPON Thomas et RICORD Anaïs

### **I. Population interrogée :**

#### **1. Vous êtes ?**

Une Femme

Un Homme

Ne souhaite pas répondre

#### **2. Quel âge avez-vous ?**

25-35 ans

36-45 ans

46-55 ans

56-65 ans

66 ans et plus

#### **3. Quelle est votre spécialité principale ?**

Aucune, ma spécialité ne figure pas dans la liste

Allergologie

Anesthésie - réanimation

Cardiologie

Chirurgie esthétique et reconstructrice

Chirurgie maxillo faciale

Chirurgie orale - Stomatologie

Chirurgie orthopédique

Chirurgie vasculaire

Chirurgie viscérale / Générale

Dermatologie

Endocrinologie

Gériatrie

Gynécologie et/ou obstétrique

Hématologie

Hépato-Gastro-Entérologie

Médecine générale  
Médecine interne  
Médecine polyvalente  
Médecine vasculaire  
Néphrologie  
Neurochirurgie  
Neurologie  
Oncologie  
Ophtalmologie  
ORL  
Pédiatrie  
Pneumologie  
Psychiatrie  
Radiologie  
Rhumatologie  
Urgences  
Urologie

**3.b Si votre spécialité ne figure pas dans la liste, précisez :**

**4. Vous êtes ?**

Médecin ayant une activité mixte : hôpital / clinique  
Médecin ayant une activité mixte : libéral / clinique  
Médecin ayant une activité mixte : libéral / hôpital  
Médecin ayant une activité mixte : hôpital/clinique/libéral  
Médecin uniquement à l'hôpital  
Médecin uniquement en clinique

**5. Vous êtes en activité depuis... ?**

Moins de 5 ans  
Entre 5 et 10 ans  
Entre 10 et 20 ans  
Plus de 20 ans

**II. Avis spécialisés :**

**6. Vous arrive-t-il d'avoir des demandes d'avis spécialisées par vos confrères généralistes ?**

1 fois par mois  
2 fois par mois  
1 fois par semaine  
2 fois par semaine  
Plus de 3 fois par semaine  
Exceptionnellement

**7. Quel(s) moyen(s) de communication privilégiez-vous avec vos confrères généralistes ?  
(Plusieurs réponses possibles)**

Aucun  
Courrier postal

Courrier transmis par le patient

E-mail sécurisé

Appel téléphonique via le numéro du service/numéro d'avis

Appel téléphonique via mon numéro de portable que je donne à mes confrères Plateformes informatiques dédiées (Médaviz, Globule, Pandalab ...)

Autre

**7.b Si autre, le(s)quel(s) ?**

**8. Accepteriez-vous que les médecins généralistes du territoire possèdent un numéro d'avis direct afin d'avoir un avis spécialisé par l'un des médecins de votre service ?**

Oui

Non

C'est déjà le cas

**III. Adressage et hospitalisation des patients :**

**9. Acceptez-vous des entrées directes en service sans passage par les urgences, à la demande d'un confrère libéral :**

Jamais

Rarement

Souvent

Toujours

Non concerné, je suis médecin aux urgences

**10. Si vous demandez un passage systématique par les urgences, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)**

Je ne demande pas de passage par les urgences

Pour que les urgentistes évaluent la nécessité d'une hospitalisation

Pour que le premier bilan soit réalisé avant l'entrée en service

Parce que le service manque toujours de place d'hospitalisation

Autre

Non concerné, je suis médecin aux urgences

**10.b Si autre, lequel(s) : ...**

**11. Lors de l'hospitalisation de patients adressés par un médecin généraliste, à quelle proportion évalueriez-vous les patients entrant avec un courrier de leur médecin ?**

0 à 25%

26 à 50%

51 à 75%

76 à 100%

**12. Lorsqu'un patient est hospitalisé dans votre service, vous joignez son médecin traitant (plusieurs réponses possibles) :**

A l'entrée du patient

A la sortie du patient

Lors de l'hospitalisation pour le tenir informé

Lorsque j'ai besoin d'informations complémentaires

Jamais

**IV. Comptes rendus :**

**13. Concernant les comptes rendus de sortie des patients de votre service (plusieurs réponses possibles) :**

Une version provisoire du compte rendu est remise au patient à sa sortie

La version définitive du compte rendu est remise au patient à sa sortie

Le patient sort d'hospitalisation sans compte rendu

Le compte rendu est envoyé au Médecin traitant par voie électronique

Le compte rendu est envoyé au Médecin traitant par voie postale

**14. Selon vous, dans quel délai en moyenne les médecins généralistes reçoivent les comptes rendus d'hospitalisation de leurs patients ? (Une seule réponse)** Directement à la sortie de leur patient

Dans la semaine suivant la sortie de leur patient

Dans les deux semaines suivant la sortie de leur patient

Dans le mois suivant la sortie de leur patient

Plus d'un mois après la sortie de leur patient

Je ne sais pas

**V. Attentes des médecins spécialistes :**

**15. Comment qualifiez-vous votre communication avec les Médecins généralistes votre secteur ?**

Très satisfaisante

Satisfaisante

Peu satisfaisante

Pas du tout satisfaisante

**16. Quels outils vous sembleraient pertinents pour pallier aux difficultés de demande d'avis spécialisé ou de demande d'hospitalisation par les médecins généralistes ? (Plusieurs réponses possibles)**

Annuaire téléphonique des numéros d'avis des différents services spécialisés

Annuaire des messageries sécurisées des différents spécialistes

Mise en place d'une plateforme informatique commune de communication interprofessionnelle type Pandalab (équivalent WhatsApp sécurisé)

Autre

**16.b Si autre, lequel(s) : ...**

**17. Concernant la transmission des informations médicales de vos patients lors d'une hospitalisation, préféreriez-vous ?**

Contacter par téléphone le médecin traitant du patient pour obtenir ses informations

Recevoir de la part du médecin traitant les informations relatives au patient par messagerie électronique sécurisée

Que le médecin traitant ait rempli une « fiche type » simplifiée d'hospitalisation avec les données du patient (motif, ATCD, traitements) qu'il remettra à son entrée

Utiliser le Dossier médical partagé (DMP)

N'avoir aucune information de la part du médecin traitant

Autre

**17.b Si autre, lequel(s) : ...**

**18. Concernant le réseau ville-hôpital, quel(s) moyen(s) vous semble(nt) pertinent(s) à mettre en place ?**

Formations régulières sous forme de groupe de travail avec les généralistes  
Création et animation de groupes conjoints ville hôpital d'éducation thérapeutique pour les patients  
Présence des représentants des médecins libéraux lors des CME des établissements du territoire  
Garde hospitalière volontaire pour les médecins libéraux dans leur structure de secteur  
Mise en place de créneaux de semi-urgence de spécialistes (RDV dans la semaine pour des découvertes d'insuffisance rénale etc...) afin de développer les soins non programmés  
Mise en place de réunions pluridisciplinaires entre médecins généralistes et spécialistes afin de discuter des cas cliniques difficiles  
Autre

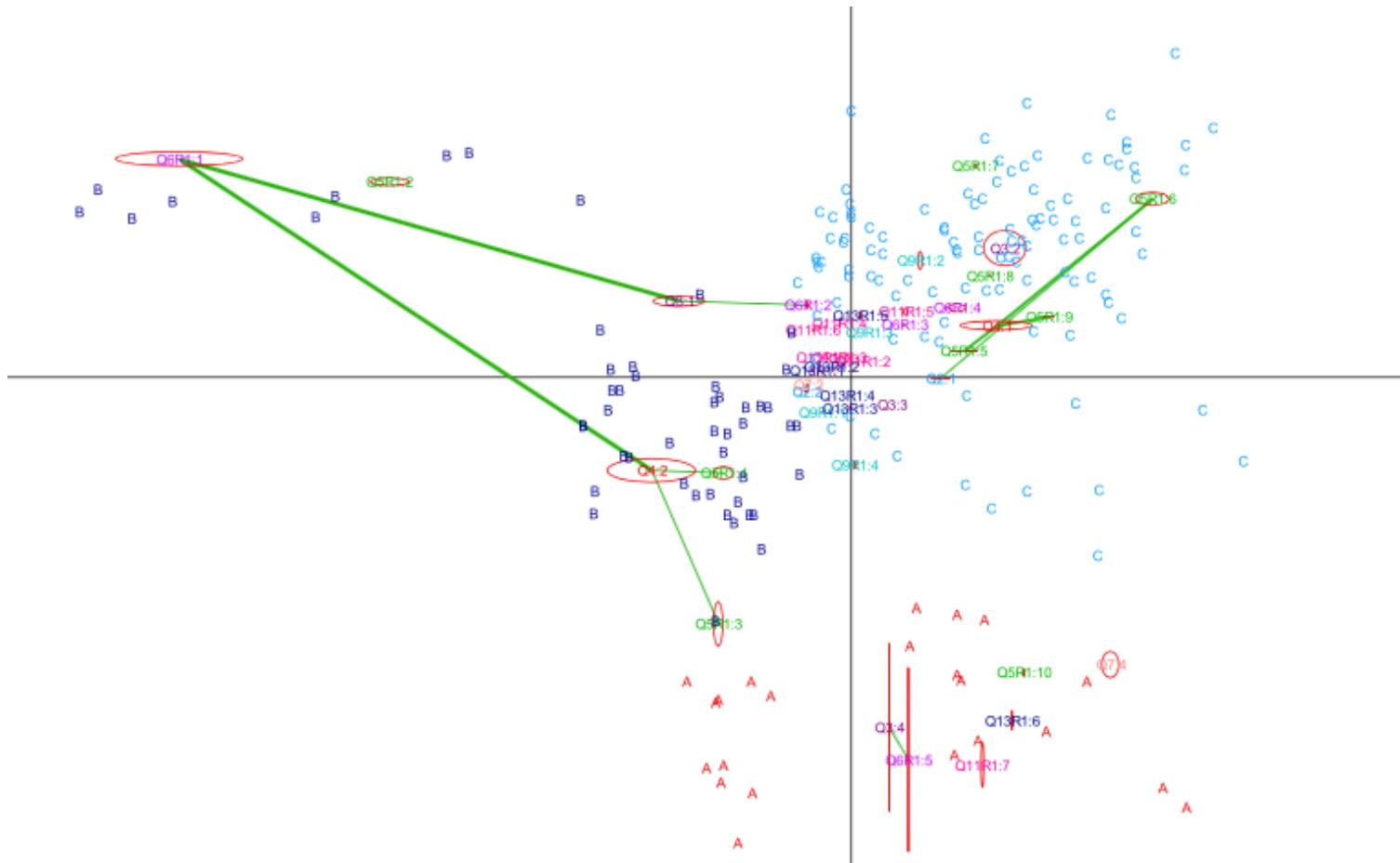
**18.b Si autre, lequel(s) : ...**

**19. Concernant la continuité des soins en sortie d'hospitalisation, quel(s) moyen(s) aimeriez-vous voir mis en place ?**

Prise de contact systématique avec le médecin traitant avant le retour à domicile du patient  
Compte rendu d'hospitalisation remis au patient dès sa sortie  
Compte rendu d'hospitalisation envoyé au Médecin traitant par voie électronique dès la sortie du patient  
Envoi automatique d'un SMS de la part de l'hôpital prévenant de la sortie du patient ou de son passage par les urgences  
Mise en place d'une fiche type de retour à domicile avec les informations primordiales  
Autre

**19.b Si autre, lequel(s) : ...**

## E. Analyse factorielle des Correspondances pour l'analyse multivariée



## **IX. Serment d'Hippocrate**

« 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. »