



Année 2019/2020

N°

Thèse
Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Anthony PICHET

Né(e) le 05 Août 1988 à Chambray-les-Tours (37)

**CONTINUITÉ DES SOINS VILLE-HÔPITAL: POINT DE VUE DES
MEDECINS HOSPITALIERS SUR LA COMMUNICATION AVEC LEURS
CONFRÈRES GÉNÉRALISTES DU SECTEUR AMBULATOIRE ET
PERSPECTIVES D'AMELIORATION EN INDRE-ET-LOIRE.**

Présentée et soutenue publiquement le 20 Mai 2020 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Christophe DESTRIEUX, Anatomie, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Bertrand FOUGÈRE, Gériatre, Faculté de Médecine – Tours

Professeur François MAILLOT, Médecine Interne, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Anne Lazarevitch, Médecine Générale

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Philippe ARBEILLE

Pr Catherine BARTHELEMY

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Pierre COSNAY

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Dominique GOGA

Pr Alain GOUDEAU

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr Gérard LORETTE

Pr Roland QUENTIN

Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénérologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique

MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs
POTIER Alain.....Médecine Générale
ROBERT Jean.....Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUULT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DENIS Frédéric.....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine.....	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLON Antoine.....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille.....	Immunologie

IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BOREL Stéphanie.....	Orthophonie
NICOGLU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier
---------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

REMERCIEMENTS

A toi, Anne, pour m'avoir épaulé tout au long de ce travail qui a été long mais très riche en enseignements. Merci pour nos discussions qui allaient au-delà de la thèse, touchant à un sujet stimulant pour toi comme pour moi.

A Monsieur le Professeur Christophe DESTRIEUX, pour me faire l'honneur de présider cette thèse, merci de l'intérêt que vous avez immédiatement porté à mon travail.

A Monsieur le Professeur François MAILLOT, je vous prie de recevoir toute ma reconnaissance pour avoir accepté de juger ce travail.

A Monsieur le Professeur Bertrand FOUGÈRE, vous me faites l'honneur de juger mon travail, je vous prie de croire en l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

À tous les médecins que j'ai eu le plaisir d'interviewer et de rencontrer. Merci de m'avoir accordé de votre temps pour mon travail.

À tous les médecins hospitaliers avec qui j'ai eu plaisir de travailler tout au long de mon internat, que ce soit à Vendôme, Loches, Montargis ou Bourges, j'ai pu grandir auprès de vous, et chacun de vous a laissé une empreinte sur moi.

Aux médecins généralistes que j'ai rencontré tout au long de mes stages de médecine générale ou en remplacement. Bernard, Fabienne, Yves, André, Fred, Hélène, Sandrine et toute l'équipe de l'île Bouchard, que vous dire ? Tout simplement merci de m'avoir construit comme le généraliste que je suis aujourd'hui. Nous avons passé des mois ensemble et j'ai pu énormément apprendre auprès de vous, en tissant un véritable lien d'amitié avec vous tous. MERCI !

Au Professeur Robert, pour tout ce que vous m'avez apporté. Mon stage d'initiation à la médecine générale en deuxième année de médecine était avec vous, vous m'avez suivi ensuite à l'internat en tant que tuteur, et vous m'avez permis de rencontrer Anne pour mon travail de thèse. Je ne peux que vous remercier encore pour votre soutien.

À toi, Rémy, merci pour tes précieux conseils durant cette thèse, et hâte d'être officiellement dans la MSP. A vous, mes futurs collègues de la MSP, je ne peux que nous souhaiter que l'aventure soit la plus longue possible pour nous tous.

À vous les copains, Olive et Max, la base, les piliers, trop de choses à dire en si peu de mots... Ces études ont été longues et ont perturbé ce qui était notre quotidien anciennement, à savoir toujours ensemble, mais je suis plus qu'heureux aujourd'hui qu'on soit à nouveau réunis régulièrement. A nos futurs fou-rires, soirées et autres moments de délire et de partage !

À Lauren et Elodie, mesdames des messieurs, mesdames QK, et à toutes nos futures rigolades. Sans oublier dans l'affaire notre grand Alix, garde du corps officiel de Constance bien sûr !

À Julien et Matt, que de souvenirs durant ces années d'externat, avec notamment une collocation orléanaise qui restera dans l'Histoire ! Sans oublier, ma belle-sœur Julie et Tiphaine, ainsi que tous les piou-pious, Vava, Popo, Rose et tous les autres à venir...

À tous les autres copains que j'ai pu rencontrer durant ces années d'études, la liste est longue mais je ne peux que vous souhaiter le meilleur dans vos vies respectives.

À Claire et Jean-Lou, merci pour votre soutien, et pour tous les bons moments partagés, je suis plus qu'heureux de vous voir enfin de retour sur Tours.

À mes parents, pour tout le soutien que vous m'avez apporté tout au long de ces études, vous avez su m'épauler et être à mes côtés durant les moments plus compliqués, cette thèse est en quelque sorte aussi la vôtre.

Et bien sûr, à ma Clemssou et ma petite Constance, vous êtes mes rayons de soleil, mon quotidien et mon futur. À tous nos futurs beaux chapitres de vie, et il y en a encore pas mal à venir ! Je vous aime ! Mais s'il te plaît Constance, du calme sur les viroses...

RÉSUMÉ

Introduction : La communication entre médecins hospitaliers et généralistes est primordiale pour assurer la continuité des soins. Elle reste cependant perfectible.

Objectif : Recueillir, en abordant la continuité des soins, le point de vue des médecins hospitaliers sur la communication avec les médecins généralistes et proposer des perspectives d'amélioration.

Méthode : Enquête multicentrique qualitative par théorisation ancrée de huit entretiens semi-dirigés auprès de médecins hospitaliers d'Indre-et-Loire. Analyse thématique des verbatims avec triangulation de données par deux investigateurs.

Résultats : La continuité des soins est fragilisée par de nombreux facteurs, notamment par des défauts de communication et de coordination en sortie d'hospitalisation, pouvant engendrer une iatrogénie voire des réhospitalisations. Les médecins hospitaliers, comme généralistes, sont peu disponibles. La communication varie selon les médecins, leurs attentes et les situations cliniques. La lettre de liaison facilite la continuité des soins. Les lignes téléphoniques directes facilitent l'accès au médecin hospitalier mais leur utilisation est chronophage. La messagerie sécurisée permet un transfert immédiat d'information et une interaction différée dans le temps. Des échanges par mail sécurisés sont souhaités. Notifier les entrées et sorties d'hospitalisation serait intéressant. Les rencontres interprofessionnelles posent le socle d'une collaboration plus étroite. Le Dossier Médical Partagé offre une solution de stockage d'informations médicale avec un accès consultatif renforçant la continuité des soins. La télémédecine a l'avantage de permettre un contact visuel. Un « collecticiel » permettrait un partage du dossier patient et une plus grande implication du généraliste lors de l'hospitalisation de son patient. Une portabilité de ce type d'outil offrirait une communication en temps réel.

Conclusion : La communication entre médecins hospitaliers et généralistes doit s'inscrire dans une démarche qualité collective. Cela permettra de créer de nouvelles normes de travail collaboratif, et de développer des projets d'amélioration pour lutter contre ce problème majeur de santé publique dont le patient est une victime.

ABSTRACT

Introduction: Communication between hospital doctors and general practitioners is essential to ensure continuity of care. However, it remains perfectible.

Objective: Gather, by addressing the continuity of care, the point of view of hospital doctors on communication with general practitioners and propose prospects for improvement.

Method: Qualitative multicentric survey by anchored theorization of eight semi-directed interviews with hospital doctors in Indre-et-Loire. Thematic analysis of verbatims with triangulation of data by two investigators.

Results: Continuity of care is weakened by many factors, like a lack of communication and coordination after discharge from hospital, which can lead to iatrogenic side effect or even rehospitalizations. Hospital doctors and general practitioners are not available. Communication depends on doctors, their expectations and clinical situations. The discharge letter improve continuity of care. Direct telephone lines facilitate access to hospital doctors, but their use is time-consuming. Medical emailing allows immediate transfer of information and delayed interaction over time. Secure email exchanges are desired. Notifying hospital admissions and discharges would be interesting. Interprofessional meetings lay the foundation for closer collaboration. The DMP stores medical informations with consultative access, which improves continuity of care. Telemedicine offers an eye contact. A "groupware" would allow to share the patient medical story and greater involvement of the general practitioner during the hospitalization of his patient. Portability of this type of tool would provide real-time communication.

Conclusion: Communication between hospital doctors and general practitioners must be part of a collective quality approach. This will create new standards for collaborative work, and develop improvement projects to fight against this major public health problem which patient is a victim.

**CONTINUITÉ DES SOINS VILLE-HÔPITAL: POINT DE VUE DES MEDECINS HOSPITALIERS
SUR LA COMMUNICATION AVEC LEURS CONFRÈRES GÉNÉRALISTES AMBULATOIRES ET
PERSPECTIVES D'AMELIORATION EN INDRE-ET-LOIRE.**

Introduction.....	12
Matériels et Méthodes.....	14
Résultats.....	17
Discussion.....	44
Conclusion.....	56
Annexes :	
Annexe I : Fiche d'information et consentement.....	58
Annexe II : Questionnaire des caractéristiques des participants	60
Annexe III : Guide d'entretien.....	61
Bibliographie.....	63

INTRODUCTION

1. Définitions

Il est difficile de trouver un consensus sur la définition de la continuité des soins. Le rapport « Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins » de Mars 2002 de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé propose une définition de la continuité des soins comme « la façon dont les soins sont vécus par un patient comme cohérents et reliés dans le temps; cet aspect des soins est le résultat d'un bon transfert de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une coordination des soins »(1).

Elle se fractionne notamment en :

- continuité des soins « clinique » renvoyant à l'idée de la vision globale du patient et du suivi de son parcours de soins, notamment dans le cadre du rôle de coordination du médecin généraliste (MG)
- continuité des soins « informationnelle » ayant trait à la transmission d'information concernant le patient, par divers outils, entre les professionnels de santé prenant le patient en charge. L'information est le dénominateur commun qui relie les soins d'un intervenant à l'autre et d'un événement de santé à l'autre (2,3).

2. Cadre réglementaire

Ces définitions situent la communication entre les médecins généralistes (MG) et les médecins hospitaliers (MH) comme un pilier de la continuité des soins. Elle est un enjeu majeur de l'amélioration du système de santé en France depuis de nombreuses années.

Cet enjeu est de sécuriser la prise en charge du patient en amont, pendant et en aval de son passage hospitalier afin de diminuer des risques iatrogéniques, et d'éviter des réhospitalisations précoces. Il est donc d'une importance capitale d'améliorer – tant qualitativement que quantitativement - la communication entre les médecins généralistes et leurs confrères hospitaliers (4–7).

La notion de « communication ville hôpital » est apparue dans la loi de 1991 qui rend possible la création des réseaux coordonnés de soins afin d'améliorer la prise en charge des patients. Elle a été ensuite abordée dans de nombreuses réglementations. Elle figure dans le Code de Déontologie (8) (Rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé : Article 63 et 64 en particulier) et dans le Code de Santé Publique.

La loi « HPST » (Hôpital Patient Santé Territoires) de 2009 introduisait le principe de la télémédecine comme outil de communication entre médecine de ville et hôpital dans le cadre de l'offre de soins (9).

Plus récemment, dans le cadre de la loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé, cette communication interprofessionnelle a fait l'objet d'un décret qui instaure, depuis janvier 2017, la lettre de liaison. Cette dernière doit être remise en sortie d'hospitalisation au patient et envoyée dans les mêmes délais au médecin traitant (10). Son contenu est également détaillé. La lettre de liaison du médecin adressant le patient dans le service hospitalier est aussi décrite. Ce décret a d'ailleurs été intégré dans l'analyse de l'indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » de l'HAS. Cet indicateur, qui a vu son intitulé évoluer au fil du temps, a été créé en 2014. Il est à noter que le score moyen national pondéré pour l'indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » était de 49% en 2019 (contre 35% en 2016). Ce score reste bas, bien qu'en amélioration, avec des difficultés majeures sur deux points : la remise de la lettre au patient et le traitement médicamenteux. Seuls 23 % seulement des établissements de santé ont atteints un niveau satisfaisant (11).

La loi « Ma santé 2022 » propose des solutions au cloisonnement, au manque de coordination et à la mauvaise communication entre les professionnels de santé. Dans ce but, elle renforce le rôle des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) instaurées lors de la loi de Janvier 2016. Les CPTS permettent un regroupement des professionnels de santé de tous les métiers, des professionnels de ville et du secteur médico-social. Un des buts est de renforcer les soins de premier recours à travers des projets de coordination renforcée améliorant la prise en charge des patients. On peut constater que la plupart des CPTS existantes travaillent sur la question de la communication ville-hôpital et des outils de communication et de coordination. Ces projets ont pour objectif d'améliorer la continuité, la cohérence, la qualité et la sécurité des soins par une meilleure coordination des acteurs qui la composent. Au 1^{er} Janvier 2020, on dénombre 15 CPTS actuellement effectives en région Centre Val-de-Loire, ce qui en fait une des régions les plus dynamiques de France (14).

Un autre point de cette loi est la création de postes « d'assistants médicaux » pour redonner du temps aux médecins, en déléguant des missions d'assistance des médecins et d'aide au parcours de soin des patients. Ce texte de loi ajoute également son appui au développement d'outils numériques (DMP, e-prescriptions...) et à la télémédecine (12,13).

Cet empilement de réglementation témoigne à la fois de l'émergence du concept de continuité des soins et de la difficulté à modifier les pratiques. La lenteur des transformations explique l'insatisfaction des médecins généralistes, documentée dans la majorité des travaux sur ce thème.

3. Travaux réalisés

Une littérature abondante a étudié la communication entre médecins généralistes et médecins hospitaliers. Par ailleurs, de nombreuses thèses ont examiné notamment les perceptions et les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de leurs confrères hospitaliers. Les conclusions de ces études mettent en évidence de manière constante un

manque de communication ressenti par les médecins généralistes, une coordination des soins en sortie d'hospitalisation à améliorer. S'y ajoute, pour le médecin généraliste, une difficulté d'accès au médecin hospitalier et la sensation d'un manque de reconnaissance vis-à-vis de ses compétences.(15–18)

Cette problématique n'est pas spécifique à la France puisque la littérature montre des difficultés semblables dans d'autres pays comme les Etats-Unis ; l'Allemagne, l'Australie, ou l'Angleterre...(5–7)

A l'inverse, il existe peu de travaux sur les perceptions et les analyses des médecins hospitaliers sur la communication avec leurs homologues généralistes. Ces données manquantes permettraient de croiser les regards sur une question majeure et de proposer de manière réfléchie et adaptable à chacun, des pistes d'amélioration.

Le but de cette étude était donc de recueillir, à partir d'une réflexion autour de la continuité des soins, le point de vue des médecins hospitaliers sur la communication avec les médecins généralistes en Indre-et-Loire, et d'en proposer des perspectives de progrès.

MATERIELS ET METHODES

1. Recherche bibliographique

La recherche documentaire a été réalisée à l'aide du catalogue internet SUDOC, et d'autres moteurs de recherche tel que Pub-Med, Cismef, Google, Google Scholar et le service de recherche documentaire de l'Université François-Rabelais de Tours. La gestion des références a été réalisée avec le logiciel Zotero.

2. Type d'étude

2.1. Enquête Qualitative

La vocation de ce travail était d'étudier le point de vue des médecins hospitaliers afin de mieux comprendre les lacunes et les difficultés de communications entre médecins généralistes et hospitaliers afin de proposer des pistes d'amélioration.

2.2. Entretiens individuels semi dirigés

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés afin de laisser la place à une discussion - au travers d'un « guide d'entretien » - avec des questions ouvertes visant une production verbale exhaustive (verbatim).

Ce guide avait pour but de faire parler les enquêtés autour du sujet, l'idéal étant de déclencher une dynamique de conversation plus riche que la simple réponse aux questions, tout en restant dans le thème.

L'objectif était ici de recueillir des données les plus variées possibles permettant d'explorer au mieux la problématique.

Dans cette optique, et afin d'offrir une discussion la plus ouverte possible, il a été réalisé un guide d'entretien en deux chapitres.

La première partie abordait la question de la continuité des soins, sans mentionner la communication ville hôpital. Il nous a paru important de voir si le sujet de la communication était une préoccupation du médecin interviewé et quand il allait être abordé. Nous avons aussi fait l'hypothèse qu'un abord large pourrait permettre de faire surgir des thèmes que le mot « communication », souvent pris dans le sens d'un échange duel, aurait exclus.

La continuité des soins a été abordée d'abord de manière générale, puis selon un mode chronologique, en amont de l'hospitalisation, au cours de celle-ci, puis à la sortie du patient.

La seconde partie abordait plus spécifiquement la communication entre les MH et les MG, à travers un état des lieux des pratiques, puis en recueillant les attentes des médecins hospitaliers, les freins identifiés à une communication efficace, et les solutions envisageables.

Il a été intégré dans ce guide d'entretien, une question sur les compétences attendues du médecin généraliste, afin d'explorer la sensation de manque de reconnaissance du médecin généraliste par le médecin hospitalier, plusieurs fois citée dans la littérature.

3. Échantillonnage raisonné

3.1. Population étudiée

Afin de mettre en évidence les diversités d'opinions et de comportements, nous avons opté pour la stratégie d'échantillonnage en variation maximale (ou échantillonnage raisonné). Notre objectif était d'obtenir un échantillon le plus hétérogène possible et d'optimiser la variabilité des réponses. A l'inverse du modèle quantitatif, c'est ici la diversité qui est recherchée et non la représentativité de l'échantillon.

La population étudiée était composée de médecins hospitaliers exerçant dans des Centres Hospitaliers de l'Indre-et-Loire (Chinon, Loches, CHRU de Tours).

Le choix s'est porté sur des médecins exerçant en hospitalisation conventionnelle. Nous avons pris l'option de ne pas nous tourner vers des médecins urgentistes (urgences porte ou UHTCD), ou chirurgiens, car leur intervention est le plus souvent courte ou déterminée par la pathologie somatique. L'intention était de se centrer sur la communication ville hôpital dans des situations de patients complexes ou polyopathologiques, dont le séjour hospitalier fait intervenir plusieurs acteurs de santé en amont et en aval de celui-ci et pour qui l'orientation à la sortie est dépendante de facteurs psycho-sociaux aussi importants que les facteurs somatiques. En un mot, les patients pour qui la communication entre professionnels de santé est un élément important dans la qualité et la sécurité de leurs soins.

D'autres caractéristiques ont été recueillies: le lieu d'exercice (Centre Hospitalier ou Centre Hospitalo-Universitaire, ainsi que la situation géographique) ; le type de service dans lequel le médecin exerce (spécialité et durée moyenne de séjour) ; et le type d'exercice (consultations, secteur d'hospitalisation, activité libérale associée).

De plus, les caractéristiques de la population étudiée ont été recueillies selon les critères suivants : le genre, le groupe d'âge, l'existence d'une activité libérale (voire de médecine générale libérale) dans le parcours, le parcours professionnel, l'existence d'un stage en médecine générale dans leur cursus, l'accueil d'internes de médecine générale dans le service, la participation à des FMC avec des médecins généralistes, l'existence d'une adresse mail professionnelle, la possession d'un DECT ainsi que la facilité d'utilisation d'outils numériques.

3.2. Mode de recrutement des médecins interviewés

Le recrutement s'est passé préférentiellement par appel téléphonique direct auprès des différents médecins hospitaliers, ou à défaut, par mail professionnel. Les entretiens ont débuté le 05/03/2019 pour se terminer le 14/08/2019.

Lors du premier contact téléphonique ou mail, avant réalisation de l'entretien, il s'agissait d'expliquer le projet, le but de l'étude ainsi que le déroulement au médecin. S'il était d'accord pour y participer, une note informative lui était remise le jour de l'entretien en vue d'obtenir un consentement éclairé à la participation de l'étude ainsi qu'à l'utilisation des données recueillies.

4. Recueil des données

4.1. Déroulement du recueil

Les médecins interrogés choisissaient le lieu et l'horaire de l'entretien, selon leurs disponibilités. Tous les entretiens avaient lieu dans le bureau des médecins.

Avant le début d'entretien, un rappel des caractéristiques de l'étude était fait avant de rappeler l'anonymisation des données. Le préalable à la réalisation de l'entretien était le consentement écrit et signé des participants (annexe I).

Le recueil des données se faisait lors d'un entretien oral entre le médecin et l'enquêteur. Le recueil des caractéristiques d'échantillon n'intervenait qu'après la réalisation de l'entretien dans le but de ne pas induire, à travers les différentes questions, d'éventuelles réponses pouvant donc entraîner des biais à l'étude (annexe II).

Les échanges étaient enregistrés avec l'application dictaphone d'une tablette et d'un téléphone portable.

4.2. Guide d'entretien

Comme mentionné plus haut, la première partie du guide d'entretien portait sur la continuité des soins.

La seconde partie abordait plus précisément la communication, d'une manière la plus ouverte possible.

Le guide d'entretien est présenté en annexe III.

5. Méthode d'analyse

5.1. La retranscription des enregistrements sonores

La retranscription de chaque entretien était réalisée de façon manuelle avec le logiciel informatique Pages sur Mac. Les enregistrements vocaux étaient retranscrits intégralement.

5.2. L'analyse des entretiens

L'analyse de tous les entretiens était réalisée à travers la création de « codes » via l'option commentaire sur Pages. La création des verbatims a été réalisée par deux chercheurs, permettant une triangulation des données. Ces « codes » étaient ensuite analysés en vue de répondre à la question de recherche. Pour se faire, une analyse thématique avec théorisation ancrée a été réalisée.

6. Aspects éthiques

Une demande avait été faite auprès de la CNIL. Du fait l'anonymisation des participants, il n'y avait pas lieu de réaliser une demande d'enregistrement de l'étude.

RESULTATS

Huit entretiens ont été réalisés avant suffisance des données. La durée moyenne des entretiens était d'environ 54 minutes. La population de l'étude comptait deux médecins de Centre Hospitalier Universitaire pour six médecins de Centre Hospitalier. Les durées de séjour, au sein de leur service d'exercice respectif, allaient de l'hospitalisation de jour jusqu'à une hospitalisation de longue durée. Leur activité professionnelle était variée, allant d'un travail hospitalier exclusif jusqu'à une activité libérale, en passant par des activités de consultation hospitalière. Trois d'entre eux avaient ou avaient eu une activité libérale dans leur parcours. Quatre médecins avaient bénéficié d'un stage en ambulatoire dans leur formation. Les formations étaient diverses avec une majorité de spécialité « médecine générale ». Cinq médecins participaient à des Formations Médicales Continues. À l'unanimité, les médecins avaient des proches médecins généralistes dans leur entourage, accueillaient des internes de médecine générale dans leur service, avaient une ligne téléphonique personnelle (DECT) et une adresse mail professionnelle, et se définissaient comme à l'aise avec l'outil informatique. Pourtant, seulement cinq médecins avaient bénéficié d'une formation sur l'outil informatique.

La diversité de la population est résumée dans le tableau ci-dessous.

	Service d'exercice	Lieu d'exercice	Durée de séjour dans le service	Activité professionnelle	Spécialité
M01	Médecine	Centre Hospitalier	Durée d'hospitalisation conventionnelle	Hospitalière	Médecine générale
M02	Médecine	Centre Hospitalier	Hôpital de Jour	Hospitalière + Consultation hospitalière	Oncologie / Formation interniste
M03	Médecine	Centre Hospitalier	Durée d'hospitalisation conventionnelle	Hospitalière	Médecine générale
M04	SSR	Centre Hospitalier	Long séjour	Hospitalière	Médecine générale
M05	Soins palliatifs / Douleur	Centre Hospitalier		Consultation hospitalière + intervention à domicile	Médecine générale / formation SP
M06	Médecine post-urgence	CHU	Court séjour	Hospitalière + Consultation hospitalière	Médecine interne
M07	Médecine	Centre Hospitalier	Durée d'hospitalisation conventionnelle	Hospitalière + Libérale	Médecine générale
M08	Gériatrie	CHU	Durée d'hospitalisation conventionnelle	Hospitalière + Consultation hospitalière	Gériatrie

Tableau 1. Échantillonnage raisonné. (CHU = Centre Hospitalier Universitaire, SSR = Soins de Suite et de Réadaptation, SP = Soins palliatifs)

Les caractéristiques de la population sont résumées dans le tableau suivant :

	M01	M02	M03	M04	M05	M06	M07	M08
Durée d'entretien	0h33	1h03	0h49	0h54	1h09	1h12	1h22	1h07
Sexe	F	F	M	F	F	F	F	F
Tranche d'âge (années)	> 50	[36-50]	< 35	[36-50]	> 50	[36-50]	[36-50]	> 50
Activité libérale dans le parcours				x	x		x	
Activité de MG dans le parcours	x			x	x		x	
Existence d'un stage en ambulatoire dans le parcours	x		x	x			x	
Accueil d'interne de MG dans le service	x	x	x	x	x	x	x	x
Participation à des FMC avec médecins généralistes	x	x			x	x	x	
Amis ou proches généralistes dans l'entourage	x	x	x	x	x	x	x	x
Participation à une formation sur outils informatiques	x	x		x			x	x
Ligne téléphonique personnelle	x	x	x	x	x	x	x	x
Adresse mail professionnelle	x	x	x	x	x	x	x	x
Aisance à l'utilisation d'outils informatiques	x	x	x	x	x	x	x	x

Tableau 2. Caractéristiques de la population. (MG = Médecine Générale, FMC = Formation Médicale Continue)

1. Rôles du médecin généraliste

1.1. Le médecin généraliste est multi-casquette

« la prévention, l'éducation, pour moi, un médecin généraliste, c'est un médecin de famille. [...] Un médecin de famille qui voit vraiment la famille dans sa globalité. Prévention, éducation, euh...allez si je dis assistante sociale, curé, enseignant, vétérinaire, tu marques tout ça? [...] Pour moi, il est pluri-disciplinaire le généraliste. Il fait un petit peu tous les rôles qui euh...aussi bien de 0 à 100 ans, que effectivement le rôle social, purement médical, que de coordinateur, que de prévention...» : cela résume, de

manière caricaturale certes, les multiples rôles d'un MG. Le suivi, la vision globale, l'éducation, la prévention font partie des rôles inhérents à la médecine générale.

De plus, le MG a un rôle de coordonnateur, notamment dans le cadre de pathologies chroniques, où les patients ont le plus souvent un suivi spécialisé varié, et potentiellement multi-site. Ce rôle bien qu'important reste complexe...

« Alors, je trouve que le médecin généraliste a un rôle de coordinateur ce qui est pas toujours facile et j'en connais un rayon, c'est-à-dire que les patients sortent avec des examens complémentaires parce qu'en général on a pas le temps de tout faire à l'hôpital. Et je me rends compte, quand...alors quand je suis hospitalière, qu'on revoit parfois les patients, dans une seconde hospitalisation parce qu'il y a une décompensation, on se rend compte que finalement, les examens complémentaires ont pas forcément été vu. Donc c'est à mon avis le gros problème entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, c'est que là le lien se fait pas, c'est-à-dire que même si on met qu'il y a une IRM de prévue, ou une consultation spécialisée de prévue. Le médecin généraliste a du mal à coordonner... »

Le médecin généraliste reste par contre la référence dans le parcours de soin du patient, notamment du fait du suivi dans le temps.

« Un médecin généraliste c'est quelqu'un, c'est le pilier, le centre du soin du patient. Donc il a la connaissance du patient, de son entourage, et donc c'est la référence. »

« il a sa compétence médicale qu'il acquiert pendant ses études, mais c'est pas l'essentiel je dirais dans le lien avec le patient, il connaît toute la vie du patient, au plus intime de lui souvent, donc c'est un rôle de compagnonnage, pas un rôle d'ami, parce qu'on peut pas être ami avec tous nos patients je pense. Mais moi je le vois comme un compagnon dans les galères, dans les bonheurs, dans la joie, dans la peine, dans tout ce qui rythme une vie d'humain, dans sa prise en charge du patient qu'il a peut être depuis 30 ans, et il connaît les enfants, les petits enfants, donc une communication...alors donc, le compagnonnage, c'est du soutien, de l'accompagnement, mais il peut dans toute la vie, aussi bien dans la naissance des enfants etc... »

1.2. Et pourtant, son rôle est limité lors de l'hospitalisation d'un patient

Pendant l'hospitalisation d'un patient, il est très rare que le MG soit intégré à la réflexion clinique autour de la situation de son patient, bien que le souhait serait une intégration plus importante :

« Actuellement, je n'en vois pas beaucoup, et c'est peut être un tort. » dit un MH en parlant des rôles du MG pendant l'hospitalisation.

« on est plus sûr de l'information, c'est-à-dire est-ce qu'on met dans la boucle le médecin généraliste, sur des décisions, par exemple, sur un symptôme X ou Y, sur notre façon de faire, là, je suis pas sûr[...] sur la prise en charge globale du patient, j'ose espérer que le médecin généraliste soit de plus en plus mis dans la boucle. Mais des fois j'ai quelques craintes, mais je me dis, après tout, si nous on s'engage à mettre le médecin généraliste dans la boucle, ça peut faire avancer les choses, ça, c'est clair. Euh... Et ouais, ça devrait pouvoir s'améliorer.»

Dans l'annonce d'une pathologie grave, il ne l'est le plus souvent pas non plus.

« je crois qu'on le fait pas malheureusement. Alors, ça...alors, euh...en général, on le fait pas et je pense qu'ils peuvent le dire. Pour les patients hospitalisés, on le fait pas, ça c'est sûr » .

Pourtant, il garde tout de même un rôle informatif, en apportant parfois des informations contextuelles notamment sur le mode de vie, l'histoire de vie, les choix et préférences du patient, non connues du MH. Il peut tout de même être consulté en vue de l'orientation d'un patient.

« Soit c'est nous, on est tiraillé, on se dit on a besoin de plus d'information sur comment il était avant, justement, et le sentiment du médecin traitant, dans la connaissance du patient qu'on a pas, soit dans la décision d'un soin palliatif et le patient souhaite rentrer chez lui. »

« Sur le soin palliatif, comme je te le disais, le médecin...je pense que c'est important de mettre le médecin dans la boucle, surtout s'il connaît bien son patient. Euh, le truc tout bête, c'est le statut OMS, qu'on a pas forcément nous à l'hôpital parce que c'est biaisé et que le médecin va avoir lui dans les conditions de vie, entre guillemets, normales du patient. Donc sur le statut OMS. Sur l'entourage du patient, sur les conditions d'aménagement de son habitation, il connaît un petit peu plus que nous je pense. »

Le MG peut également avoir un rôle de relais auprès du patient et de la famille dans certaines situations complexes, notamment lors d'attitude d'opposition ou de méfiance du patient à l'égard de l'équipe hospitalière.

« donc du coup, nous, on a beau essayer de convaincre de telle ou telle chose... Admettons, qu'il poursuive les explorations, qu'il y ait une prise en charge un peu particulière, qu'il y ait un transfert pour telle ou telle raison, qu'on institutionnalise ou qu'on fasse une convalescence, ou au contraire les patients et familles qui veulent aller dans un établissement, un EHPAD je veux dire, et que pour nous, soit on a pas de place de suite, soit que ce soit pas justifié, là il y a les deux situations, il y en a qui refuse et il y en a qui au contraire... Dans ces cas là, on peut être amené à faire appel au médecin traitant dans les deux sens, pour qu'il rajoute une petite couche, qu'il discute et se fasse entendre plus que nous par le patient et les familles. »

« ce qui est clair, c'est qu'ils ont une confiance, je pense, vraiment très très forte dans leur généraliste, la plupart des patients hein. Donc nous, tout ce qu'on peut proposer qui n'aurait pas été fait par le médecin traitant, des fois...enfin, c'est horrible, donc ils sont très suspicieux vis-à-vis de nous par rapport à leur médecin généraliste. Je sais, j'ai un exemple en tête de quelqu'un qui est intervenu à l'hôpital pour dire que, bah, on avait raison de demander tel examen, je sais plus... »

1.3. Le MG reste un acteur central de la continuité des soins

La continuité des soins en sortie d'hospitalisation repose en grande partie sur le médecin généraliste, notamment du fait de son rôle de premier recours médical pour le patient.

« Si vous avez un problème, c'est pas moi qui irait à la maison, c'est lui qui viendra[...]quand je fais une ordonnance de bilan sanguin, j'écris toujours merci de faire parvenir le double des résultats au médecin traitant, tout le temps... »

« mais même une HAD, si le médecin libéral et l'infirmière libérale du patient, qu'il connaît depuis longtemps, n'adhèrent pas, ou ne peuvent pas, ou qu'il y a une impossibilité d'assurer la continuité des soins, ça se fait pas. »

2. Continuité des soins

2.1. La continuité des soins concerne tous les professionnels de santé

Même si, en ambulatoire, le MG a un rôle important dans la continuité des soins, il est important de mettre en avant la composante pluriprofessionnel, fondamentale dans la continuité des soins, autant en hospitalier qu'en ambulatoire :

« Déjà, si nous on fait les bonnes prescriptions, qu'on met en place l'IDE à domicile, les aides a domicile et tout ça, ça me semble un bon départ, un bon retour à domicile. Ça veut dire que le retour à domicile il est fait dans de bonnes conditions. Il faut pas non plus se reposer tout de suite et complètement sur le médecin traitant. »

« Après, on a une assistante sociale qui remet en place toutes les aides, donc l'ADMR, le SSIAD quand il y a besoin. Les infirmières, quand il y a des soins infirmiers à faire en externe, prennent contact avec le cabinet infirmier. »

« Et le pharmacien habituel du patient reçoit de la part du pharmacien hospitalier par fax, ou par mail, mais selon ce qu'ils ont convenu, les modifications, la conciliation médicamenteuse avec donc les modifications de thérapeutique, afin qu'il n'y ait pas d'erreur en tout cas, sur les médicaments qui ont éventuellement été modifiés, arrêtés, diminués pour qu'il n'y ait pas de soucis par rapport à ça. »

La continuité des soins d'ailleurs ne peut être optimale qu'en mettant en place une coordination entre les différents professionnels intervenant auprès du patient, notamment dans le cadre de sorties d'hospitalisation complexe.

« La continuité des soins à domicile ne peut se faire en soins palliatifs, uniquement si tous les professionnels de santé, connus du patient, adhèrent à l'idée de la prise en charge palliative et si la famille du patient également. Il faut une articulation des professionnels de santé de terrain, donc les libéraux et de la famille. S'il y a un des maillons qui fonctionne pas, la continuité des soins peut pas se faire, et moi, en tant qu'hospitalière, je suis très... euh...très...euh...très témoin en fait de cette...de cela et parfois je suis...et parfois lorsque ça fonctionne pas surtout, je suis un peu déçue pour le patient parce qu'en général, quand il y a des soins palliatifs à domicile, le patient il est toujours d'accord, mais parfois il est la victime du maillage qui se fait pas entre les professionnels de santé, la famille et puis nous on est vraiment, on est là en soutien mais quand ça se fait pas on peut pas forcer. »

L'entourage du patient peut être une aide dans la continuité des soins.

« Donc déjà, en préliminaire, l'aidant principal, je le considère souvent. C'est souvent un conjoint ou un enfant, et je leur dis souvent c'est mon assistant, donc déjà, celui-là il va être mon interlocuteur privilégié pour le patient de soins palliatifs lui même et aussi pour moi surtout, pour me faire un retour. »

« il y avait son fils justement, parce que je l'ai dit à la dame mais comme je suis pas sûr de ce qu'elle intègre, donc là, je l'ai dit au fils qu'il fallait reprendre un suivi régulier avec le généraliste. »

« Ça, ça dépend de l'entourage du patient. Soit il a un entourage qui est très compliant, qui est très aidant, et qui capte tout et qui est capable d'organiser, soit on sent que c'est compliqué ou des isolements et à ce moment là, on organise. »

A l'inverse, le patient ne peut pas être l'acteur principal de sa propre continuité de soins, bien qu'il soit concerné au premier chef.

« Et aussi, je suis très étonné, je trouve que les patients, ils sont souvent...ils sont pas impliqués dans leurs dossier médical je trouve. La majorité... Il y a certains obsessionnels qui ont tous leurs documents, mais je sais pas, je trouve qu'ils gardent avec eux les factures des laboratoires ou les 10000 ordonnances d'il y a dix ans et qui servent plus à rien, mais les documents utiles, ils les ont jamais avec eux, euh... c'est pas une culture... »

« Je fais pas confiance au patient pour mettre leurs informations sur le dossier, ouais. »

2.2. Mais une organisation de la continuité des soins variable selon les situations

La diversité des situations des patients et leurs parcours conduisent les équipes hospitalières à adapter les modalités de transfert d'informations et de continuité des soins.

« Sinon, en pratique, quand il y a une infection pulmonaire diagnostiquée aux urgences avec le traitement et qu'il repart bien, pas besoin d'appeler le médecin traitant pour le coup. [...] Parce que nous on appelle, moi, j'appelle quand j'ai besoin ; et des fois il y a pas besoin car c'est traiter un problème, puis il va rentrer chez lui, il reverra son médecin, il aura son courrier et puis... J'ai pas vraiment de soucis là-dessus. »

La continuité des soins dépend également des données démographiques, médicales comme paramédicales du secteur ambulatoire, pouvant même obliger à retarder la sortie du patient.

« parfois il y a des patients qu'on garde parce que pas de kiné libéral donc on sait qu'il y a aura pas de continuité kiné donc ils restent ici [...] Ouais, donc parfois on prolonge le séjour si on voit qu'il y aura pas de continuité dans certains soins. [...] Donc parfois, on prolonge aussi parce que les aides peuvent pas intervenir à telle date. Donc parfois, on est obligé de repousser d'une semaine, pendant les vacances scolaires c'est compliqué. »
« Alors ce qui marche bien c'est qu'on est dans un secteur plutôt bien lûti. On a beaucoup de médecins traitants, on est rassuré, c'est pas comme si on lâchait le patient sans suivi, sans aucune assistance à l'extérieur. Donc ça, ça serait pas rassurant du tout. »

De la même manière, elle est influencée par la distance entre le lieu de vie du patient et l'hôpital.

« Les patients qui sont aussi différents, parce que ceux qui sont ici, on va pas attendre que ça soit la cata pour vite consulter ou venir aux urgences, ou m'appeler ou venir

frapper à ma porte. Alors que d'autres qui sont loin, dont je connais moins les médecins traitants, je suis moins rassurée. »

Le suivi spécialisé multi-site paraît également être un frein à la continuité des soins, notamment pour le médecin hospitalier qui se retrouve à devoir aller à la quête d'informations concernant le suivi des patients.

« quand les patients sont suivis à l'hôpital, pour nous, c'est génial, parce qu'on a vraiment des données fiables, on a des biologies de référence, ça nous prend du temps mais c'est super. Par contre, quand ils sont suivis que par des spécialistes de ville ou des choses en clinique, alors là, c'est galère. »

2.3. De la continuité des soins, oui, mais qui fait quoi ?

Dans certaines situations, notamment en cas de pathologies lourdes, les patients ont un suivi essentiellement hospitalier. Cela peut parfois modifier le lien entre le patient et son médecin traitant, car le médecin traitant est moins consulté. Le patient attribue logiquement l'intégralité du rôle de suivi dans le temps au médecin hospitalier qu'il voit le plus souvent. Cela est particulièrement vrai dans le domaine de l'oncologie.

« Moi je vois mes relations avec ceux que je suis depuis des années, bah là pour le coup, c'est moi qui remplace le médecin traitant, quand je les vois tous les 15 jours. [...] Je les vois tous les 15 jours, je leur renouvelle les ordonnances, je leur dis quand même, et à des moments je refuse, je leur dis d'aller revoir le médecin traitant, ça fait longtemps que vous l'avez pas vu, il peut être amené à vous voir un jour alors qu'il ne vous a pas vu depuis deux ans, et il sera embêté pas seulement par orgueil, mais il n'aura pas de nouvelles récentes à part les courriers, mais voilà pour avoir une idée de votre état général... »

Le médecin hospitalier peut devenir alors le chef d'orchestre pour le patient. Parfois, le risque est celui d'une collusion de l'anonymat où les rôles du médecin hospitalier et du médecin généralistes sont mal définis pour chacun et les responsabilités diluées : qui pour assurer le suivi de toutes les autres pathologies dans le temps ? Qui s'occupe des rôles de prévention, social, d'éducation, de dépistage ?

« Bah justement, en fait, une patiente en greffe hépatique, qui est donc suivie régulièrement, qui a je sais plus combien de consults à l'hôpital, et en fait, elle est tellement suivie à l'hôpital, qu'ils font les ordonnances à chaque fois en greffe, et du coup, bah le médecin généraliste ne l'a pas vu depuis 2016. Sauf, qu'il y a des choses à organiser, la greffe ils pouvaient pas savoir qu'elle voyait pas son médecin traitant, et donc les choses qu'ils disaient qui devaient être organisées parce que par exemple, elle a des troubles cognitifs assez sévères, ils demandaient des évaluations cognitives et tout, mais sans le faire, bah comme le médecin la voit pas, c'est pas fait, depuis 2015, c'est pas fait. [...] Il était...bah il me dit « bah si elle est pas malade, elle va pas aller le voir ». Bah oui, mais justement, le rôle c'est pas que de traiter la maladie, c'est anticiper les autres choses. »

« Après, j'ai pris l'exemple du diabète, après je me dis, peut être que le généraliste se dit, comme il y un spécialiste, bah c'est à lui de faire ça. »

Au total, il peut donc se créer une « *discontinuité* » des soins, malgré la volonté du MH de maintenir, voire renforcer le lien patient – médecin traitant, par différents moyens.

« Et, quand ils disent est-ce que vous pouvez me refaire l'ordonnance, je leur fais une fois mais la prochaine fois il faut absolument que vous voyez votre médecin. [...] c'est vrai qu'il y a des gens, ils sortent de l'hôpital avec une ordonnance et puis, bah voilà, une fois que l'ordonnance est finie, ils ne revoient pas leur médecin. Alors qu'on a peut être introduit des traitements qui sont importants. »

« C'est éviter toute discontinuité (sourire). C'est... Pour moi la continuité, c'est qu'il n'y ai pas de rupture de soins, donc qui dit rupture dit... [...] on prévient, à notre évaluation à nous, de dire, il y a pas nécessité de le recontacter tout de suite mais qu'il faudra le recontacter à trois semaines - un mois, parce qu'on arrive en fin d'ordonnance, et pour une réévaluation »

« Je fais (l'ordonnance) jusqu'à mi intervalle parce que je dis au patient qu'il faut qu'il aille revoir leur généraliste pour qu'il fasse le point sur les doses d'insulines, montrer le carnet, vérifier que ça va bien. »

2.4. La sortie d'hospitalisation est un point critique

Il existe une certaine forme de confusion dans les rôles joués par chacun pour maintenir la continuité des soins, particulièrement en sortie d'hospitalisation...

« Euh...alors, le...le laboratoire, il est tenu d'envoyer un compte-rendu au prescripteur, donc on reçoit les biologies, mais on du coup c'est vrai qu'on sait pas toujours si le généraliste a bien reçu la biologie, et qui doit intervenir des deux. C'est vrai que ça c'est pas des questions qu'on pose directement au généraliste, se mettre d'accord sur qui va faire quoi, quoi. Alors, nous, quand il y a un truc vraiment énorme, on appelle hein, mais d'ailleurs souvent, les...les patients nous disent qu'ils ont eu leur médecin traitant d'ailleurs. Mais je sais pas trop et comment c'est géré ses retours de bios en sortie d'hospitalisation.»

C'est donc plus particulièrement le passage de témoin entre le médecin hospitalier et le médecin généraliste, tacite, qui pose question, imputable en partie à la non-connaissance de l'activité ambulatoire.

« La coordination des soins, effectivement, pour moi, c'est un gros point d'interrogation car j'ai l'impression de lâcher le patient dehors. »

D'ailleurs, certains médecins hospitaliers ayant eu une expérience de l'exercice ambulatoire ont des schémas de communication différents.

« Par contre, tous les patients hospitalisés ici et qui décèdent, le premier jour ouvrable, on les rappelle les médecins. Et souvent, ils sont très contents parce que j'ai des souvenirs désagréable, moi j'ai fait que 6 mois en médecine générale, dans ma maquette, et on avait appris à la boulangerie [...] que la patiente qu'on avait envoyé à l'hôpital la semaine dernière est décédée. »

De ce fait, les MH réfléchissent aux solutions favorisant le transfert d'information, allant de la notification au MG de l'entrée/sortie d'hospitalisation du patient, à la consultation

systématique du MG en fin d'hospitalisation, en passant par les supports matériels d'aide à la continuité des soins comme les programmes personnalisés de soins (PPS)...

« L'information réciproque, encore une fois, je pense qu'une des difficultés c'est comment le médecin traitant peut être au courant que son patient est là, peut être au courant que son patient ressort. »

« Idéalement, ça serait de les appeler tous, à chaque passage de patient, mais rien que pour dire tout va bien »

« est-ce qu'il faut que le médecin traitant, à la réception du courrier dise, bon je vais passer le voir ou est-ce qu'il faudra pas que j'oublie de passer le voir, j'en sais rien. Ça c'est pas moi qui peux dire ce que vous devez faire. »

« ça se fait de plus en plus plutôt, un genre de cahier de liaison. Alors, c'est pas un cahier de liaison, c'est un classeur. Certains patients l'emmènent, d'autres pas, mais quand le... quand le patient l'amène, j'écris dedans. »

« Et ça, en plus du courrier. Le livret (PPS), le patient l'a le jour même, il sort avec. Si le médecin traitant est vu, et qu'il n'a pas encore reçu le courrier, il voit déjà mon nom, mes coordonnées, le nom du protocole, le nom de la pathologie même s'il est déjà le plus souvent au courant. »

2.5. La communication reste primordiale dans la continuité des soins

Pour les MH interviewés, la communication, *« par tous les outils que nous avons »*, qu'elle soit écrite ou orale, est l'élément central de la continuité des soins pour le patient, entre les hôpitaux et entre l'hôpital et l'ambulatoire. Elle a d'ailleurs été mentionnée dans tous les entretiens à l'évocation de toutes les facettes de la continuité des soins.

« pour moi, la continuité des soins, elle est surtout dans la communication, l'interactivité, avec tout ce maillage libéral en ville. »

L'informatisation et le développement de l'outil informatique *« changent la vie, à tous les niveaux, la traçabilité, la sécurité, le gain de temps, c'est moderne, c'est efficace. »*, notamment dans la transmission des informations, mais il reste tout de même à perfectionner cela.

« Moi, j'attends quand même l'informatisation définitive... [...] Je pense que c'est de mieux en mieux. Il y aura l'outil informatique qui, à mon avis, va s'allonger. »

La manière de communiquer, notamment au gré des outils de communication, reste dépendante de l'organisation du service.

« Mais chaque service va se l'approprier et va décider, mais tout l'hôpital va être équipé entre guillemets MS Santé et devrait communiquer par MS Santé. »

Des défauts de communication peuvent d'ailleurs parfois engendrer des risques iatrogéniques, voire des hospitalisations.

« bah là ça part en vrille parce que, parce que six mois après, on voit revenir le patient et puis en fait les choses qu'on avait préconisé il y a 6 mois ne sont pas faites, les traitements ont été repris et puis ils reviennent pour les mêmes choses quoi en gros. »
« Même quand ils sont bien, ils sont toujours, enfin voilà, impressionnés par la sortie de l'hôpital et tout, et il y a pleins, il y a pleins de bêtises en sortie. »

Le mode de communication est déterminé par les situations singulières et le degré d'urgence, motivant l'utilisation de tel ou tel support.

« C'est à dire, l'un comme l'autre, j'appelle j'ai quelqu'un ou j'envoie un mail, enfin bref peu importe le mode de communication, mais avoir une réponse à sa question, dans les temps qu'on souhaite. Je pense que certains c'est « est-ce vous pouvez me rappeler tel jour » et voilà, tout n'est pas urgent, la temporalité est différente. »

« dans un monde idéal, ce serait que tous ces coups de fil, hormis l'urgence là, mais ça, l'urgence ça sera toujours par téléphone. Mais tous ces coups de fils d'hospitalisation à programmer ou d'avis, mais qui restent non urgent, ça passe par mail. »

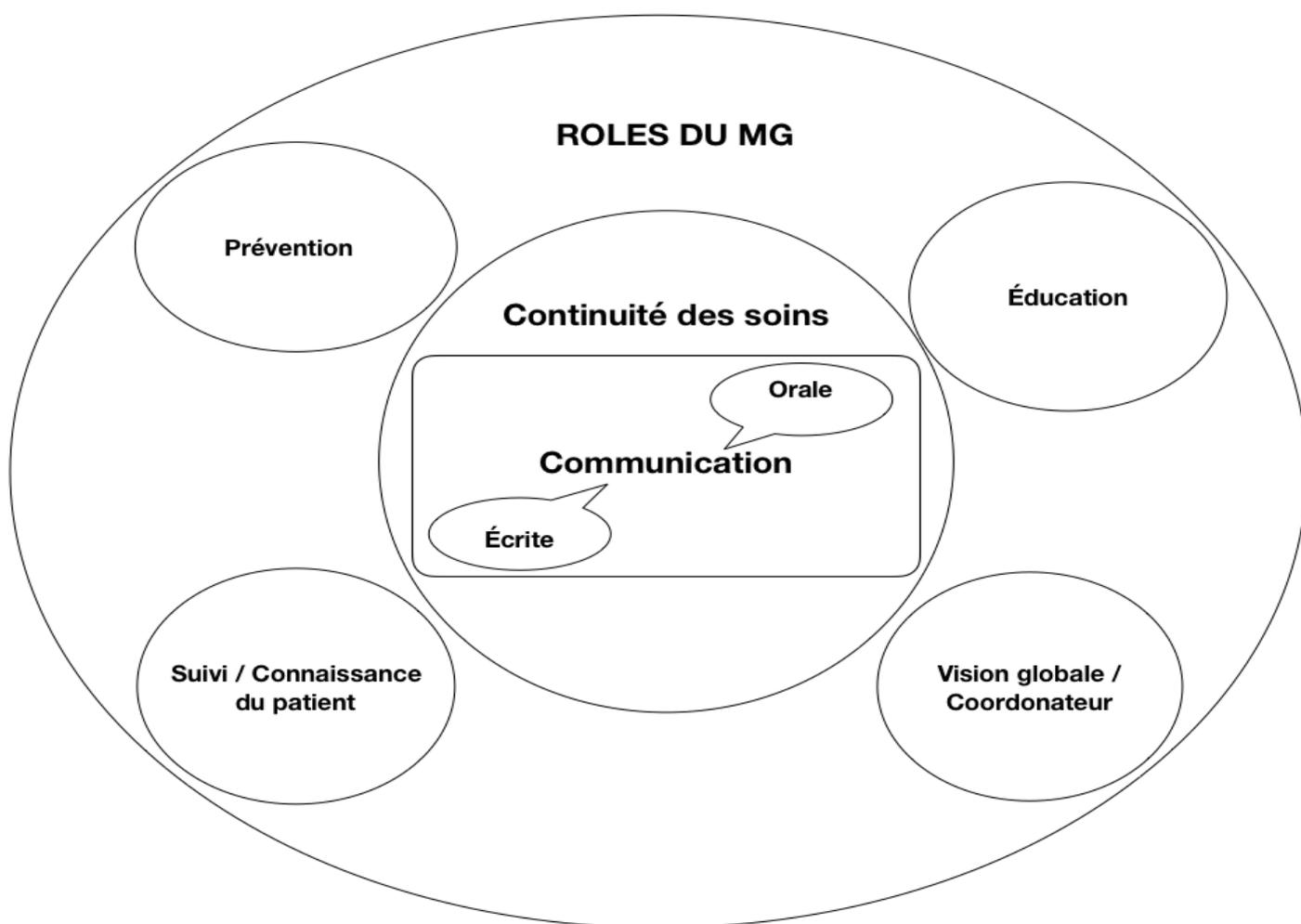


Figure 1. Rôles du MG vu par le MH

3. Communication MH-MG

La communication est abordée selon l'axe de la communication écrite puis orale. Dans la communication écrite, nous parlerons du courrier du médecin généraliste, du compte-rendu hospitalier, de la lettre de liaison, de la messagerie informatique professionnelle et des ordonnances. Pour la communication orale, nous traiterons des appels téléphoniques et des rencontres MG-MH.

3.1. Ecrite

3.1.1. Le courrier du médecin généraliste : les attentes du MH

Pour les médecins hospitaliers, le plus important est la précision du courrier du MG.

« j'attends des transmissions, un courrier qui soit détaillé, pareil, synthétique aussi mais qu'on ait les antécédents, le traitement habituel, le motif pour lequel on l'adresse et que ça soit un courrier lisible... »

« Voilà, c'est pareil, par téléphone, on a pas besoin qu'on nous donne tous les antécédents, voire même le traitement habituel, par contre à l'arrivée, on a besoin d'une lettre avec les antécédents précis et le traitement précis. »

Il est attendu *« une lettre avec un maximum d'informations »* concernant le patient, notamment sur un plan bio-psycho-social.

« Le motif d'admission, le traitement habituel avec le dosage et les détails, les antécédents, enfin les antécédents qui doivent être en accord avec les traitements. Peut être un petit mot sur les conditions de vie car on voit souvent maintien à domicile difficile, et soit c'est trop succinct, soit il y a le motif médical mais aucun mot sur la situation sociale du patient. »

Les logiciels métiers des MG sont d'ailleurs d'une grande aide dans l'élaboration du courrier pour le MG.

« Maintenant, c'est informatisé donc en majorité les gens ils nous impriment le dossier où il y a tous les antécédents, le mode de vie, tout ça, qui est déjà imprimé de base et puis à chaque fois ils rajoutent « Cher confrère, je vous adresse pour... » et il y a le motif. »

Ces attentes sont importantes pour le MH. Pourtant, elles ne sont le plus souvent pas satisfaites, les courriers étant régulièrement incomplets voire parfois *« difficile à déchiffrer »* pour les courriers manuscrits...

« Les antécédents sont mis, parfois il y en a la moitié, ça veut dire tout ce qui est chirurgical on s'en fout, c'est pas marqué alors que s'il a été opéré de l'appendicite c'est bien de la savoir parce que s'il a de la fièvre et qu'il a mal en fosse iliaque droite, je me poserais pas la question de savoir... »

« Alors, je vais être d'être, mais c'est parce que c'est jamais fait. C'est-à-dire que toutes les lettres qu'on a de médecins, alors je parle en tant qu'hospitalière, de médecins

généralistes qui adressent les patients en hospi directe, hormis les soins palliatifs qu'on connaît bien, sur le reste, on a des courriers qui sont pas exhaustifs, il manque pleins de choses, on sait pas dans quelles conditions les patients vivent. On a toujours le téléphone, çà, c'est possible, mais le patient qui est hospitalisé le vendredi, on peut plus joindre le médecin traitant, donc t'attends jusqu'au lundi pour avoir les renseignements, voilà. »

Le MG « *essaient de palier à çà par les coups de téléphone, et nous on note. »*

Ce qui a pour conséquence une perte de temps pour le MH qui se doit d'aller « *tout le temps à la pêche aux informations, c'est...enfin, le temps qu'on peut passer là-dessus c'est très important* », « *parce que souvent on fait Sherlock Holmes* ».

3.1.2. Le compte-rendu d'hospitalisation (CRH)

« Le pilier c'est le courrier hospitalier parce que dans les courriers qu'on rédige maintenant, ça aussi ça a été réactualisé assez récemment. » Le CRH reste l'élément central de la communication entre MH et MG à la sortie du patient pour assurer la continuité des soins : « *Après, en tant que les médecins hospitaliers en général, et le monde du libéral, et bien, on a pas beaucoup d'interactivité à part ces fichus courriers* ».

Le CRH doit être « *à la fois détaillé et synthétique pour que le médecin traitant comprenne bien ce qu'il s'est passé et pour le suivi évidemment*».

Par ailleurs, le caractère médico-légal du CRH se traduit dans son côté structuré et physique, car « *il faut une trace, la traçabilité de l'information, qu'elle soit écrite, nous c'est actuellement ce qu'on fait.* ».

Si « *le courrier d'hospi suffit en soit, pour la continuité des soins* », le problème est de le mettre à disposition du patient et du médecin généraliste. Les médecins hospitaliers s'accordent sur le fait que le MG doit recevoir au plus vite le CRH, « *donc c'est sûr que si le généraliste il est amené à intervenir dans les semaines qui suivent la sortie d'hospitalisation et qu'il a pas le courrier, enfin, j'imagine que c'est trop la galère et que... et que voilà, il faut qu'ils aient des documents objectifs* », éventuellement par l'intermédiaire des patients qui « *sortent toujours avec un courrier le jour de la sortie, donc le patient a un courrier sur lui, et on l'envoie par courrier, alors j'espère bientôt par messagerie sécurisée* ». Pour « *la communication de ce qui s'est passé en hospitalisation, ça nous semble aussi primordial, c'est pour çà qu'ils sortent tous avec le courrier.* »

Parfois se pose la problématique de perte de documents de sortie où « *le médecin qui après sa journée de travail va faire la dernière visite et les papiers sont déjà pas disponibles, ça veut dire que soit la personne les a mangé, soit elle les donne pas volontairement mais souvent c'est qu'ils ont des troubles cognitifs et que la pochette est déjà quelque part, et il y a déjà plus d'infos* ».

Le CRH n'est parfois pas disponible en sortie d'hospitalisation pour des retours à domicile, alors qu'il l'est systématiquement lors de transfert entre services hospitaliers.

« Ça dépend. Tous les gens qui partent en EHPAD, en SSR, en structure on va dire, partent avec leur courrier. »

« Ceux qui rentrent a domicile, bah ça dépend... »

Un CRH demande du temps de dictée, de frappe par la secrétaire, de relecture, et d'envoi. Toutes ces variables expliquent un retard à l'arrivée dans les mains du généraliste.

« Et puis, ça peut prendre 15 jours pour les relire, parce que ça change pas la prise en charge, ça change pas le pronostic vital, ça passe toujours en dernier, c'est nos urgences le principal. »

« il peut se passer un délai entre le moment où c'est dicté et où c'est tapé. Parce que le secrétariat, ils sont pas beaucoup, il suffit qu'il y en ai une d'absente, entre les vacances, les formations, les maladies, les enfants malades et autre trucs, il en manque souvent une et ça dérègle un peu tout. »

Il peut arriver que le MH pense que les CRH ne sont pas forcément bien lus par les MG.

« On nous reproche de faire des courriers trop longs, d'un autre coté les courriers sont pas forcément lus... Alors que parfois il y a la réponse aux questions dans le courrier, il faut le lire. »

3.1.3. La lettre de liaison

La lettre de liaison, que l'on « doit tracer maintenant » car rendue obligatoire, représente « une évolution de mentalité ». Elle tend à supplanter maintenant le CRH ; la coexistence des deux courriers n'est pas considéré comme utile par les MH.

« C'est surtout que maintenant, on fait quasiment plus de lettre de liaison, on fait une lettre de liaison, que lorsque le patient ne sort pas avec son courrier définitif. Si le patient sort avec son courrier définitif, on fait plus de résumé de son hospitalisation donc il y a plus de lettre de liaison. En fait, ça tend de façon...à tendre vers ça, ça remplace. »

Elle permet d'assurer un transfert d'information immédiat en la donnant au patient à la sortie. Sa présentation est variable en fonction des différents services hospitaliers.

« sur tous les patients du service, ils sortent tous avec un courrier provisoire, qui est notre observation médicale qui correspond quasiment au courrier définitif »

« Deuxième chose, la lettre effectivement de liaison. Maintenant les patients sortent même, lorsqu'on peut, avec carrément la lettre de sortie définitive [...]j'ai été tellement satisfaite sur l'existence de cette transmission de l'information, au moins par un courrier de liaison, euh, je trouve que déjà cette lettre, alors que ça soit de liaison ou lettre de sortie définitive, c'est un énorme progrès entre l'hôpital et la ville.»

3.1.4. La messagerie informatique professionnelle

La messagerie mail est une alternative, ou du moins, un moyen permettant de dynamiser les échanges inter-professionnels. Il est même vu comme « *la palme d'or de la communication* » par certains MH.

« Et le mail, même si ça fait passer du temps aussi, c'est parfois le moyen le moins gênant et plus rapide aussi, car si des fois au téléphone il ne répond pas, ou qu'il est indispo, bah un petit mail synthétique qu'il va pouvoir lire entre deux consultations, c'est le moyen le moins gênant, et le plus moderne. Il faut s'y mettre quoi. »

« Donc c'est pour ça que je pense qu'un échange par mail serait...pour moi, la solution c'est l'envoi du compte-rendu d'hospitalisation par mail, mais çà, ça peut se faire qu'au moment de la sortie. Mais, si on avait aussi un accès facile aux mails, on pourrait la veille avoir pourquoi pas un espèce de...de document de pré-sortie, en disant voilà « votre patient va sortir avec tel ou tel élément nouveau dans sa prise en charge ». »

Effectivement, selon les situations cliniques, le mail offre comme principal avantage la possibilité de s'affranchir de la disponibilité immédiate du destinataire. Il est un moyen de communication qui permet un échange dans le temps, tout en n'interrompant pas le travail de l'autre. *« Sous réserve que chacun puisse consulter ses mails plusieurs fois dans la journée, je pense qu'on le fait tous. L'idée c'est de consulter les mails plusieurs fois dans la journée. »*

« Donc, le fait d'avoir un moyen de communication que je peux un peu plus caler sur mes temps calmes, ça peut être une réponse. Je pense que pour les médecins libéraux aussi. »

« Voilà, après, je pense qu'il faut qu'on ait une réflexion de temporalité. Est-ce que c'est urgent à la minute d'avoir un médecin, est-ce qu'on pourrait pas utiliser les boîtes mails par exemple, ou d'autres solutions un peu plus décalées dans le temps mais qui permettraient de communiquer plus souplement, sans se déranger les uns et les autres dans notre pratique. »

De plus, il permet également une transmission immédiate de l'information, dans un sens ou dans l'autre, shuntant notamment les délais d'envoi et « *les aléas des courriers* » physiques.

« Par mail, il m'envoie une petite synthèse du patient avec en pièce jointe des examens complémentaires, un plan biologique, des choses comme çà. »

« Donc après, le truc ultime, c'est que le courrier soit fait c'est bien, qu'il soit remis en mains propres au patient c'est bien, mais il faut que le médecin traitant l'ai le jour de la sortie, et peut être même, nous ça nous arrive que le courrier soit préparé et fait à 11h, et validé à 11h. Le médecin traitant reçoit à 12h30, quand il consulte ses mails, tu as un

courrier de sortie du patient et tu sais déjà que tu va être appelé pour la visite dans deux jours, et tu sais déjà, enfin tu as le menu quoi... »

La messagerie est plutôt adaptée à des situations non urgentes, *« dans un monde idéal, ce serait que tous ces coups de fil, hormis l'urgence là, mais ça, l'urgence ça sera toujours par téléphone. Mais tous ces coups de fils d'hospitalisation à programmer ou d'avis, mais qui restent non urgent, ça passe par mail »*, et son utilisation est aussi variable selon les médecins.

« Moi j'ai 7000 mails dans ma boîte, parce que je les ouvre pas. Je dis toujours m'en voulez pas, je les ouvre pas. »

« Il y a des médecins traitants qui n'adhèrent pas. »

De plus, la messagerie doit être sécurisée, pour pouvoir transmettre des données de santé en préservant le secret médical. Mais le niveau de sécurisation, encore jugé insuffisant au niveau hospitalier, rend sa mise en place tardive.

« Sauf, qu'en pratique, moi j'avais demandé au service informatique, Apycript® n'a pas été jugé assez solide niveau secret, niveau machin, sécurité, pour être éligible pour l'hôpital. [...] donc tu te dis tu as juste, le dossier word est fait, le courrier est signé, tu as juste à l'envoyer, sauf que par Apycript® c'est pas possible. J'ai fait la réflexion que quand même il y avait 60000 médecins généralistes en France qui échangeaient par Apycript®, et puis avec les nombreux spécialistes libéraux également, tous les mails que je recevais, les bios, les radios, et non, pour l'hôpital c'est pas assez. »

Il en résulte une utilisation déséquilibrée de la messagerie sécurisée, entre la médecine libérale de ville - où celle-ci est maintenant bien implantée - et la médecine hospitalière, même si cela a commencé à changer depuis peu.

« On est pas encore par voie Apycript, on est je trouve un peu, l'hôpital est un peu en retard là-dessus, mais ça dépend pas de ma responsabilité donc...mais ce serait l'idéal par mail. »

« Prochainement, ça sera par boîte mail sécurisée, c'est peut être dommage qu'en 2019, ça ne soit pas déjà le cas, mais ce n'est pas encore le cas. C'est un projet. C'est...au niveau de l'institution, c'est en projet. Ça devrait être en place déjà mais pour des raisons que j'ignore, ça n'est pas encore fonctionnel. Ça va venir très vite. »

Une dernière restriction perçue à l'utilisation de la messagerie informatique est celle de la connaissance réciproque des adresses mails professionnelles, insuffisamment communiquées selon la plupart des MH qui ne connaissent pas encore l'existence des annuaires associées aux messageries sécurisées de santé.

« Mais pour ça, il faudrait qu'on ai un répertoire mail alors... Nos tutelles mettent ça en place, mais ça reste toujours assez obscure quand même. [...]Je pense qu'il est aussi communiqué que ceux de mes collègues de ville que je n'ai pas... »

3.1.5. Les ordonnances

Il en va de même pour l'ordonnance, qui a un caractère médico-légal. Elle constitue un support connexe à la continuité des soins que ce soit à l'entrée d'hospitalisation comme à la sortie. Elle nécessite, comme mentionné pour les courriers, précision et exhaustivité.

« On est particulièrement attaché à l'ordonnance des patients qui rentrent, moi je suis intimement convaincu que la plupart des patients sont malades avant tout de leurs médicaments. Donc, tout ce qu'on peut arrêter, on essaie de l'arrêter. Alors, après on essaie d'expliquer, sur tous nos courriers, on a un petit paragraphe qui est « adaptation thérapeutique ».

« Parce que je râle souvent après vous quand je vois des ordonnances qui arrive : un comprimé par jour...quand? le matin? le midi? le soir?...Voilà, ça, ça me gêne beaucoup... C'est très important, je le dis régulièrement au collègue... »

3.2. Orale

3.2.1. L'appel téléphonique

L'appel téléphonique est une méthode de communication permettant une mise en relation immédiate. Le contact interprofessionnel est direct.

« on a une réponse tout de suite et il y a un échange, enfin, qui est interactif de suite »

« Lorsqu'on a le médecin au téléphone, ça permet un échange, une discussion, qu'on a pas forcément par mail. Par mail, c'est recueil d'infos point. »

Mais les médecins, hospitaliers comme généralistes, sont difficilement joignables.

« On arrive par forcément à vous avoir au moment où on veut, parce que voilà, parce que vous êtes en tournée, parce que c'est votre jour de repos, parce que voilà...Vous êtes occupé à autre chose, vous êtes en consultation et tout ça. »

« Et généralement, je pense que tu as plus de facilités à joindre un hospitalier en petit hôpital, parce que sinon, l'hôpital, pour appeler au CHU, certains spécialistes, j'arrive pas à les avoir non plus. »

Pourtant, l'appel du MG trouve tout son sens lors de problématique complexe concernant un patient, notamment dans la recherche d'informations subjectives le plus souvent détenues uniquement par le MG, ou bien dans la prise d'avis faisant appel à la connaissance du patient, de son mode de vie et de son environnement. Ces données sont parfois d'ailleurs des informations manquantes du courrier du MG.

« Soit c'est nous, on est tiraillé, on se dit on a besoin de plus d'information sur comment il était avant, justement, et le sentiment du médecin traitant, dans la connaissance du patient qu'on a pas, soit dans la décision d'un soin palliatif et le patient souhaite rentrer chez lui. »

Cet appel peut également s'inscrire dans le cadre de la continuité des soins, pour faire relais avec le MG, dans le cadre du suivi médical (biologie, soins palliatifs...). Il reste toujours en lien avec certaines situations particulièrement complexes.

« En pratique, c'est les patients qui sont là depuis un certain temps, et qui ont des anomalies soit cliniques soit biologiques, mais dont on va pas pouvoir guérir et...que je m'entend avec le médecin traitant si ça paraît raisonnable un retour à domicile. »

« Alors, il y a pas de coup de fil systématique au médecin traitant pour dire qu'il rentre. On le fait encore une fois, que à la marge, dans certaines situations. »

Comme pour toutes les communications instantanées, l'appel téléphonique reste conditionné par la disponibilité de l'interlocuteur et le temps accordé par ce dernier à la conversation.

« La disponibilité peut être, l'indisponibilité de certains, ça peut être ça aussi, mais pour des bonnes raisons, pas pour des raisons péjoratives »

« notre emploi du temps est bien chargé aussi, et pour voir une communication par téléphone en tout cas, un échange téléphonique sur une sortie du lendemain, ça voudrait dire que moi, au moment où je vais avoir le temps d'appeler, justement, par un merveilleux hasard, le médecin traitant va être disponible lui pour me répondre, et avoir dix minutes avec moi au téléphone pour que je lui explique ce qui va se passer... Ça, c'est... Si, à chaque fois, ça fonctionne du premier coup, c'est que l'un et l'autre, on...moi je suis payé à pas faire grand chose et puis lui va avoir du mal à boucler ses fins de mois. »

Les MH hiérarchisent les moyens de communication utilisés selon l'urgence ressentie pour établir un contact.

« Voilà, après, je pense qu'il faut qu'on ait une réflexion de temporalité. Est-ce que c'est urgent à la minute de voir un médecin, est-ce qu'on pourrait pas utiliser les boîtes mails par exemple, ou d'autres solutions un peu plus décalées dans le temps mais qui permettrait de communiquer plus sagement, sans se déranger les uns et les autres dans notre pratique. »

De plus, cette difficulté à joindre un confrère est renforcée par l'organisation parfois rigide de certains secrétariat. Que ce soit à l'hôpital ou au cabinet des MG, le passage par les standards peut être long et fait perdre du temps. Côté généraliste plus particulièrement, les secrétariats à distance sont critiqués par rapport aux secrétariats sur place lorsque le MH lui-même appelle.

« des fois, c'est le médecin qui doit passer le coup de fil, il y a le temps d'attente au standard parce qu'il faut expliquer en plus. On pourrait faire plus vite »

« Et des fois, on reste 15 minutes sans que personne ne réponde. Donc c'est, c'est, c'est horripilant. Et ce qui est encore plus horripilant, c'est on a attendu un quart d'heure, et là, ça raccroche. »

« Avec le secrétariat physique, c'est toujours plus simple, plus fluide. Souvent, la secrétaire, elle est même au courant de cet aspect humain et subjectif, même si bon, on va toujours rester dans les limites du secret professionnel et tout ça mais... Avec le secrétariat dématérialisée, à distance, c'est plus compliqué, parce que souvent ils peuvent pas nous passer le médecin, ou si elle peut, ça marche pas forcément. Donc voilà. »

La difficulté à être joignable pourrait, à l'extrême, entraîner un abandon de cette forme de communication.

« t'attends trois plombes, et « ah désolé, il est pas là, il est occupé, vous pouvez laisser un message, il vous rappellera » et résultat on te rappelle jamais donc un moment tu appelles plus. »

La naissance des lignes téléphonique directes, ou « numéros référents », ont permis de faciliter l'accès à un confrère hospitalier, solutionnant au moins en partie la problématique de la disponibilité ainsi que le temps d'attente en shuntant le passage par les standards ou secrétariats.

« une solution qui a été prise, qui favorise le lien, nous c'est le numéro direct que nous avons. Pour les hospitalisation directement du domicile au...dans les lits »

« Alors, ce qu'ils ont cherché à développer au CHU, c'est que dans chaque service, il y a un numéro de référent qui à une communication sur ce numéro de référent, une ligne qui pourrait être appelé directement de l'extérieur. Avoir directement la personne référente, tous les jours, aux heures ouvrables bien sûr, sans avoir à passer par un standard. »

Les MH aimeraient qu'un dispositif semblable soit mis en place chez les généralistes...

« si on répond de façon générale, c'est encore un idéal, mais je sais pas si c'est faisable, c'est avoir un numéro direct au médecin... C'est... Ça m'arrive entre midi et deux de pas avoir de secrétariat et ils laissent un numéro, je l'appelle et c'est là que je tombe sur un collègue médecin et c'est vrai que c'est bien. Et de médecin à médecin, ne pas passer par les secrétaires. »

Cependant, cette ligne directe peut être considérée comme très chronophage pour le MH.

« nous ce qui nous prend énormément de temps, et bien, cette semaine j'en suis déchargé et j'en suis contente, c'est le téléphone du médecin référent. Ça, quand on a le référent, deux semaines par mois, la moitié du temps, il va sonner tous les quart d'heures à peu près, avec un coup de fil qui va durer à chaque fois une dizaine de minutes, donc j'ai mes tâches qui sont interrompues tout le temps et ça me fait reprendre tout le temps. [...]alors, qu'une fois de plus on tient vraiment à garder, pour nous, c'est indispensable qu'on soit joignable»

Deux freins se projettent sur ce numéro référent : le premier est celui de la connaissance du numéro, notamment par les confrères libéraux, car « *nos lignes directes, elles sont pas toujours connues des extérieurs* » et le second est la variabilité de l'interlocuteur pouvant rendre la continuité de soins délicate : « *Alors, après ça peut changer tous les jours hein, nous c'est l'interne, c'est elle...c'est par semestre, mais dans certains services, c'est des séniors qui ont le téléphone, et le téléphone il change de poche tous les jours.* ».

3.2.2. Rencontres entre hospitaliers et généralistes

Elles sont un moyen de communication permettant de se voir ; et se connaître permet de mieux communiquer.

« Ouais, je pense mettre un visage et puis, se connaître, je pense que la méconnaissance fait qu'on se parle moins ou pas, et puis la méconnaissance aussi de nos fonctionnements à chacun. »

« C'est-à-dire qu'il y en a que je vois régulièrement, avec qui je communique plus facilement car j'ai leur portable ou leur mail, et d'autres pour qui j'ai rien, je ne les ai jamais vu de ma vie, je connais que leur nom. On communique que par courrier, soit il ne m'ont jamais appelé, soit je les ai jamais appelé. »

Concernant les rencontres interprofessionnelles, la problématique est plutôt dans quelles circonstances pouvoir se rencontrer ? Le passage du MG dans le service, dans le cadre de l'hospitalisation d'un de ses patients, est toujours accueilli positivement par le MH.

« Quand un médecin passe, en général il demande à voir le médecin qui s'en occupe. Et puis, parfois le médecin généraliste nous apporte des informations qu'on avait pas. Et c'est toujours intéressant. »

Les Formations Médicales Continues (FMC) sont plébiscitées comme occasion de rencontres entre MG et MH.

« les réunions labos permettaient de rencontrer les spécialistes »

« En plus, c'était des sujets intéressants, on faisait venir des médecins du CHU qui présentaient des choses. C'était aussi un lien avec le CHU. Enfin vraiment c'était quelque chose de sympa »

La participation des MG reste aléatoire en fonction du thème, de l'implication ou non d'un laboratoire, et de la disponibilité.

« on propose des sujets et puis ça intéresse ou pas, donc ils viennent ou ils viennent pas. »

« c'est mal vécu avec les jeunes, les moments conviviaux, on les faisait il y a quelques années évidemment pour que ce soit convivial on se faisait financer par un laboratoire. Et là, les jeunes, quand je parle les jeunes, 35 - 45 ans là , 40 ans, ne veulent plus venir

parce qu'il ont l'impression d'être spoliés, je sais pas comment dire, de ne plus avoir leur liberté d'expression et d'action suite à ça. »

« Voilà, un soir, mais le problème c'est qu'à chaque fois que j'y suis allé, c'est toujours les mêmes médecins qui se déplacent. »

Les rencontres ville – hôpital sont aussi des moyens de rencontres, saluées par leur convivialité, *« pour le côté un peu agréable, ludique, qui nous sort aussi un peu du côté isolé »* mais critiquées pour leur côté hospitalo-centré, alors qu'il existe une volonté sous-jacente pour les MH de rencontres allant dans les 2 sens.

« A ma connaissance, il y a pas de formation commune à l'hôpital. En tout cas, entre le service de médecine et les libéraux, il y a rien de mis en place. Moi, je serais assez partisane pour faire effectivement des formations communes, alors soit un intervenant en médecine qui apprenait une formation à des généralistes ou même des généralistes qui font des formations à des hospitaliers, sur différents sujets. »

« le problème de la présentation, euh...c'est que c'est toujours l'hôpital qui va amener un savoir alors que le libéral a aussi un savoir, un savoir-faire »

De manière plus générale, les rencontres entre MH et MG restent conditionnées par la distance cabinet médical – hôpital, le retentissement sur la vie privée, l'activité isolée ou en groupe du MG qui régissent en partie la disponibilité du MG.

« selon le secteur, parce que ceux d'ici je les connais mieux, on a pu se rencontrer, et ceux plus éloignés, bah c'est plus compliqué et je pense que c'est pour cela que c'est plus dur aussi, c'est...certainement, ça s'explique qu'il y ai moins de communication, qu'il viennent jamais à l'hôpital. Parce qu'ils ont des secteurs un peu plus isolés, parce que plus de travail, enfin j'en sais rien, parce que c'est plus compliqué, les trajets sont plus longs, etc »

« Ouais...et bien, ça prend sur le temps privé, c'est ça le problème. C'est que maintenant les anciens comme moi, c'est pas dérangeant, on a pas d'enfant en bas âge etc... mais les jeunes, c'est difficile pour eux, c'est très difficile de se retrouver le soir. »

Pourtant, la volonté reste au maintien, et même au renforcement de ces rencontres.

« Moi c'est un besoin, j'aimerais bien qu'on se voit au moins une fois par an. »

3.3. La communication reste personne-dépendante

Un point essentiel conditionnant toutes les sphères de la communication, orale comme écrite, s'inscrit dans l'Humain. La volonté de communication, ainsi que la manière de communiquer est propre à chaque personne. *« C'est personnalité-dépendante, ça restera toujours comme ça, et c'est pas que pour les médecins de ville, ça va aussi exister avec nos confrères hospitaliers. »*

« Parce qu'ils, mais bon, c'est lié aux Hommes. [...] Le frein à la communication, c'est vraiment la volonté de communiquer je dirais parfois, et il y a des médecins qui ont pas envie de communiquer. Et, comme je dis, on les connaît, mais euh...je pense qu'il y a aussi ça. La volonté de communiquer, parce que si on a beau avoir tous les outils pour communiquer, c'est le cas d'ailleurs dans ces cabinets là en question, ils communiquent pas. »

Chacun reste libre d'interagir ou non avec les confrères. Cette variable à la communication serait immuable selon les MH interrogés.

« pour moi, le manque d'interactivité, c'est que on choisit ce manque d'interactivité, je sais pas si je peux dire ça comme ça. »

« Bah après, ça dépend peut être de ce que transmet le médecin (aux secrétaires), ça veut dire que si le médecin dit « je refuse d'être dérangé pendant mes consultations », ce qu'on entend des fois, euh, bah là, je pense que j'ai pas trop d'idées. »

« c'est toujours les mêmes médecins qui se déplacent (aux formations). »

« Après, il y a peut être des généralistes qui aiment bien faire leurs petits trucs dans leurs coins, qui veulent pas forcément de relation avec les hospitaliers, qui quand ils peuvent plus arriver à faire, ils envoient les patients à l'hôpital et qui reçoivent le courrier et point, tu vois. »

3.4. Problématique du manque de temps

« je pense qu'on est tellement pris tous, dans nos activités, que je pense qu'on a du mal à sortir la tête de l'eau ». Les emplois du temps du MH comme du MG sont très chargés, entre activité médicale *« l'observation du patient, ça, c'est ce qui nous prend le plus de temps. Récupérer les infos aussi »* et contraintes administratives.

« Je peux parler qu'en tant qu'hospitalier, mais on n'a plus le temps, il y a encore 15 ans, le midi on pouvait aller manger avec des collègues de ville le midi, là, c'est plus possible, les hospitaliers, on a plus le temps pour ça. »

« Euh, je sais absolument pas si c'est possible de mettre des choses en place, parce que je connais l'emploi du temps des médecins généralistes, et que, le médecin généraliste entre son emploi du temps auprès des malades, entre son administratif, sa comptabilité, ses gardes, je sais même pas s'il y a une petite place pour des rencontres entre généralistes de ville et hospitaliers »

Cela a un impact indéniable sur la manière de communiquer et sur la qualité de la communication.

« Bah le fait qu'on est tous très occupé et qu'on prend pas toujours le temps de bien communiquer. »

Côté médecin hospitalier, le temps administratif est montré du doigt, avec une volonté d'une meilleure régulation dans les obligations liées à celui-ci.

« c'est aussi les papiers à remplir, les mails à répondre, le temps administratif consacré aux réunions, beaucoup de réunions, beaucoup de dossiers administratifs. Donc un temps administratif... »

« Il y a les réunions, des trucs et des machins, la réunionnite aiguë, elle existe... »

4. Perspectives d'amélioration proposées par les médecins hospitaliers

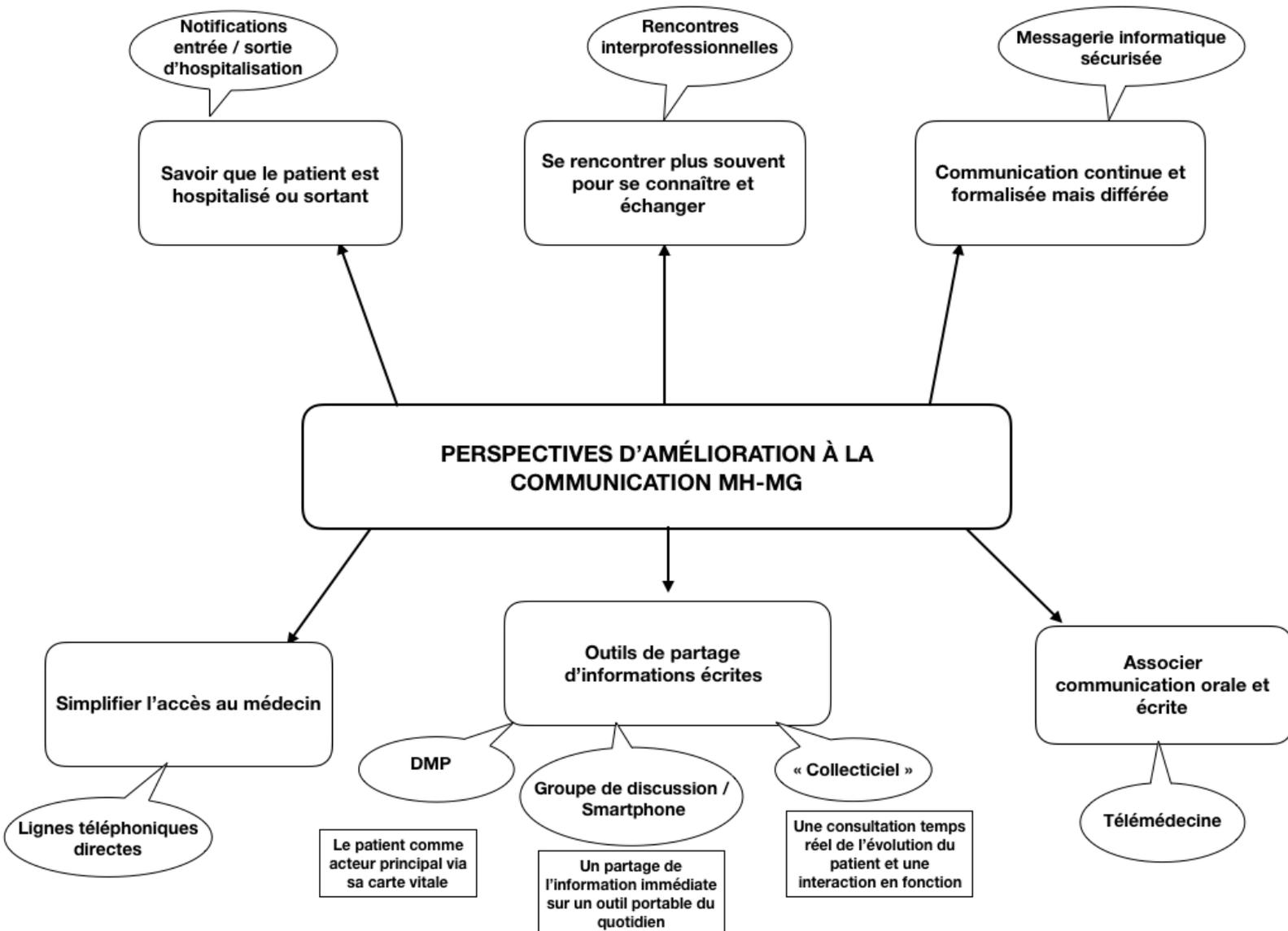


Figure 2. Perspectives d'amélioration à la communication MH-MG

4.1. Mise en place de notifications d'entrées / sorties d'hospitalisation

Rendre systématique la communication avec le MG par « *un appel systématique qu'il faudrait peut être, qu'on appelle systématiquement* » lors d'une hospitalisation non prévue d'un de ses patients, et à chaque fois en sortie d'hospitalisation « *au moins de secrétariat à secrétariat peut être...* » pourrait favoriser le passage de témoin entre le MH et le MG. Certains MH s'interrogent sur la nécessité de rendre cette notification systématique.

« L'information réciproque, encore une fois, je pense qu'une des difficultés c'est comment le médecin traitant peut être au courant que son patient est là, peut être au courant que son patient ressort. »

« Effectivement, on pourrait rendre perfectible, en ayant un lien direct pour toutes les sorties avec le médecin traitant en amont. Après, je suis pas certaine que ce serait utile à tous les cas. Et c'est peut être pour ça que c'est pas fait. »

4.2. Les staffs interprofessionnels permettent de se rencontrer et d'échanger

La création de « staffs interprofessionnels », ou de groupe de travail interprofessionnels, sur d'éventuels patients, ou bien sur des projets de soins pourrait renforcer le lien ville-hôpital en permettant aux MH et MG de se rencontrer tout en avançant sur des projets communs.

« Qu'est-ce qu'il faudrait améliorer? C'est que je pense qu'il y a pas assez de lien en visu entre les généralistes et les médecins de ville ; c'est-à-dire que je reste persuadé qu'il faudrait mettre en place un axe de travail incorporant les généralistes de ville et les hospitaliers, de façon à voir l'avis de chacun, pour communiquer mieux, pour que la... comment dire, que la permanence de soins se passe mieux, pour que...et à mon avis il y a un axe de travail à bosser là-dessus. »

« Mais la communication directe sur des dossiers patients qui parfois sont compliqués et qui malheureusement peuvent être lâché dans la nature avec une coordination qui est pas faite, ça pourrait peut-être...pas se résoudre, mais en tout cas évoluer par des staffs. »

Les modalités de mise en place restent encore très floues, mais la création des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) pourrait permettre à ces entités d'être les interlocuteurs privilégiés dans l'organisation de ce type de réunion. Des projets sont d'ailleurs déjà nés de discussions hôpital – CPTS.

« je pense que dans les CPTS je vais peut-être leur proposer »

La question de la disponibilité du MG notamment vient tout de même se heurter à cette idée de réunions interprofessionnels.

« Euh, je sais absolument pas si c'est possible de mettre des choses en place, parce que je connais l'emploi du temps des médecins généralistes, [...] je sais même pas s'il y a une petite place pour des rencontres entre généralistes de ville et hospitaliers pour mettre en

place justement des staffs pluridisciplinaire, et parler de ces axes de travail. Je sais même pas s'il y aurait une petite place pour faire ça. »

« Donc c'est intéressant les réunions de travail, et je dis pourtant qu'on a pas le temps le midi, mais...il faudra qu'on libère du temps...bon, il faudra que je vois avec eux le temps qu'ils préfèrent, je sais pas quel est le temps où ils sont mieux, si c'est le midi ou en après-midi ou le soir, mais le soir ouais...où tout est faisable »

4.3. Développement et mise en place de la messagerie informatique sécurisée comme outil privilégié d'une communication continue mais différée

« j'avais demandé au service informatique, Apycript® n'a pas été jugé assez solide niveau secret, niveau machin, sécurité, pour être éligible pour l'hôpital. »

« Ça va aboutir hein, mais le problème c'est le pare-feu de l'hôpital j'crois »

« C'est au niveau informatique ici que ça bloque, euh, au niveau organisationnel informatique, je sais pas du tout... Il y a un comment qui bloque mais qui dépasse mes compétences, mon entendement. Parce que ça paraît simple sur nos smartphones la messagerie... »

Ces différents retours montrent à la fois des raisons floues en réponse à la non mise en place de la messagerie sécurisée dans les hôpitaux, et à la fois la problématique de la diversité des systèmes informatiques des hôpitaux. La sécurisation des données médicales, point essentiel dans l'informatisation des hôpitaux, est probablement à la base de ce retard ville – hôpital malgré une volonté prononcée des MH à l'instauration de cette messagerie sécurisée. Cependant, l'utilisation de cet outil tend enfin à se concrétiser dans les divers hôpitaux.

4.4. Le DMP (Dossier Médical Partagé) comme outil de continuité des soins et de partage d'information écrite ville-hôpital

Le DMP est largement mis en avant comme un outil intéressant de médiation, *« un recueil de données en commun »* entre les différents professionnels médicaux gravitant autour du patient, notamment pour le potentiel gain de temps qu'il offrirait aux MH.

« Bah d'avoir centralisé tout ce qu'on essaie de récupérer en appelant à droite à gauche. »

« Et après, ça, c'est vrai que si, sur le DMP, on fait copier coller, et que c'est mis comme ça, alors là, pour le coup, ça serait un gain de temps pour tout le monde! »

Il deviendrait donc une pièce maîtresse de la continuité des soins détenue par le patient lui-même, *« pour les patients qui vont accepter que ça soit partagé »*. En effet, le dénominateur commun entre le MH et le MG étant le patient (et donc sa carte vitale), le DMP permettrait donc une mise en commun des informations entre ville et hôpital.

« Ça c'est un moyen de communication, mais ça permet de centraliser, de dématérialiser le dossier médical et ça suit le patient avec sa carte vitale »

Ses contours restent encore très flous pour tous les MH, autant sur son fonctionnement que sur sa mise en route. Et cela d'autant plus qu'à l'heure actuel, aucun poste de MH n'est pourvu d'un lecteur de carte vitale rendant donc l'accès au DMP impossible, et laissant donc ce projet à l'état de perspective pour le moment.

« on suppose que nos courriers seront intégrés à ça aussi. »

« Le problème c'est que pour l'instant, le DMP pourrait passer par l'intermédiaire de la carte vitale, mais encore faudrait il que tous les postes hospitaliers soient pourvus de lecteur de carte vitale pour qu'on puisse avoir accès, donc pour l'instant, je pense qu'on a quelques années à venir avant qu'on arrive à avoir quelque chose de sympa. »

Même si la question de qui doit alimenter ce DMP reste d'actualité, des pistes intéressantes commencent à être esquissées, allant de la rémunération du MG jusqu'à celle de déléguer en partie cette tâche à un tiers.

« il y a la question qui a été soulevée à la télé, qu'est-ce qui va alimenter, qui va mettre à jour? Est-ce que c'est le médecin traitant? Dans ce cas là, il faudrait lui accorder un temps rémunéré. Voilà. Nous, on a pas forcément non plus le temps... »

« Je sais pas si c'est le rôle d'un assistant, si c'est le rôle d'une secrétaire, si c'est...là j'avoue que je sais pas trop. Je sais pas comment intégrer ça. Là, on est en plein sur les assistants des médecins, je sais pas si c'est leur rôle... Ça pourrait, ça m'intéresserait plus qu'une prise de tension tu vois. »

4.5. Un « Collecticiel » ou le partage du dossier informatique hospitalier

Une idée alternative est de pouvoir accéder à distance au dossier informatique hospitalier du patient. Ce procédé existe déjà, depuis peu, entre CHU et CH de périphérie.

« Ah oui, mais ce qui est prévu, justement, pour le DPP aussi, on parlait du DMP, mais le DPP, nous comme on est une petite aile, on est une aile du CHU parce qu'on fonctionne avec eux pour quasiment tout, eux ils ont besoin de nous, nous on a besoin d'eux, bah il faudrait qu'on ai accès au dossier patient DPP. [...] et ça, ça va venir dans les mois prochains. »

Il est donc logiquement émis l'hypothèse d'un accès pour le généraliste, *« juste accès consultatif, sans pouvoir modifier ou intervenir »*, voire même pour certains la possibilité d'interagir par un système de notification créé par le médecin généraliste sur le dossier informatique hospitalier, à destination du médecin hospitalier, se substituant potentiellement à l'appel téléphonique comme mentionné auparavant.

« Ouais, avoir un droit de regard en cours d'hosp. Ce qui pourrait être pas con, parce qu'en fait, au final, toi tu mets tes trucs et il dit « Non pas du tout, il est pas du tout grabataire ». Ou à l'inverse. En fait, il refuse l'EHPAD à cause de problèmes financiers, ou

sa belle-fille s'entend pas avec machin et voilà, ou sa mère est décédée cet EHPAD il veut absolument pas y aller. Des fois, ça le médecin traitant est souvent au courant de ce genre de choses. »

4.6. La télémédecine ou la rencontre interprofessionnelle physique...à distance !

La télémédecine, au sens large, bien que récente et plutôt popularisée sur le versant téléconsultation d'un patient, pourrait elle aussi être un mode de communication entre MH et MG.

« Bah est-ce que certains médecins auraient besoin, euh, justement, soit de téléconsultation, soit de télé-staff, soit de télé-expertise, c'est-à-dire je vous envoie j'ai tel problématique, euh, en général ils envoient par télémédecine la problématique et en général, on a 48-72h pour répondre à la problématique. »

« Et puis c'est vrai que ce type de télémédecine, ça permet d'associer et le mail et une sorte de Skype® en fait. »

La télé-expertise permet une communication écrite par messagerie sécurisée, dans le cadre d'avis ou de préparation à une hospitalisation. Elle pourrait ensuite entraîner si besoin une téléconsultation, voire un télé-staff, et donc engendrer une communication verbale directe à travers la webcam.

« Donc là vraiment, la télé-expertise, on reçoit un message, on a une alerte mail qui nous dit vous avez un mail sur la boîte mail de la plateforme COVOTEM®, on communique comme ça. [...]Et on peut également, si on le souhaite faire des téléconsultations. Donc là, la caméra est utile»

« Par la télémédecine, c'est reconnu, la responsabilité est même engagée. Par mail (non sécurisé) ou par téléphone, c'est un échange informel, ça me gêne un petit peu en terme juridique. Après, c'est pas un obstacle »

Mais la réalité actuelle est celle d'un logiciel sous-utilisé, qui pâtit de « *mauvais débuts* ». Mais l'essor actuel de la télémédecine pourrait trouver son intérêt dans l'amélioration de la communication inter-professionnelle.

« Je pense que c'est viable parce que c'est en train de se développer très très fort. Donc c'est une réponse oui. Alors moi, si je pouvais utiliser le logiciel COVOTEM avec les médecins de ville ça serait parfait. »

4.7. Autres applications en mobilité : quand notre smartphone devient (encore plus qu'il ne l'est déjà) outil professionnel

À l'orée d'une modification des moyens de communication dans le cadre de la continuité des soins, l'utilisation d'outils numériques tels que nos smartphones et leurs applications pourrait avoir toute sa place. Nos téléphones portables ont évolué au fur et à mesure des années pour devenir aujourd'hui, que cela plaise ou non, un véritable outil d'utilisation

quotidienne, et d'interconnexion sur le plan privé (groupe de discussion, SMS, appels visio...). Alors, pourquoi pas utiliser cette inter-connexion sur le plan professionnel...

« on pourrait même, l'autre chose qu'on a vu, avec un médecin généraliste, c'est un système de messagerie, que l'ARS a mis à l'étude sur la région, où en fait, comme WhatsApp®, c'est-à-dire on a un groupe de discussion du patient, dedans c'est l'infirmière libérale, le SSIAD, le médecin généraliste, le médecin d'organe et le médecin soins palliatifs, et ça permet d'être tout de suite, en temps réel, le médecin généraliste, l'infirmière du patient sait qu'il sort de l'hôpital, et donc la poursuite de la continuité des soins peut se faire. »

Cette solution offrirait surtout la portabilité du dossier informatique du patient, ainsi qu'une possibilité de communication en temps réel. L'outil suit le médecin, pas besoin d'être devant son ordinateur pour interagir.

« tout est sécurisé. Mais, comme c'est sur un smartphone, vous êtes au lit du malade, vous envoyez le message. Et dedans, il y a le dossier médical, on peut même écrire comme...l'examen clinique du moment... Voilà »

Le futur étant à *« tout dématérialiser de toute manière, nos dossiers papiers ils veulent qu'ils disparaissent »*, cette solution pourrait donc trouver tout son intérêt dans le futur.

DISCUSSION

Cette étude a permis de proposer diverses pistes d'amélioration dans la communication entre MH et MG à travers le recueil du ressenti et des freins concernant la continuité des soins et la communication.

Forces de l'étude

La force principale de cette étude a reposé sur une recherche auprès de médecins hospitaliers et non de médecins généralistes, ce qui a été peu fait jusqu'ici. Le regard des médecins hospitaliers sur la communication ville – hôpital a permis d'enrichir la compréhension de cette problématique complexe, en confrontant les positions et les besoins des acteurs hospitaliers à ceux de l'ambulatoire.

Un autre point fort était la diversité de la population de l'étude, regroupant des MH de différents services, dans des hôpitaux de taille différente, dont les parcours professionnels étaient différents avec parfois une expérience de la médecine générale. Cela a permis d'obtenir des ressentis divers, offrant des réflexions pertinentes par rapport au thème de l'étude.

De plus, afin d'éviter un biais de désirabilité, la présentation de l'étude auprès des médecins hospitaliers a été faite par le versant de la continuité des soins et non de la communication entre médecins hospitaliers et généralistes. La réalisation du questionnaire en fin d'entretien a également permis de limiter ce biais.

Faiblesses de l'étude

Bien qu'allant à suffisance de données, la petite taille de l'échantillon ne pourrait pas permettre de généraliser les résultats. Cette étude visait à proposer des pistes générales d'amélioration de la communication interprofessionnelle, à travers le recueil des problématiques rencontrées par les MH interrogés.

Concernant les biais de recrutement, il est à noter que la population de l'étude était déséquilibrée en ce qui concerne le genre des MH, avec 7 femmes sur les 8 entretiens réalisés. Ceci malgré une sollicitation initiale d'autant de MH hommes que de MH femmes.

De plus, la population recrutée n'exerçait qu'en Indre-et-Loire (Centre Val-de-Loire), rendant l'analyse limitée à ce seul territoire. Or, il existe de nombreux projets ayant trait à la communication ville-hôpital dans différentes régions de France.

Concernant les biais méthodologique, la méthode des focus group aurait sans doute permis d'apporter d'autres thèmes. Elle n'a pas été retenue du fait des problèmes de disponibilité des MH. Certains entretiens individuels ont été difficiles à mettre en place ; cela aurait été encore plus difficile d'essayer de trouver des horaires convenant à tous pour réunir plusieurs MH en vue d'un travail de groupe.

Afin de faciliter l'inclusion, par souci de commodité pour les MH, le lieu de travail a été le lieu de l'entretien pour chacun des MH interrogés. Par conséquent, des interruptions régulières (téléphone, secrétaire, personnel soignant) ont eu lieu. Ces interruptions ont pu avoir un effet négatif sur les réflexions qui se développaient. Elles ont pu également conduire les MH à accélérer leurs propos ; pourtant la majorité des entretiens restent d'une durée significative.

L'investigateur n'était pas formé à la réalisation d'entretiens semi-dirigés. Son inexpérience et sa manière de conduire les entretiens ont pu influencer le discours du MH entraînant un potentiel biais d'investigation. De plus, cette inexpérience dans la conduite d'entretien pourrait également expliquer une suffisance de données précoce par manque de relance pertinente et ouverte lors de certaines réponses.

La triangulation de données s'est limitée aux quatre premiers entretiens, et l'analyse a été effectuée par une seule personne, à savoir l'investigateur. Il en résulte donc un biais d'interprétation.

Principaux résultats au vu de la littérature

Dans l'ensemble, les données récoltées auprès des MH lors de ce travail sont cohérentes avec celles relevées dans différents travaux de thèse.

1. La communication MH-MG dans le cadre de la continuité des soins : une situation insatisfaisante depuis des années

Même si la continuité des soins ne pourrait se faire sans communication, un frein essentiel à la communication MH-MG mis en relief dans ce travail était le manque de temps. Cette notion a été soulevée à de multiples reprises dans des travaux de thèse. Dans une thèse s'intéressant aux conditions de travail des médecins hospitaliers, ce manque de temps avait également été mentionné, relié à des tâches administratives de plus en plus importantes (réunions, commissions...), retrouvées également dans notre étude (19).

Cette difficulté est également éprouvée par la population des MG (20). On retrouve cette problématique dans divers autres pays (21). Ce manque de temps engendre un manque de disponibilité de part et d'autre (11,12,17). Il en va de même chez les médecins généralistes (23). Il en résulte donc un sentiment de manque de communication entre MG et MH, ressenti réciproquement (24,25).

Afin de palier ce problème de temps et de disponibilité, notamment au moment crucial de la sortie du patient, l'idée de déléguer cette tâche de communication à un tiers a été explorée dans une thèse où une infirmière était dédiée à cette tâche, notamment en transmettant une fiche de liaison sous 48h, éventuellement en messagerie sécurisée. Le but visé était de réduire les hospitalisations précoces. Par contre, la communication envers le MG n'était pas prioritaire (26). De la même manière, le CHU de Nîmes a mis en place une équipe pluridisciplinaire afin de sécuriser les sorties d'hospitalisation de patients à situations cliniques complexes « en assurant un suivi téléphonique avec le patient, ses proches et son médecin traitant »(27,28).

Nous avons pu constater que le choix du mode de communication, par le médecin hospitalier ou généraliste, restait lié au type de situation clinique rencontrée. Un travail d'étude piloté par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris sur ses services avait déjà mis en évidence une typologie générale des actions de coopérations ville-hôpital. Il était proposé une catégorisation du mode de communication séparant l'aspect immédiat de la communication (par téléphone) et l'aspect différé (par mail ou staff)(29).

Malgré la mise en évidence dans notre étude d'une connaissance globale sur les rôles du MG, la méconnaissance du MH concernant l'activité ambulatoire, que ce soit dans ses contraintes ou ses besoins, est également mis en avant dans divers travaux comme frein à la communication (17,21,30). C'est en partie de cette méconnaissance que peut naître un sentiment de manque de reconnaissance du MG par le MH (21,31).

Ce sentiment peut aussi naître d'une mise à l'écart du MG lors des hospitalisations de leurs patients, où leur principal rôle reste le plus souvent informatif. Cette observation est en accord avec d'autres travaux précédemment réalisés (16,17,21). Cela est particulièrement le cas au moment de la sortie d'hospitalisation, là où les MG sont le plus souvent critiques sur la coordination et le passage de relais hôpital-ville (18,25).

Tous ces problèmes sont constants depuis des années. Pourtant, grâce en partie aux travaux portant sur la communication ville-hôpital, des améliorations ont été mises en place tandis que d'autres sont encore au stade de projets.

2. Certaines interventions ont amélioré clairement le lien ville-hôpital

Du côté des MG, les courriers d'admission se sont améliorés au fil du temps, notamment grâce à l'informatisation et au développement des logiciels métiers (32). Comme nous l'avons vu dans cette étude, il reste tout de même une marge de progression, notamment vis-à-vis du contenu (33). Elle dépend en grande partie du fait de bien compléter et mettre à jour le dossier médical informatisé du patient.

Le CRH reste le principal lien entre le MH et le MG et a été amélioré au fil des années, du point de vue de son contenu, sa forme, et son délai d'envoi. Malgré tout, il est important de noter une forme de « priorisation » dans le délai d'élaboration des CRH, comme nous l'avons ressenti dans notre étude. En effet, lors d'un transfert entre établissements de santé ou services, le CRH est toujours prêt au moment du départ du patient alors qu'il ne l'est toujours pour un retour à domicile (selon les services). Cela constitue donc un frein à la continuité des soins qui se devrait d'être identique pour chaque patient, qu'elle se fasse dans une autre structure de soins ou au domicile, là où le médecin généraliste intervient. Tenter d'expliquer la raison de cette « priorisation » paraît complexe. Le MH sait par expérience personnelle qu'il est impossible d'accueillir un patient dans un service sans communication préalable. Il ne peut pas envisager de laisser partir son patient dans un autre service sans courrier. De ce fait, le MH présuppose t'il que le patient sort guéri et donc que l'information au MG est moins urgente que s'il avait été transféré ?

Dans notre étude, les MH soulèvent la nécessité de la mise à disposition le plus rapidement possible du CRH pour le MG. En retour, les études concernant les MG pointaient du doigt un délai de réception trop long du CRH (5,6,15,16,34). Cela prenait tout son sens dans l'idée de limiter de potentiels effets indésirables post-hospitalisation, allant de la iatrogénie à la réhospitalisation précoce (5,6,15,35).

Ces observations ont permis la création des lettres de liaison, permettant un pas en avant ressenti par les MG dans l'amélioration du transfert d'informations hôpital-ville, à la fois dans le contenu comme dans son délai de réception (5,22,25,34).

D'autre part, le mode de transmission des courriers avait aussi été pointé du doigt par les MG, le délai postal ne répondant que peu aux exigences de la continuité des soins. L'informatisation progressive des cabinets médicaux des MG a entraîné une forte demande de transfert par messagerie sécurisée (22,25,36,37).

Dans les établissements où elle est mise en place, la messagerie sécurisée améliore significativement l'interface hôpital-ville. La lettre de liaison et le CRH transmis par messagerie sécurisée sont rapidement disponibles, arrivent toujours au destinataire et sont facilement intégrés aux dossiers informatisés des patients. Pour le CRHU de Tours,

c'est la start-up Lifen® qui a été sélectionnée récemment comme garant de cette transmission d'information par messagerie sécurisée (38).

Un frein important mis en avant dans cette thèse était celui de l'accès téléphonique au médecin, hospitalier comme généraliste. Cette problématique reste constante depuis des décennies (16,17,22,23). Une réponse proposée a été de mettre en place des lignes directes (ou numéro référents) au sein des hôpitaux (36). Mais il faut impérativement que ce dispositif soit connu des confrères du libéral, par un annuaire ou un autre moyen (16). Le CHRU de Tours a, depuis un an, créé une application mobile à disposition des médecins libéraux de ville et d'autres établissements de santé, appelée « CHRU Tours Pro® ». Cette application permet « *de disposer d'un numéro de téléphone par service de soins du CHU : à ce numéro, un senior sera facilement joignable, selon les modalités horaires pertinentes au regard de l'activité du service* » (39). Mais les problématiques retrouvées dans ce travail concernant les lignes téléphoniques directes doivent faire repenser la question au-delà de la facilité d'accès au spécialiste par téléphone : risque de sur-utilisation de ces lignes pour des situations pour lesquelles des moyens de communication différée pourraient être utilisés ? Différencier une ligne référent pour les avis et une pour les hospitalisations programmées ? Ces questions pourraient être débattues avec les médecins hospitaliers.

Rien ne pourrait remplacer le contact humain, et au-delà de ces outils d'aide à la communication, nous avons pu constater dans ce travail que les rencontres interprofessionnelles – formelles ou informelles - restaient appréciées des médecins hospitaliers malgré des difficultés organisationnelles. C'est d'ailleurs la tendance partagée dans la littérature, notamment vis-à-vis des FMC (24,31). Pour aller plus loin, la volonté retrouvée dans cette thèse s'inscrivait dans une collaboration plus étroite, à l'image de la possibilité de staffs interprofessionnels ou réunions de travail. Cette idée est déjà présente depuis plusieurs années (35,36). Mais elle peine à prendre forme, probablement devant les mêmes obstacles organisationnels et de disponibilité cités par les médecins interviewés. Cette idée mériterait cependant une attention particulière afin de porter la réflexion sur la continuité des soins à une dimension collective (MH et MG réunis).

Nous avons également mis en évidence la possibilité de notifier les entrées et sorties d'hospitalisation au MG, que ce soit par messagerie sécurisée ou appel téléphonique. Les appels au MG restent d'ailleurs très limités, à l'image d'un précédent travail de thèse sur la communication médecin hospitalier – médecin traitant qui retrouvait un appel au MG pour seulement 4,6 % des séjours hospitaliers (35). De plus, plus de 95 % de ces appels concernait une recherche d'information ponctuelle de la part du MH. Pourtant, nous pouvons nous rapporter à une expérimentation réalisée en 2018 à Nancy et analysée dans un travail de thèse. Dans un service post urgence, en plus de la lettre de liaison, le MH contactait systématiquement le MG pour préparer le retour à domicile. Cette thèse avait montré des résultats intéressants. En effet, la faisabilité paraissait correcte, avec un sentiment de sécurisation de la sortie pour le MH, et un retour excellent des MG sur cette

intervention. Le taux de réadmission paraissait également plus faible à 30 jours pour les patients âgés (23).

3. Des pistes pour l'avenir, mais de probables choix à faire...

3.1. Le DMP, comme le futur gold standard de la continuité des soins en attendant mieux?

Le DMP (anciennement Dossier Médical Personnel, puis devenu Dossier Médical Partagé) a été mentionné dans notre recherche comme un des moyens pouvant contribuer à améliorer la continuité des soins. Il reste un outil de stockage et de partage de données médicales et de documents concernant le patient. Les études existantes à ce sujet, plutôt centrées généralistes, allaient plutôt dans le même sens, à savoir une utilisation croissante dans le temps mais une nécessité de formation (40–42).

Après des débuts difficiles, on recense actuellement 5 millions de DMP ouverts, avec une collaboration des professionnels de santé croissante au fil des années. La région Centre-Val de Loire ne figure pas parmi les 5 régions les plus avancées pour l'ouverture de ces « carnets de santé numériques ». La participation des hôpitaux à l'alimentation du DMP s'agrandit, tandis que celle des libéraux restent encore poussive (43). Les raisons qui pourraient être avancées côté libéral est la nature chronophage de la création d'un DMP pour un patient, ce qui était d'ailleurs une crainte déjà mise en avant (44). On pourrait imaginer une participation des secrétaires (hospitalières ou de cabinet de ville) ou des assistants médicaux à l'intégration de documents au sein du DMP afin de libérer du temps médical aux MG et MH. Par ailleurs, un plan d'aide et de formation pour le professionnel libéral devrait être initié (43). Le contenu du DMP ainsi que ses principes de fonctionnement et de consultation par les professionnels de santé reste bien codifiés (45). Une notion importante à la pérennité de ce DMP, et plus généralement à tout outil informatique, reste l'interopérabilité avec les différents logiciels métiers, hospitaliers comme ambulatoires (46).

Ce DMP représente pour un certain nombre de médecins l'avenir dans l'amélioration de la continuité des soins (41). Pourtant, un gros point noir reste l'absence de possibilité d'interaction en temps réel entre les professionnels de santé. Son utilisation reste actuellement limitée à un cadre consultatif de courriers médicaux ou du volet médical de synthèse. Ainsi, le DMP représente une avancée importante et un apport significatif dans l'exercice médical, mais en l'absence d'évolution dans ses fonctionnalités et sans possibilité d'interaction entre confrères, l'outil apparaît non viable à terme.

3.2. La télémédecine, un outil au service de la communication MH–MG ?

La fin des années 2010 est marquée par l'essor de la télémédecine, sous diverses formes (47). De manière simple, elle nécessite un logiciel informatique dédié et une webcam. C'est plus particulièrement la téléexpertise qui prend tout son sens dans le cadre de ce

travail. Certaines disciplines comme la gériatrie ou la dermatologie se prêtent d'ailleurs plus volontiers à ce type d'actes, dans le cadre d'avis médicaux (48,49). Celle-ci apporte de réelles solutions dans la communication ville-hôpital, notamment dans le cadre d'une activité rurale à distance d'hôpitaux de référence (50). Comme nous l'avons vu précédemment, cette prise d'avis pourrait même s'inscrire ensuite dans un « télé-staff » ou une « visio-conférence » entre le médecin hospitalier et le médecin généraliste, permettant un lien visuel et donc un contact humain...depuis son bureau de travail. Ce dispositif s'inscrit donc comme un « facilitateur » à la communication interprofessionnelle, en permettant un échange différé à la fois écrit, oral mais aussi visuel (44)! Cela pourrait représenter une réponse au souhait des MH de voir plus souvent les MG pour collaborer ensemble et coordonner la poursuite des soins autour du patient (44). De plus, cela pourrait permettre une intégration du MG plus importante lors de l'hospitalisation de son patient.

Il faut encore que cette pratique se fasse une place dans le champ de la pratique médicale quotidienne, à la fois pour les praticiens de ville, comme pour les médecins hospitaliers. Cette dernière devra s'intégrer dans les agendas sans en être contraignante, sous peine de ne pas être utilisée (44). Il serait intéressant de discuter jusqu'où pourrions-nous utiliser cette télémédecine au service de la communication MH-MG en définissant mieux son cadre : demande d'hospitalisation, participation aux RCP, intégration du MG à la prise en charge du patient hospitalisé...

3.3. Le « collecticiel », c'est l'avenir ?

Cette piste d'amélioration évoquée dans notre travail pourrait se définir comme un dossier patient informatisé commun entre MH et MG. A l'heure de la multiplicité des logiciels métiers, il s'agirait probablement d'un module informatique permettant un accès consultatif (voire contributif) au dossier patient informatisé hospitalier par le MG.

Cette réflexion est à l'heure actuelle au stade de projets dans différentes régions. Afin d'être un peu plus concret sur cet outil, l'exemple du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil est intéressant. Une interface informatique hôpital-ville a été créée et installée sur les ordinateurs des MG du secteur. Le MG « reçoit, dès que l'information rentre dans le Dossier Patient Informatisé hospitalier, l'admission du patient, les résultats d'examens, et la sortie de l'hôpital. La transmission de l'information de l'hôpital vers la ville est donc complète et en temps réelle »(51). Cet outil solutionnerait la problématique de la non-information du MG concernant l'entrée, la sortie d'hospitalisation, voire l'éventuel décès tout en permettant une consultation des examens complémentaires et de l'évolution au long de l'hospitalisation. De plus, une réflexion est en cours sur cet outil pour intégrer une communication écrite MG-MH ; le MG pourra alors échanger et communiquer des informations avec le MH (51). Cela permettra d'ajouter des possibilités d'interactions, essentielles à l'apport d'informations bilatérales afin de contribuer à l'efficacité de la prise en charge du patient.

Une des principales limites à soulever est peut être la problématique de la diversité en terme de logiciels médicaux hospitaliers rendant l'accès au MG complexe. La réflexion sur une uniformisation entre les différents établissements ou bien a minima une interopérabilité de ce système sur divers logiciels médicaux pourra être portée.

Pour aller un peu plus loin dans ces projections, comme nous en avons parlé dans notre thèse, dans un souci de mobilité, il serait intéressant de pouvoir étendre ses fonctionnalités à d'autres terminaux, et notamment les smartphones, qui sont devenus au fil des années des partenaires du quotidien. Un autre exemple intéressant est celui de la plateforme PAACO (Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication) / Globule, développée sous l'impulsion de la Plateforme Territoriale d'Appui Santé Landes et l'appui de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, qui permet un accès à la fois smartphone et ordinateur. Ce « réseau social sécurisé » autour du patient, né en 2015, est ouvert aux différents professionnels de santé de secteur ainsi qu'aux médecins hospitaliers. Il « donne aux professionnels de santé ambulatoires un accès, en temps réel, aux événements hospitaliers autour du patient (entrée, sortie, décès, changement de service) et aux documents du parcours hospitalier (lettre de liaison et ordonnance, compte-rendu de consultation, compte-rendu opératoire...) ». Côté hospitalier, il permet de communiquer avec les professionnels de santé - au delà même du MG - gravitant autour de patient. « Ainsi, la concertation de préparation de l'entrée de l'hôpital et de la sortie peut commencer dès l'admission et pré-admission du patient via un accès direct au journal collaboratif. Ce dispositif évite des communications téléphoniques entre les structures, accélère le traitement des dossiers patients et évite des passages aux urgences »(52,53).

4. Sur quelles bases construire ces changements ?

La problématique du manque de temps est sans cesse mise en avant. Cette contrainte majeure oblige chacun à prioriser ses actions. La matrice de classement intuitivement choisie est celle d'Eisenhower, qui classe les actions selon leur degré d'urgence et d'importance.

Matrice d'Eisenhower

		URGENT	
		OUI	NON
I M P O R T A N T	O U I	FAIRE	PLANIFIER
	N O N	DÉLÉGUER	ÉLIMINER

Figure 3. Matrice de priorisation des actions d'Eisenhower

Par exemple, à la suite de notre étude, on voit que la tâche « faire le CRH ou la lettre de liaison pour le transfert du patient dans un autre service hospitalier » peut être classée dans « important + urgent » puisque cette tâche est toujours réalisée à temps.

Peut-on dans ce cas penser que la tâche « faire le CRH pour le MG » est classée dans « non important/ non urgent » ou « important / non urgent » ? Le MH, si on l'interroge, répond comme les médecins interviewés que non. Mais l'expérience montre que lorsque le patient est pris en charge par un MG que le MH connaît peu ou pas, que le MH n'a pas repéré de difficultés majeures pour le retour à domicile, et que le MH connaît peu la réalité de travail de son confrère de ville, dans ce cas, la communication écrite peut avoir tendance à passer au second rang de ses priorités.

Si l'on utilise une autre matrice de priorisation des actions, celle qui classe selon l'importance de l'impact qu'aura l'action et la difficulté à mettre en œuvre, la communication MH-MG entre dans la case « actions majeures », c'est-à-dire actions à fort impact, porteuse de beaucoup de valeur mais difficile à mettre en œuvre. Le principal obstacle à sa mise en œuvre est culturel et acquis dans la formation initiale des médecins : il s'agit de la perception qu'ont les médecins, hospitaliers comme généralistes,

de la qualité/continuité des soins comme d'un objectif qualité individuel ou incluant uniquement l'équipe hospitalière pour les MH.

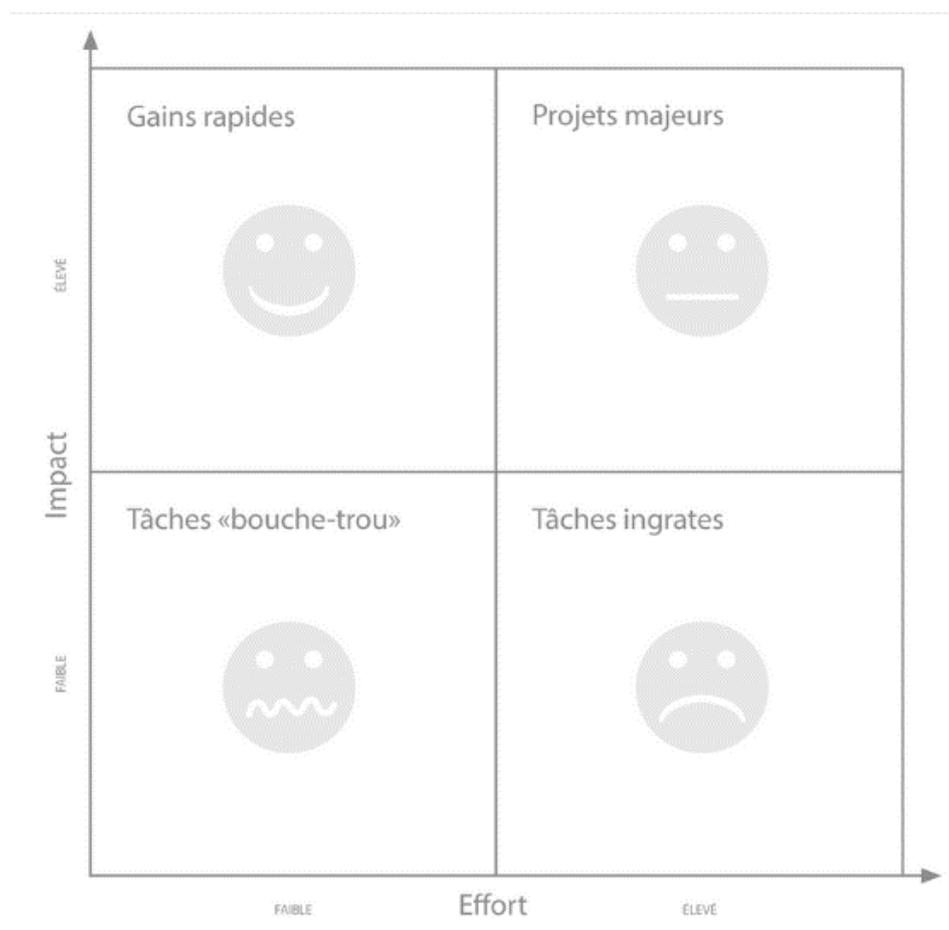


Figure 4. Matrice de priorisation selon la balance impact de l'action / effort demandé

Ainsi, une autre manière de voir ces questions serait de considérer que travailler à la qualité/sécurité des soins pour le patient complexe n'est pas une performance individuelle mais une compétence collective qui reste à créer. Le collectif ici désigne l'équipe autour du patient. Dans une vision centrée patient, l'équipe est constituée par les acteurs de la ville et de l'hôpital qui accompagnent le malade dans son parcours de soins ou de santé. (54)

La construction et le fonctionnement de ce collectif nécessitent que les médecins se dégagent de la hiérarchie symbolique qui sépare le médecin de l'ambulatoire et celui de l'hôpital. Cette hiérarchie construite dans les études médicales d'avant la spécialisation de la médecine générale continue à impacter les relations interprofessionnelles. (55)

Avec ce point de vue, l'articulation ville hôpital devient une priorité, une « cause » pour l'hôpital. Elle est bénéfique pour le patient, pour le MH, le MG, et pour l'établissement de soins qui est payé de cet investissement par un retour économique, une meilleure

attractivité et un renforcement de la cohésion des équipes. Cette attractivité est encore plus significative pour les Centres Hospitalier de périphérie.

Pour mettre en place ce processus de changement de dynamique collective, du temps et de l'argent sont nécessaires ainsi que : l'acculturation (changement de culture) des acteurs avec explicitation des concepts en interne, création de nouvelles normes, reconnaissance des compétences de chacun... (55)

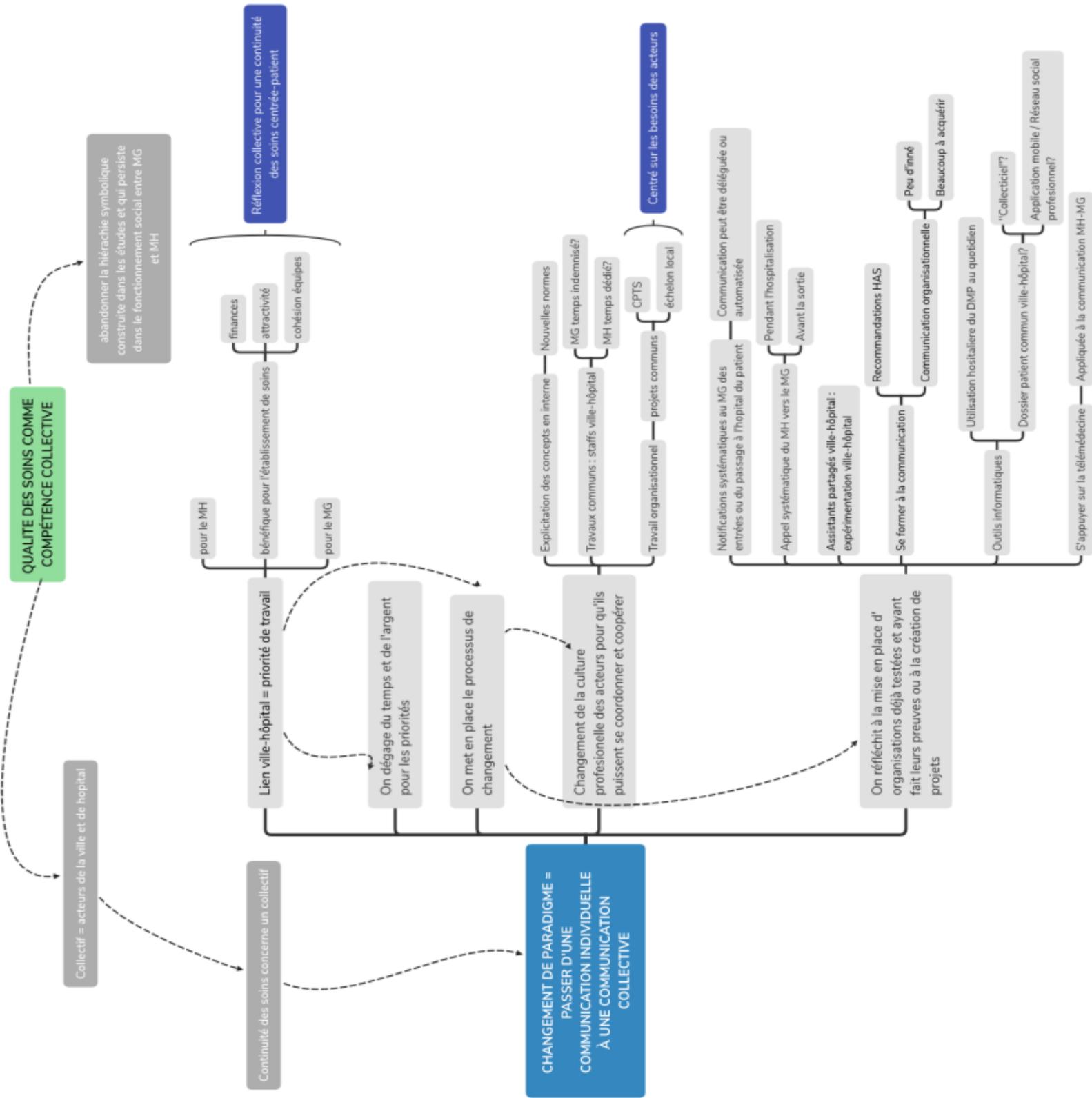
La mise en place de groupes de travail ou de staffs ville hôpital, à condition de penser l'indemnisation des médecins de ville pour leur participation et la libération de temps pour les médecins hospitaliers, peut permettre de développer des projets communs nouveaux. Ces projets seraient centrés sur les besoins des acteurs de chaque groupe et pourraient naître à l'échelon local, comme à l'échelon des CPTS, interlocuteurs du GHT.

Les professionnels de santé peuvent aussi choisir de mettre en place des organisations déjà testées et qui ont fait leurs preuves : notifications systématiques au MG des entrées/sorties d'hospitalisation ou du passage au SAU, communication électronique automatisée, l'appel systématique au MG, par le MH ou délégué. La conciliation médicamenteuse, avec l'aide d'étudiants en stage car le processus est long, donc onéreux. Les postes d'assistants partagés, encore peu nombreux, sont une expérimentation prometteuse dans la création de liens et de partage d'une culture commune de la sécurité des soins.

Il pourrait être proposé que le MG soit rémunéré pour son passage à l'hôpital et que cela ne relève plus du bénévolat, une lettre clé dans sa nomenclature pourrait être créée.

Tous ces acteurs pourraient être formés à la communication pendant leur formation initiale ou en formation continue. La communication n'est pas seulement une question de personnalité des individus. Les spécialistes du domaine montrent que contrairement à une idée reçue très répandue, s'il y a un peu d'inné dans cette compétence, il y a surtout beaucoup d'acquis. L'apparition de recommandation HAS sur le sujet comme la recommandation basique SAED (Situation, Antécédents, Evaluation, Demande) le démontre. (56)

La figure 5 exposée en page suivante permet d'explicitier ce concept de qualité/continuité des soins comme compétence collective.



5. Qui pour impulser ces changements ?

5.1. Les nouvelles structures

Comme nous l'avons vu précédemment, il est évident que ces changements ne pourraient être impulsés à l'échelon individuel. Sur un plan « collectif », si les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) permettent la genèse de projets entre hôpitaux, les CPTS apparaissent comme des interlocuteurs privilégiés avec les hôpitaux, à l'initiative de projets d'amélioration de la communication ville – hôpital notamment (57). C'est d'ailleurs ce qui est avancé dans le texte de loi « Ma santé 2022 »(13). Les structures d'exercice regroupé en ambulatoire comme les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) pourraient également travailler directement avec des hôpitaux de proximité afin de développer une collaboration plus étroite.

5.2. Les nouveaux métiers

Comme nous l'avons vu précédemment dans certains projets hospitaliers, la création, depuis 2018, de postes d'infirmier de pratique avancée (IPA) en ville ou à l'hôpital a pour but d'améliorer la qualité des soins des patients en réduisant la charge de travail des médecins notamment en déléguant l'organisation de la continuité des soins à l'IPA. L'IPA peut donc avoir un rôle clé à l'interface hôpital-ville, notamment en communiquant avec les acteurs de ville ou de l'hôpital, médicaux comme paramédicaux.

Côté ambulatoire, on peut citer la création des postes d'assistants médicaux dont un des buts est de redonner du temps aux médecins généralistes, afin que celui-ci puisse s'impliquer plus dans la communication avec les confrères. On peut également penser que l'assistant médical pourrait lui aussi avoir son rôle à jouer dans cette communication : appel pour organisation de rendez-vous pour le patient... Il paraît également licite d'évoquer les coordinateurs de MSP comme intermédiaire entre hôpital et ambulatoire (MSP).

5.3. Les bi-appartenants ville-hôpital

Il paraît également licite de mentionner la création des postes d'assistants partagés ville-hôpital dans le texte de loi « Ma Santé 2022 ». Ils apparaissent comme des relais pouvant faciliter le lien ville-hôpital, notamment par la connaissance du métier hospitalier et ambulatoire dans sa pratique comme dans ses attentes en matière de communication.

CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en évidence que la communication entre MH et MG rencontre de nombreux freins, exposant au risque de « discontinuité » de soins et ses conséquences pour le patient. Elle a cependant connu de nombreuses améliorations ces dernières années comme l'instauration de la lettre de liaison, l'informatisation et le déploiement encore en cours des messageries sécurisées, ainsi que la création de lignes téléphoniques directes. D'autres projets sont porteurs d'espoir comme le DMP qui

nécessitera d'être développé afin d'être pérenne, le « collecticiel » et autres solutions mobiles dont les développements sont fleurissants et prometteurs pour l'avenir. Mais malgré les réglementations successives, le problème de la communication reste imminemment actuel. Ce constat invite à une réflexion plus globale sur une communication finalement « individuelle » où MH et MG, chacun de leur côté, ont des attentes et des objectifs dans la communication.

L'amélioration, au-delà des progrès technologiques, doit s'inscrire dans un concept de communication plus « collective ». En rompant la barrière MG-MH, la réflexion sur la communication peut être amorcée par un collectif de médecins, hospitaliers et généralistes réunis. Ainsi, de la connaissance du métier, des contraintes, attentes et besoins de chacun pourront naître des projets d'amélioration dans un esprit commun centré patient. Ces derniers pourront porter sur le développement d'outils de communication communs (utilisation du DMP ; « collecticiel » ; réseau social professionnel ...) et sur la manière de les utiliser. Il pourrait également s'établir de nouvelles normes de communication entre MH et MG. Il serait d'ailleurs intéressant, à ce titre, d'étudier les contours que pourraient avoir les staffs ou réunions de travail ville-hôpital auprès des MH et MG ?

ANNEXE I : Fiche d'information et consentement

Cher confrère, Chère consœur,

Vous avez été invité(e) à participer à un travail de recherche traitant de la continuité des soins dans le cadre d'une thèse de médecine générale d'Anthony Pichet.

Cette recherche ne comporte aucun risque ou contrainte pour vous sauf celle de donner quelques minutes à la réalisation d'un entretien oral. Cette étude a vertu à explorer un versant de votre activité, et de recueillir votre point de vue sur la continuité des soins pour le patient, que ce soit à l'entrée comme à la sortie d'hospitalisation.

En l'absence d'opposition de votre part, un enregistrement audio sera réalisé afin de retranscrire par écrit l'intégralité de l'entretien dans le but d'analyser ensuite celui-ci de manière qualitative.

Afin d'explicitier un peu plus ce travail de recherche, et afin que vous puissiez donner un consentement éclairé, veuillez trouver ci-dessous quelques informations supplémentaires sur le déroulement de l'étude.

QUEL SERA LE DEROULEMENT DE L'ETUDE ?

Si vous souhaitez participer à ce travail, un entretien unique vous sera proposé à une date convenue avec vous. Cet entretien sera enregistré et les données de cet entretien seront traitées afin de répondre au but de l'étude.

QU'EN-EST IL DE MA PARTICIPATION ?

Votre participation est essentiel afin d'avancer sur une thématique importante qu'est la continuité des soins des patients.

Cette participation à l'étude repose sur la base du volontariat, et à ce titre, **vos participation sera révocable à tout moment** ; ce qui annulera le traitement des données recueillies si l'entretien avait déjà eu lieu. Dans ce cas, il suffira juste de le notifier à l'investigateur à savoir Mr PICHET Anthony.

De plus, **vos participation est totalement sous couvert d'anonymat**. Les données seront identifiées avec un code et la mention « M » pour médecin, suivi d'un numéro. Un traitement informatique des données recueillies sera mis en œuvre afin d'analyser les résultats pour répondre à l'objectif de l'étude.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées vous concernant (Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Prenez le temps de bien lire cette note informative et n'hésitez pas à poser des questions à l'investigateur (Mr PICHET Anthony) si des points vous semblent à éclaircir à la suite de toutes ces informations.

FICHE DE CONSENTEMENT A L'ETUDE

Nom et Prénom de la personne se prêtant à l'étude :

Consentement éclairée : OUI NON

Date de consentement : ___ / ___ / _____

Signature de la personne se prêtant à l'étude :

Pour toute information concernant l'étude ou pour révoquer son consentement, merci de joindre :

Nom et prénom de l'investigateur : PICHET Anthony

Numéro de téléphone : xx xx xx xx xx

Adresse mail : xxxxxxxx@xxxxx.fr

ANNEXE II : Questionnaire des caractéristiques des participants

Sexe : Homme Femme

Age : Entre 25 et 35 ans Entre 36 et 50 ans Au delà de 50 ans

Statut marital : Marié Célibataire Autre (préciser) :

Activité libérale ambulatoire dans le parcours professionnel : Oui Non

Activité de médecine générale dans le parcours professionnel : Oui Non

Parcours professionnel (préciser) :

Existence d'un stage en médecine ambulatoire dans le parcours professionnel : Oui Non

Accueil d'interne de médecine générale dans le service : Oui Non

Participation à des FMC avec des médecins généralistes : Oui Non

Amis ou proches médecins généralistes dans l'entourage : Oui Non

Vous avez déjà participé à une formation sur l'utilisation d'outils informatiques : Oui Non

Vous avez une ligne téléphonique personnelle au travail (DECT) : Oui Non

Vous avez une adresse mail professionnelle : Oui Non

Vous définiriez vous comme à l'aise avec les outils informatiques : Oui Non

ANNEXE III : Guide d'entretien

Tout d'abord, merci beaucoup de m'accorder de votre temps pour répondre à mes questions. Cet entretien s'intègre dans mon travail de thèse qui traite de la continuité des soins pour le patient.

Question de mise en confiance : pour les derniers patients sortis du service, quelles précautions avez-vous prises pour assurer la continuité des soins?

Selon vous, quels sont les piliers de la continuité des soins garantissant la sécurité du patient ?

CONNAISSANCE DU METIER DE MG :

Quels sont les rôles attendus de la part d'un médecin généraliste selon vous ?

ETAT DES LIEUX :

A/ En amont de l'hospitalisation

Qu'attendez-vous de la part d'un médecin traitant souhaitant hospitaliser un de ses patients dans votre service ?

Que pensez-vous du contenu des lettres réalisés par le médecin traitant du patient dans le cadre d'une hospitalisation ? Qu'en attendez-vous?

B/ En cours d'hospitalisation

Selon vous, quel rôle peut avoir le médecin traitant lors de l'hospitalisation d'un de ses patients ?

De quelle façon les médecins traitants sont ils intégrés aux décisions importantes concernant leurs patients (exemple d'un diagnostic et décision de PEC autour d'une pathologie grave) ?

C/ En sortie d'hospitalisation

Que mettez-vous en place à la sortie d'hospitalisation du patient pour assurer la continuité des soins avec le MT ? Cela vous semble t'il efficace ? Comment améliorer cet aspect ?

D/ La communication Médecins hospitaliers – Médecins généralistes

Quel moyen de communication principal utilisez vous pour communiquer avec les MG ? (A quelle fréquence ?) Quel en est l'avantage principal selon vous ?

En quoi êtes vous satisfait de la communication actuelle entre médecins hospitaliers et médecins généralistes ? Et en quoi ne l'êtes vous pas ?

Comment définiriez-vous une communication efficace entre médecin hospitalier et médecin généraliste ?

Quels sont vos points d'insatisfactions dans vos relations avec les MG ? Qu'en attendez vous ?

FREINS A UNE COMMUNICATION EFFICACE :

Quels sont les obstacles que vous rencontrez dans votre quotidien pour communiquer efficacement avec les MG ?

(manque de temps, lourdeurs administratives : réunion, informatisation , horaires secrétariat...)

SOLUTIONS ENVISAGEABLES :

Quels sont les perspectives d'amélioration ou les solutions que vous pourriez envisager pour améliorer cette relation ?

(num DECT direct pour MG , appel MT a la sortie, lettre de liaison en place, numéro hotline spécial MG, consultation d'urgence dédiée MG dans le planning de consultation hebdomadaire, pertinence des courriers écrits, FMC)

Remerciements.

Etablissement de la fiche des caractéristiques d'échantillon.

En italique (facultatif)

1. Robert Reid, M.D. Ph. D. Jeannie Haggerty, Ph. D. Rachael McKendry, M.A. Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins - Rapport final. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, l'Institut canadien d'information sur la santé et le Comité consultatif des services de santé de la Conférence fédérale provinciale territoriale des sous-ministres de la Santé ; Mars 2002.
2. Institute of Medicine. Primary Care: America's Health in a New Era. Washington,DC: National Academy Press, 1996.
3. Leleu H. Mesure de la continuité longitudinale dans le champ des soins primaires dans le contexte français. Paris 11 ; 2014. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2014PA11T009>
4. Bureau M-L. Continuité des soins à la sortie du service de gériatrie: étude sur les attentes des médecins généralistes pour optimiser le compte rendu d'hospitalisation [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers.
5. Kripalani S, Md FL, Phillips CO, Williams MV. REVIEW Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians Implications for Patient Safety and Continuity of Care.
6. Makeham M, Mira M, R Kidd M. Lessons from the TAPS Study: Communication failures between hospitals and general practices. Vol. 37. 2008. 735 p.
7. Mistiaen P, Francke AL, Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. BMC Health Serv Res. 4 Avril 2007; 7:47.
8. Code de déontologie médicale 2019.
9. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879, 21 Juillet 2009.
10. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. 2016-995, 20 Juillet 2016.
11. Haute Autorité de Santé. Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - Dossier patient en médecine, chirurgie, obstétrique. Décembre 2016.
12. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 - un engagement collectif. 2018.
13. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. 2019-774, 24 Juillet 2019.
14. Toutes les CPTS. CPTS Centre-Val de Loire. 2018. Disponible sur: <https://www.cpts-centrevaldeloire.fr/les-cpts-de-la-region-cvdl/toutes-les-cpts>
15. Clanet R, Bansard M, Humbert X, Marie V, Raginel T. Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes. Santé Publique. 31 déc 2015 ; 27(5):701-11.

16. François P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes, Quality of service provided by a University Hospital : general practitioners. Santé Publique. 27 mai 2014;26(2):189-97.
17. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? Presse Médicale. Oct 2009 ; 38(10):1404-9.
18. Pernossi V. Lien ville-hôpital : le point de vue des médecins généralistes du bassin chambérien-aixoïse. 4 Avril 2018 ; 98.
19. Estryng-Béhar M, Leimdorfer F, Picot G. Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. Rev Française Aff Soc. 2010;(4):27-52.
20. D'Azur LC. Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient. Faculté de Médecine de Nice. 22 Octobre 2018.
21. Hesselink G, Schoonhoven L, Plas M, Wollersheim H, Vernooij-Dassen M. Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care. Févr 2013;25(1):66-74.
22. Marie L. Relation Hôpital-Ville : satisfaction et attentes des médecins généralistes envers le Pôle de gériatrie du Centre Hospitalier de Pau. ; 113.
23. 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. Faculté de Médecine de Grenoble Alpes
24. Gottheff K. Place du médecin généraliste dans la prise en charge oncogériatrique: point de vue des spécialistes hospitaliers. Faculté de Médecin Paris 7. 17 Octobre 2014.
25. Beauger C. Communication entre hôpital et ville en sortie d'hospitalisation: enquête de satisfaction auprès de médecins généralistes de Franche Comté. Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2013.
26. Bertrand C. Parcours de santé et coordination ville-hôpital : Etude d'une expérimentation Nancéenne visant à réduire les ré-hospitalisations précoces des patients âgés repérés à risque. 2015.
27. FUZ D, PANIEGO A. Plateforme opérationnelle de sortie : Un projet novateur, fluidifiant et sécurisant la sortie qui fait ses premières preuves au CHU de Nîmes. 2015
28. La plateforme opérationnelle de sortie : pour une transition hôpital-ville adaptée au patient - Fédération Hospitalière de France. Disponible sur: <https://www.hopital.fr/Actualites/La-plateforme-operationnelle-de-sortie-pour-une-transition-hopital-ville-adaptee-au-patient>
29. Cossec CL, Giacomelli M, Chambine S de. Coopération des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville. Sante Publique. 7 août 2018;Vol. 30(2):213-24.

30. Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes: données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication. Université Paris Descartes. 14 Mars 2016.
31. 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/>
32. BINART ECALE Hortense. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. Paris Nord; 2012.
33. IREKTI Fatiha. Evaluation de la qualité des lettres d'adressage des médecins généralistes à destination des médecins spécialistes. Paris Diderot - Paris 7; 2014.
34. Maxime MG. Document de sortie d'hospitalisation en médecine polyvalente : Les attentes des médecins généralistes. Faculté de Médecine d'Angers. 15 Mars 2018.
35. Kacem Chaouche M, David E. Communication médecins hospitaliers – médecins traitants: impact de l'information reçue des médecins traitants sur la prise en charge de leur patient par les médecins hospitaliers. Université Paris-Est Créteil ; 2014.
36. Delahaye M. Enquête auprès des médecins généralistes sur l'apport des nouvelles technologies dans la relation médecine de ville-hôpital. Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2015.
37. Carneiro B, Paré F, Roy P, Serge F. Qualité des courriers de sortie des consultants des urgences de l'hôpital aux médecins généralistes. Santé Publique. 1 janv 2014;26:165.
38. La startup de la semaine : comment Lifem améliore le suivi du parcours de santé. La Tribune. Disponible sur: <https://www.latribune.fr/technos-medias/internet/la-startup-de-la-semaine-comment-lifem-ameliore-le-suivi-du-parcours-de-sante-819978.html>
39. CHRU Tours. simplifier la communication entre les médecins de la région et leurs confrères hospitaliers : un enjeu majeur pour les patients - Le CHU de tours lance un annuaire séniorisé et un numéro cancer.
40. OUMAKHLOUF, Lydia. Le Dossier Médical Personnel (DMP), enquête auprès de médecins généralistes sur leurs connaissances et leurs besoins de formation. [Paris 6]: Pierre et Marie Curie; 2014.
41. HAMARD, Marion. Etat des lieux de l'utilisation du dossier medical partage par les medecins generalistes de la somme. [Amiens]: Jules Verne; 2019.
42. Hurtaud A, Dépinoy D. Dossier médical personnel : qu'en pensent les médecins ? Une enquête auprès des médecins de l'agglomération de Reims. Faculté de Médecine de Reims. 1 juin 2007;3(6):278-82.

43. CPAM. 5 Millions de personnes ont ouvert leur DMP - le dossier médical partagé poursuit son ascension. 2019.
44. Bidault Diallo A. Telemedecine et dossier medical personnel : perceptions et attentes des medecins generalistes. 2013;96.
45. Dossier médical partagé (DMP) : questions-réponses | CNIL. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/en/node/24913>
46. Campa, Matthieu. Le partage informatisé des données de santé : enquête auprès des professionnels de santé et des patients en France en 2017. Lyon-Est; 2017.
47. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, 2010.
48. Delépine, Frédéric. Quel est le ressenti des professionnels de santé en Indre et Loire sur la télémédecine en EHPAD, autour d'expériences en gériatrie, gérontopsychiatrie de liaison et dermatologie ? Faculté de Médecine de Tours; 2018.
49. Dury C, Weillaert B. Évaluation d'un outil type « "télé expertise" » dermatologique en région annécienne entre novembre 2014 et juillet 2016. Université Grenoble Alpes. 6 Avril 2017.
50. Nadolny, Julia R Claire. La télémédecine: approches et propositions des médecins généralistes libéraux français. Faculté de Médecine de Toulouse ; 2019.
51. Ville - hôpital : des pistes pour renforcer les liens - Fédération Hospitalière de France (FHF). Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Ville-hopital-des-pistes-pour-renforcer-les-liens>
52. Outil PAACO/Globule | Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/outil-paacoglobule>
53. Paaco/Globule renforce son interopérabilité : l'interface avec Apoweb | Santé Landes. Disponible sur: <https://www.sante-landes.fr/actualites/paacoglobule-renforce-son-interoperabilite-linterface-avec-apoweb>
54. Nitecki C. La collaboration interprofessionnelle au sein du couple réseau de soins palliatifs-médecins généralistes . Université Paris Est Créteil ; 2013.
55. Louis Simonet Martine. Collaboration inter professionnelle et pratique collaborative en milieu hospitalier : un véritable défi. Revue Médicale Suisse. 18 Octobre 2017.
56. Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante
57. FAUCHIER-MAGNAN E, WALLON V. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé - Appui à la DGOS. Août 2018.

Vu, le Directeur de Thèse

Signature

Dr Anne LAZAREVI
01 - Conventionné
Rue Jean Mermoz
45500 GIEN
45 1 02708 00
CAB 1 CONV 20 1 IX

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

RESUME :

Titre : Continuité des soins ville-hôpital : point de vue des médecins hospitaliers sur la communication avec leurs confrères généralistes du secteur ambulatoire et perspectives d'amélioration en Indre-et-Loire.

Introduction : La communication entre médecins hospitaliers et généralistes est primordiale pour assurer la continuité des soins. Elle reste cependant perfectible.

Objectif : Recueillir, en abordant la continuité des soins, le point de vue des médecins hospitaliers sur la communication avec les médecins généralistes et proposer des perspectives d'amélioration.

Méthode : Enquête multicentrique qualitative par théorisation ancrée de huit entretiens semi-dirigés auprès de médecins hospitaliers d'Indre-et-Loire. Analyse thématique des verbatims avec triangulation de données par deux investigateurs.

Résultats : La continuité des soins est fragilisée par de nombreux facteurs, notamment par des défauts de communication et de coordination en sortie d'hospitalisation, pouvant engendrer une iatrogénie voire des réhospitalisations. Les médecins hospitaliers, comme les généralistes, sont peu disponibles. La communication varie selon les médecins, leurs attentes et les situations cliniques. La lettre de liaison facilite la continuité des soins. Les lignes téléphoniques directes facilitent l'accès au médecin hospitalier mais leur utilisation est chronophage. La messagerie sécurisée permet un transfert immédiat d'information et une interaction différée dans le temps. Des échanges par mail sécurisés sont souhaités. Notifier les entrées et sorties d'hospitalisation serait intéressant. Les rencontres interprofessionnelles posent le socle d'une collaboration plus étroite. Le Dossier Médical Partagé offre une solution de stockage d'informations médicales avec un accès consultatif renforçant la continuité des soins. La télémédecine a l'avantage de permettre un contact visuel. Un « collecticiel » permettrait un partage du dossier patient et une plus grande implication du généraliste lors de l'hospitalisation de son patient. Une portabilité de ce type d'outil offrirait une communication en temps réel.

Conclusion : La communication entre médecins hospitaliers et généralistes doit s'inscrire dans une démarche qualité collective. Cela permettra de créer de nouvelles normes de travail collaboratif, et de développer des projets d'amélioration pour lutter contre ce problème majeur de santé publique dont le patient est une victime.

PICHET Anthony

70 pages – 2 tableaux – 5 figures – 3 Annexes

Résumé :

Titre : Continuité des soins ville-hôpital : point de vue des médecins hospitaliers sur la communication avec leurs confrères généralistes du secteur ambulatoire et perspectives d'amélioration en Indre-et-Loire.

Introduction : La communication entre médecins hospitaliers et généralistes est primordiale pour assurer la continuité des soins. Elle reste cependant perfectible.

Objectif : Recueillir, en abordant la continuité des soins, le point de vue des médecins hospitaliers sur la communication avec les médecins généralistes et proposer des perspectives d'amélioration.

Méthode : Enquête multicentrique qualitative par théorisation ancrée de huit entretiens semi-dirigés auprès de médecins hospitaliers d'Indre-et-Loire. Analyse thématique des verbatims avec triangulation de données par deux investigateurs.

Résultats : La continuité des soins est fragilisée par de nombreux facteurs, notamment par des défauts de communication et coordination en sortie d'hospitalisation, pouvant engendrer une iatrogénie voire des réhospitalisations. Les médecins hospitaliers, comme généralistes, sont peu disponibles. La communication varie selon les médecins, leurs attentes et les situations cliniques. La lettre de liaison facilite la continuité des soins. Les lignes téléphoniques directes facilitent l'accès au médecin hospitalier mais leur utilisation est chronophage. La messagerie sécurisée permet un transfert immédiat d'information et une interaction différée dans le temps. Des échanges par mail sécurisés sont souhaités. Notifier les entrées et sorties d'hospitalisation serait intéressant. Les rencontres interprofessionnelles posent le socle d'une collaboration plus étroite. Le Dossier Médical Partagé offre une solution de stockage d'informations médicale avec un accès consultatif renforçant la continuité des soins. La télémédecine a l'avantage de permettre un contact visuel. Un « collecticiel » permettrait un partage du dossier patient et une plus grande implication du généraliste lors de l'hospitalisation de son patient. Une portabilité de ce type d'outil offrirait une communication en temps réel.

Conclusion : La communication entre médecins hospitaliers et généralistes doit s'inscrire dans une démarche qualité collective. Cela permettra de créer de nouvelles normes de travail collaboratif, et de développer des projets d'amélioration pour lutter contre ce problème majeur de santé publique dont le patient est une victime.

Mots clés : Communication ; Continuité des soins ; Ville ; Hôpital ; Coordination

Jury :

Président du Jury : Professeur Christophe DESTRIEUX

Directeur de thèse : Docteur Anne LAZAREVITCH

Membres du Jury : Professeur Bertrand FOUGÈRE
Monsieur François MAILLOT

Date de soutenance : 20 Mai 2020